

KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO

**AS DIMENSÕES DO CUIDADO EM UNIDADE CRÍTICA:
EMERGINDO O CUIDADO TRANSPESSOAL E COMPLEXO**

**FLORIANÓPOLIS
2005**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO

**AS DIMENSÕES DO CUIDADO EM UNIDADE CRÍTICA:
EMERGINDO O CUIDADO TRANSPESSOAL E COMPLEXO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

**FLORIANÓPOLIS
2005**

© Copyright 2005 – Keyla Crstiane do Nascimento.

Ficha Catalográfica

N244d Nascimento, Keyla Cristiane do
As dimensões do cuidado em unidade crítica:
emergindo o cuidado transpessoal e complexo [dissertação] /
Keyla Cristiane do Nascimento. – Florianópolis: Universidade
Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em
Enfermagem, 2005.
185p. il.

Inclui bibliografia.

1. Saúde - Complexidade. 2. Cuidado –
Enfermagem. 3. Unidade de Terapia Intensiva - UTI. I. Título.
CDU – 616-083

Catologação na fonte por: Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439

KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO**AS DIMENSÕES DO CUIDADO EM UNIDADE CRÍTICA: EMERGINDO O
CUIDADO TRANSPESSOAL E COMPLEXO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 09 de setembro de 2005, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente

Dra. Adelina Giacomelli Prochnow
- Membro -

Dra. Betina Horner S. Meirelles
- Membro -

Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
- Suplente -

Dra. Eliane Pereira do Nascimento
- Suplente -

Aos cuidadores

Sua missão é em benefício dos outros: cuidar da vida, essência da profissão
 Sua afetividade terá a frente o compromisso e o dever social de cuidar com Amor
 As relações dialógicas sempre farão parte das suas relações de cuidar
 Sua criatividade e ousadia mudarão paradigmas
 Tecnologia aliada à sensibilidade serão seus companheiros na eterna jornada que tens a
 enfrentar
 Veja cuidador, o brilhantismo de suas assistências trarão esperança a quem dela
 necessita
 Seu coração esbanjará nobreza, amor, solidariedade e suas mãos empunharão o mágico
 poder da recuperação para o ser cuidado
 Sinta cuidador, as magnitudes de seus atos / atitudes fascinarão o sistema de cuidar
 A ambiência do cuidado se transformará na nave erudita do conhecimento, quando sua
 meta for promover o viver
 Ouça cuidador, o clamor daqueles que necessitam das relações de ajuda
 Doenças e sentimentos negativos envolvem o mundo, e suas funções estarão postas em
 prova
 A qualidade de vida como finalidade do cuidar será seu solene castelo imperial, e dela
 serás sempre guardião
 Trabalho e serenidade estarão presentes no seu pergaminho de formulações, pois este
 será seu mapa de orientação
 Várias vezes, sobrepujará em suas cabeças o véu da incerteza, do cuidado / não-
 cuidado / descuidado, mentalidades infrutíferas tentarão abalar seus conceitos,
 indiferença e ausência de reconhecimento farás tu mesmo duvidar de suas reais
 dimensões
 Neste momento, a meditação e seu propósito de vida, as interações e o envolvimento
 transpessoal, trará de volta a radiante luz da inspiração
 E as expectativas herdarão novos motivos para acreditar
 Caminhos novos serão traçados e cavalgarás por nações, religiões, culturas e raças e em
 todas elas levará seu legado, legítimo e verdadeiro
 Liberta-te das correntes do comodismo e assume sua atitude, ó cuidador !
 Pois tu tens um valor único!
 Faça da educação sua espada
 Da humanização seu escudo
 E da ética, sua eterna armadura!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre souberam me acolher em todos os momentos da minha vida, em especial a minha **mãe** pela sua dedicação, ensinamentos e pelo exemplo de amor e coragem.

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de agradecer a muitas pessoas que passaram pela minha vida deixando suas pegadas e auxiliando nesta longa caminhada que concretiza mais uma etapa da minha formação acadêmica.

À Deus

Meu amigo bondoso, pelo Dom da Vida, pela fé, por estar presente em minha caminhada, dando força e sabedoria para enfrentar as dificuldades.

Aos meus pais Hélio e Celli

Que sempre lutaram pela minha realização profissional, agradeço o amor, o carinho, a compreensão e o incentivo incansável. Obrigada!!! AMO VOCÊS.

À minha orientadora Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

que trilhou comigo essa caminhada de desafios, pelos ensinamentos, pela dedicação na realização deste estudo, pelo jeito especial de me acolher, por sua sabedoria e apoio. Você me fez crescer e acreditar que muita coisa é possível. Obrigada grande mestra e amiga!

Aos meus irmãos Fabio e Helinho e a minha cunhadinha Kety

Pelo companheirismo, pela força, disponibilidade em ajudar, pela PACIÊNCIA, mesmo em meus momentos de mau humor e por fazerem parte de minha vida! Obrigada!

Aos colegas de Mestrado

Em especial a Pati K, Pati G., Leandro, Marizete e Fabi, por todos os momentos em que estivemos juntos, por todas as filosofias compartilhadas. Por me escutarem, pela paciência, pelas constantes palavras de estímulo, pelos telefonemas nas horas certas e pela compreensão. Os sorrisos, os abraços e a acolhida serão sempre lembrados.

Aos amigos do Coral (adventista), em especial Lili e Dannys

"Talvez existam coisas que eu não entenda, mas mistérios existem, por isso é preciso ter fé... pois às vezes hospedamos anjos sem saber". Obrigada pelo companheirismo e amizade.

Aos "colegas de farda", meus amigos bombeiros

Por aceitar em a pseudo-bombeira no seu dia-a-dia e pela amizade construída. Os momentos que vivenciamos, estarão guardados com muito carinho em meu coração.

Aos membros da Banca:**Dra. Adelina Giacomelli e Dra. Betina Meirelles**

Pela disponibilidade em ter aceitado compor a avaliação deste trabalho. Pelas valiosas contribuições que enriqueceram e aprimoraram o estudo e pelos gestos de apoio e carinho.

À professora Eliane Pereira do Nascimento

Pelo incentivo, pelas valiosas sugestões e por ter propiciado a oportunidade de contar com sua contribuição, aceitando fazer parte da avaliação deste trabalho.

Às bolsistas: Juliana Aparecida Ribeiro e Gabriela Marcelino

que contribuíram na coleta de dados, pela responsabilidade e competência.

Aos participantes da pesquisa

pela boa vontade e interesse em participar deste estudo, acreditando na proposta, pela troca de conhecimento, convívio e o modo como sempre me acolheram.

Aos funcionários da PEN, em especial a Claudia

Amigos do dia-a-dia, das lidas do cotidiano, estão sempre prontos em nos ajudar. Obrigada pela compreensão e pelo carinho.

À Prof^a. Dra. Evangelia

pela participação na banca de qualificação, dedicando-se à leitura do projeto e oferecendo sugestões.

Ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem da UFSC e ao CNPq

Por oportunizar o meu crescimento profissional, por permitir a realização deste trabalho e pelo apoio financeiro.

A todos aqueles que de algum modo torceram por mim, contribuindo direta ou indiretamente com este estudo e com a realização deste grande sonho, e que não foram mencionados, o meu **MUITO OBRIGADA**.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do. **As dimensões do cuidado em unidade crítica: emergindo o cuidado transpessoal e complexo.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 185p.

Orientadora: Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, interpretativo e qualitativo, com olhar fenomenológico, onde buscou-se ampliar a compreensão do fenômeno: dimensões de cuidado existente em unidade crítica. Partiu-se da seguinte questão norteadora: Quais as dimensões de cuidado humano existentes em um ambiente necessariamente tecnicista como a UTI? Procurando responder esta questão objetivou-se compreender as dimensões de cuidado humano experienciado em uma UTI pelos profissionais de saúde, clientes e familiares, fundamentado no cuidado humano complexo. A Teoria do cuidado Transpessoal de Jean Watson, bem como o referencial de complexidade / sistemas de cuidado complexos formaram o suporte teórico e de análise de dados. O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário, pertencente a UFSC. Optou-se por trabalhar com os métodos de entrevistas em profundidade realizadas com profissionais de saúde, clientes e familiares e observação efetuadas pela pesquisadora. A apreciação dos discursos teve como referencial para a interpretação dos dados a análise hermenêutica de Ricoeur (1990) que consiste em cinco momentos: a leitura inicial do texto, o distanciamento, a análise estrutural, a identificação da metáfora e a apropriação. Dos discursos analisados, várias unidades de significados, subcategorias, e categorias ou idéias nucleadoras surgiram, fazendo emergir as seguintes dimensões de cuidar: Cuidar de si; Cuidado como valor individual; Cuidado profissional X comum; Cuidado como relação de ajuda; Cuidado afetivo; Cuidado humanizado; Cuidado como ato / atitude; Cuidado como prática assistencial; Cuidado educativo; Cuidado como relação dialógica; Cuidado aliado a tecnologia; Cuidado amoroso; Cuidado interativo; Não-cuidado; Ambiência do cuidado; Cuidado como essência da profissão e Sentido / finalidade do cuidado. A partir da análise efetuada e da reflexividade apresentada, espera-se que os profissionais de saúde reflitam sobre o cuidado realizado na UTI. Se este ocorre de forma empática e intersubjetiva, respeitando crenças, valores e se o diálogo tem efetivamente existido, percebendo que no mundo do cuidado em UTI há muito mais do que tecnologia. Acredito num cuidado capaz de englobar as diversas dimensões de cuidar aqui apresentado, fundamentado na relação com o outro, no ser empático, sensível, afetuoso, criativo, dinâmico e compreensível na totalidade do ser humano. Atrás de todos aqueles fios, tubos, lâminas, ruídos e luzes de alarmes há seres humanos cuidando e seres humanos recebendo cuidados, na esperança de recuperação.

Palavras-chaves: Cuidado de enfermagem; Complexidade; Unidade de Terapia Intensiva.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do. **Las dimensiones del cuidado en la unidad crítica: emergiendo el cuidado transpersonal y complejo.** 2005. Disertación (Maestrado en Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 185p.

Orientadora: Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann

RESUMEN

Estudio de tipo cualitativo de carácter descriptivo e interpretativo, con un abordaje fenomenológico, donde se buscó ampliar la comprensión del fenómeno: las dimensiones del cuidado existentes en una unidad crítica. Se partió de la siguiente cuestión norteadora: ¿Cuáles son las dimensiones del cuidado humano existentes en un ambiente necesariamente tecnicista como la UCI? Intentando dar respuesta a ésta pregunta se tuvo como objetivo comprender las dimensiones del cuidado humano vivenciado en una UCI por los profesionales de la salud, clientes y familiares, con base en el cuidado humano complejo. La Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson, así como, el referencial de la complejidad/sistemas de cuidado complejos formaron el soporte teórico y el análisis de los datos. El estudio fue desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario, perteneciente a la UFSC. La recolección de los datos fue a través de las técnicas de las entrevistas en profundidad realizadas con los profesionales de la salud, clientes y familiares y la observación hecha por la investigadora. La apreciación de los discursos tuvo como referencial para la interpretación de los datos el análisis hermenéutico de Ricoeur (1990), que consiste en cinco momentos: la lectura inicial del texto, el distanciamiento, el análisis estructural, la identificación de la metáfora y la apropiación. De los discursos analizados, varias unidades de significados, subcategorías, y categorías o ideas nucleares aparecieron, haciendo emerger las siguientes dimensiones de cuidar: Cuidar de sí; Cuidado como un valor individual; Cuidado profesional X común; Cuidado como relación de ayuda; Cuidado afectivo; Cuidado humanizado; Cuidado como acto / actitud; Cuidado como práctica asistencial; Cuidado educativo; Cuidado como relación dialógica; Cuidado ligado a la tecnología; Cuidado amoroso; Cuidado interactivo; No-cuidado; Ambiente del cuidado; Cuidado como la esencia de la profesión y Sentido/finalidad del cuidado. A partir del análisis efectuado y de la reflexividad presentada, se espera que los profesionales de la salud reflexionen sobre el cuidado ofrecido en la UCI. Si ésta ocurre de forma empática e intersubjetiva, respetando las creencias, valores y si el diálogo efectivamente ha existido, percibiendo que en el contexto del cuidado de la UCI existe algo más que la tecnología. Acreditado en un cuidado capaz de reunir las diversas dimensiones del cuidar aquí presentado, fundamentado éste en la relación con el otro, en ese ser empático, sensible, afectuoso, creativo, dinámico y comprensible en la totalidad del ser humano. En donde, atrás de todos aquellos fillos, tubos, láminas, ruidos y luces de alarmas existen seres humanos cuidando y seres humanos recibiendo cuidados, con la esperanza de una recuperación.

Palabras clave: Cuidado de Enfermería. Complejidad. Unidad de Cuidados Intensivos.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do. **As dimensões do cuidado em unidade crítica: emergindo o cuidado transpessoal e complexo.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 185p. **Dimensions for care in an Intensive Care Unit: bringing forth transpersonal and complex care.**

Orientating teacher: Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann

ABSTRACT

This is a descriptive, interpretive, and qualitative study based on a phenomenological perspective. It attempts to amplify the comprehension of the phenomenon: dimensions for existing care in an ICU. It arose from the following central question: What are the existing dimensions for human care in a necessarily technical environment, such as the ICU? Seeking to shed light upon this question, this study established the objective to comprehend the dimensions of human care within and ICU experienced by health care professions, clients, and family members, based upon the complex human care concept. Jean Watson's Transpersonal Theory of care, as well as the references to complexity/ complex systems of care form the theoretical support for the data analysis. This study was developed in the Intensive Care Unit of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (UFSC). In-depth interview methods with health care professionals, clients, and family members, as well as observations made by the researcher were used in the compilation of data. In order to appreciate the discourse offered, Ricoeur's (1990) hermeneutical analysis was used as reference for data interpretation. It consists of five "moments": Initial reading of the text, distancing, structural analysis, identification of the metaphor, and appropriation. From the analyzed discourses, various units of significance, subcategories, and categories or nuclear ideas arose, thus inspiring the following dimensions of care: Care for one's self; Care as an individual value; Professional versus common Care; Care as a relationship of help; Affectionate Care; Humanized Care; Care as an act/ attitude; Care as an assistance practice; Educational Care; Care as a dialogue relationship; Care allied to technology; Loving Care; Interactive Care; Non-Care; Environment for Care; Care as the essence of the profession; and the Meaning / finality of Care. From the resulting analysis and the reflections presented, one hopes that the health care professionals themselves reflect upon the care offered in the ICU. If this were to occur in an empathetic and intersubjective manner, respecting beliefs, values, and if the dialogue has effectively existed, with all parties perceiving that in the world of care in the ICU, there is much more than simply technology. I believe in a care capable of encompassing the diverse dimensions of care presented here, founded on the relationships among each other, in an empathetic, sensitive, affectionate, creative, dynamic, and comprehensive being within the totality of being human. Behind all the wires, tubes, blades, noises, lights, and alarms there are human beings offering and receiving care, in the hopes of recovery.

Key-words: Nursing care; Complexity; Intensive Care Unit.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	O cuidado humano	18
2.2	UTI: aspectos históricos	24
2.3	O cuidado de enfermagem em UTI	27
2.4	O ser humano em unidades críticas	30
2.5	A Família que Vivencia a Hospitalização numa Unidade Crítica	32
3	DELINEANDO O REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO À LUZ DA COMPLEXIDADE E DA TEORIA DE JEAN WATSON.....	35
3.1	A complexidade	35
3.2	Sistemas complexos	39
3.3	Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson	45
3.4	Principais conceitos	48
3.5	Fatores de cuidado	61
4	TRILHANDO O CAMINHO METODOLÓGICO	67
4.1	Espaço e temporalidade do estudo	68
4.2	A entrada no campo de coleta de dados	70
4.3	Escolha dos seres envolvidos	72
4.4	O processo de obtenção e registro das informações	76
4.5	Análise dos discursos.....	79
4.6	Implicações éticas e legais	83
5	O PROCESSO DE LAPIDAÇÃO	85
5.1	Descrição das entrevistas	86

5.2	Subtemas presentes nos discursos dos seres envolvidos no cuidado	95
5.3	A convergência dos subtemas, originando os temas	113
5.4	A convergência dos temas originado as categorias	112
6	O EMERGIR DOS DIAMANTES	122
6.1	Cuidar de si	123
6.2	Cuidado como valor individual	124
6.3	Cuidado profissional X comum	126
6.4	Cuidado como relação de ajuda	129
6.5	Cuidado afetivo	132
6.6	Cuidado humanizado	135
6.7	Cuidado como ato / atitude	137
6.8	Cuidado como prática assistencial	139
6.9	Cuidado educativo	141
6.10	Cuidado como relação dialógica	144
6.11	Cuidado aliado a tecnologia	146
6.12	Cuidado amoroso	148
6.13	Cuidado interativo	150
6.14	Não-cuidado	152
6.15	Cuidado como essência da vida e da profissão.....	155
6.16	Ambiência do cuidado.....	156
6.17	Sentido / finalidade do cuidado	165
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
	REFERÊNCIAS	175
	APÊNDICES	182

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem vista como uma disciplina científica, como ciência e arte e como uma profissão a serviço da humanidade, tem o compromisso de contribuir para o aprimoramento das condições de viver e ser saudável, buscando um existir mais harmonioso para todos os seres. Essa idéia pode ser facilitada pelo desenvolvimento de uma consciência de cuidado. Consciência esta que faz parte de todas as áreas de atividade da enfermagem, seja na prática, no ensino, na teorização e na pesquisa.

A Enfermagem vem sendo construída ao longo de sua trajetória, especialmente nas duas últimas décadas, à luz de uma base humanista de atenção, renovando e transformando valores e aspectos que moldam e dão forma a sua prática.

Apesar do cuidado estar tradicionalmente ligado à prática de enfermagem, investigações para identificar a natureza e a qualidade das práticas de cuidar, só recentemente vem sendo reconhecida como importantes e necessárias para o futuro da profissão (WALDOW, 1998).

Nota-se que há preocupação com uma mudança de valores, uma vez que muitos estudiosos na enfermagem, tais como Leininger (1985), Watson (1996), Silva (1997), dentre outros, têm se ocupado em ampliar a visão dos profissionais acerca do cuidado. Procuram vislumbrá-lo sob uma ótica mais abrangente, coligando racionalidade e sensibilidade, tornando-o um processo interativo entre quem cuida e quem é cuidado.

Em razão da complexidade do conceito de cuidado, o mesmo não tem sido apenas preocupação dos estudiosos da enfermagem, mas de outras áreas de conhecimento como filosofia, teologia, educação, psicologia através das idéias de Heidegger (1988), Mayeroff (1971), Boff (1999) entre outros.

Entretanto, mesmo que o cuidado venha sendo estudado em outras disciplinas, é na enfermagem que este se sobressai, tendo em vista o fato de ser ele a sua essência e a razão maior de sua existência, enquanto disciplina e profissão (SILVA, 1998).

O desenvolvimento do conhecimento de enfermagem faz-se pela reflexão das ações realizadas no cotidiano e principalmente pela vontade de mudar, de transformar o fazer funcionalista para um pensar/fazer mais humanitário. Todavia, o processo em busca de conhecimento a respeito do cuidado é lento e traz a necessidade de realização de estudos que explorem e cultivem esse fenômeno em nossa sociedade, trazendo contribuições para uma melhor qualidade deste. Nada melhor, portanto, do que tomar atitudes e ir além de ponderações teóricas e avançar para uma aventura de âmbito exploratório e prático.

A escolha por trabalhar em uma unidade crítica, em especial uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI - vem do período em que desenvolvi o estágio curricular durante a graduação em enfermagem, pois, além de ser um campo de constante aprendizado pela diversidade de situações existentes, exige o pensar e o agir prontamente, pois se trabalha com situações extremas entre a vida e a morte.

É notório que as unidades de terapia intensiva são planejadas para prestar assistência especializada aos clientes em estado crítico, com risco de vida e que exigem maior controle e assistência médica e de enfermagem ininterruptas. Segundo Curry (1995) esses fatos justificam a introdução da tecnologia cada vez mais aprimorada na tentativa de - por meio de aparelhos - preservar e manter a vida do cliente em estado crítico, através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exigem profissionais de saúde altamente capacitados e habilitados.

Não há dúvida de que o aperfeiçoamento das unidades de terapia intensiva determinou nos últimos anos, um impacto significativo na assistência de clientes em estado crítico. Os avanços dos conhecimentos científicos e tecnológicos permitiram as UTIs prolongar e salvar muitas vidas.

Podemos com isso, afirmar que a tecnologia favorece o atendimento imediato, dá segurança para toda a equipe da UTI, porém, pode contribuir para tornar as relações humanas mais distantes, fazendo com que o cliente se sinta abandonado. No entender de Bettinelli (1998, p.12) “...a visão tecnicista leva a inversão de valores, preocupação excessiva com a máquina e pouca preocupação com o ser humano internado”. Sabemos muito sobre a máquina e pouco sobre o ser humano que estamos cuidando, tratando-o muitas vezes como objeto das determinações ou cuidados de enfermagem.

De acordo com Baptista (1995), a/o cliente, foco de nosso cuidado, e para a/o qual, como equipe, deveríamos estar completamente voltados, muitas vezes, em nossas correrias pela unidade, torna-se apenas um objeto manipulado por nossas mãos. O que se observa no cotidiano da UTI é que raramente o cliente é respeitado na sua individualidade e privacidade.

O contato que tive com clientes durante a graduação, em diferentes setores hospitalares, especialmente de hospitais públicos, possibilita-me dizer que há um descontentamento destes quanto aos cuidados recebidos pelos profissionais de saúde. As queixas não se referem aos procedimentos executados, mesmo porque muitos não têm conhecimentos técnicos suficientes para avaliá-los, mas sim à forma como o cuidado tem sido realizado pelos profissionais: com distanciamento, indiferença, incompreensão e insensibilidade. Esses clientes ao apontarem o caráter mecânico das ações de saúde, estão nos alertando sobre o perigo de mantermos o predomínio da forma racional de cuidar, pois esta maneira não está satisfazendo as pessoas. Enquanto profissionais de enfermagem, devemos considerar este fato com seriedade.

Tal observação pode ser confirmada através dos estudos que Bittes (1996) desenvolveu sobre a experiência de ser cuidado na perspectiva do cliente. O estudo desenvolveu-se com os clientes internados, em que apreende o significado de como estes percebem a experiência e o que acontece quando são cuidados. Estes clientes referem como requisitos de se sentir cuidado, o amor, o carinho, o momento, a conversa, a orientação, a informação e as perguntas. Esses clientes vão além e afirmam que as técnicas e as ações de enfermagem quando não respeitam esses requisitos, são percebidas como obrigações e não como cuidados.

Em nossas vivências, enquanto enfermeiros/as temos várias oportunidades de conhecer o cuidado nos seus mais diversos modos. Escutamos em nosso trajeto

falar na valorização “do todo, do holístico, da cultura, do ambiente, do enfoque a família”, porém, a meu ver, o que ainda predomina na prática é uma visão puramente biológica, voltada para a prática curativa, tendo como objeto de estudo o tratamento da doença e não o cuidado integral aos seres humanos.

O/a profissional de saúde tem restringido sua atenção ao cuidado daquilo que é visível aos olhos (dimensão biológica). Percebe-se a necessidade de ampliar essa visão, principalmente dos/as profissionais de unidades críticas, onde a convivência com situações de insegurança, angústia, desconforto, ansiedade, medo do desconhecido e da morte é sempre tão próxima.

Essa realidade das práticas de enfermagem me deixa preocupada por estar predominantemente ligada à rotina das unidades de atendimento de clientes a partir de uma abordagem biomédica. Baseada no entendimento de que a enfermagem pode ir muito além desta abordagem, optei por utilizar o referencial de Complexidade e o Cuidado Transpessoal de Jean Watson para compreender o cuidar na visão dos profissionais, clientes e familiares em uma Unidade de Terapia Intensiva, em Florianópolis, SC - facilitando assim o pensar na atual enfermagem vivenciada no contexto do estudo.

Na região da Grande Florianópolis, cenário para o desenvolvimento desse estudo, realizei meu trabalho de conclusão de Curso de Graduação com a finalidade de “*Cuidar de pacientes em situação de emergência/urgência e suas famílias que procuram o serviço de Emergência do HGCR, com base nos fatores de cuidado de Jean Watson.*” em 2001.

Ficou evidente naquela oportunidade, que no ambiente de emergência - local com freqüentes situações que colocam em risco a vida do/a cliente e com predominância de uma abordagem puramente biológica, voltada para a prática curativa – pode-se desenvolver um cuidado mais humanizado. O estudo demonstrou a possibilidade e a importância do/a enfermeiro/a atuar numa unidade de emergência, desenvolvendo cuidados de enfermagem com conhecimento científico, tecnologia, habilidade e ações, mas também com sensibilidade e prazer, entendendo o outro, sabendo ouvir e percebendo o outro como ser humano.

Ao desenvolver meu projeto de prática assistencial a partir da disciplina Projetos Assistenciais de Enfermagem e de Saúde do curso de Mestrado em Enfermagem, optei por trabalhar em Unidade de Terapia Intensiva, como dito

anteriormente. A prática assistencial se constituiu na aplicação do processo de cuidar em clientes e seus familiares que se encontravam hospitalizados na UTI, sendo este adaptado da proposta de Jean Watson.

O processo de cuidar experienciado viabilizou a aplicabilidade da Teoria na prática, num ambiente onde a ênfase maior está nos aspectos biológicos. O referencial de Jean Watson mostrou-se claro e preciso e suas fases facilitam as ações de cuidado, alertando-se que o mesmo requer sensibilidade e disponibilidade dos profissionais. A UTI é o ambiente no qual as relações humanas são fundamentais para contrapor os equipamentos utilizados no tratamento.

A partir da experiência de prática assistencial, percebi que o cuidado transpessoal na UTI exige do profissional enfermeiro o efetivo cuidado humano, o resgate da sensibilidade, fé, esperança, ajuda, confiança, observar enxergando o outro, percebendo melhor o que cada cliente tem a nos transmitir, incluindo dor, medo, esperança, que por serem subjetivos muitas vezes não são facilmente reconhecidos e, freqüentemente, ignorados.

Ao vivenciar a possibilidade real existente de aliar a prática cotidiana de assistência, de trabalho em si, a uma proposta metodológica ousada e desafiadora de humanização, através do cuidado transpessoal, numa área conhecida por sua alta tecnologia e reconhecida habilidade técnica dos profissionais, despertou-me o desejo de concretizar o emergir das dimensões de cuidado existentes em UTI.

O cuidado é fundamental para a construção do processo de ser e viver saudável, à medida que permite e estimula o ser a tomar consciência de si mesmo e do mundo, a assumir a responsabilidade pela sua transformação e a participar da construção de um mundo melhor e mais justo (SILVA, 1997).

Para Watson (1998), o cuidado é um valor humano, que envolve desejo e comprometimento com o cuidar, conhecimento, ações e conseqüências do cuidado. O cuidado humano é relacionado à resposta humana intersubjetiva para saúde-doença, interação pessoal-ambiental, conhecimento do processo de cuidado em enfermagem, auto-conhecimento, conhecimento das limitações de poder e transação de alguém. O cuidado transpessoal é para Watson um importante componente do cuidado e ocorre quando a/o enfermeira/o detecta o mundo subjetivo da/o cliente, vivencia a união com ela/e e expressa-a de tal forma que ambos experienciam a liberdade, a partir do isolamento. Desta forma, o cuidado transpessoal é uma união

espiritual entre duas pessoas que transcendem o *self*, o tempo, o espaço e a história de vida de cada uma. Essa transcendência permite que temporariamente o campo fenomenal da/o cliente se transforme em um só campo.

Aliar esse cuidado ao cuidado complexo me parece oportuno, pois a configuração de um sistema de cuidado de enfermagem possibilita visualizar as dimensões variadas do cuidado. O cuidado complexo de enfermagem passa pela visão abrangente e multifacetada do cuidado enquanto essência da vida dos seres ou processo dinâmico e protetor da vida (ERDMANN, 1996).

A Teoria da Complexidade foi utilizada pelas enfermeiras Davidson e Ray (1991) no estudo do relacionamento do ser humano com o meio ambiente; estas utilizaram os fundamentos filosóficos e conceituais da complexidade e afirmam que este paradigma facilita o entendimento dos fenômenos complexos da enfermagem.

A inquietação desvelada neste estudo fundamenta-se no cotidiano das instituições hospitalares, o qual tem interferido na prática de enfermagem de forma decisiva. A verdadeira dimensão atribuída à profissão, através de seus cuidadores, está distanciada da essência humana do cuidado com ênfase em seu desempenho funcionalista. Com frequência, apenas um olhar “científico” acompanha o colocar sondas, o puncionar veias, o aplicar injeções, e normalmente o que se oferece ao cliente, são ainda algumas palavras ao nosso favor: “É só uma picadinha não puxa o braço, tá!”.

Tentando refletir sobre essa realidade e considerando o cuidado como essência da enfermagem uma vez que este é imprescindível para a vida, procuro com essa pesquisa responder a seguinte questão norteadora: **Quais as dimensões de cuidado humano existentes em um ambiente necessariamente tecnicista como a UTI?**

Diante do compromisso social e político da Enfermagem com as transformações na sociedade, parece oportuno e de elevada importância a discussão sobre o cuidado humano. A área da saúde enfrenta crises e confronta-se com novos desafios a cada dia. Refletir acerca do cuidado utilizando visões complexizantes, com interconexões, evitando a simplificação e redução, surge como uma forma de contribuir para a compreensão das práticas dos serviços de enfermagem vislumbrando possibilidades de mudanças no pensar e no agir dos seres que vivem a enfermagem.

A enfermagem, ao privilegiar o cuidado humano, tem nesse momento uma grande oportunidade de avançar, enquanto disciplina profissional, na sua missão e, conseqüentemente, na sua autonomia e reconhecimento social.

Com base no exposto, esta pesquisa teve como objetivo: **compreender as dimensões de cuidado humano experienciado em uma UTI pelos profissionais de saúde, clientes e familiares, fundamentado no cuidado humano complexo.**

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo propõe-se a fundamentar o estudo através de uma revisão bibliográfica. Esta revisão abrange algumas reflexões relacionadas ao cuidado humano, que fundamentam a postura teórico-prática desse estudo. Contempla uma retrospectiva histórica da Unidade de Terapia Intensiva – UTI – a fim de compreender como se deu sua criação e evolução através dos tempos, como também o cuidado de enfermagem e a complexidade que envolve o trabalho nesta Unidade. Apresenta ainda, alguns aspectos relativos ao ser humano e família que vivenciam a situação de urgência/emergência - eixo central no desenvolvimento do processo de cuidado.

2.1 O Cuidado Humano

O cuidado vem se constituindo no foco e expressão essencial da enfermagem ocupacional e profissional ao longo da nossa história (SILVA, 1997). Contudo, a evolução histórica das teorias da enfermagem demonstra que somente nas últimas duas décadas temos emergido como líderes na conceituação e estudo sobre o cuidado.

Qualquer alusão a respeito da compreensão de cuidado, faz-se necessário um breve retorno ao passado e atentar para o decurso da história do homem no que tange à perpetuação da espécie. A história da civilização humana demonstra que o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver,

adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões conforme demonstram Waldow (1998) e Collière (1999).

O cuidado é pertinente às espécies vivas. Os mais variados animais cuidam de suas crias desde que nascem, até que atinjam maturidade suficiente para seguirem sozinhas na procriação e na luta pela preservação da espécie. Para Capra (1996, p.25) “toda a vida animal precisa de cuidados para continuar existindo, sendo assim, o cuidado é uma ação ligada ao instinto de sobrevivência e de preservação da espécie animal”. O cuidado humano, porém, se diferencia porque, além do instinto de preservação e sobrevivência, está ligado também à racionalidade e sensibilidade.

De acordo com Waldow (1998), o cuidado inicia como um meio de sobrevivência e também como expressão de interesse e afeto, sendo aperfeiçoado nos seres humanos, através do uso de símbolos lingüísticos.

Segundo Collière (1986), o cuidado é parte integrante da vida, sendo que nenhuma espécie viva pode subsistir sem cuidado. É característica própria da humanidade, constituindo-se na mais antiga prática da história do mundo. Estas práticas de cuidado, sejam de caráter formal/profissional ou informal/popular, foram influenciadas pelos papéis femininos e pelos fatores culturais, sociais e econômicos de cada época. Esta autora ressalta ainda que como sinônimo da palavra cuidado, a expressão tomar conta é uma das mais antigas expressões da história do mundo.

Este cuidado, que teve origem nas próprias raízes da vida, por milhares de anos no decorrer da história deste mundo esteve ligado, então, a sobrevivência dos seres humanos. Podemos afirmar que o cuidado humano surge juntamente com a própria vida tendo por finalidade preservá-la, fortalecê-la e aperfeiçoá-la.

Por séculos as práticas de cuidado se caracterizaram por uma forma empírica de serem concebidos e prestados, estando muito calcados nas forças místicas e da natureza, não pertencendo a uma profissão, mas estando relacionados a qualquer sujeito que, de alguma maneira, ajudasse outro (FREITAS, 2000).

Do ponto de vista histórico, não há muita precisão sobre quando começou haver condutas de cuidados diferenciados entre os seres humanos. Waldow (1998) afirma que o cuidado se inicia ou se expressa de duas maneiras: como uma forma de sobrevivência e como uma expressão de interesse e carinho. A primeira forma se observa indiscriminadamente em todas as espécies e sexos: homens, mulheres, plantas e animais, mas nos seres humanos, por sua capacidade de raciocinar, o

priorizam e sofisticam com o tempo. A segunda forma se observa somente em humanos, através da linguagem, para comunicar-se com os outros em seu próprio benefício, ainda que tristemente nem sempre ocorra assim.

Saltando a evolução histórica do homem, percebe-se que a civilização moderna adota em certa medida novas concepções para o cuidado. Com o advento da racionalidade e a penetração cada vez maior do estilo científico na esfera social, o cuidado passa para o plano da profissão no que se refere à saúde dos indivíduos e é ajustado pelos profissionais.

A origem do termo 'cuidado', de acordo com Gaut apud Waldow (1992), é derivada do antigo inglês 'carion' e das palavras góticas 'kara/karon':

Como substantivo cuidado deriva-se de kara, que significa aflição, pesar, tristeza. Como verbo, cuidar (de carion) significa "ter preocupação por", ou "sentir uma inclinação ou preferência", ou ainda, "respeitar/considerar" no sentido de ligação, de afeto, amor, carinho e simpatia.

Para Reich (1995) a filosofia da palavra 'cuidado' aponta sua derivação do latim *cura* (cura), que constitui um sinônimo erudito de cuidado. Na forma mais antiga do latim, a palavra cura escreve-se *coera* e é utilizada num contexto de relação de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação.

Ainda de acordo com esse autor, estudos filosóficos indicam outra origem para a palavra cuidado, derivando-a de *cogitare / cogitarus*, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo ou preocupação.

Ao nos reportarmos para a primeira descrição da derivação da palavra 'cuidado', esta nos dá a idéia de fazer alguma coisa, de realizar uma ação, assumindo a conotação de atenção, simpatia, preocupação com algo ou alguém e também a idéia de amor, carinho e dedicação.

Na segunda derivação de cuidado apresentada, nota-se que a natureza da palavra 'cuidado' inclui duas significações intimamente ligadas entre si: a primeira uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e a segunda uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida.

Ao encontrar definições distintas da palavra cuidado, resolvi investigar o significado dessa palavra nos dicionários. Encontrei em Ferreira (1986) os seguintes significados – *Cuidado*: atenção, preocupação, cautela, diligência, desvelo, zelo,

encargo, responsabilidade, inquietação de espírito, conta. *Cuidar (do latim cogitare)*: imaginar, pensar, meditar, cogitar, julgar, supor, aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação, atentar, pensar, refletir, ter cuidado consigo mesmo, com sua saúde, sua aparência ou apresentação, ter cuidado, tratar, prevenir-se, acautelar-se. No dicionário de filosofia de Abbagnano (1998, p.224), "*cuidado é preocupação; reporta-se ao conceito de Heidegger, em que o cuidado é a totalidade das estruturas ontológicas do ser-aí, enquanto ser-no-mundo*". Em outros termos, de compreender todas as possibilidades da existência quando vinculadas às coisas e aos outros homens e dominados pela situação.

Kierkegaard é o primeiro filósofo a fazer uso da noção de cuidado ou preocupação. Introduz as noções de preocupação, interesse e cuidado para contrapor o que considera a excessiva objetividade da filosofia e da teologia formuladas no começo do século XIX. Para ele, a consciência está inerentemente preocupada com quem conhece e com os conflitos que podem surgir a partir do que é conhecido na reflexão, trazendo os elementos objetivos desta para um real relacionamento com o sujeito do conhecimento através do cuidado e da preocupação. Uma relação pessoal com a verdade é a base da teoria do conhecimento de Kierkegaard (REICH, 1995).

Na filosofia de Martin Heidegger (1988), um dos mais originais e influentes filósofos do século XX, o cuidado não é apenas um conceito entre os demais, mas seu eixo central, o que o faz ser considerado como filósofo do cuidado. O desenvolvimento de sua noção de cuidado deriva do mito de origem greco-latina do cuidado, onde justifica seu pensamento fundamental de que o ser humano leva a marca do cuidado.

O cuidado para Heidegger (1988), é prioridade, anterior a qualquer atitude e situação do ser humano, o que significa dizer que o cuidado se encontra em toda atitude e situação de fato, significa reconhecer o cuidado como um modo de ser essencial. O cuidado entra na natureza e constituição do ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o homem desestrutura-se, define, perde sentido e morre (HAYASHI, 2000).

Já para o filósofo norte-americano Mayeroff (1971, p.47)

Cuidar de alguém implica entendê-lo, adentrar o seu mundo, perceber-se fazendo parte deste mundo; implica vê-lo, tanto quanto possível com seus olhos, em compreender como é a vida para ele e o quanto ele se esforça para ser e do que ele precisa para crescer.

O mesmo autor complementa a presente descrição quando afirma que o cuidar não se refere apenas às pessoas, mas as coisas ao nosso redor, como, por exemplo, cuidar de uma idéia, um ideal, uma obra de arte ou uma comunidade. Dessa forma, o autor reconhece que ao cuidar experiencia-se o outro ser de forma a considerá-lo com capacidade e necessidade para crescer.

Para o teólogo brasileiro Boff (1999), cuidar é mais que um ato; é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro. A atitude de cuidar gera atos que denotam preocupação com as pessoas, zelo pelas relações de amizade, interesse pelo bem estar, desvelo para tornar o ambiente agradável e diligência para resolver os assuntos. Boff ainda refere que o ser humano é único, livre e criativo. Como ele vai desenvolver sua habilidade de cuidar (de si mesmo, dos outros, do planeta) tem a ver com o seu interesse em detectar e decidir sobre qual é o sentido de cuidar.

2.1.1 O cuidado para a Enfermagem

Na segunda metade do século XIX, Florence Nightingale, com sua vocação para o cuidar, já exercia o cuidado dentro de uma visão holística do ser humano e valorizava os fatores ambientais, entendendo como influentes no comportamento humano.

O modelo nightingeliano difundiu-se e influenciou, por anos, os cuidados dispensados pela Enfermagem em inúmeros países, inclusive no Brasil. Posteriormente, inúmeros referenciais emergiram e se consolidaram, colocando o cuidado como essência e / ou objeto focal da enfermagem (SILVA, 1995).

O enfoque no cuidado teve seu início em meados de 1970, através do trabalho de Leininger (1978; 1981). Sua teoria, mais conhecida como teoria transcultural do cuidado, identificou construtos de cuidados e Leininger apresentou também distinção entre cuidado em sentido genérico, cuidado profissional, e cuidado profissional em enfermagem. Watson (1979;1985), discípula de Leininger, iniciou pouco depois sua caminhada em direção a uma teoria do cuidado (WALDOW, 1992).

Watson (1988) desenvolveu a Teoria do Cuidado Humano a partir de 1979, baseada na filosofia e ciência do cuidado de enfermagem. Define o cuidado como o

ideal moral da enfermagem, tendo como objetivo final a proteção, o engrandecimento e a preservação da dignidade humana. Para a teórica, o cuidado é um valor humano que entrelaça o desejo de cuidar, as suas ações, o seu conhecimento e as suas conseqüências.

O cuidado é considerado o foco central ou a essência da enfermagem para Maia (1998); como objeto do trabalho de enfermagem para Orem (1985). Para Waldow (1992) o cuidado é visto como fenômeno resultante do processo de cuidar. Paterson e Zderad (1988) vêem o cuidado como experiência vivida entre os seres humanos, como forma de interação entre enfermeira/o e o ser cuidado.

Erdmann (1996, p.124), estudando os sistemas de cuidado de enfermagem, concluiu que “o cuidado está presente na vida humana, no seu processo vital desde o pré-conceber até o morrer”. Para a autora, o ato/ação de cuidar pode ser aprendido, desaprendido, reaprendido e transmitido / partilhado, apesar de ser único, particular e singular, porém em momentos, espaços e movimentos isolados das situações múltiplas do viver social.

Para Silva (1997) cuidar é mais que um ato físico. Segundo a autora, o cuidado Transdimensional é como um paradigma emergente, tem como foco o centro espiritual do ser. Os seres envolvidos no processo participativo e reflexivo do cuidado, em uma relação de interação dinâmica, intuitiva e criativa, oportunizam novas experiências, através das quais se auto-conhecem e se auto-transformam.

O cuidado tem sido abordado na literatura de enfermagem como ontologia, epistemologia, ética, metodologia de investigação, prática organizacional, como práxis do cuidado e como uma pedagogia (WATSON, 1995). Assim, as definições do cuidado têm abrangido tanto a concreta função do *fazer* como as formas de conhecimento, as formas de investigação como as formas de *ser*; o cuidado tem sido ligado ao contexto transcultural, bem como a uma abordagem feminina em direção ao conhecimento e desenvolvimento de novas formas de consciência. (SILVA, 1997).

A multiplicidade de teorias desenvolvidas nas quais o cuidado é relevante, tem oferecido importantes contribuições para a afirmação da Enfermagem, enquanto ciência e arte, fundamentada num saber próprio. O despertar para a necessidade do verdadeiro cuidado – o cuidado humano – já trouxe avanços importantes para o conhecimento de enfermagem. Cumpre, então, incorporar ao fazer enfermagem

este aspecto primordial destacando o cuidado como verdadeira essência da profissão.

2.2 UTI: aspectos históricos

Há mais de 125 anos Florence Nightingale declarava que o mínimo que se pode esperar de um hospital é que não prejudique as/os pacientes. É uma frase que nos dá o quadro exato do que eram os serviços médicos e de enfermagem nos hospitais da época. A Enfermagem estava apenas começando e Florence Nightingale não poderia nem de longe imaginar a complexidade dos hospitais e dos serviços de nossos dias (FINCKE apud SILVA, 1997, p.40).

A unidade de terapia intensiva, “lócus” onde se desenvolve esse estudo, se constitui em um destes serviços, que vem a cada dia atingindo níveis cada vez mais complexos, dado o avanço científico e tecnológico da atualidade.

A primeira mentora de uma modalidade de cuidados, hoje denominada UTI foi Florence Nightingale quando buscou um método para observar continuamente muitos pacientes devido à escassez de pessoal, na guerra da Criméia. Naquela época, Florence descreveu a necessidade do uso de áreas especiais separadas nos hospitais, perto das salas de operação, para recuperação dos pacientes dos efeitos imediatos das cirurgias. Classificava também os pacientes de acordo com o grau de dependência, fazendo com que os mais graves ficassem próximos aos locais de trabalho das enfermeiras, facilitando a vigilância contínua e melhores cuidados. Conforme Gomes (1988, p.3) *“o critério assim estabelecido e baseado no grau de dependência do paciente é conhecido como – vigilância Nightingale – e persiste ainda hoje, com algumas modificações”*.

Com a evolução da ciência e os avanços cirúrgicos, observou-se a necessidade de propiciar melhores cuidados aos clientes potencialmente graves. A enfermagem começou então, a adquirir a responsabilidade de realizar estes cuidados. Fairman (1992, p.52) diz que

...as enfermeiras tradicionalmente protegiam seus pacientes criticamente doentes de dois modos: pela observação intensiva ou vigilância atenta, e pela triagem dos pacientes, a escolha, o agrupamento e o arranjo espacial dos pacientes de acordo com sua estabilidade fisiológica. Estas práticas requeriam mais das enfermeiras do que apenas o uso do senso comum. As enfermeiras aplicavam seus conhecimentos e suas habilidades intuitivas para implementar a triagem e manter a intensa observação dos pacientes.

Esta necessidade de colocar em determinado local do hospital clientes gravemente enfermos, veio ao encontro do objetivo de atender rápida e eficazmente os clientes graves, minimizando esforços e concentrando recursos que possibilitassem a redução de custos, permitindo maior abrangência no atendimento qualificado de doentes, além de melhorar a assistência individualizada (KNOBEL e KÜHL, 1998).

Na década de 50, as unidades de terapia intensiva tiveram um reconhecimento formal de sua necessidade, quando intensificou-se a “corrida” em busca do aparato tecnológico que melhor atendesse o cliente crítico ali internado. Nesta época, a enfermagem começa, então, a lidar com novas tecnologias, adaptando-as ao seu trabalho (BARBOSA, 1995). No entanto, a preocupação maior era com o aprendizado destes profissionais para manusearem as “máquinas”. O indivíduo hospitalizado na UTI era, e ainda é em muitos locais, visualizado como uma máquina, ou seja, a atenção está voltada para os aparatos tecnológicos e procedimentos invasivos. A intimidade e a privacidade deste sujeito, geralmente é esquecida e o relacionamento deste ser com seus familiares e amigos é restrito a alguns minutos de visita diária.

No Brasil, as UTIs surgiram na década de 70, tendo rápida difusão (GOMES, 1988), sendo hoje quase impossível encontrar a ausência destas unidades nos hospitais de médio e grande porte, especialmente nas principais cidades de nosso país. Esta expansão gerou a necessidade de trabalhadores qualificados e especializados, tendo em vista os aparatos tecnológicos utilizados nesta área. Neste período, foram então, incluídos conteúdos específicos nos currículos de enfermagem (BARBOSA, 1995).

O Ministério da Saúde (1998, p.9) define UTI como um local que “constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados”.

Frente aos aparatos tecnológicos existentes nas UTIs e a grande quantidade de procedimentos a que são submetidos os sujeitos que ali se encontram, o ambiente da UTI é descrito por Koizumi et al (1979, p.136) como “um dos mais agressivos e traumatizantes”.

Assim, a UTI apesar de ser o local ideal para atendimento de clientes agudos graves recuperáveis, parece ser um dos ambientes mais tenso e hostil do hospital

tanto para os clientes e seus familiares quanto para a equipe de saúde (VREELAND E ELLIS, 1989). Estas questões parecem favorecer a desumanização do atendimento em saúde, tanto pela ótica do usuário como pelos prestadores dos serviços em saúde.

O modelo até então adotado, com enfoque “biologicista”, próximo do paradigma médico, tanto no processo formador quando no contexto do mercado de trabalho, faz com que a/o enfermeira/o apreenda o ser humano como seu objeto de controle, passível de sua intervenção, ignorando, muitas vezes, suas necessidades emocionais. Esta atitude resulta em uma assistência dicotomizada, reveladora, às vezes, de insatisfação pessoal e profissional, em face da falta de uma instrumentalização adequada e efetiva para a assistência humanizada (MIRANDA, RODRIGUES & SCATENA apud NAZÁRIO, 1999).

Não quero aqui desconsiderar o enfoque biológico e tecnológico, até porque dada as características estruturais do Sistema de Saúde, bem como das carências, em sua maioria, vigentes na população brasileira, necessitando de atendimento biológico imediato, as intervenções tecnológicas empregadas são indispensáveis. Concordo com Vargas (2000) que a tecnologia é um apoio e não um obstáculo para a prática de cuidar do ser humano, que sente, pensa e necessita de outro ser humano.

Este autor salienta (p.248):

La utilización de la tecnología como ayuda para el cuidado de las personas, cuando por sus condiciones de salud se requiere, no debe permitir que nos ciegue de tal forma que se desplace y reste importancia a la persona, sujeto de nuestro cuidado. Se debe recordar siempre que ésta es para el beneficio de la persona y no en sentido contrario.

Nazário (1999) afirma que, a/o enfermeira/o que atua numa unidade crítica deve possuir conhecimento, perícia e experiência clínica, com ênfase nas habilidades de comunicação, avaliação das/os clientes e determinação de prioridades. Para Figueiredo *et al* (1998), a qualidade do cuidado de enfermagem envolve além de uma prática incluindo desenvolvimento de técnicas, habilidades psicomotoras e conhecimento científico, a capacidade de saber se emocionar, criar, sonhar, intuir, imaginar, pesquisar e cuidar.

Os cuidados a/ao cliente numa unidade crítica não dependem de uma só pessoa, mas do trabalho de uma equipe humana que deve ser coordenada corretamente. Os diferentes membros da equipe multiprofissional colaboram

efetivamente no desenvolvimento das atividades junto ao cliente e na concretização dos alvos propostos.

2.3 O cuidado de enfermagem em UTI

Impossível comentar sobre UTI sem abordar a vivência dos seres que ali trabalham, especialmente, a equipe de enfermagem que experimenta uma jornada de trabalho desgastante e exaustiva, permanecendo durante sete dias da semana, 24 horas por dia junto ao cliente crítico.

Segundo Hudak e Gallo (1997) a imprevisibilidade do ambiente de terapia intensiva é o maior fator de estresse, além disso, somam-se: rotina repetitiva, risco de acidentes de trabalho, gemidos, choros, alarmes, “bips”, contato com secreções corporais, convivência com a dor, com a morte, enfim, com crises existenciais variadas.

Essa convivência diária com o “estresse” torna o trabalhador de UTI psicologicamente afetado. Moraes (1991) refere que pessoas com formação técnica altamente especializada e, que lidam no cotidiano, com a dor, o sofrimento, e com crises existenciais de vida/morte, desenvolvem mecanismos de defesa, que normalmente são: controle onipotente, distanciamento e despersonalização. Sem uma formação voltada para aspectos e valores mais humanos, não há como o profissional perceber o seu trabalho como uma atividade que possa, não só ser estressante, mas configurar-se em algo mais prazeroso. Isto por sua vez, vem agravar a problemática da internação em UTI, caracterizando-a conforme descrito anteriormente, como fria, impessoal e direcionada para aspectos biológico e técnico-tecnológicos da assistência.

De acordo com Betinelli (1998, p.21):

Muitas vezes a enfermagem, com esta visão tecnicista que valoriza sobremaneira os instrumentos, impede reflexões diárias sobre postura e conduta profissional, distanciando cada vez mais a pessoa do profissional da pessoa a ser cuidada.

Ainda, apontando alternativas para essa problemática, Betinelli (1998) coloca que todo relacionamento de cuidado deve ter como base de sustentação a liberdade, a sensibilidade, o diálogo autêntico, a presença ativa e o compartilhar de conhecimentos na busca da valorização da vida.

Essa forma grandiosa de conceber o cuidado em terapia intensiva deve, entretanto, ser assimilada pelos profissionais que ali atuam, na esperança de modificar a forma como vem sendo percebida a assistência de enfermagem nestes locais.

O significado cultural do cuidado humanizado em UTI foi revelado em um estudo recente por Vila e Rossi (2002) como algo muito falado e pouco vivido. O referido estudo aponta que o conceito de humanização, sintetizado, pelos profissionais, na expressão: amar ao próximo como a si mesmo, não é o mesmo revelado na prática de enfermagem. Os dados refletem que aspectos da assistência de enfermagem traduzidos pelas ações dos profissionais, merecem ser melhor estudados, por se tratarem de fatores que, ao afetarem a assistência prestada, atingem diretamente a saúde do cliente e de sua família.

Para que a equipe de enfermagem valorize o ser humano na prática do cuidado diário do cliente na UTI e sua atuação junto aos clientes e familiares não se limite a executar rotina do dia-a-dia, tornam-se necessários a motivação no ambiente de trabalho e a reflexão sobre sua atuação profissional. Sobre a reflexão, Freire (1980) diz que quanto mais o indivíduo refletir sobre a realidade, ou seja, na prática diária, mais ele emerge comprometido e pronto a intervir na realidade para transformá-la. A motivação da equipe de enfermagem no ambiente de trabalho resulta, principalmente, do respeito e valorização profissional.

A conscientização de que a complexidade do cuidado intensivo pressupõe o compromisso primordial e prioritário da equipe de enfermagem para com a prestação do cuidado humano, é requisito imprescindível à qualidade da prática do cuidado humano de enfermagem. Uma vez que as tecnologias e as medidas terapêuticas oferecidas nas unidades críticas são necessárias e indispensáveis para que sejam atingidos os objetivos destas unidades. Entretanto, tais medidas são insuficientes para tornar realmente efetivo o cuidado ao indivíduo, considerando-se que o cliente é um todo, ele não pode deixar de ser visto como tal, pois seu estado emocional pode, muitas vezes, estar tão afetado quanto o físico.

Diante das adaptações a que as sofisticadas técnicas conduziram a assistência à saúde, é fundamental a compreensão de que todos os avanços foram absorvidos atendendo a demanda do mercado, com vistas a propiciar a garantia e a valorização da vida. Todavia, nos últimos anos, a pouca abordagem dos aspectos

de humanização nos relacionamentos interpessoais da equipe de enfermagem com os clientes e familiares nas unidades críticas é evidente.

Por isso, acredito ser necessário que, busquemos demonstrar não somente aprimoramento técnico, mas também a atitude humana, habilidade e sensibilidade, mesmo nos momentos que atuamos em situações de sobrecarga emocional, neste relacionamento com os clientes e familiares.

O trabalho na UTI deve focar não apenas a competência técnica para manusear a tecnologia utilizada para o tratamento, mas a qualificação dos trabalhadores para lidar de maneira mais humana com os indivíduos que ali se encontram e seus familiares, como também com os demais trabalhadores deste local e instituição. É necessário que estejamos atentos “ao fato de que a humanização do cuidar, mesmo diante de todo o uso da tecnologia, ocorre através das pessoas que fazem esta mediação, influenciando o modo como ela se dá” (BARBOSA, 1999, p.14).

Camponogara (1999) reitera que para atuar em UTI, o profissional precisa aperfeiçoar-se constantemente, mas coloca em questão qual é o papel do profissional de enfermagem: curar ou cuidar? Enfatiza que se admitirmos que é curar, ficaremos escravos da tecnologia; e se é cuidar, teremos que refletir sobre o que é melhor para aquele que ali está, humanizando o atendimento e isto significa resgatar nossa capacidade de sentir o outro, o direito de expressar os sentimentos, de aprender como ser mais inteiro e íntegro consigo mesmo.

Para reforçar esse idéia de mudança de atitude e comportamento, Kimura (1988) assegura que:

Compartilhar com o paciente crítico a condição de vida e morte, de grande insegurança emocional e dor, pode ser uma experiência extremamente rica, tanto para o paciente como para o enfermeiro. Exige porém, deste profissional não somente o conhecimento técnico-científico, mas um embasamento humanístico bem estruturado, que o torne capaz de compreender o paciente como pessoa em luta para superar sérias dificuldades (p.177).

A partir destes pensamentos, vê-se que há um olhar crítico sobre a atual prática de enfermagem. Ao cuidar em UTI, o enfermeiro/a necessita utilizar a tecnologia aliada à empatia e à compreensão do cuidado que presta, a fim de promover um cuidado seguro, responsável, ético em uma realidade vulnerável e frágil. Cuidar em unidade crítica está vinculado à motivação, comprometimento, postura ética e moral.

Por mais que as transformações tecnológicas tenham “desumanizado” o trabalho em saúde, ele ainda tem como objetivo o ser humano, feito de ossos, músculos, sentimentos, desejos, afeto, subjetividades. Por isso, nossa responsabilidade em resgatar e/ou transformar essa realidade.

2.4 O Ser Humano em Unidades Críticas

Watson (1996) crê que o ser humano é constituído por uma realidade subjetiva, uma estrutura individual de referência da pessoa, um ser no mundo, organismo experienciante e observador, constituído de corpo, mente e alma. O ser humano completo na sua totalidade é capaz de desenvolver por si mesmo um alto grau de complexibilidade e de aproximação do mundo, interagindo com o mesmo através de suas crenças, valores e costumes.

Esta compreensão tem similaridade nas idéias de Morin (1986), quando este afirma que é impossível isolar o ser vivo de seu ecossistema, o indivíduo de sua sociedade e o sujeito do objeto. O autor afirma que os seres humanos podem ser pontuados como seres auto-eco-organizadores, com possibilidades de decisão e escolha, que vem das liberdades que emergem da auto-eco-organização.

Para Erdmann (1996) o ser humano busca o cuidado pela vontade de sobreviver e se cuidará segundo valores de vida e amor próprio, estando na dependência também da vontade de outras pessoas para que ele sobreviva.

Nazário (1999), refere que o ser humano é um ser dinâmico com existência própria, que se relaciona e atua, de maneiras diversas, com as pessoas que encontra e, dessa forma, constitui-se o ser no mundo. Só se consegue entender o ser humano, no contexto do seu mundo próprio, através de suas vivências, o que deve remeter à interpretação da sua própria natureza essencial. Assim, é preciso ser e sentir como o outro.

De acordo com Stefanelli (1993 p.88), “cada pessoa é única, possuidora de crenças e de valores que necessitam ser respeitados, pois a compreensão como mundo do outro, pode contribuir com a efetivação de um cuidado individualizado”. Portanto, é necessário estar envolvido, e manter o respeito na interação. Ou seja, para compreender o mundo do outro, a nossa atenção precisa estar centrada no ouvir reflexivamente as mensagens emitidas verbalmente ou escutar o silêncio da/o

paciente, o qual reflete seu modo não verbal de expressão; só assim conseguiremos compreendê-la/o e acolhê-la/o em todas as suas dimensões de Ser Humano, e respeitá-lo como tal.

Segundo Gomes (1988), a/o cliente apresentando-se em uma unidade crítica com quebra súbita das atividades normais, pelas urgências médicas, desenvolve uma atmosfera emocionalmente comprometida, e o estresse se faz presente. Ainda, segundo a mesma autora, a limitação a que a/o paciente se vê submetida/o, a distância de casa, a ausência de familiares, faz com que a/o mesma/o se torne preocupada/o e ansiosa/o. O desconhecimento do ambiente, a presença de pessoas estranhas e a tecnologia usada na sua recuperação, causam-lhe grande desconforto.

O ser humano, que vivencia uma situação de emergência/urgência, necessita de cuidados de enfermagem, no sentido de mobilização de forças internas (energia vital) e externas (ambiente) para a potencialização da energia positiva, que o auxiliará na recuperação da condição de ser saudável. Sendo assim, visa também a possibilidade do desenvolvimento deste, através do processo ético e educativo, ou ainda que, a par dessa busca, também se despedir da vida em um processo digno de morrer (GOMES, 1988).

Conforme Nazário (1999), o fato de ser admitido, mesmo que temporariamente, numa unidade crítica, faz com que o ser humano passe a integrar esse ambiente estressante, aonde o vai e vem da equipe se acentua em determinados momentos e as expressões deixam transparecer dúvidas e incertezas; além disso, ela/e se submete às normas e às rotinas do serviço, em um ambiente totalmente diferente da sua realidade cotidiana anterior.

Para Koizumi et al (1979), a percepção quanto à limitação das atividades, dependência e medo da morte, surgem para a/o cliente, como parte integrante de uma realidade de difícil aceitação. Medo, ansiedade, insegurança, entre outros, são sentimentos comuns a quem passa pela experiência de ser cliente em UTI. Declaram que:

A natureza estressante e agressiva da UTI é amplamente reconhecida. O emprego do termo UTI é suficiente para lembrar uma situação muito tensa. Circundado por fatores sobre os quais não pode exercer controle e dos quais depende sua sobrevivência, o indivíduo experimenta nesse ambiente, grande desconforto (p.140).

Hudak e Gallo (1997) ao explicitar a situação vivida pelo cliente em terapia intensiva apontam aspectos atemorizantes, como: ser estranho, em ambiente estranho e estar sendo cuidado por pessoas estranhas (o que gera sensação de desamparo, insegurança); a experiência do uso de aparelhos, os sons, os alarmes e luzes da unidade, alarmes e luzes da unidade; a perturbação do sono; presenciar situações de emergência; e as vezes, a morte do outro; uso de múltiplas sondas, cateteres e drenos; ruídos de aspiração, sussurros, risos e vozes disfarçadas, perda da privacidade, ausência da família, dentre outros. Aliado a isso pode-se acrescentar a sensação de morte eminente, mesmo quando o cliente não sabe exatamente onde está, e o sentimento de perda de si próprio, de sua vida, pois não sabe porque está ali, quem são aquelas pessoas e os aparelhos que o rodeia.

Da mesma forma, em tais circunstâncias, o/a acompanhante, que geralmente é um membro da família, chega à unidade com toda a carga emocional de medo, ansiedade, revolta, descrença, temores, esperando que a equipe a/o receba com segurança, calor humano, sinceridade e orientação necessária.

2.5 A Família que Vivencia a Hospitalização numa Unidade Crítica

Segundo Nitschke (1999), falar em família é mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura e, também, de sua orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos. Nitschke (1999, p. 42) define família como:

um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e um alto grau de intimidade.

Watson (1996) vê a família como um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por vários motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico.

Nitschke (1999) refere que a família, ao trazer em seu mundo imaginal que ela é quem cuida, pode dar sinais de alerta para as/os profissionais da saúde. Neste sentido, apesar de defendermos a posição de que o cuidado que a família presta seja substancialmente diferente do cuidado profissional de enfermagem, devemos

entendê-la como sujeito do cuidado de si, enquanto rede de interações, procurando estar atentas/os aos seus alertas quanto ao cuidado a um de seus membros. Por outro lado, por ser a família uma rede complexa, trabalhar com ela demanda uma atuação que é interdisciplinar. Não podemos também nos esquecer que a família como um grupo de dois ou mais indivíduos, que convivem, interagem, formam um todo que é diferente e maior do que a soma de seus membros, sendo peça fundamental no processo de cuidado.

As unidades de terapia intensiva já existem há algumas décadas e, pelo que se conhece, não é uma prática habitual neste serviço a participação da família nas situações de emergência/urgência.

Na maioria dos casos, o tempo para a visita da família e amigos da/o cliente no serviço de terapia intensiva é mínimo. O tempo de equipe é precioso, o espaço limitado e o atendimento a/ao cliente deve ser prioridade. Todavia, os membros da equipe de enfermagem precisam considerar a família da/o cliente e amigos próximos no planejamento do atendimento a/ao cliente, até onde for possível fazê-los participar do processo (ROGERS et al, 1992).

Curry (1995) revela que a família do cliente internado em UTI deve fazer parte dos cuidados de enfermagem, pois tem necessidades a serem satisfeitas (de reduzir a ansiedade, de apoio, de sentir-se útil). A família também sofre o impacto da hospitalização, do ambiente da UTI, do medo de perder o seu parente, e, cada membro reage diferentemente a estes estressores.

Para Nazário (1999), a família e a/o cliente fazem perguntas que são apelos e pedidos de informação sobre a doença. É sempre difícil enfrentar o medo do desconhecido. Assim, estes esperam da equipe, calor humano, sinceridade e orientação, e este apoio diminui a tensão.

Baptista (1995) descreve a família no contexto da terapia intensiva, como sendo, abandonada e estigmatizada, pois a percepção da equipe sobre familiares preocupados, ansiosos, desinformados e estressados, é o da família “metida” e que “cobra” um atendimento com pressa. Na realidade, nem a equipe e nem a família são compreendidas na UTI. A equipe procura isolar a família na sala de espera para não ter que lhe dar respostas que ainda não tem, não deseja dar, ou para ter uma preocupação a menos dentro do serviço que, por si só, é estressante.

Waldow (1998) afirma que a presença e carinho da família são fundamentais para o ser cuidado. Se a equipe ignorar seus sentimentos e

necessidades, o processo de cuidado poderá ser dificultado. Envolvê-los, portanto, no cuidado de enfermagem é indispensável. Torná-los parte integrante da vivência que seu parente experiência é muito importante para aliviar a ansiedade de ambos e, tornar a crise que experimentam mais amena. A presença, o toque, o afago do familiar muito contribui para a recuperação e o fortalecimento do cliente internado.

Com base no exposto, manifesto, a seguir, o marco de referência teórico norteador deste estudo.

3 DELINEANDO O REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO À LUZ DA COMPLEXIDADE E DA TEORIA DE JEAN WATSON

Neste capítulo apresenta-se uma revisão teórica sobre a Teoria da Complexidade – Sistemas Complexos, e o Cuidado Transpessoal de Jean Watson, em que se procurou relacioná-los.

As teorias da complexidade e do cuidado Transpessoal serão aqui apresentadas e discutidas a fim de embasar teoricamente o exercício da compreensão da realidade do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva.

3.1 A Complexidade

No cotidiano, diz-se que algo é complexo quando não o entendemos ou não conseguimos explicá-lo. Cataloga-se algo de difícil ou complicado quando exige muita dedicação, prática, energia e esforço em sua execução. Tudo isso, porém, é relativo a cada indivíduo.

De acordo com Vallée citado por Tarride (2002) um aspecto inicial da complexidade está associado à relação estabelecida entre sujeito consciente e ativo e objeto em interação com o sujeito. Daí surge o sentimento eventual de complexidade manifestado pelo sujeito, que o atribui ao objeto.

Para Morin (1995) a Complexidade é uma forma de compreender o mundo, tendo a capacidade de integrar no real as relações que sustentam a co-existência entre os seres no universo, possibilitando o reconhecimento da ordem e da desordem; do uno e do diverso, da estabilidade e da mudança.

Define complexidade ainda como "...um tecido (complexus: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados, sendo que a

complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, imprevistos, que constituem o mundo dos fenômenos (MORIN, 1995, p.21).

A complexidade tenta dialogar com as diversas dimensões que constituem os fenômenos e objetos, enfim, a realidade. Pensando no fato de que

somos seres ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, é evidente que a complexidade é aquilo que tenta conceber a articulação, a identidade e a diferença de todos esses aspectos, enquanto o pensamento simplificante separa esses diferentes aspectos, ou unifica-os por uma redução mutilante (MORIN, 1998, p.176).

A complexidade envolve a noção de multidimensionalidade. Envolve também a noção de ordem, desordem, organização. Na compreensão de Morin (1995), as idéias de ordem, desordem e organização necessitam ser pensadas em conjunto e surgem de diferentes pontos de partida.

3.1.1 Ordem, desordem, organização

Ordem é tudo que envolve repetição, constância, invariância, tudo que pode ser colocado sob a égide de uma relação altamente provável, enquadrada sob a dependência de uma lei (MORIN, 1990).

Sob o paradigma da complexidade, a noção de ordem é enriquecida em relação aquela do determinismo, pois segundo Morin (1998, p.197), "... também há, na idéia de ordem, eventual ou diversamente, as idéias de estabilidade, constância, regularidade, repetição; há a idéia de estrutura...".

Já a desordem é tudo que envolve irregularidade, derivações em relação a uma dada estrutura, aleatoriedade, imprevisibilidade (MORIN, 1990). A desordem não só se opõe a ordem, mas com ela coopera para criar organização.

De acordo com Morin (1998), o funcionamento do ser vivo tolera, até certos limites, uma parte de desordem, de ruídos, de erros. A degradação continua das moléculas e das células de um organismo, por exemplo, é a desordem permanente.

A complexidade tem necessidade de levar em conta não só a ordem como também a desordem, reforçando a inseparabilidade destas noções, intermediada pela noção de organização.

Morin (1998, p.215) não privilegia a ordem nem a desordem, contudo mostra

[...] sua inseparabilidade incluindo na associação a idéia até então subestimada de organização. Se é surpreendente que haja desordem no universo, se é surpreendente que haja ordem, o mais surpreendente é que haja organização, que parece ser devida a fenômenos de desordem e da ordem. [...] A ordem, a desordem e a organização se desenvolvem juntas, conflitual e cooperativamente, e de qualquer modo, inseparavelmente.

3.1.2 Os princípios básicos da Complexidade

Na visão de Morin (2000), a complexidade apresenta sete princípios básicos, que são complementares e interdependentes, nos quais três são fundamentais: o hologramático, a recursividade e o dialógico. Para olhar de forma complexa uma organização, os princípios fundamentais precisam ser identificados. A seguir apresento os princípios descritos por Morin (1999; 2000).

O primeiro princípio, *sistêmico* ou *organizacional*, liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, lembrando que o todo é igualmente mais e menos que a soma das partes, que tem algumas de suas qualidades inibidas pela organização do conjunto; ressaltando ainda que nada está isolado no universo e tudo está em relação. A organização é aquilo que constitui um sistema a partir de elementos diferentes. Ela é ao mesmo tempo uma unidade e uma multiplicidade.

O segundo princípio, o *holográfico*, evidencia que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito nas partes. Isso não significa todavia, que a parte seja um reflexo puro e simples do todo, pois cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, mas de algum modo contém o todo. Um exemplo deste princípio diz respeito aos organismos biológicos, pois cada uma das células do corpo humano, até a mais simples célula da epiderme, contém a informação genética do ser global, mas não é em si o ser global.

O terceiro princípio é o da *retroatividade*, que permite o conhecimento dos processos auto-reguladores e rompe com o princípio da causalidade linear, onde a causa age sobre o efeito e o efeito sobre a causa. Para exemplificar esse princípio, Morin nos lembra que a elucidação do todo pode ser feita a partir de um ponto especial que encarna em si próprio, num dado momento, o drama ou a tragédia do todo. Por isso se deve considerar que um fenômeno global necessita de circuitos ou de vaivém entre os pontos individuais e o conjunto.

O quarto princípio, da *recursividade*, representa um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz. Um exemplo deste princípio relaciona-se à sociedade. Ela é produzida pelas interações entre seres humanos e estas interações produzem um todo organizador que retroage sobre eles, para co-produzi-los como seres humanos: o que eles poderiam ser não o seriam se não dispusessem da instrução, da linguagem e da cultura. Outro exemplo, diz respeito ao fenômeno biológico do ciclo da reprodução, no qual os seres vivos são produzidos, sendo eles mesmos necessários para a continuação do ciclo, ou seja, a reprodução produz seres vivos que reproduzem o ciclo da reprodução.

O quinto princípio é o da *autonomia / dependência* (auto-eco-organização) para o qual os seres vivos são autônomos, mas a sua autonomia depende do meio exterior. Assim como eles têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência, por isso são concebidos como seres auto-eco-organizadores. No entendimento de Morin, a autonomia se fundamenta na dependência do meio ambiente, passando o conceito de autonomia a ser um conceito complementar ao da dependência, embora lhe seja também antagônico.

O sexto princípio, o *dialógico*, permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias (como ordem, desordem e organização) para conceber um mesmo fenômeno complexo, ou seja, ele une duas noções que tendem a excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. Dialógico quer dizer que duas lógicas, dois princípios estão unidos sem que a dualidade se perca nesta unidade. Com essa forma de pensar, Morin teve a idéia que ele chamou de unidualidade, quando afirma que o ser humano é um ser unidual, totalmente biológico e totalmente cultural a um só tempo.

O sétimo princípio, da *reintrodução* do conhecimento em todo conhecimento, opera a restauração do sujeito e torna presente a problemática cognitiva central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução, uma tradução por um espírito / cérebro numa cultura e num tempo determinados.

Os princípios da complexidade que foram aqui descritas, como a ordem, a desordem, a contradição, a dificuldade lógica, formam o tecido da complexidade. Lembro que *complexus* é o que está junto, é o tecido formado por diferentes fios que

transformam numa só unidade, isto é, tudo se entrecruza, tudo se entrelaça para formar a unidade da Complexidade. Porém, a unidade do *complexus* que foi formada não destrói a variedade e a diversidade das complexidades que o teceram.

3.2 Sistemas Complexos

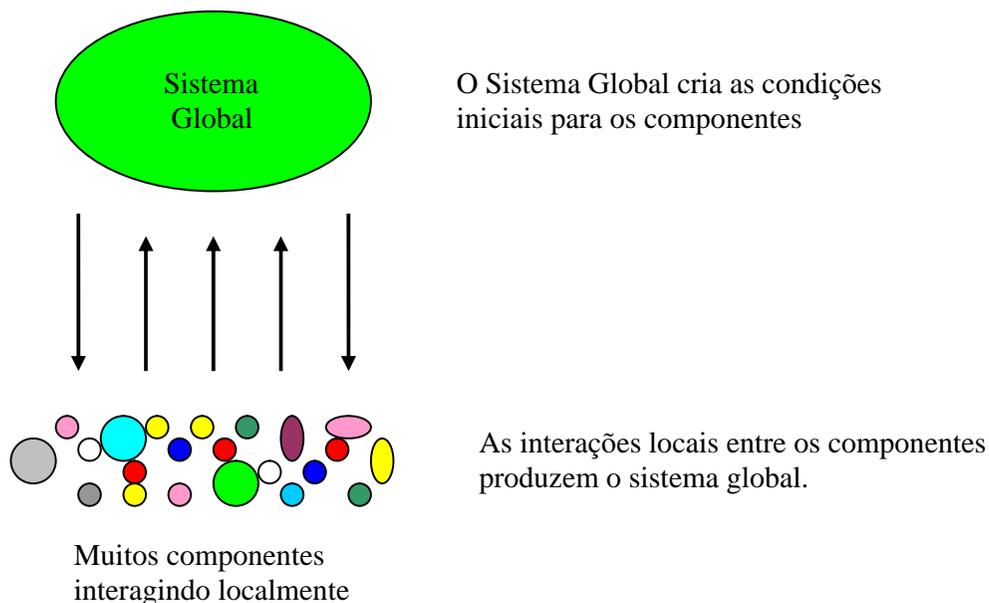
Ao se iniciar o estudo da Teoria da Complexidade, tem-se o desafio de elaborar e trabalhar a noção de sistema. Um sistema é qualquer porção ou todo arbitrário de um processo escolhido para análise, ou um conjunto de dois ou mais elementos que estão inter-relacionados (COELHO, 2001).

Os sistemas complexos são sistemas com múltiplos componentes em interação, cujo comportamento não pode ser inferido a partir do comportamento das partes.

De acordo com Axelrod (1997), a teoria da complexidade envolve o estudo de muitos elementos e suas interações. Os elementos podem ser átomos, pessoas, organizações ou nações. Suas interações podem consistir de atração, combate, comunicação, comércio, parceria ou rivalidade.

Na opinião de Axelrod (2000), “complexidade” não denota simplesmente “muitas partes em movimento”. Ao contrário, complexidade indica que sistema consiste de partes as quais interagem de forma que influenciam fortemente o sistema como um todo. A complexidade normalmente resulta em características que são propriedades do sistema que as partes separadas não tem. Por exemplo, nenhum neurônio tem consciência, mas o cérebro humano tem consciência como uma propriedade emergente.

A partir do exemplo citado pelo autor fica evidente que as partes de um sistema complexo são, elas mesmas, freqüentemente complexas.



Bertalanffy apud Coelho (2001), define sistema como um complexo de elementos em interação, interação esta de natureza ordenada, o que implica reconhecer as propriedades de interação dinâmica entre os elementos de um conjunto, conferindo-lhe uma característica de totalidade, e para tal, há de se estabelecer um método que permita mobilizar e organizar os conhecimentos, para adequar meios aos objetivos perseguidos, promovendo uma linguagem que possa servir de suporte à articulação e à integração de modelos teóricos.

Morin (1981, p.100) concebe o sistema como “unidade global organizada de inter-relações entre elementos, ações ou indivíduos”. A totalidade sistêmica é algo além da soma das partes, implicando qualidades emergentes que as suas partes isoladamente não possuem. Essa nova unidade resulta das relações entre as partes. O todo é uma unidade complexa que dispõe de qualidades próprias e irreduzíveis, mas tem de ser produzido e organizado.

Um sistema de idéias no caso, comporta um núcleo, ou seja, axiomas que legitimam o sistema, regras fundamentais de organização, idéias mestras, e por vezes trata-se de um complexo polinuclear, no caso de o sistema reunir no seu seio vários sistemas anteriormente dependentes / interdependentes (MORIN, 1991).

Um sistema se protege e defende contra as degradações ou agressões externas e se alimenta de confirmações e verificações que vem também do mundo

externo. Num sistema surgem também degradações ou agressões emergidas internamente, dos elementos ou espaços que os constituem pelas diferenças ou trocas internas que não são sempre harmônicas. Assim, a abertura de um sistema tende a ser maior quando as condições externas são favoráveis a ele, embora seja sujeito ao acaso, riscos e incertezas (ERDMANN, 1998).

A noção de sistema aberto leva a múltiplas perspectivas de focos de atenção, indo-se além das perspectivas institucionalistas, desenvolvimentistas e política de estudo do coletivo das organizações já conhecidas nas teorias de enfermagem, especialmente Rogers pelo enfoque desenvolvimentista, King – estruturalista, Roy – adaptativo, Jonhson – comportamentista, Neuman e Leininger – funcionalistas e Parse simultaneidade (GEORGE, 1993). Os sistemas são interconectados e interdependentes, cuja análise de seus ambientes, que macro, micro ou multi, podem não dar conta do livre trânsito dos pequenos movimentos / momentos que dinamizam a vida de um sistema nas suas singularidades.

Os sistemas tentam encontrar e preservar o equilíbrio, o que significa que tenta conseguir uma harmonia entre todos os seus subsistemas. O estudo dos sistemas complexos atinge várias escalas, das partículas até o universo. Para melhor compreender a complexidade, descreve-se a seguir, o sistema de cuidados de enfermagem.

3.2.1 Sistema de Cuidados de Enfermagem

O pensamento complexo surge como possibilidade para a visualização de um sistema de cuidado, perpassando as noções de redes e suas interconexões, de sistemas complexos nas suas estruturas e propriedades, e dos movimentos de inter-retroações nos espaços organizacionais e nos seus possíveis processos auto-organizadores (ERDMANN et al, 2004). A seguir, apresento as noções de sistemas de cuidados em enfermagem descritos por Erdmann (1996; 2004).

A noção de sistemas de cuidado à saúde está presente na literatura na revelação do cuidado humano como prática de saúde. Quase todas as principais teorias de Enfermagem sustentam-se na noção de sistemas, evoluindo de sistemas funcionalistas para organicistas e mais recentemente, organizacionistas, apoiadas em sistemas complexos.

Ao focalizar os sistemas de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde diante da noção de complexidade, nota-se que as redes dos fenômenos organizacionais sobrevivem, se modificam e se mantêm pelos múltiplos e complexos canais de relações, que nem sempre podem ser identificados, compreendidos ou “administrados”. As relações multidimensionais com os diferentes meios/ambiência dos sistemas abertos estão em constante movimento frente suas influências múltiplas e imprevisíveis.

Entendendo estar o cuidado na ordem dos mecanismos de sobrevivência dos seres da natureza, pode-se visualizar dimensões diversas do mesmo. A natureza abrange sistemas provedores e protetores de vidas, incluindo as dimensões de sistema de cuidado, dos processos de cuidar e dos atos de cuidar, quer pelo sistema pessoal / individual ou do ser humano, sistema interpessoais, sistemas sociais, ou quer por entidade, processo, função ou parte de uma entidade maior, como pode ser lido nas teorias de enfermagem.

O sistema de cuidado dá a idéia de sistema processual, com entrada, processos internos, saídas e retroalimentação ou por funções complexas de múltiplas entradas, saídas, processos e fluxos de movimentos em direções variadas. Tem como elemento aglutinador, os propósitos, as finalidades, o alcance de objetivos, como razão da sua existência. Este sistema, tido como aberto, se relaciona com outros sistemas, fazendo trocas, influenciando e sendo influenciado, sem, contudo mostrar outros elementos que animam sua existência.

A sociedade moderna criou organizações complexas destinadas à produção de serviços de cuidado à saúde. O cuidado há muito deixou de ser uma atividade exclusiva da família ou associada a algum papel exercido por um indivíduo. Processando-se e sendo proporcionado por meio de organizações complexas que o conformam e o determinam, o cuidado em saúde em alguns momentos é encarado como mais um produto do mercado, sendo produzido por organizações nem sempre estruturadas para a promoção da vida (ERDMANN et al, 2004).

O cuidado está associado ao processo de viver e se materializa em relações complexas entre os seres e entre estes e os ambientes organizacional, institucional e natural. A meta viver mais, saudável e feliz, inerente à condição humana, parece ser uma função das práticas de cuidado que se estabelecem em vários campos, especialmente no campo da saúde, incluindo suas organizações. Ao almejar continuados ganhos em relação ao processo de viver mais e feliz, a sociedade

parece debruçar-se sobre a melhoria contínua do cuidado como estratégia para o processo de cuidar, buscando construir organizações capazes de operar a complexidade dos sistemas de cuidado (ERDMANN et al, 2004).

Para Erdmann (1996) o sistema organizacional de cuidados mostra momentos de passagem de vidas humanas em movimentos/ondulações, tendo os deslocamentos, os impulsos, as animações, os dinamismos próprios, os altos e baixos ou subidas e descidas, as sinuosidades ou flexuosidades como possíveis propriedades da vida deste sistema, que permite o calor de seus movimentos, a dinâmica de seu trabalho, a realização da existência da vida humana, do ser-acontecer de momentos singulares. A organização do sistema de cuidados é contingencial por ser variada na sua disposição relacional e por operar em condições variadas.

O espaço do sistema organizacional de enfermagem é o lugar marcado pelas vidas vividas, pelas oportunidades espaciais das relações de trabalho e pelo vivenciar o cuidado na ordem do seu potencial de força para demarcação e utilização deste espaço, dependência, pertencimento e privacidade. É o lugar pontilhado por uma multiplicidade de pequenos espaços de provimento de saúde, de busca da melhoria do corpo num coletivo de afeto, emoções, ambiência e determinações. Estes espaços são amplos diante das múltiplas possibilidades de transição física e social.

A atividade de cuidado da enfermagem é feita pela ação/negociação/deliberação de seus profissionais/cuidadores mediante necessidades levantadas, normatizadas ou não, ou de solicitações diversas, podendo contar com a energia/utilização de materiais/equipamentos. Objetos inanimados podem fazer parte do cuidado, tais como música, massageadores, plantas e outros que estão presentes nas rotinas de cuidados de enfermagem hospitalar. Ainda, a presença física do cuidador junto ao cliente não significa que o mesmo esteja ali cuidando, assim como o estar cuidando pode estar acontecendo distante fisicamente do cliente. Também o cuidado que acontece num espaço hospitalar pode extrapolar para outros espaços e envolver outras pessoas.

A noção de prioridade no atendimento / cuidado, mais forte no subsistema de cuidados intensivos, está ligada ao risco de vida, o qual oscila num real-escondido, certeza-incerteza, verdade-engano, onde as possibilidades, as probabilidades e as

oportunidades estão em jogo nas prioridades elegidas, reconhecidas ou de rotina, onde a incerteza parece surgir na medida em que se toma consciência do risco.

Na dinâmica do trabalho da enfermagem ou do sistema organizacional de cuidados, mostram-se o cliente e familiares como animadores deste sistema. É a partir deles, com eles, neles e para eles que as dinâmicas de trabalho acontecem. A não presença deles significa parada de trabalho.

Erdmann (1996) coloca que todos os seres humanos buscam o cuidado pela vontade de sobreviver e se cuidarão segundo valores de vida e amor próprio, estando na dependência também da vontade de outras pessoas para que ele sobreviva. O cuidado parece ser a resposta às necessidades manifestadas/percebidas, porém, podem ser dirigidas por necessidades criadas ou provocadas por diversos fatores.

Assim, o sistema organizacional de cuidados de enfermagem é constituído por atores sociais: os cuidadores e os que são cuidados, incluindo as pessoas de relação mais próxima dos que são cuidados, formando um elo de ajudas mútuas. São pessoas que agem, reagem, interagem, pertencem, associam-se, partilham, interdependem, ajudam-se, trocam experiências/energias, diferenciam-se e integram-se, aproximam-se e distanciam-se, articulam-se, envolvem-se e negociam, convivendo a harmonia conflitual. Ocupam um espaço físico e social e político-institucional. Este sistema tem como emergências o cuidado que pela intuição, razão e lógica de seus atores permite o acontecer, a arte dos processos interativos, por interações de relações múltiplas inesgotáveis. A arte do cuidado neste sistema é marcada pelos estilos/maneiras próprias e peculiares de fazer acontecer/mostrar em aparências ou formas o jogo dos movimentos-ondulações, junto aos elementos/conteúdo do cuidado, do viver a vida saudável, do manter as energias. Este jogo mostra as sensações vividas pelos atores do cuidado, as sensibilizações provocadas, o prazer de buscar o cuidado, de cuidar de si e de si junto com o outro, de ser cuidado, do sentir o sistema pessoal processar o cuidado do corpo por si próprio e de estar neste sistema de cuidados de integração de múltiplas formas de cuidado.

Em síntese, o sistema de cuidados de enfermagem se configura por movimentos / ondulações de relações, interações e associações, em estruturas e propriedades de processos auto-eco-organizadores de dimensões variadas do cuidado desde o andar em si, de ser cuidado pelo outro, de sentir o sistema pessoal

processar o cuidado do corpo por si próprio, de ser/estar no sistema de relações múltiplas de cuidado, até a dimensão do cuidado com a natureza, integrando-se com os demais sistemas sociais/naturais, aproximando os seres na busca de melhor sobrevivência / vida / civilidade humana.

Assim, a idéia de sistema de cuidado de enfermagem passa pela visão abrangente e multifacetada do cuidado enquanto conteúdo ou essência da vida dos seres da natureza ou processo dinâmico produtor e protetor da vida. Este sistema configura-se, ora por pequenos movimentos / atos e ora como atividade básica da profissão da enfermagem, ora como um misto de atividades de saúde e ora como um encadeamento de medidas assistenciais, administrativas e legais dos diferentes sistemas sociais, ora situado no mundo concreto e nos limites de uma estrutura organizacional, ora transcendendo ao controle objetivo real, extrapolando até mesmo as políticas e as vontades individuais.

3.3 Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson

No âmbito da Enfermagem e de várias disciplinas, varia o significado da palavra *teoria*. Essa variedade de interpretações constitui um método de busca e exploração de verdades e clareza. À medida que amadurece a nossa profissão, provavelmente aumenta a sofisticação na compreensão e utilização das teorias de enfermagem (GEORGE, 1993).

Para Watson (2002, p.95), “teoria é um agrupamento imaginário de conhecimentos, idéias e experiências que está simbolicamente representado e que busca esclarecer determinado fenômeno” .

Neste sentido, passo a apresentar, a biografia da teórica, os conceitos, fatores de cuidado e pressupostos que nortearão este estudo.

2.3.1 Biografia da Teórica

Jean Watson, nascida em 1940 nos EUA, recebeu seu grau de Bacharel em Enfermagem, da Universidade de Colorado, em *Boulder*; o grau de mestre em

Enfermagem em Saúde Mental-Psiquiatria, da Universidade de Colorado, em *Denver*, e o grau de Doutor em Psicologia Educacional pela mesma universidade, em *Boulder*. Praticou a Enfermagem em instituições privadas, como consultora clínica, pesquisadora em Enfermagem, membro do corpo docente de universidades e administradora educacional. É membro da *American Academy of Nursing* e recebeu vários outros prêmios e homenagens, inclusive a de *Visiting Kellogg Fellowship*, do *Western Austrália Institute of Technology*. Possui Doutorado Honorário em letras, de *Assumption College, em Worcester, MA*. Watson é autora de inúmeros artigos, capítulos de livros e livros (GOMÉZ, 2003).

Sua teoria do Cuidado Humano iniciou-se em 1979, e continua desenvolvendo-se até este momento da história. Os livros publicados por Watson desde o início de sua teoria são: *Enfermagem: a filosofia e a ciência do cuidado* (1979/1985) e *Enfermagem: a Ciência Humana e a Ciência do Cuidado Humano* (1985/1988/1999). Watson integra mais recentemente em seu pensamento, com base em outras publicações, a teoria do cuidado transpessoal (GOMÉZ, 2003).

Watson (1996) refere que sua teoria sobre o cuidado transpessoal teve origem em suas próprias crenças e valores acerca da vida humana, da saúde e da cura, fruto de suas experiências e observações. Também sofreu influência da fenomenologia existencialista, da psicologia de Carl Rogers, dos estudos de Peplau, Gadow, Kierkgaard, Sartre, entre outros. Seus estudos foram enriquecidos por experiências clínicas na enfermagem, contato com outros enfermeiros/as e com povos de diversas partes do mundo.

Watson (1996) acredita que o foco principal em Enfermagem está nos fatores de cuidado que se derivam de uma perspectiva humanista, combinada com uma base de conhecimentos científicos. Watson dá enfoque humanístico em seus escritos, sendo o foco principal o cuidado humano, atendendo o indivíduo biopsicosocial, espiritual e sócio-cultural. Neste sentido, a autora considera que o objetivo da Enfermagem é ajudar as pessoas a atingir o mais alto grau de harmonia entre a mente-corpo-alma.

Sua proposta é uma combinação do humanístico com o científico, dizendo que assim se delineia a essência do cuidado, cuja base integra as ciências biofísicas com as do comportamento humano.

Com base no exposto apresento, a seguir, os pressupostos de Watson e meus pressupostos pessoais com o olhar para a realidade do cuidado em UTI, os conceitos que nortearão esta prática assistencial e os fatores de cuidado proposto por Watson.

3.3.2 Pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal

Com base nos conceitos de sua teoria, Watson (1985), delimita os pressupostos que devem nortear a aplicação de sua teoria, os quais são:

1. O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas de modo transpessoal;
2. O cuidado consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação de certas necessidades humanas;
3. O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar;
4. As respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é, mas como aquilo que ela pode vir a ser;
5. Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo em que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto no tempo;
6. O cuidado é mais promotor de saúde do que curativo.
7. O cuidado é a essência da prática de enfermagem e é fundamental à Enfermagem.

2.3.4 Pressupostos pessoais com o olhar para a realidade do cuidado em UTI

- Os seres humanos são parte integrante do ecossistema e o processo de saúde está intimamente ligado com o meio ambiente em que se vive.
- É pelo ato de cuidar que existe a aproximação, reconhecimento e criação das relações interpessoais entre o cliente e profissional de saúde.
- O/A enfermeiro/a precisa assumir na prática uma atitude de cuidado humano, com sensibilidade e conhecimento, que se torne tão importante quanto a atitude técnica.

- O/A enfermeiro/a é capaz de promover e desenvolver transformações no cuidado, necessárias ao ser humano, atingindo resultados para si e para o outro.
- Na relação enfermeiro-cliente, ambos vivenciam, a partir de suas experiências, um processo de aprendizagem que tem o cuidado transpessoal como facilitador.
- O cuidado na saúde é um processo de interações e associações entre os seres, sendo parte organizador dos sistemas de cuidados, co-organizando-se junto aos demais sistemas sociais.
- O sistema de cuidado se configura em múltiplas relações, interações e associações de cuidado, desde o cuidar de si até a dimensão de cuidado com a natureza, integrando-se aos demais sistemas sociais.

3.4 Principais Conceitos

Conceitos são palavras que descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos e constituem os componentes básicos da teoria (TORRES, 1993). Um referencial teórico deve ser sustentado por conceitos claros e objetivos, condizentes com a realidade em estudo.

Os conceitos utilizados constituem uma base teórico-filosófica de compreensão do fenômeno, cuja importância dá sustentação metodológica à prática. A partir de sua operacionalização, mostram um caminho a ser seguido pelos profissionais no dia-a-dia de uma UTI. Saliento, porém, que estes conceitos não são imutáveis e definitivos, podendo ser adaptado pelo profissional de acordo com a sua realidade e a evolução científica.

A seguir, encontram-se relacionados, os principais conceitos que nortearão esse estudo.

Ser humano

Corroboro com as palavras de Chiavenato (1987) quando este afirma que o homem é um indivíduo complexo; não é somente mais complexo em relação a natureza, às suas características, às suas últimas potencialidades, como também é singularmente diferente dos seus semelhantes quanto a própria estrutura de sua

complexidade. Além do mais, é diferente de si mesmo em relação ao tempo, na medida em que, através da experiência e da aprendizagem, sua personalidade e seu comportamento sofrem profundas modificações.

Watson (1988) adota uma visão do ser humano como:

...uma pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida, respeitada, zelada, compreendida e auxiliada; em geral, uma visão filosófica de uma pessoa como um self totalmente integrado e funcional. O ser humano é considerado como maior do que a soma de suas partes e diferente dela. (p.14).

Watson (1996) crê que o ser humano é constituído por um campo fenomenológico, ou seja, por uma realidade subjetiva, uma estrutura individual de referência da pessoa, conhecida somente por ela própria. O EU é um processo, e a pessoa, um ser no mundo, organismo experienciante e observador constituído de corpo, mente e alma. Isso faz-nos entender que este ser é o estar em constante conexão consigo próprio, com os outros e com o universo.

O ser humano é um ser individual, dotado de possibilidades e habilidades complexas e infinitas, inserido num contexto social. Este se define pela sua interioridade, pela sua alma, pelos seus sentimentos, emoções, coração... é ele que faz a diferença. Ser humano é ter sensibilidade, ética, estética e solidariedade.

Neste estudo dois seres humanos precisam ser evidenciados: um por ser o sujeito que implementa o cuidado – o profissional de enfermagem. O outro por ser alvo para o qual se destina a melhoria da qualidade do cuidado – o cliente e sua família.

O profissional de enfermagem é um ser social que traz consigo valores, crenças, conhecimentos, desejos, sentimentos e que, nas relações do cuidado com outro ser humano, deverá ter responsabilidades e capacidades de perceber e lidar com situações que possam apresentar dificuldades e conflitos.

A partir do auto-conhecimento o/a profissional encontra em si mesmo, a motivação para exercer a profissão, assumindo a responsabilidade para continuar crescendo e mantendo uma relação saudável e harmoniosa com o mundo do qual faz parte. É a partir desta compreensão que o ser humano – profissional de saúde – respeita e valoriza a si próprio e o ser por ele cuidado.

O outro ser humano que precisa ser evidenciado é o cliente e sua família que são sujeitos do cuidado e para o qual se destina a melhoria da qualidade do cuidado.

O ser humano / cliente nesta abordagem é aquele que se encontra na UTI por apresentar real ou potencial desequilíbrio orgânico que lhe ameaça a vida, tendo o seu bem estar afetado. O ser humano / cliente na UTI vivencia a experiência de internação, enquanto momento de sua história de vida, atribuindo-lhe inúmeros significados, de acordo com suas experiências passadas; embora vivencie uma experiência que coloca em risco sua própria vida, ele também tem expectativas e projetos para seu futuro. Através da relação consigo mesmo e com os outros seres humanos este ser humano evolui, sendo influenciado pelo ambiente e pela prática do cuidado.

A família é aqui entendida como uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, construindo uma história de vida. Os membros da família são seres únicos, reflexivos, criativos, unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade.

A família, conforme Bielemann (1997), é a unidade primária de cuidado, ela é um espaço social, no qual seus membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apóiam-se mutuamente e enviam esforços na busca de soluções para os mesmos.

Ambiente

O homem nasce no seio do primeiro grupo social do qual participa, que é a família. Aí estão moldados os valores que irão permear sua convivência dentro dos demais grupos do qual fará parte – escola, amigos, grupos religiosos – que, por sua vez, influenciarão sua vida em sociedade, enquanto pessoas. A percepção das pessoas a determinadas situações da convivência social é influenciada pela bagagem de valores e pela diversidade das pressões sociais.

O conceito de ambiente para Watson (2002) está muito associado aos valores que determinam a maneira como alguém deve comportar-se e as metas pelas quais deve lutar; sendo afetados por mudanças no ambiente social, cultural e espiritual, que influenciam a percepção da pessoa, podendo levá-la ao estresse-doença. Além disso, as pessoas têm também, uma necessidade intrínseca de pertinência, de ser parte de um grupo e da sociedade como um todo; há uma necessidade de afeto, de amar e ser amada. A doença (ou o estresse) pode separar a pessoa daqueles que satisfazem tais necessidades de ligação e afeto.

Watson (1988) ainda refere que o cuidado (e a Enfermagem) existem em toda sociedade. Toda a sociedade tem pessoas que se importam com os outros. Uma atitude de cuidado não é transmitida de geração a geração através de genes. É transmitida pela cultura da profissão, como uma maneira única de enfrentar esse ambiente. Assim, é no âmbito da prática do cuidado que a/o enfermeira/o pode ajudar as pessoas a enfrentar o ambiente, satisfazendo suas metas.

Assim, entendo o ambiente como local onde o ser humano vive, cresce e se constrói. Dele recebe influências fundamentais, que o afetam e também o predispõem a tomar decisões que podem modificar sua visão de saúde e potencializar o ser saudável. O ambiente também é compreendido pela família, amigos, companheiros que interagem com o ser humano nas relações fundamentais de construção do ser.

Entende-se que o ambiente de cuidado se constitui no sistema organizacional de cuidado, por noções de estruturas e propriedades, situando o cliente no núcleo deste sistema. Estas pessoas se colocam numa disposição relacional, cuja organização poderia ser agilizada se conseguir visualizar uma autonomia relativa (ERDMANN, 2004).

O ambiente do qual fizemos parte é complexo, isto é, está tecido em conjunto. O ambiente é formado por constituintes heterogêneos inseparavelmente associados de ações interações, retroação, determinações e eventualidades (LEFF, 2003).

O ambiente, neste estudo é composto pelas relações sociais entre profissionais de saúde, familiares, amigos e clientes que compartilham momentos de alegrias e/ou aflições próprios deste período de suas vidas.

O ambiente físico, cenário para realização deste estudo, será constituído pela Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Catarina. Este ambiente, circunscreve-se como sendo, por vezes, completamente estranho à espacialidade antes vivenciada no cotidiano dos clientes. Neste lugar, as pessoas são, muitas vezes admitidas subitamente. Neste espaço da UTI, apresenta-se uma área física repleta de equipamentos desconhecidos, ruídos e iluminação artificial contínua, pessoa desconhecidas, além de um elenco de procedimentos invasivos. Este ambiente está cercado de tecnologias, que embora desenvolvidas com a finalidade de assistir ao ser humano, possui o potencial de por vezes agir de forma adversa a ele.

Saúde/doença

A saúde é percebida e entendida como um valor essencial para a sobrevivência humana e para o seu desenvolvimento no ciclo da vida.

Para Watson (2002), saúde:

... refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde está também associada ao grau de congruência entre o *Eu*, tal como é percebido e o *Eu* tal como é vivenciado (p. 86).

Para Watson (2002), a saúde é definida individualmente de acordo com seu estado subjetivo. Pelo conteúdo existencial da teoria, saúde tem a ver com entendimento das vivências/experiências de cada um, como elas são utilizadas em prol do crescimento pessoal. Watson acredita que um fator importante que afeta a saúde é o estresse ou as atividades ligadas ao estresse que estão, também, associadas ao estilo de vida, às condições sociais e ao ambiente.

Tal visão da saúde foca-se na totalidade da natureza do indivíduo, no seu domínio físico, moral e social – em vez de apenas alguns aspectos do comportamento humano.

Para Chaves (1998) saúde e doença são abstrações necessárias para descrever diferentes graus de sucesso na interação do indivíduo com o meio que o cerca e na dinâmica interna de seu próprio corpo. Como uma emergência do complexo, constituído por indivíduo/sociedade/ambiente, a saúde é, portanto, uma totalidade, na qual a análise permite oferecer o conhecimento dos componentes das relações, porém sem alcançar a plena inteligibilidade. Assim, falar de sistema de saúde é falar da multidimensionalidade quer do próprio setor, que de sua inter-relação com os demais setores da sociedade, que têm impacto direto ou indireto no processo saúde-enfermidade.

Meirelles (2003) considera que a saúde pode ser vista em muitos contextos: histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico. A saúde está relacionada a todos os aspectos da nossa vida: do bem estar físico às nossas interações sociais, nossas capacidades mentais e emocionais, e mesmo nossa vida espiritual. Assim, definir o nosso estado de saúde em determinado tempo envolve avaliar a complexa interação de todas estas facetas da nossa saúde, bem como ordenar a importância que é atribuída a cada um de nós. A saúde pode ser bem mais entendida se cada pessoa é vista como parte de um complexo, interconectado sistema biológico e social.

A saúde passa pelos movimentos do viver nos limites das sensações, conforto e desconforto, na esperança de novos momentos, na possibilidade de estar numa situação e de se preparar para outra, e do sentir energia para superar os confrontos do meio e de alimentar deste meio nos processo de auto-eco-organização. A saúde está no sistema organizacional de cuidado onde o saudável está no viver os altos e baixos, as efervescências e dores, num vaivém de alegrias e tristezas, na harmonia do conflitual regulada pelo limite de interseção de morte e vida (ERDMANN, 1996).

A teoria de que saúde e doença são padrões dinâmicos mudando com o tempo e circunstâncias sociais molda que este julgamento de salubridade deve ser feito muitas vezes durante o ciclo de vida. Isso induz a enfermagem e demais profissionais de saúde a reiterarem que a maioria das avaliações de saúde é relativa, baseada em uma série de percepções e observações, ao invés de um limitado padrão de medida. Saúde resulta de um *continuum* grau de capacidade e incapacidade, não de categorias mutuamente exclusivas. Há um processo contínuo – uma luta de ser humano para manter um balanço positivo entre forças biológicas, físicas, mentais e sociais que tendem a interromper o equilíbrio de saúde (MEIRELLES, 2003).

Para Bettinelli (1998), saúde é um processo dinâmico, multifatorial, interferindo na capacidade do ser humano e no desenvolvimento de suas potencialidades, enquanto que a doença poderá comprometer a ação do indivíduo na sociedade. Para o autor a doença se apresenta quando o ser humano tem limitações/dificuldades/falta de condições para suprir as demandas necessárias a estar bem e viver melhor.

Watson (2002), refere que quando o EU estiver perturbado, levando ao desequilíbrio entre mente-corpo-espírito por períodos de tempos contínuos, a doença poderá estar presente.

A saúde é um processo muito particular, de percepção individual e do entendimento que cada ser humano tem em relação às suas necessidades, comparados à demanda que possui para manter-se e sobreviver no ambiente de suas relações. Tal percepção individual está relacionada com a complexidade e a diversidade ambiental, que numa determinada situação/espaco/tempo, interfere no seu modo de pensar, agir e fazer. As crenças, os hábitos, costumes, sentimentos,

experiências vivenciadas, influenciam de modo muito particular o entendimento que cada um tem sobre saúde/doença.

Enfermagem

A enfermagem é um processo que permite trocar experiências, partilhar conhecimentos e sentimentos e influenciar na prestação de cuidados. A Enfermagem como profissão tem como função, sustentar o cuidado. Como disciplina, a Enfermagem tem sido ética, social e tem responsabilidade científica para desenvolver novas teorias e conhecimentos a cerca do cuidado e de práticas de saúde com vistas ao ensino e em benefício de sua prática.

Para Watson (1996, p.143), a Enfermagem é:

uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde-doença que são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano.

De um modo geral, Jean Watson procura ir ao encontro de elos entre o saber e o fazer já incorporados na prática profissional e à adoção de atitudes que permitam um cuidado que atenda ao ser humano em sua inteireza, subjetividade e espiritualidade.

A Enfermagem ao se centrar na conscientização e na intencionalidade, busca o desenvolvimento da totalidade da pessoa (WATSON, 1995). A enfermagem por ter complexidades científicas, artísticas, humanísticas e éticas, oferece caminhos para a dimensão emocional, mental, estética e espiritual.

Watson (1988) refere ainda que a enfermagem possui raízes nas ciências humanas e nas ciências sociais. Seu objetivo, é auxiliar as pessoas a obter um alto grau de harmonia em seu self, para que possam promover o auto-conhecimento, auto-cura, auto-respeito ou entender o significado dos acontecimentos que são parte de sua história. De acordo com a autora, a enfermagem é voltada para a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado aos doentes e a restauração da saúde.

A Enfermagem proporciona a interação dos seres humanos através do relacionamento transpessoal, em grupos, famílias e comunidades. Tem como meta proporcionar situações de cuidado para que os seres humanos possam se expressar e ser capazes de viver em toda a sua plenitude. Através de abordagens inovadoras no cuidar, a enfermagem pode ampliar seu reconhecimento e seu espaço no cuidado dos seres.

Cuidado Humano Complexo

Watson (1985, p.8) afirma que:

O cuidado (e a enfermagem) existe em toda sociedade. Toda sociedade tem pessoas que se importam com os outros. Uma atitude de cuidado não é transmitida de geração a geração, através de gens. É transmitida pela cultura da profissão, como uma maneira única de enfrentar esse ambiente.

A autora vê o cuidado como a essência, o ideal moral da enfermagem, cuja finalidade é proteção, engrandecimento e preservação da dignidade humana. Para isto, há necessidade que haja entre enfermeira/o, cliente e família, muita sensibilidade além do conhecimento científico que se faz necessário.

Segundo Watson (2002), cuidado é força direcionada e baseada no sistema de valores, que afeta o encontro da/o enfermeira/o com a outra pessoa. A/O enfermeira/o precisa estar consciente dos diferentes comportamentos e expectativas que possam surgir, respeitando diferenças culturais. Ao se referir ao cuidado humano, a teórica o faz na junção de mente, corpo, espírito e natureza.

Watson denomina o cuidado transpessoal como um encontro entre duas pessoas em determinado momento ou em uma situação, onde há possibilidade de ser um momento de experiências e sentimentos compartilhados. A autora lembra que essa forma de cuidado não pode ser entendido como algo delicado com senso romântico, mas algo que exige ação e conhecimento do cuidado na prática, com um sério envolvimento pragmático, epistêmico, ético e ontológico. O cuidado que Watson propõe, vai muito além do modelo biomédico que a enfermagem está habituada.

Entendendo estar o cuidado na ordem dos mecanismos de sobrevivência dos seres da natureza, pode-se visualizar dimensões diversas do mesmo. A natureza abrange sistemas provedores e protetores de vidas, incluindo as dimensões de sistemas de cuidado, dos processos de cuidar, quer pelo sistema pessoal / individual, sistemas interpessoais, sistemas sociais ou quer por entidade, processo, função ou parte de uma entidade maior, como pode ser lido nas teorias de enfermagem (ERDMANN, 1998).

Para Erdmann (1996), o cuidado humano pode ser visto como polifuncional e polivalente, extrapolando a funcionalidade objetiva e seus efeitos nos limites da possibilidade da constatação. O cuidado contém como elemento intrínseco a relação pessoa-pessoa e está presente na vida humana, no seu processo vital, nas

condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer desenvolver, envelhecer e morrer / transcender.

O cuidado enquanto atividade, ora mais genérica e ora mais específica na enfermagem, nas suas formas diferenciadas de relações pessoais e no que esta atividade se envolve e desenvolve, compromete com o processo de viver, traduz-se em sistemas de cuidados com diversas possibilidades de aplicação e em múltiplas finalidades, pensando ora mais tecnicamente e ordenadamente e ora mais empiricamente.

Entendo que o cuidado surge da criatividade humana, da sensibilidade frente às trocas com o outro e das condições naturais de capacidade do homem de criar novas situações; de executar uma atividade humana com seu estilo ou modo de fazer e interagir próprio.

O cuidado está na organização da vida dos seres cujo papel emerge nas questões da saúde dos seres vivos. O cuidado na saúde é um processo de interações e associações entre os seres, sendo parte organizador do sistema de cuidados, co-organizando-se junto aos demais sistemas sociais.

Erdmann (1996) considera que o cuidado acontece nos seres, a partir deles, para eles e através deles, coexistindo na natureza e por onde suas estruturas podem ser pensadas, pois encontra-se na estrutura da organização da vida dos seres, nos seus vários domínios, biológicos, antropológicos, psicológicos, sociológicos e outros. O cuidado é um sistema que depende de interações entre os indivíduos as quais dependem do cuidado, da atitude de facilitação para o crescimento e sobrevivência de ambos, dos domínios individual e coletivo / social e ainda depende das condições da natureza.

O cuidado está na construção da civilidade humana, no proteger os seres da natureza e no ser protegido por eles, construindo a civilidade dos homens que a ela são sensíveis. A presença do cuidado é sentida no ambiente do espaço real dos seres da natureza, transcendendo a possibilidades do homem de explicá-lo (ERDMANN, 1996).

Ressalto assim, que esta relação de cuidado deva ser criativa e autônoma, além de técnica, de outra forma o cuidado pode assumir características de compaixão e amizade e não de cuidado profissional, que é preconizado por esta maneira de prestar cuidado. O cuidado como proximidade e presença, auxilia a pessoa a compreender e perceber a melhor forma de viver.

Cuidar de seres humanos e família que se encontra hospitalizada numa unidade crítica significa ir ao encontro e envolver-se totalmente. É ter claros os conceitos de ser humano, saúde/doença, ambiente, enfermagem e cuidado. É entrar primeiro no próprio mundo, conhecer-se, reconhecer as limitações, aperfeiçoar-se e preparar-se para poder fazer o cuidado que é essência da enfermagem. É vivenciar uma relação autêntica, comprometer-se, estar presente, praticar o amor, promover a crença e a esperança, criar, prover um ambiente protetor, consciente da sua totalidade, da beleza, conforto e dignidade, assistir aos indivíduos em relação as suas necessidades e finalmente, estar aberto a espiritualidade.

A figura a seguir (figura 2), foi apresentada em meu projeto de qualificação, onde procurava associar com base na teoria de cuidado de Jean Watson, como percebia a proposta de estudo ao ser humano / família em UTI ao que tange um cuidado humano.

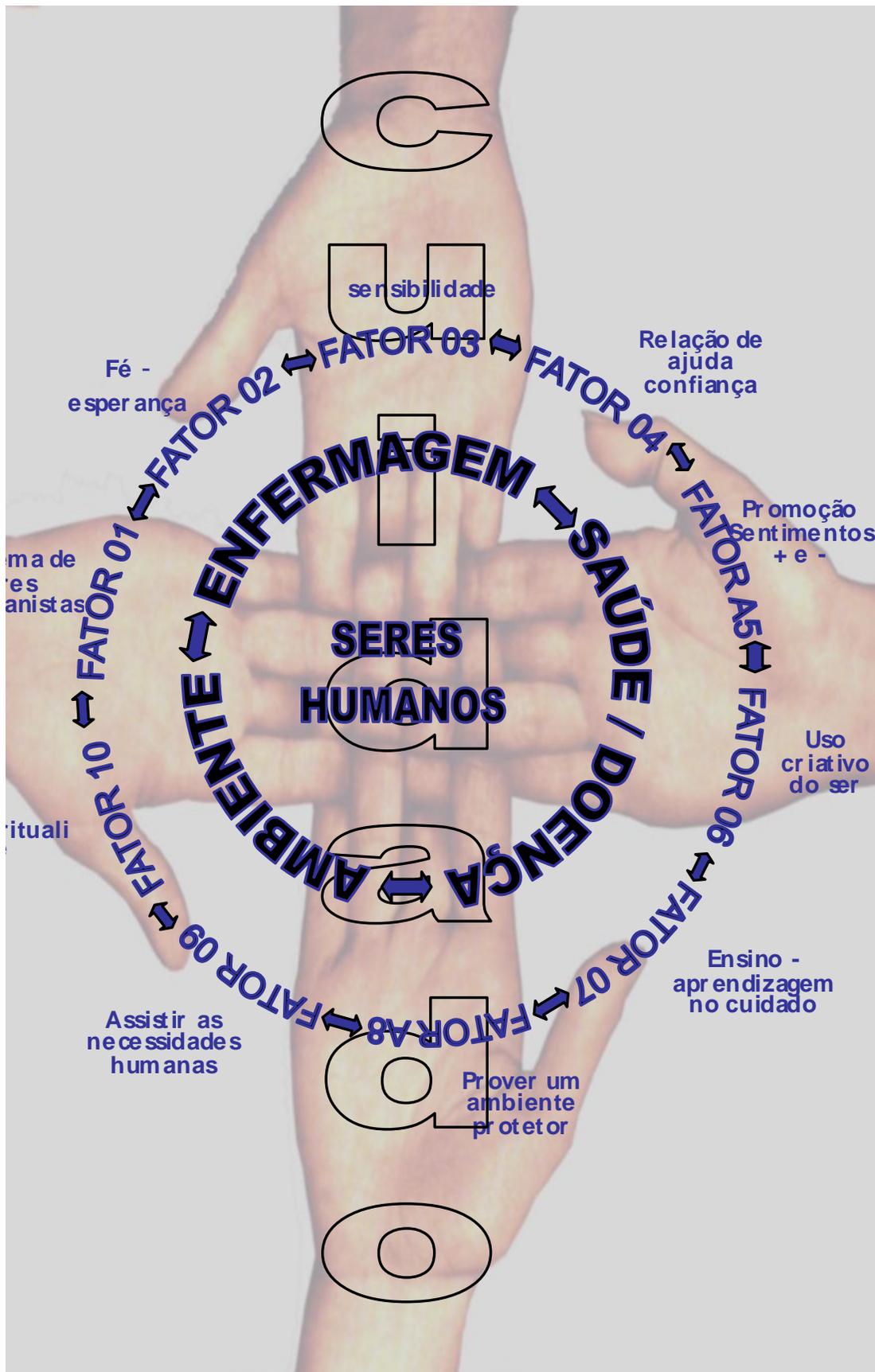


Figura 2: inter-relação entre os conceitos utilizados e a teoria de Jean Watson.

No decorrer do processo de construção desta pesquisa, observei que a figura estava incompleta. Faltava representar e inter-relacionar a complexidade através dos princípios de Morin. Assim, os sete princípios da complexidade, apresentados por Morin (2000) estão representados na figura 3. Construído para demonstrar que as relações de cuidado com os diferentes meios/ambiência dos sistemas abertos estão em constante movimento/ondulações.



Figura 3: Representação gráfica construída para representar os princípios de Morin (2000).

Além disso, a figura utilizada anteriormente (mãos entrelaçadas) não possuía fonte bibliográfica. Foi utilizada em meu trabalho de conclusão de curso, mas encontrava-se sem referências. Por isso, optou-se por utilizar a figura 3 (imagem de base) apresentada a seguir, recebido no e-mail denominado “mãos que cuidam” da Enfermeira Joscélia. Solicitei a autorização para publicação desta imagem em minha dissertação, para compor a construção desse novo esquema, representando a associação entre a teoria de cuidado de Jean Watson, os princípios de Morin e a inter-relação dos conceitos utilizados para a construção da pesquisa.

Figura 4: inter-relação entre os conceitos utilizados e o referencial teórico à luz da complexidade e do cuidado Transpessoal.

2.5 Fatores de Cuidado

Os dez fatores de cuidado servem como um guia filosófico e conceitual dirigido a um modelo de cuidado de enfermagem sendo considerado o núcleo da enfermagem.

Os dez fatores de cuidado foram revistos por Jean Watson, sendo esta a versão (WATSON, 2002).

1. Praticar o amor, a amabilidade e a coerência dentro de um contexto de cuidado consciente;
2. Ser autêntico, estar presente, ser capaz de praticar e manter um sistema profundo de crenças, e um mundo subjetivo de sua vida e do ser cuidado;
3. Cultivar suas próprias práticas espirituais e transpessoais de ser, mas além de seu próprio ego, aberto a outros com sensibilidade e compaixão;
4. Desenvolver e manter uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança;
5. Estar presente e dar apoio na expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o espírito do ser e do ser que cuida do outro;
6. Uso criativo do ser, de todas as formas de conhecimento, como parte do processo de cuidado para comprometer-se artisticamente com as práticas de cuidado e proteção;
7. Comprometer-se de maneira genuína em uma experiência de prática de ensino-aprendizagem que atenda a necessidade do ser e seu significado, estando dentro do esquema de referência do outro;
8. Criar um ambiente protetor em todos os níveis, onde se está consciente do todo, da beleza, do conforto, da dignidade e da paz;
9. Assistir as necessidades humanas conscientemente, administrando um cuidado humano essencial, o qual potencializa a aliança mente, corpo, espírito; a totalidade e a unidade do ser em todos os aspectos do cuidado;
10. Estar aberto e atento à espiritualidade e à dimensão existencial de sua própria vida.

Alguns estudos utilizando como base o referencial teórico de Jean Watson, já foram aplicados à prática profissional da enfermagem, junto às mais variadas situações de cuidado, como: Lacerda (1996) que trabalhou o “Cuidado Transpessoal de Enfermagem no Contexto Domiciliar”, dando ênfase especial ao encontro

transpessoal, e Kerber (2001) que utilizou cinco dos fatores de cuidado de Watson em sua dissertação: “Laboratório de Hemodinâmica: o espaço organizacional do trabalho da enfermagem para um cuidado humanístico tecnológico”. Ainda com Watson, Camponogara (1999), trabalhou com importante enfoque educacional “Educar para cuidar – uma proposta fundamentada na Teoria do Cuidado Transpessoal”, uma postura crítica ética e humana, com revisão de valores e auto-conhecimento.

Oportuno se faz que cada um dos fatores de cuidado seja detalhado de forma individual. Eis a seguir os dez fatores de cuidado que Watson delineaia.

Fator de cuidado 1: Praticar o amor, a amabilidade e a coerência dentro de um contexto de cuidado consciente.

Para o desenvolvimento deste fator é necessário conhecer a si mesma para poder aprimorar-se na relação com outras pessoas e assim desenvolver o processo de cuidar, reforçando e potencializando o amor, a amabilidade, o interesse e o crescimento pessoal de ambos, considerando toda forma de conhecimento obtido até o momento e relevando a forma como isso aconteceu no tempo e espaço. Facilitar o cuidado de enfermagem através da sensibilidade e do respeito ao próximo e da solidariedade.

Fator de cuidado 2: praticar e manter um sistema de crenças – fé e esperança.

Promover junto ao cliente e família em UTI da forma que melhor convier e sempre que possível em um espírito de luta, força e vontade, da crença em algo ou alguém que dê sustentação a sua vida e reforce seus pensamentos e atos com o intuito de lutar por dias melhores. Várias vezes a fé e a esperança foram os responsáveis de saídas de muitas situações, porque promovem, de alguma forma, sensação de bem-estar. A/o enfermeira/o pode utilizar-se de crenças que são significativas ao indivíduo para conseguir da/o cliente credibilidade em seu trabalho e tratamento. Pode ainda promover sentimento positivo em relação à saúde e procura do conhecimento da alma.

Fator de cuidado 3: Cultivar sua próprias práticas espirituais e transpessoais de ser, tendo sensibilidade e compaixão consigo e com os outros.

Para Watson, ser humano é **sentir**, “todas as pessoas se permitem pensar seus pensamentos, mas não de sentirem seus sentimentos”. No encontro do cuidado, o cuidador precisa desenvolver seus próprios sentimentos e entender o seu ser como parte integrante na interação com o outro. Aumentando sua sensibilidade, a/o enfermeira/o, busca a autenticidade. Uma premissa básica de Watson é a de que:

A mente e as emoções de uma pessoa são janelas para a alma. O cuidado de enfermagem pode ser, e é, físico, objetivo e real, mas, no mais alto nível da enfermagem, as respostas de cuidado humano das enfermeiras, as transações de cuidado humano e a presença das enfermeiras na relação transcendem o mundo físico e material, presas no tempo e espaço, e fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, como o caminho para o *Eu* interior e para uma sensação mais elevada do *self* (WATSON 2002, p.130).

Fator de cuidado 4: Desenvolver e manter uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança.

O desenvolvimento de uma **relação de ajuda-confiança** é um modo de comunicação que vai originar harmonia e cuidado. Esta relação acontece pela presença de empatia, compatibilidade e calidez. A empatia permite que a/o enfermeira/o aceite os sentimentos do outro, sem que lhe desperte julgamento. A compatibilidade implica em ter comportamento verdadeiro em suas interações, agindo de maneira honesta e aberta com o outro. A calidez é a aceitação da pessoa que se cuida de forma positiva, demonstrada pela relação de ajuda e do despertar da confiança entre ambos. Quando o cliente percebe que o enfermeiro/a o vê de forma individual e que se preocupa com ele, estabelecem-se sentimentos de confiança no cuidado a ser prestado.

Fator de cuidado 5: Estar presente e dar apoio na expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o espírito do ser e do ser que cuida do outro.

A **expressão de sentimentos positivos e negativos** deve ser facilitada, uma vez que, conforme Watson (1985), tal expressão melhora o nível pessoal de percepção. Os sentimentos alteram os pensamentos e o comportamento, e eles precisam ser levados em conta e permitidos, numa relação de cuidado. A ciência e a prática do cuidado devem, portanto, estar atentas aos sentimentos de cada ser na promoção e manutenção de saúde, sabendo atuar com as várias formas de

percepção do ser, principalmente as que referem a dor e a aceitação do seu estado de saúde, procurando entender melhor o comportamento do outro.

Fator de cuidado 6: Uso criativo do ser, como parte do processo de cuidado para comprometer-se artisticamente com as práticas de cuidado.

A utilização da **criatividade** é um importante fator para a ciência do cuidado. É importante estar aberto profissionalmente sempre para o novo e inusitado, fazendo uso de toda experiência de vida e profissional, promovendo o cuidado para estar aceitando e buscando o novo para as mais variadas situações e ações. Viabilizar as ações conforme as necessidades, sempre almejando a condição de saúde e implementando medidas e ações criativas, de resolutividade para o momento, ampliando assim, a visão do cuidar.

Fator de cuidado 7: Comprometer-se de maneira genuína em uma experiência de prática de ensino-aprendizagem.

A **promoção do ensino e aprendizado transpessoal** envolve a/o enfermeira/o e o outro ser, tentando oferecer-lhe subsídios e conhecimentos para compreender e auxiliar na relação de cuidado, colaborando para seu bem-estar. É iniciado a partir de informações fornecidas à pessoa, auxiliada na predisposição natural da própria pessoa em aprender. A compreensão das percepções que a pessoa tem pode contribuir, para com a enfermeira/o, de modo que ela/e possa preparar um plano cognitivo, diminuindo o estresse do acontecimento.

Fator de cuidado 8: Criar um ambiente protetor em todos os níveis.

Como parte desse fator de cuidado é importante salientar que o ser cuidador necessita oferecer conforto, privacidade e segurança, além de um ambiente estético e limpo, procurando a melhora das condições de saúde do indivíduo.

A promoção de **ambiente protetor e de apoio** onde se está consciente do todo, do conforto, da dignidade, da paz, dependem de um número muito grande de funções rotineiras e diárias que a/o enfermeira/o utiliza para promoção ou restauração da saúde. Watson (1985) divide estes fatores em variáveis externas, tais como, os fatores físico, de segurança ambiental, e variáveis internas, tais como atividades mentais, espirituais ou culturais, que a/o enfermeira/o manipula para proporcionar apoio e proteção ao bem-estar físico e mental da pessoa.

Fator de cuidado 9: Assistir as necessidades humanas conscientemente, potencializando a aliança mente, corpo, espírito; a totalidade e a unidade do ser em todos os aspectos do cuidado.

A promoção da **satisfação das necessidades humanas** está ligada a uma classificação proposta por Watson (1985). Esta classificação se baseia nas necessidades de ordem inferior e superior. As necessidades de ordem inferior incluem as necessidades biofísicas ou de sobrevivência (necessidade de alimento e líquido, de eliminação e de ventilação) e as necessidades psicofísicas ou funcionais (necessidade de atividade-inatividade e a de sexualidade). As necessidades de ordem superior abrangem as necessidades psicossociais ou integradoras (necessidade de realização e a de associação) e a necessidade intrapessoal-interpessoal ou de busca de crescimento (necessidade de auto-realização). As necessidades precisam ser analisadas e fazem parte de um conjunto, para que o indivíduo alcance o crescimento e o desenvolvimento. As necessidades de ordem inferior e superior da/o cliente não tem a conotação de classificação; a autora as refere para demonstrar a abrangência holística do ser (WATSON, 1985).

Fator de cuidado 10: Estar aberto e atento a espiritualidade e a dimensão existencial de sua própria vida.

Este fator está relacionado com as características de cada pessoa, com a experiência subjetiva de cada um, para que haja a compreensão da totalidade. Muitas vezes, ao enfrentar algum grande conflito ou dificuldade entre sua aspiração e limitação, a pessoa responde de uma forma que não pode ser explicada por nenhuma categoria médica. Há necessidade de buscar no interior da pessoa uma força capaz de transformar. Watson sugere que cada enfermeira/o precisa voltar-se para o seu interior, para encarar suas próprias indagações existenciais, antes de conseguir ajudar outras pessoas a enfrentar a difícil situação humana (WATSON, 1985).

Nenhum fator de cuidado pode ser validado isoladamente, faz-se necessário integrá-lo para que o cuidado humano seja positivo e deve ser sempre verificado em todo o processo do cuidar humano.

Com base nos fatores de cuidado de Watson, percebe-se que, para a autora, o foco principal para enfermagem é o cuidado através de uma perspectiva humanista, combinada com uma base de conhecimentos científicos.

Tendo delimitado o marco de referência teórico-filosófico a luz da complexidade e da teoria de Watson, passamos, a seguir, a apresentar a metodologia desse estudo.

4 TRILHANDO O CAMINHO METODOLÓGICO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa e interpretativa, com um olhar fenomenológico, que busca ampliar a compreensão do fenômeno: **dimensões de cuidado existente em unidade crítica**. Esta opção se consolida pela maneira de olhar o fenômeno, descrevendo-o a partir de sua própria realidade (origens e os sistemas das relações), bem como enfatizando as experiências, as expressões e os significados dos seres envolvidos quanto às situações vividas.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com o universo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, correspondendo a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos vivenciados pelo ser humano. Ela busca entender e apreender o fenômeno em profundidade e complexidade e permite desvelar o que está oculto no mundo vivido pelos sujeitos (MINAYO et al, 1994).

Para Polit e Hungler (1995) a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle imposto pelo pesquisador). Neste sentido, a pesquisa considera que o conhecimento sobre indivíduos e o meio no qual os mesmos estão inseridos, só é possível a partir da descrição das experiências vivenciadas. Assim sendo, acredita-se que a abordagem torna-se adequada à compreensão das dimensões de cuidado existentes na UTI.

Nesta perspectiva, o olhar fenomenológico surge como uma alternativa de abordagem das ciências humanas, que visa ao estudo do homem em sua totalidade existencial. Para Motta (1997, p.63) “a fenomenologia se ocupa da observação direta da experiência subjetiva, [...] auxilia na compreensão do nosso próprio comportamento e do mundo exterior, tal como nós o percebemos”. Para Correa

(1997), pode oferecer um meio pelo qual as experiências vividas do mundo-vida podem ser estudadas e compreendidas.

Também Triviños (1995, p.117) enfatiza que o olhar fenomenológico é visto como “subjetivista-compreensiva”, privilegiando os aspectos conscientes, subjetivos dos atores; como a compreensão de aspectos do contexto cultural, entre outros, e de relevância dos fenômenos pelos significados que eles têm para o sujeito.

A interpretação precedida do exercício de reflexividade e de dialogicidade, oportuniza o desvelar dos sentidos e significados das relações de cuidado. Seguindo estes pensamentos, entende-se que o olhar fenomenológico contribui de forma singular para a busca da compreensão das dimensões de cuidar.

Mediante tais considerações, fica claro que é mister interpretar o discurso expresso por aqueles que participaram da pesquisa. Para desvelar este fenômeno, optou-se pela hermenêutica de Ricoeur (1990). A opção pelo uso da hermenêutica para interpretação das informações, neste estudo, decorre da adequação deste método para interpretar e compreender a experiência de cada ser na UTI.

A abordagem metodológica aqui apresentada está ancorada pela reflexividade e dialogicidade exercitada por meio de encontros, ora mais estruturada e estruturante e ora, mais flexível e aberta, analisando os dados de modo descritivo e interpretativo. Navega-se sobre as idéias, pensamentos, deixando-se meditar, pairar atentamente sobre os movimentos do real, num claro-escuro, certeza-incerteza, perceptível-imperceptível (ERDMANN et al, 2004).

Procurando descrever a trajetória metodológica adotada, passo a apresentar o espaço e temporalidade onde este estudo foi desenvolvido, os sujeitos do estudo, o processo de obtenção, registro e análise dos discursos e os aspectos éticos da pesquisa.

4.1 Espaço do estudo e temporalidade

O espaço físico pode ser definido como aquele onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito do estudo. Assim, este estudo foi desenvolvido nos meses de março a maio de 2005, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário (HU) Dr. Polidoro Santiago, situado na Grande Florianópolis. Teve como pano de fundo o processo de cuidar voltado para clientes e familiares hospitalizados numa UTI.

O HU é um hospital geral, público, pertencente à Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, inaugurado em 1980 como órgão suplementar da mesma, sendo considerado uma instituição de ensino, pesquisa, assistência e extensão. Este Hospital escola atende a população da Grande Florianópolis, bem como a de outros municípios, sendo referência no Estado de Santa Catarina para o atendimento de inúmeras especialidades.

O HU é diretamente vinculado à Reitoria e harmonizado ao Sistema Nacional de Saúde vigente. De acordo com o art. 2º do Regimento Interno do HU/UFSC (1992), tem como objetivos:

I – ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam;

II – Prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária.

Desta forma, o Hospital tende a atender toda a comunidade, a comunidade universitária, instituições estatais e previdenciárias, e qualquer outra estipulada pela administração superior. Sua clientela engloba todas as pessoas sem restrições quantitativa ou qualitativa do indigente, previdenciário ou particular (VIEIRA, 1993).

Segundo Gerges, Proença e Cunha (1995, p. 145), a direção geral do Hospital define que:

A filosofia do HU-UFSC é que “os pacientes não se encontram no hospital para promover uma oportunidade educacional para os estudantes, eles estão no hospital para serem assistidos, e é dando essa assistência que nós atingimos o mais alto nível de ensino. Nenhum esquema de ensino médico terá sucesso em preparar um bom profissional a menos que a assistência ao paciente seja o núcleo básico deste programa”.

Sendo assim, o Hospital Universitário considera que o objetivo da Universidade (o ensino e a pesquisa) será atingido através do atendimento às necessidades da comunidade.

De acordo com o art. 5º do Regimento Interno do HU/UFSC (1992), o HU é dirigido pela Administração Superior e Setorial. A primeira é constituída pelo Conselho Diretor (CD), Diretoria Geral (DG) e Vice-Diretoria (VD), enquanto que a administração setorial é constituída pelas Diretorias de Medicina, de Enfermagem, de Administração e Apoio Assistencial.

O planejamento é executado de várias maneiras. As equipes de medicina e de enfermagem, por exemplo, têm fundamental importância na elaboração do planejamento relacionado ao tratamento do paciente, enquanto que o administrador fica com o planejamento institucional.

O Hospital possui várias unidades de internação, tais como Clínica de Internação Cirúrgica, Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Tratamento Dialítico, Unidade de Internação Pediátrica, Serviço de Materno Infantil, incluindo Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico, Unidade de Internação Ginecológica e UTI Neonatal, além do Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização. No atendimento externo a população, possui o serviço ambulatorial com diversas especialidades médicas e o serviço de emergência adulto e pediátrico.

A UTI deste cenário hospitalar começou a funcionar em 1983. De acordo com Vieira (1993) no início de seu funcionamento contava com sete leitos para internação; porém, no início de 1988, devido à falta de pessoal e material, este número foi reduzido, mantendo-se até hoje com seis leitos.

Localiza-se no quarto andar do HU, próximo ao Centro Cirúrgico e as Unidades de Internações cirúrgicas. É considerada uma unidade de alta complexidade e tem como objetivo primordial a recuperação do sujeito hospitalizado em situações de risco iminente.

4.2 A entrada no campo de coleta de dados

A sensibilidade do pesquisador e atenção aos detalhes são pré-requisitos que DaMatta (1993), destaca como relevantes para a entrada no campo.

A entrada na UTI do Hospital Universitário requereu de minha parte alguns cuidados especiais, considerando que não faço parte da equipe de trabalho do local. Minha entrada na unidade iniciou ao realizar os primeiros contatos com o enfermeiro que coordenava o trabalho na área e com outros profissionais que ali atuavam. Em seguida passei a reconhecer o local, a dinâmica dos trabalhos realizados pela equipe e o fluxo de clientes e familiares. Após esses contatos iniciais, apresentei meu projeto de pesquisa, procurando discutir alguns detalhes que envolveriam minha participação como pesquisadora nos trabalhos desenvolvidos pelo grupo.

Para tal apresentação, solicitei um espaço de tempo nas passagens de plantão para falar um pouco de meu trabalho, colocando em linhas gerais e de maneira bastante simples, meus objetivos, como iria desenvolver o trabalho, como poderiam participar e o que esse trabalho poderia trazer de contribuição para o *cuidado*. Ao final, perguntei se gostariam de fazer alguma colocação e que poderiam manifestar suas dúvidas ou restrições ao estudo. Todas as manifestações foram favoráveis e de apoio a este estudo.

Anterior a esta apresentação, havia solicitado, por escrito, a realização desta pesquisa ao comitê de ética do HU. Essa autorização foi dada pela enfermeira coordenadora da área, sem nenhuma restrição de sua parte e, também, dos demais integrantes da equipe de trabalho.

Após esses contatos permaneci durante alguns dias circulando pela UTI, por períodos que variaram de 20 minutos à duas horas. Durante esses momentos procurei observar as pessoas que circulavam pelo local, o tempo que permaneciam ali, o que conversavam, como se comportavam, como os familiares e clientes eram atendidos e recepcionados pelos profissionais.

Sempre que alguém “notava” minha presença, perguntava o que eu fazia ali, se era funcionária nova na unidade ou ainda, se era aluna. Minha sensação era de que me estranhavam, que eu não era uma figura que fazia parte do cenário, pois as perguntas que dirigiam a mim, eram diferentes daquelas dirigidas às outras pessoas (funcionários). Para as demais, essas perguntas eram mais diretas: “Que horas sai o boletim médico?”, “Tem alta prevista pra ele?”.

Decidi desde o primeiro momento apresentar-me como enfermeira que estava fazendo um trabalho com pessoas que estavam sendo cuidados na UTI, sentia que após essa colocação as pessoas davam continuidade à conversa, resolviam fazer perguntas e se ofereciam para participar do estudo. Em outras ocasiões, expressões como: porque você não faz sobre assunto X ou assunto Y... apareceram.

Ressalto que a entrada no Hospital, onde selecionei os integrantes do estudo, foi bastante simplificada, uma vez que, desenvolvi meus estágios curriculares de graduação naquele local e tinha conhecimento tanto dos profissionais que ali atuam, quanto da estrutura física e funcional das clínicas de internação, além da dinâmica do trabalho realizado.

4.3 Escolha dos seres envolvidos

A população alvo deste estudo é composta por profissionais de saúde que ali atuam (02 médicos, 01 fisioterapeuta, 03 enfermeiro/a, 04 técnico de enfermagem), que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do formulário para consentimento pós-informação (Apêndice 1) e uso do gravador, sendo que foi garantido sigilo quanto às informações, bem como quanto a sua identidade.

O estudo englobou também os clientes e familiares que deram entrada na unidade de terapia intensiva, no período de investigação, selecionados de acordo com os seguintes critérios: estar hospitalizado na unidade (ou com familiar hospitalizado na UTI), sem distinção de sexo e raça, maiores de 18 anos, que estivessem orientados no tempo e espaço e que pudessem se expressar verbalmente, não estar sob efeito de nenhum medicamento narcótico ou similar, que consentiram em participar do estudo e terem seus relatos gravados (Apêndice 1) e que não manifestassem qualquer desconforto físico e/ou emocional que dificultasse ou constrangesse sua participação.

O estudo foi desenvolvido com 25 pessoas adultas, com idade variando entre 22 e 80 anos. O número de participantes do estudo foi definido no processo de coleta de dados, à medida que a análise preliminar ia sendo efetuada. Nesse processo de coleta e análise concomitantes, fui percebendo que os dados atingiam índices de saturação.

A seguir, apresento os integrantes do estudo:

Identificação dos integrantes do estudo:

N O M E	I D A D E	S E X O	E S T. CIVIL	E S C O L A.	P R O C E D.	R E L I G.	O C U P A Ç.	I D E N T.	TEMP O SERVI ÇO OU INTER N.
Moçambique	80	F	viúva	1º grau incompleto	São José	católica	Aposentada / do lar	cliente	04 dias
Garopaba	35	F	casada	2º grau	palhoça	Evangélica	Do lar	familiar	10 dias
Campeche	33	F	casada	3º grau	Florianópolis	católica	Prof. saúde	Profissional	2 meses (em UTI)
Solidão	33	F	casada	3º grau	Guarapuaça	católica	Prof. saúde	Profissional	7 anos (em UTI)
Armação	39	M	solteiro	3º grau incompleto	Florianópolis	católico	Prof. Saúde	Profissional	10 anos (em UTI)
Matadeiro	50	F	casada	3º grau	Florianópolis	Agnóstica	Prof. Saúde	Profissional	22 anos
Lagoinha do Leste	29	F	Solteira	2º grau	Florianópolis	católica	Prof. Saúde	Profissional	2 anos
Barra da Lagoa	35	F	casada	3º grau	palhoça	católica	Prof. Saúde	Profissional	2 anos
Açores	28	F	casada	3º grau	São José	católica	Prof. Saúde	Profissional	1 ano
Mole	32	F	divorciada	3º grau	Florianópolis	católica	Prof. saúde	Profissional	2 anos
Morro das pedras	24	M	solteiro	3º grau	Florianópolis	católico	Prof. saúde	Profissional	1 ano
Joaquina	23	M	solteiro	3º grau incompleto	Sto. Amaro	espírita	Prof. saúde	Profissional	1 ano
do Sonho	40	F	casada	3º grau	urussanga	católica	Pedagoga	familiar	5 dias
Ingleses	51	F	solteira	3º grau	Porto alegre	luterana	Funcionária pública	cliente	30 dias
Jurere	62	M	divorciado	1º grau	Florianópolis	católico	Montador	cliente	32 dias
da Silveira	57	M	casado	1º grau incompleto	São José	católico	caseiro	familiar	23 dias
Ferrugem	47	F	casada	1º grau incompleto	Blumenau	católico	Aposentada	familiar	6 dias

				pleto					
Santinho	51	M	casado	2º grau	Florianópolis	católico	Técnico de enfermagem	cliente	28 dias
Daniela	54	M	divorciado	Analfabeto	Florianópolis	catolico	servente	cliente	8 dias
Guarda do embaú	53	M	casado	3º grau	Biguaçu	Católico	Professor	familiar	2 dias
Brava	56	M	divorciado	2º grau	Florianópolis	Protestante	Aposentado	cliente	28 dias
do Rosa	32	F	casada	2º grau incompleto	Florianópolis	católica	Do lar	familiar	10 dias
Gamboa	28	M	Casado	2º grau incompleto	Florianópolis	Católico	garçom	Familiar	12 dias
Pinheira	24	F	solteira	2º grau	Florianópolis	Espírita	Balconista	familiar	9 dias
Ouvidor	25	F	solteira	3º grau incompleto	São José	Evangélico	Estudante	familiar	5 dias

Para os participantes da pesquisa, foram escolhidos nomes de praias pertencentes à nossa ilha - Florianópolis, e ao sul de Santa Catarina. Além disso, os participantes foram destacados através de cores, onde o verde representa os familiares, o azul representa os clientes e o vermelho representa os profissionais de saúde.

A proposta do estudo de compreender as dimensões de cuidado requeria que escolhesse bons informantes, e que estes observassem o cuidado sob perspectivas distintas. A identificação destes informantes e o convite para participarem do estudo, foram realizados essencialmente na unidade de terapia intensiva. O momento para os convites foram os mais variados, pois busquei encontrar a melhor oportunidade para fazê-los.

As entrevistas com os profissionais de saúde ocorreram na sala de passagem de plantão, quando esta não estava tumultuada (ou com reuniões), ou ainda, na mesa de estudos, localizado a frente dos leitos 01 e 02 da unidade. As entrevistas com os profissionais de saúde, ocorreram de forma tranqüila, pois sempre aguardava o momento em que estivessem “liberados” das atividades, para que não houvesse interferências.

As entrevistas com clientes e familiares ocorreram em diferentes locais e/ou situações, quais sejam: as entrevistas com os clientes ocorreram no próprio leito da UTI e nas clínicas de internação médica ou cirúrgica (quando o cliente recebia alta da UTI); as entrevistas com os familiares ocorreram a beira do leito de UTI (em duas situações, onde o cliente estava no isolamento e permitia o encontro sem muitas interferências); na sala de passagem de plantão, e ainda, em frente a UTI, nos bancos onde os familiares ficam aguardando a entrada no horário de visita ou ainda o boletim médico.

Com essa diversidade de situações, em alguns momentos tive dificuldade para obter privacidade para a realização das entrevistas, interrupções para realização de exames, visitas de profissionais, intercorrências na unidade durante a entrevista, entre outras, são fatores que interferiram nas entrevistas, sendo necessário mais de um encontro com alguns os participantes. Ressalto que a escolha do local para a entrevista com os familiares, era escolhido pelo próprio familiar, onde este se sentisse mais à vontade para responder aos questionamentos.

Apesar de ter encontrado informantes com características bastante diferentes, o que havia em comum entre eles era a vivência com o cuidado naquela unidade e o desejo de participarem do estudo, condições básicas para a inclusão.

4.4 O processo de obtenção e registro das informações

Optou-se por trabalhar com os métodos de entrevistas em profundidade e observação efetuadas pela pesquisadora¹, a fim de obter subsídios para a pesquisa. Essas medidas de comunicação, destinadas a obter informações, contribuíram para a construção científica nas atividades de pesquisa.

A **entrevista** tem como propósito a comunicação verbal entre o pesquisador e o entrevistado para ter acesso à perspectiva desta pessoa e para descobrir coisas que geralmente não podem ser diretamente observadas (PATTON, 1990). Segundo Minayo (1994), este é um instrumento privilegiado de coleta de dados, pois possibilita a revelação de diferentes situações vividas, a posição e a compreensão da pessoa diante de um fenômeno. Neste estudo foi desenvolvida a entrevista em profundidade, baseada num roteiro de diálogo. Conduzir entrevistas não é um processo mecânico, requer que o pesquisador conheça o tema a ser abordado, tenha habilidade para conduzi-la, de modo a estabelecer uma relação de confiança e saiba motivar o entrevistado.

As entrevistas em abordagem fenomenológica tendem a tornar os entrevistados participantes ou colaboradores da pesquisa (VAN MENEN, 1990). Para o referido autor, a entrevista tem propósitos específicos, podendo ser usada como: meio para explorar e coletar narrativas experienciais que podem servir como forma de desenvolver uma compreensão mais rica e profunda do fenômeno humano; é, um veículo para desenvolver uma relação dialógica com os participantes sobre o significado da experiência.

Tendo em mente essas considerações sobre a realização de entrevistas, minha preocupação inicial foi criar um clima de maior intimidade e confiança, de

¹ A coleta de dados foi efetuada por mim, sendo que contei com a colaboração de duas alunas bolsistas, como auxiliares de coleta de dados. A atuação das auxiliares, inicialmente, esteve mais voltada para a identificação dos informantes. Posteriormente foram capacitadas para realizar as entrevistas, participando de várias entrevistas que realizei, recebendo orientações específicas. Após esse treinamento, realizaram as entrevistas, que depois de terem sido transcritas, foram revisadas por mim.

modo que a pessoa pudesse falar de sua experiência, revelando seu modo de ver o mundo e de interpretar o momento que vivenciava.

Assim, construí um roteiro de diálogo para a realização das entrevistas constituindo-se dentro da classificação destas, como semi-estruturada. O guia incluía questões, que foram abordadas em algum momento da entrevista, mas sem preocupação com a seqüência. As entrevistas iniciavam com uma solicitação para que a pessoa contasse o que significava o *cuidado*. Os demais itens desse roteiro incluíam: como você gostaria de ser cuidado; como você se sente sendo cuidado / realizando cuidado na UTI deste hospital; que atributos são necessários para o cuidado; quais os resultados do cuidado. Este roteiro fazia parte de um esquema mental, sendo levado apenas nas primeiras entrevistas, como segurança para a pesquisadora.

Ressalto que em alguns momentos, não foi possível estabelecer uma relação dialógica. Isso aconteceu quando as pessoas ficavam restritas a responder as perguntas formuladas, não indo além do perguntado e não desenvolvendo uma conversa mais descontraída. Desse modo, há algumas entrevistas com informações interessantes e importantes, mas que foram obtidas através de perguntas mais diretas, diferentemente de outras informações que foram obtidas através de perguntas mais espontâneas. É difícil avaliar o que interferia nesses encontros, o que fazia que a relação estabelecida entre o pesquisador e o entrevistado fosse mais formal ou mais dialógica. Dentre as possibilidades, pareceram-me mais plausíveis: a linguagem que utilizei, em algumas situações, pode ter criado barreira; as questões de poder envolvidas na relação entre profissionais e clientes / familiares, tão comuns em nossa sociedade, onde as pessoas são levadas a identificar nesses profissionais um poder que os distancia. Todas essas possibilidades são conjecturas, pois sabemos que as pessoas também se expressam diferentemente, algumas são mais inibidas, outras tem mais facilidade para manterem e desenvolverem uma conversa e também o próprio momento em que a entrevista estava sendo realizada.

Antes de iniciar a entrevista apresentei a cada pessoa, em linhas gerais, o projeto de pesquisa, incluindo os motivos que me levaram a realizá-lo. Procurei usar linguagem simples e deixar aberto para que as pessoas pudessem se manifestar e apresentar dúvidas ou fazer questionamentos. Ressalto, que dois profissionais de saúde solicitaram o projeto para que pudessem ler e posteriormente responderam à

entrevista. Após essa apresentação sucinta do projeto, explicitava o que esperava dela, minha intenção de gravar a entrevista e os cuidados que iria adotar para garantir o sigilo e o anonimato. Somente então, perguntava de maneira clara e destacada se aceitaria participar do estudo, registrando o aceite no termo de consentimento livre e esclarecido, conforme resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

As entrevistas foram gravadas com autorização por escrito das pessoas entrevistadas. O uso de gravações permite que o entrevistador fique mais atento ao entrevistado e ao que está sendo dito, pois não se preocupa em fazer os registros concomitantes (PATTON, 1990).

As transcrições das gravações foram feitas o mais brevemente possível, para que pudessem ser registradas as entonações e outras formas de comunicação não verbal, que acompanhavam os relatos.

Em cada entrevista, geralmente ao final das mesmas, complementava com os dados de identificação que incluíam: nome, idade, sexo, religião, procedência, estado civil, se era profissional / familiar / cliente, tempo de serviço / internação, local e data da entrevista. Esses dados foram considerados em algumas análises, visando contextualizar melhor cada entrevista e o conjunto deles.

As **observações** realizadas foram consideradas como complementares, não constituindo o foco maior de coleta e de posterior análise das informações. Corroboro, porém, com Minayo (1994) quando esta afirma que a observação é parte fundamental da pesquisa de campo, pela propriedade que possui de captar uma variedade de fenômenos de uma situação social, os quais não podem ser obtidos unicamente por meio de entrevistas.

O método da observação participante, permite ao pesquisador uma ciência mais aprimorada da sua inter-relação, com o ambiente e com os colaboradores da pesquisa, favorecendo, por vezes, numa proximidade mais estreita e pessoal entre os seres envolvidos.

Na observação, a pesquisadora participa de uma situação social de maneira consciente e com propósito determinado, ou seja, percebe com detalhes os fenômenos e a maneira como estes ocorrem. A observadora deve, além disso, registrar detalhadamente as observações objetivas a cerca da situação social e também os sentimentos e pensamentos subjetivos.

Foram efetuados registros relativos a minha presença na unidade, a dinâmica do serviço, as pessoas que permaneciam ali, os tipos de conversas que ali se

estabeleciam, os assuntos abordados. Não foram observações sistemáticas, mas ocasionais e serviram para me orientar no serviço e identificar possíveis integrantes do estudo.

Essas observações foram registradas no caderno de notas. Além de descreverem o que via e ouvia, também fiz registros de análises, de insights, de agendamento de encontros com clientes que iria entrevistar, incluindo a forma de localização da mesma. Também registrava neste caderno de notas, as conversas que havia tido com as pessoas que faziam parte de estudo.

4.5 Análise dos discursos

A análise do material é o momento de apreensão dos significados das falas dos seres envolvidos no estudo a respeito do fenômeno investigado. Para Meirelles (2003) a interpretação dos dados qualitativos é um processo dinâmico que se nutre de todo o trabalho de indução analítica iniciado desde o momento de coleta dos dados. Interpretar é buscar sentido e encontrar significado aos resultados, explicando as tendências descritivas e buscando relações entre as diferentes dimensões que permitam construir uma visão geral do problema.

Optou-se neste estudo, pela hermenêutica para a interpretação dos dados, considerando-se a riqueza deste método para interpretar e compreender a experiência nos sistemas de cuidado em UTI.

A hermenêutica é a ciência que trata da compreensão e da interpretação como um processo epistemológico e ontológico. É um mapa para entender a linguagem, os símbolos das expressões faladas e escritas. Este método enfatiza as conexões entre o falante e o mundo no qual ele vive. Para Reeder (1988) a hermenêutica é a ponte entre o pensamento e o mundo da experiência.

A análise dos discursos teve como referencial para a interpretação dos dados a análise hermenêutica de Ricoeur (1990) que consiste em cinco momentos: a leitura inicial do texto, o distanciamento, a análise estrutural, a identificação da metáfora e a apropriação.

O processo de análise das informações iniciou logo após a realização das primeiras entrevistas e foi concomitante ao processo de coleta de dados. As entrevistas gravadas foram transcritas por mim e pelas bolsistas de pesquisas. Logo

após a transcrição, eu as lia, cuidadosamente, e incluía algumas notas que se referiam à entonação de voz, gestos que acompanhavam as falas, momentos de silêncio e expressões corporais que haviam me chamado atenção durante as entrevistas. Utilizei para essas anotações, minha memória e também, o registro que havia feito durante ou logo após algumas entrevistas.

A análise foi realizada em cinco momentos que se configuram como momentos que se sobrepõem no sentido de um complementar o outro e permitir uma construção crescente do processo de análise das informações. A seguir, passo a apresentar esses momentos.

O primeiro momento, a **leitura inicial do texto** relaciona-se à compreensão ingênua do texto, tomando contato inicial com as significações do texto. Nesta etapa, organiza-se o material, lendo vários depoimentos para captar os significados que emergem da leitura das falas. Busca-se apreender os sentidos, a essência do vivido pela equipe de saúde, familiares e clientes.

Neste momento da análise, fiz a leitura cuidadosa de cada discurso transcrito na linguagem do sujeito. Li e reli, tantas vezes quanto necessário, buscando familiarizar-me com o que foi dito pelo sujeito, para obter o sentido do todo do discurso. Em seguida, fiz outras leituras do discurso, para identificar as unidades de significados nele contidas. Estas unidades são trechos do discurso significativos para o pesquisador e falam da experiência do sujeito em relação com a resposta à questão norteadora da pesquisa. Podem ser constituídas por palavras ou frases. Uma vez identificadas as unidades de significados em cada discurso, foram destacadas, com canetas coloridas.

Foi um momento trabalhoso e minucioso, que consistiu da identificação das unidades de significação em cada entrevista. Unidades de Significação, segundo Alves (1997) são segmentos de um relato que forma uma unidade de sentido. Basicamente, essa unidade contém a descrição da situação ou da experiência, o julgamento que fez, incluindo aspectos emotivos, que ajudam a delimitar a gravidade ou importância que a pessoa deu à situação ou à experiência.

No processo de análise, ao realizar as leituras dos discursos, minha atenção também estava voltada para a maneira como estava sendo conduzida a entrevista. Procurava verificar se estava dando o espaço para as pessoas se manifestarem livremente, se os aspectos que havia destacado como básicos estavam sendo

contemplados, além de pontuar semelhanças ou diferenças entre as maneiras como as pessoas contavam sobre a experiência do cuidar/cuidado em UTI.

O segundo momento, denominado de **distanciamento** é a condição necessária para a realização da interpretação. Não se caracteriza como sendo operacional. Ele está presente na reflexão do pesquisador em todos os momentos da pesquisa.

Com o distanciamento, o pesquisador deve tornar-se um ser reflexivo, buscando colocar suas crenças, preconceitos e explicitações sobre o fenômeno pesquisado em suspensão, para poder olhá-lo como apresentado pelo sujeito, ou seja, para deixar unicamente como a expressão da experiência. De acordo com Ricoeur (1990), o pesquisador somente “perdendo a si mesmo se encontrará”, o que é importante nesta etapa. Procurando manter o distanciamento necessário, faz-se uma reflexão dos fatos existenciais que surgem no sistema de cuidado: hospital, família, cliente.

Neste estudo, com o distanciamento, pude deixar emergir dos discursos unicamente a expressão da experiência do cuidado em UTI.

O momento, de **análise estrutural** objetiva orientar o investigador no aprofundamento da semântica. Nesta fase, o texto é relido de forma crítica e o investigador passa à explicação, interpretação e compreensão do texto. Para Ricoeur (1990) a interpretação só é viável após um aprofundamento da semântica. Busca-se nessa etapa reavivar e compreender os significados que emergem deste momento existencial.

Neste momento, realizei o aprofundamento do que se mostrou relevante como unidade de significado. Esse aprofundamento ocorreu em cada unidade de significado, através da análise conceptual e proposicional.

A análise conceptual consiste na elaboração das primeiras noções ou categorias que se aproxima daquelas idéias fundamentais da experiência do sujeito. Na análise proposicional, feita logo a seguir, procurei as estruturas lógicas das declarações enunciadas, ou seja, a “intenção do sujeito expressa na experiência descrita” (BICUDO, 1999, p.78).

O significado velado é temalizado e compreendido, gerando sub-temas e temas do discurso produzido naquele momento existencial, daquela realidade vivida

pelo sujeito da pesquisa. Assim, a análise estrutural levou ao desvelamento dos sub-temas (significados presentes nos discursos dos seres humanos envolvidos na pesquisa) e dos temas, obtidos através das convergências (especificidades que emergem dos discursos e que são comuns à maioria dos sujeitos).

A **compreensão da metáfora** ocorre a partir da compreensão do texto. A interpretação hermenêutica é um discurso dialogado entre o texto em sua progressão e o significado associado a referência contextual do estudo. Nesta etapa procura-se compreender os significados das falas à luz do referencial teórico-filosófico construído.

Esta etapa da análise fenomenológica-hermenêutica dos discursos compreende a criação momentânea de uma linguagem que desvela um novo significado, até então implícito no cotidiano do sujeito, mas que é explicitado através da interpretação hermenêutica. Neste momento, buscava-se sair do absolutismo, realizando uma mudança de símbolos, quando o dito na transcrição passa a ter um sentido relativo e específico para o pesquisador.

Neste estudo o referencial teórico filosófico adotado, como apresentado anteriormente, foi o de Jean Watson e a complexidade. Neste momento do processo de análise, os temas que descrevem as dimensões de cuidado pelos participantes do estudo foram englobados em categorias, segundo o referencial teórico acima referido. As categorias ou “idéias nucleadoras” (MORIN, 1998), são convergências mais abrangentes que permitem a percepção do fenômeno como um todo.

Este momento do processo de análise das informações consistiu da composição, da interpretação e da discussão das categorias, que juntamente com os demais momentos, permitiram a aproximação da compreensão das dimensões do cuidado.

A **apropriação** é o último momento da interpretação hermenêutica. O termo apropriação significa estar apto para a compreensão da metáfora do mundo do texto e do conjunto de imagens do mundo projetadas na frente do texto. De acordo com Motta (1997) significa que a pesquisadora está apta para a compreensão da metáfora identificada na fase anterior. Descreve-se a partir da compreensão da

realidade apreendida do vivido do cliente, família e profissionais de saúde as dimensões de cuidado.

3.6 Implicações Éticas e Legais

Atualmente a preocupação com as questões éticas vem sendo uma constante nas pesquisas que utilizam seres humanos como sujeitos de investigação científica. O respeito aos indivíduos e a sua especificidade precisa ser mantido, a fim de assegurar a preservação dos direitos de quem é pesquisado (GOLDIM, 1997).

No desenvolvimento deste estudo, foram respeitados o código de ética Profissional, bem como a Resolução 196/96 (Brasil, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, que levam em conta princípios éticos básicos que devem orientar qualquer estudo que envolva o ser humano, a saber:

O *respeito pela pessoa* – esse aspecto inclui a autonomia para que a pessoa faça sua escolha de participar ou não, e também a proteção daqueles que estão com sua autonomia alterada ou diminuída e, portanto, mais vulneráveis a abusos ou danos.

A *beneficência*, que visa salvaguardar o bem-estar dos/as participantes e proibir danos deliberados ou potenciais, o que é denominado não maleficência.

A *justiça*, que constitui a obrigação ética de tratar cada pessoa de modo certo e equitativo. Essa característica significa distribuir a cada um, de modo equânime, ônus e benefícios.

A *fideliidade* – envolve a confiança que deve existir entre investigador/a e participante.

A *veracidade*, que é a obrigação de dizer toda a verdade sobre as possibilidades de riscos, danos reais e potenciais e qualquer outra ocorrência durante ou após a participação na pesquisa.

Por fim, a *confidencialidade*, que diz respeito à obrigação do/a pesquisador/a de assegurar ao participante o direito ao anonimato (SECAF, 2000).

A observação dos princípios éticos requer da Enfermagem o compreender e o comprometer-se com a saúde individual e coletiva, respeitando e preservando a vida e a dignidade do ser humano, sem discriminações, assegurando-lhe cuidado com justiça, competência, responsabilidade e honestidade, promovendo-o como um todo.

Assegura-lhe, ainda, uma assistência com qualidade, para que o seu direito à dignidade e à integridade, em vida ou em morte, seja resguardado (NAZÁRIO, 1999).

Para o desenvolvimento da pesquisa, solicitei autorização para realizá-la junto à Instituição que foi cenário de estudo – Hospital Universitário, bem como da unidade onde se desenvolveu a proposta (Apêndice 02); e à Comissão de Ética em Pesquisa da UFSC (Apêndice 03). Para esta última autorização, as documentações foram entregues para avaliação no mês de novembro de 2004, sendo a aprovação concedida no dia 13/12/2004.

As pessoas convidadas a participar dessa pesquisa receberam todas as informações sobre a proposta. Foi solicitada a autorização das pessoas envolvidas através do consentimento livre e esclarecido (Apêndice 01) uma vez que esses dados fazem parte da avaliação desta proposta. Também foi deixado claro aos entrevistados a possibilidade de desistir de participar do estudo se essa fosse a vontade deles, sendo necessário para tanto se manifestar por escrito, via ofício, ou *e-mail* ao pesquisador de campo. No entanto, tal fato não ocorreu.

5 O PROCESSO DE LAPIDAÇÃO

O conjunto das transcrições dos discursos formaram o corpo do texto. Essa construção gradual (discurso após discurso) permitiu que emergisse uma codificação parcial, crescente, pois nesses momentos (anteriores a totalidade dos dados) também se descobrem ligações significativas entre os seres humanos, vivências, classes.

Após a construção do corpo do texto, procedeu-se a análise dos dados. A seguir, passo a apresentar a análise estrutural dos discursos. Pelo número representativo de entrevistas efetuadas, optou-se por descrever apenas uma entrevista de cada categoria dos participantes do estudo.

No decorrer da análise estrutural, realizei o aprofundamento do que se mostrou relevante como unidade de significado. Esse aprofundamento ocorreu em cada unidade de significado, através da análise conceptual e proposicional. Recorri aos dicionários de filosofia por diversas vezes para elaborar as noções que se aproximavam daquelas idéias fundamentais da experiência do sujeito, expressas na experiência por ele descrita.

O significado velado foi temalizado e compreendido, gerando sub-temas e temas do discurso produzido naquele momento existencial, daquela realidade vivida pelo sujeito da pesquisa. Assim, a análise estrutural levou ao desvelamento dos sub-temas e dos temas, obtidos através das convergências (especificidades que emergem dos discursos e que são comuns à maioria dos sujeitos).

Colocados na íntegra, os discursos mostram como cheguei aos subtemas de cada discurso e temas originados nos discursos de quem vivencia a internação em Unidade de Terapia Intensiva e, como, das convergências entre estes temas,

encontrei as categorias ou idéias nucleadoras que representam as dimensões do cuidar em UTI oculto nos discursos.

5.1 Descrição das entrevistas

Apresenta-se a seguir, a descrição das entrevistas efetuadas respectivamente com familiar, cliente e profissional de saúde.

DISCURSO 1 – GUARDA DO EMBAÚ

O que significa o cuidado pra você?

O cuidado pra mim significa o **acompanhamento das pessoas em todas as suas necessidades**, sejam alimentares, de higiene, de locomoção, de descanso, de trabalho, na vida normal, **em qualquer momento de sua vida** (FD1US1)².

A diferença entre o cuidado profissional e o cuidado comum da família é que **os familiares dão mais carinho, mais conforto**, (FD1US2) e **o profissional estuda, tem conhecimento, sabe direito o que fazer**. (FD1US3) A diferença, então, no cuidado profissional é que as pessoas que dão atenção necessária aos doentes, **possuem estudo específico para isso** (FD1US4).

Como você gostaria de ser cuidado?

Eu gostaria de ser cuidado principalmente com **responsabilidade social e responsabilidade profissional** (FD1US5). Significa aquela situação em que não precisam fazer só as minhas vontades, mas também **não devem me submeter a momentos de mau humor, ou maus tratos** (FD1US6), mas com atendimento profissional orientado pela ciência a qual esse indivíduo aprendeu, que seja **o melhor, o mais rápido e o mais eficiente pra minha recuperação** (FD1US7). Bom, além disso, tem também **o carinho e a atenção humana elas são indispensáveis para um bom cuidado** (FD1US8), então eu gostaria que o

² A letra F representa a categoria (familiar) , a letra D representa o discurso e é seguida pela posição deste discurso na categoria, as letras US significam Unidade de Significado, encontrados neste discurso e são precedidos pela numeração da ordem em que os encontramos.

profissional tivesse essas qualidades ao prestar o cuidado, e, eu não gostaria de ser cuidado com maus tratos e **irresponsabilidades de profissional** (FD1US9).

Conte-me como está sendo essa experiência do cuidado.

Eu senti que aqui é realizado um **cuidado profissional muito habilitado, com atendimento humano especial, com educação, com paciência e com encaminhamentos** (FD1US11)– os profissionais sabem o que fazer no próximo, o que fazer para o outro.

Nessa experiência, que ainda estou vivenciando, eu **senti que todo ser humano tem um limite** (FD1US12), querendo ou não querendo [pensativo]. Tem, também, **uma interferência na sua liberdade** (FD1US13) e tem que reconhecer que a vida pode ser 90% nossa, mas os primeiros anos e os últimos anos eles já não pertencem tanto à gente, pois **nós somos dependentes** (FD1US14). Então, faz entender que **nossa vida está o tempo todo fazendo parte da sociedade, a vida toda é uma dependência** (FD1US15), eu dependo de uma atitude do outro, do conhecimento do outro, o outro depende de uma atitude minha, do meu conhecimento, do meu trabalho.

Quais os atributos necessários para o cuidado?

Para que alguém possa julgar-se apto a cuidar, primeiro tem que **conhecer-se a si, porque a pessoa que não sabe cuidar de si, não pode cuidar dos outros** (FD1US16); segundo tem que ter sua **dose dobrada de paciência** (FD1US17); terceiro tem que **saber se colocar no lugar do outro** (FD1US18)– por exemplo, e se tu estivesse naquela situação, inútil ou incapaz perante a situação de fazer algo que você gostaria de fazer naquele momento, como é que eu gostaria que o outro fizesse por mim, que o outro me orientasse? Creio que isso seja um bom começo [deu uma risada].

Os sentimentos que surgem numa relação de cuidado [pensativo, demorou um pouco para responder] são: primeiro que **ninguém é sozinho** (FD1US19), sempre haverá alguém olhando por você; segundo é **jogar um balde de água fria no orgulho** (FD1US20), neste momento você cria uma relação de dependência e o

orgulho não pode se sobrepor as suas necessidades; terceiro, é o **sentimento de gratidão, por tudo que está sendo feito, e a Deus também, que é quem cuida da gente** (FD1US21).

Quais os resultados do cuidado?

O cuidado nos **trás bons resultados, pois tiraram as fobias iniciais incurtidas por pessoas que não tem conhecimento profissional** (FD1US22), conhecimento científico pra julgar e dar opinião sobre determinados assuntos. Meu pai veio para cá muito temeroso, com muito medo, mas terminando essa fase, meu pai se sentiu normal, **com coragem, com ânimo e com força pra enfrentar a sua doença**. Ele ficou desejando o tratamento, se ele ficou desejando o tratamento é porque **o cuidado realizado já estava fazendo efeito a partir do momento que ele aceitou o tratamento** (FD1US23) [tratamento a que se refere é tratamento cirúrgico], antes mesmo de ser feito a cirurgia. Agora ele está se reabilitando, está reagindo bem e com a presença da família ele esta se sentindo mais seguro. Então **os resultados são esses, de segurança, de confiabilidade que se transformam na melhora do meu pai** (FD1US24).

ANÁLISE DO DISCURSO

Como unidades de significado destaco:

- Cuidado é atender as necessidades dos seres humanos. FD1US1
- O cuidado comum oferece carinho e conforto. FD1US2
- O cuidado profissional é realizado por quem tem conhecimento específico. FD1US3, FD1US4
- Responsabilidade social e responsabilidade profissional são formas de cuidar. FD1US5
- Não cuidado é submeter alguém a maus tratos e mau humor e irresponsabilidade profissional. FD1US6; FD1US9
- O cuidado deve ser eficiente. FD1US7
- Carinho e atenção são indispensáveis para o cuidado. FD1US8
- A hospitalização interfere na liberdade do ser cuidado. FD1US13.
- A hospitalização demonstra a limitação do ser humano. FD1US12

- Através da hospitalização o ser humano reconhece a sua dependência. FD1US14; FD1US15.
- Para cuidar é necessário auto-conhecimento e saber cuidar de si. FD1US16.
- Para cuidar é necessário paciência. FD1US17.
- Para cuidar é preciso saber colocar-se no lugar do outro. FD1US18.
- Na relação de cuidado surge sentimento de gratidão. FD1US21
- Uma relação de cuidado demonstra que ninguém é sozinho. FD1US19
- Numa relação de cuidado não pode haver orgulho. FD1US20
- O cuidado trás força para enfrentar a doença. FD1US23
- O cuidado reabilita a saúde; trás esclarecimentos. FD1US22
- O cuidado transmite segurança e confiabilidade. FD1US24

DISCURSO 15 – SANTINHO

O que é o cuidado pra você?

Cuidado em primeiro lugar é as pessoas **saber o que estão fazendo** (CD15US01)³, em segundo lugar **é ter respeito e carinho** (CD15US02). **Cuidado pra mim na UTI no caso, é que as pessoas se sintam seguras e tenham um bom tratamento** (CD15US03). **É ter atitude** também (CD15US04).

A diferença que existe no cuidado profissional é que a pessoa que é habilitada existe nele a responsabilidade, até de repassar esses conhecimentos (CD15US05). E o nosso, os leigos no assunto, seria a **responsabilidade de cuidar de cada um cuidar de si próprio ou dos familiares** (CD15US06). **O profissional sabe direito o que fazer, ele estuda para isso** (CD15US07). O ser humano comum, às vezes acha que sabe o que fazer e estão errados. Mas **o cuidado comum, da família, tem mais carinho** (CD15US08).

Como você gostaria de ser cuidada?

³ A letra C representa a categoria (cliente) , a letra D representa o discurso e é seguida pela posição deste discurso na categoria, neste caso, discurso 15. As letras US significam Unidade de Significado, encontrados neste discurso e são precedidos pela numeração da ordem em que os encontramos.

Eu gostaria de me sentir tranqüila e segura (CD15US09), que me dessem a sensação de que tudo fosse feito realmente para salvar a minha vida. Não gostaria que fizessem como foi feito lá. **Gostaria que me falassem que vai ser assim ou assado** (CD15US10). **Não gostaria de me sentir como um objeto, com um tubo dentro da goela que não me deixava falar** (CD15US11). Então, foi muito difícil essa situação de não poder me expressar. Foi a fase mais terrível da minha vida, porque fui obrigada a agüentar. E **as pessoas só vinham me perguntar se eu sentia fome, sentia frio, e eu só podia mostrar com gestos o que eu sentia** (CD15US12). **Mas não me perguntavam se eu estava com medo, ou se gostaria que me explicassem algo** (CD15US13). Além disso, depois, sempre tinha que chamar as pessoas, elas não vinham assim automaticamente. **Não causavam assim, uma situação de aconchego** (CD15US14), foi o que eu senti lá.

Conte-me como foi a sua experiência de cuidado na UTI.

Foi uma sensação assim de muito [ficou emocionada]... **um impacto muito grande, uma situação extrema** (CD15US15) né, **que a gente nunca passou e é muito confusa** (CD15US16). **Que a gente não sabe o que vai acontecer em seguida e é tudo muito rápido** (CD15US17). Ali a gente vê diversas pessoas, cada uma com seus problemas, gemendo, chorando, ou sentindo dores. Assim como eu falei, o cuidado lá, **as coisas não eram explicadas, as pessoas [chorosa]... me senti meio abandonada, tinha que sempre chamar, não tinha ninguém sempre assim...** (CD15US18) na hora que precisava, não tinha ninguém por perto.

Que características são necessárias para alguém que cuide de outra pessoa?

Justamente, tem **que passar essa sensação de segurança, tem que esclarecer a situação e o que vai acontecer com a pessoa que estão lá dentro. Tem que ter paciência, amor, tem que transmitir esse amor** (CD15US19). Quando alguém se agita, tem que dizer calma, calma... com tranqüilidade e não, calma, calma... gritando! [mudou seu tom de voz]. **Pra isso tem que ter carinho e compreensão também** (CD15US20).

O ideal que surgisse uma relação de confiança, uma relação afetuosa (CD15US21). Quando estamos lá na UTI surge também à dependência de quem está sendo cuidado (CD15US22), porque dependemos de quem está lá pra cuidar da gente e também de um certo compromisso daquele que está cuidando.

Que resultados trouxeram pra você esse cuidado oferecido pelos profissionais?

É que eu fiquei assim meio atordoada [risos]. **Claro que foi o melhor, porque salvaram a minha vida.** Mas se tivesse tido um preparo teria sido melhor, se dialogassem comigo, sabe? Querendo ou não, **foi um resultado muito positivo (CD15US23).**

ANÁLISE DO DISCURSO

Como unidades de significado deste discurso apresento:

- Cuidado é ter conhecimento das atividades realizadas. CD15US01.
- Cuidado é ter respeito e carinho. CD15US02.
- Cuidado é transmitir segurança. CD15US03.
- Cuidado é ter atitude. CD15US04.
- O cuidado profissional é praticado por pessoa habilitada, responsável e com conhecimento científico. CD15US05; CD15US07.
- No cuidado comum existe a responsabilidade de cuidar de si e da família. É realizado com carinho. CD15US08; CD15US06.
- O cuidado exige comunicação, falar dos procedimentos realizados. CD15US10; CD15US13.
- Não cuidar, faz o ser humano sentir-se como um objeto. CD15US11.
- Atentar apenas para as necessidades físicas dos seres humanos é um cuidado incompleto CD15US12.
- O cuidado deve gerar é aconchego. CD15US14.
- Estar em UTI é uma situação extrema de vida. CD15US15.
- Estar em UTI (internado) é muito confuso. CD15US16.
- A internação na UTI trás insegurança. CD15US17.
- Não cuidar trás sentimentos de abandono para o ser cuidado. CD15US18.

- O ser que cuida deve transmitir segurança, ter comunicação, paciência e amor. CD15US19.
- Para cuidar é preciso carinho e compreensão. CD15US20.
- Numa relação de cuidado deverá surgir confiança e afeto. CD15US21.
- A relação de cuidado trás sentimento de dependência para o ser que está sob cuidados. CD15US22.
- O cuidado resulta na melhora clínica do ser cuidado. CD15US23.

DISCURSO 20 – **SOLIDÃO**

O que é o cuidado pra você?

Eu acho que **cuidado é ver o ser humano como um todo** (PD20US01)⁴, **ver as suas necessidades** (PD20US02), então, na UTI, **o cuidado nosso não se limita a mexer nos equipamentos e nem nos aparelhos** (PD20US03). **Nós tentamos fazer um cuidado humanizado, permitindo a entrada da família, permitindo que eles cuidem da higiene do paciente, do conforto dele**, então, cuidado pra mim é isso, e **acredito que na nossa UTI é bem humanizada em relação a isso** (PD20US04).

A diferença que existe entre o cuidado familiar ou cuidado comum e o cuidado profissional é que o cuidado daqui é um cuidado específico, um cuidado com razão científica né! Um cuidado voltado pra pessoa na gravidade da doença, é um cuidado especial onde não é qualquer um que possa fazer... é um pessoal treinado que pode fazer aquilo, então, eu acho que é um cuidado especial, um cuidado diferenciado daquele cuidado que é prestado em casa (PD20US05).

Como você gostaria de ser cuidada?

⁴ A letra P representa a categoria (profissional) , a letra D representa o discurso e é seguida pela posição deste discurso na categoria, neste caso, discurso 20. As letras US significam Unidade de Significado, encontrados neste discurso e são precedidos pela numeração da ordem em que os encontramos.

Como eu gostaria de ser cuidada? [pensativa]: eu **gostaria que me explicassem tudo o que estão fazendo comigo**, (PD20US06). **Gostaria que me deixassem sempre limpinha, cuidassem sempre do meu cabelo, da minha unha, que me explicassem tudo, que me falassem tudo, tudo...** (PD20US07) ainda tava falando com a R. hoje [funcionária do hospital que trabalha no mesmo setor], como eu gostaria de ser cuidada... era bem assim... **que me dessem atenção em tudo, tudo, sabe? Desde a parte psicológica até a parte pessoal, de higiene mesmo, de pentear cabelo, de fazer trancinha, tudo, tudo, deixar o mais bonitinha possível** (PD20US08).

Agora eu não gostaria de ser cuidada por profissionais negligentes e impacientes (PD20US09). As pessoas não merecem ser tratadas assim não. Há casos, há relatos! Sem saúde, então!!! [ênfase]... **É, não gostaria de ser cuidada com negligência e desatenção** (PD20US10), todo mundo merece atenção, principalmente no caso de UTI.

Conte-me como é a sua experiência do cuidado.

Trabalhar aqui na UTI é unir razão e emoção; e, tentar separar essas duas dimensões, que as vezes é muito difícil (PD20US11). **É difícil tentar equilibrar, quando se lida com situações difíceis, pois estamos lidando com o sofrimento, e, poucas vezes com alegria do paciente** (PD20US12). Lidamos muito com a instabilidade do paciente [referindo-se a instabilidade hemodinâmica dos seres ali internados].

Bom, mas aqui me sinto útil, eu me sinto gratificado pelo paciente, pelo progresso do paciente, pela satisfação de ver ele recuperado de forma lenta, porque a recuperação aqui, na maior parte das vezes é lenta e, a minha satisfação é pela recuperação dele (PD20US13).

Quais os atributos necessários pra realizar o cuidado?

Ah! **Eu acho que habilidade técnica e conhecimento do que esta fazendo também** (PD20US14). **Humanização evidentemente; educação também é importante** (PD20US15). **Amar também, porque a gente fica carente quando a gente fica doente, a gente se torna carente de amor** (PD20US16). Eu acho que

todos nós um dia ou já ficamos ou iremos ficar doente um dia, então, a gente sempre tem alguém que cuide da gente da maneira que a gente achar que pode cuidar de alguém.

O cuidado gera uns sentimentos de carinho, de afeto, de harmonia, de respeito, de empatia (PD20US17), porque eu acho que é importante tu tá se colocando também no lugar do paciente, pra poder estar tratando ele melhor, pra estar dando uma assistência melhor, estar qualificando a assistência (PD20US18), na verdade, eu acho que são muito amplos também, e é muito peculiar a cada profissional, então, eu acho que isso vai muito de cada um.

Quais os resultados que surgem através do cuidado?

O resultado que se espera de um tratamento de um paciente na UTI é que ele saia da UTI, mas não pode se esquecer que a cura não é o único resultado ao tratamento muitas vezes ele vem a morrer e o profissional que trabalha na UTI não deve se sentir angustiado com isso também (PD20US19), então, o principal é o bem estar e o melhor pro paciente, quer seja que ele saia da UTI melhorado, quer seja, que ele venha a morrer sem dor e sem angústia dentro da UTI (PD20US20).

ANÁLISE DO DISCURSO

Neste discurso destaco como unidades de significados:

- O cuidado é integralidade. PD20US01.
- O cuidado atende as necessidades do ser cuidado. PD20US02.
- A humanização da assistência faz parte do cuidar. PD20US04.
- O cuidado não se limita às tecnologias modernas. PD20US03.
- O cuidado profissional é realizado por pessoal treinado e apresenta fundamentação científica. PD20US05.
- A comunicação entre os seres que cuidam e são cuidados deve fazer parte do cuidar PD20US06
- Higiene e conforto são necessidades de cuidado indispensáveis para o ser que é cuidado PD20US07; PD20US08.

- Negligência, impaciência e desatenção não são formas de cuidado. PD20US09; PD20US10.
- Trabalhar em UTI é unir razão e emoção. PD20US11.
- Trabalhar em Uti requer saber lidar com sentimentos de alegrias e tristezas. PD20US12.
- Trabalhar em UTI trás satisfação e gratificação. PD20US13.
- Para cuidar é preciso habilidade técnica e conhecimento científico. PD20US14.
- Humanização, educação e amor são atributos do cuidado. PD20US15; PD20US16.
- As relações de cuidado geram sentimentos de carinho, afeto, harmonia, respeito e empatia. PD20US17.
- Numa relação de cuidado, o profissional deve colocar-se no lugar do outro, para a melhorar a qualidade do cuidar. PD20US18.
- O cuidado resulta em conforto e bem estar para o ser cuidado. PD20US20.
- O cuidado pode diminuir a angústia e o estresse do profissional. PD20US19.

4.2 Subtemas presentes nos discursos dos seres envolvidos no cuidado

Após encontrar as unidades de significado presentes em cada discurso, e analisá-los conceptualmente e proposicionalmente, estas unidades foram categorizadas em subtemas presentes em cada discursos dos seres envolvidos no cuidado, conforme apresentado abaixo:

Subtemas presentes no discurso 1 - GUARDA DO EMBAÚ

- Cuidado é atender as necessidades dos seres humanos. FD1US1
- O cuidado comum oferece carinho e conforto. FD1US2
- O cuidado profissional é realizado por quem tem conhecimento específico. FD1US3, FD1US4
- Responsabilidade social e responsabilidade profissional são formas de cuidar. FD1US5

- Não cuidado é submeter alguém a maus tratos e mau humor e irresponsabilidade profissional. FD1US6; FD1US9
- O cuidado deve ser eficiente. FD1US7
- Carinho e atenção são indispensáveis para o cuidado. FD1US8
- A hospitalização interfere na liberdade do ser cuidado. FD1US13.
- A hospitalização demonstra a limitação do ser humano. FD1US12
- Através da hospitalização o ser humano reconhece a sua dependência. FD1US14; FD1US15.
- Para cuidar é necessário auto-conhecimento e saber cuidar de si. FD1US16.
- Para cuidar é necessário paciência. FD1US17.
- Para cuidar é preciso saber colocar-se no lugar do outro. FD1US18.
- Na relação de cuidado surge sentimento de gratidão. FD1US21.
- Uma relação de cuidado demonstra que ninguém é sozinho. FD1US19.
- Numa relação de cuidado não pode haver orgulho. FD1US20.
- O cuidado trás força para enfrentar a doença. FD1US23.
- O cuidado reabilita a saúde; trás esclarecimentos. FD1US22.
- O cuidado transmite segurança e confiabilidade. FD1US24.

Subtemas presentes no discurso 2 - OUIDOR

- Cuidado é ato, atitude. FD2US01.
- Cuidado é estar junto de alguém. FD2US02.
- Boa convivência entre as pessoas é uma forma de cuidado. FD2US04.
- O cuidado comum é praticado pela família com carinho e dedicação. FD2US03.
- O cuidado profissional é compartilhado (interdisciplinaridade). FD2US05.
- A habilidade deve fazer parte do cuidado. FD2US06.
- O cuidado realizado deve evidenciar educação e paciência. FD2US07.
- O cuidado é humanizado. FD2US08.
- O cuidado deve ser realizado com conhecimento científico. FD2US09.
- Para cuidar é preciso disposição e interesse em ajudar. FD2US10.

- Numa relação de cuidado surge sentimento de gratidão e solidariedade. FD2US11.
- O cuidado resulta na diminuição da angústia dos familiares. FD2US12.
- O cuidado resulta na confiança e fortalecimento da fé. FD2US13.

Subtemas presentes no discurso 3 – DO SONHO

- O cuidado atende as necessidades básicas de saúde. FD3US01.
- O cuidado é amor, é a essência do ser humano. FD3US02.
- Cuidar é gostar do próximo. FD3US03.
- O cuidado profissional exige maior responsabilidade. FD3US04.
- O cuidado profissional é realizado por pessoa habilitada. FD3US05.
- O profissional ao cuidar, repassa seus conhecimentos. FD3US06.
- No cuidado comum, existe a responsabilidade do auto-cuidado. FD3US07.
- No cuidado comum tem-se a responsabilidade de cuidar dos familiares. FD3US08.
- Para cuidar é preciso ter paciência. FD3US09.
- Para cuidar é preciso ser um bom profissional da área da saúde. FD3US10.
- O profissional do cuidado deve gostar de trabalhar com o ser humano. FD3US11.
- Na relação de cuidado surge dependência de quem está sendo cuidado. FD3US12.
- O cuidador desenvolve sentimento de compromisso com quem cuida. FD3US13.
- O cuidado resulta numa melhor qualidade de vida. FD3US14.
- O cuidado resulta em maior responsabilidade de auto-cuidado. FD3US15.
- O cuidado transforma as pessoas, que passam a se amar e a se auto-cuidar mais. FD3US16.
- O cuidado deve ser realizado com carinho e atenção. FD3US17. FD3US19.
- O cuidado deve ser realizado com responsabilidade. FD3US18.
- Não cuidar é distração por parte dos profissionais. FD3US20.

- Falta de atenção, carinho e irresponsabilidades não devem fazer parte do cuidado. FD3US21.
- Estar hospitalizado é assustador, porque é unidade intensiva. FD3US22.
- Com a hospitalização percebe-se maior atenção dos profissionais. FD3US23.
- A hospitalização trás sentimento de apoio e de maior atenção por parte dos familiares. FD3US24.

Subtemas presentes no discurso 4 - FERRUGEM

- Cuidado é conhecer as ações de saúde desenvolvidas. FD4US01.
- Cuidado é ter respeito e carinho. FD4US02.
- Cuidado é querer a melhora dos seres sob seus cuidados. FD4US03.
- O cuidado comum fornece carinho e atenção. FD4US04.
- O cuidado profissional fornece conhecimento. FD4US05.
- O cuidado precisa ser realizado com carinho. FD4US06.
- Não cuidar é maltratar as pessoas. FD4US07.
- Estar hospitalizado na UTI é grave, porque UTI é grave. FD4US08.
- O familiar percebe a hospitalização com sofrimento. FD4US09.
- O familiar sente a necessidade de fazer algo para a melhora do paciente. FD4US10.
- A família sente-se grata as profissionais pelo cuidado realizado 24 hs/dia. FD4US11.
- Para cuidar é preciso ter inteligência. FD4US12.
- Para cuidar é preciso conhecimento das atividades que irá realizar. FD4US13.
- Numa relação de cuidado surge sentimento de carinho. FD4US14.
- O cuidado resulta na melhora clinica do cliente. FD4US15.
- O cuidado trás alivio para os familiares. FD4US16.

Subtemas presentes no discurso 5 – DA SILVEIRA

- Cuidado é ter atitudes. FD5US01.

- Não existe diferença entre cuidado comum e cuidado profissional. FD5US02.
- O cuidado deve ser realizado com atenção por parte dos profissionais. FD5US03.
- Maus tratos não fazem parte do cuidado. FD5US04.
- Estar hospitalizado trás insegurança. FD5US05.
- O cuidar exige carinho. FD5US06.
- Para cuidar é preciso conhecimento e inteligência. FD5US07.
- Um bom cuidado nem sempre trás bons resultados. FD5US08.
- Um resultado ruim (ex: morte) pode acontecer mesmo que o cliente receba um ótimo cuidado. FD5US09.

Subtemas presentes no discurso 6 – GAROPABA

- O cuidado exige competência. FD6US01.
- O cuidado é dar carinho. FD6US02.
- Cuidar é estar atento às necessidades de cada um. FD6US03.
- O cuidado comum/familiar oferece mais carinho e conforto. FD6US04.
- O cuidado profissional tem mais tecnologia. FD6US05.
- O cuidado deve ser realizado com amabilidade e carinho. FD6US06.
- O toque deve fazer parte do cuidado. FD6US07.
- Tratar os seres humanos como seres irracionais não é cuidado. FD6US08
- Grosseria não deve fazer parte do cuidar. FD6US09.
- Para cuidar é necessário demonstrar paciência. FD6US10.
- Para um bom cuidado o profissional não deve trazer problemas de fora para a unidade. FD6US11.
- Para cuidar é preciso ter responsabilidade. FD6US12.
- Para cuidar é necessário conhecimento. FD6US13.
- O profissional do cuidado deve transmitir carinho e paz para os seres cuidados. FD6US14.
- O cuidado exige tranquilidade e paciência de quem cuida. FD6US15.
FD6US17.
- Uma boa relação de cuidado transmite amor. FD6US16.

- Carinho e compreensão surgem da relação de cuidado. FD6US18.
- O cuidado trás como resultado o conforto para o cliente e para a família. FD6US19.

Subtemas presentes no discurso 7 - PINHEIRA

- Cuidado é dar carinho. FD7US01.
- Cuidado é atender as necessidades do cliente. FD7US02.
- O cuidado profissional disponibiliza atenção necessária ao cliente. FD7US03.
- O cuidado deve ser realizado com paciência e dedicação. FD7US04.
- Não cuidar é realizar as atividades com pressa. FD7US05.
- Tratar os seres humanos com braveza e sem respeito não devem fazer parte do cuidar. FD7US06.
- Estar hospitalizado em UTI é estar dependendo de muita ajuda. FD7US07.
- O cuidado exige dedicação, sensibilidade e solidariedade. FD7US08.
- Para cuidar é preciso ter paciência e amor. FD7US09.
- Numa relação de cuidar exige sentimento de carinho e solidariedade. FD7US10.
- O cuidado resulta em gratidão. FD7US11.
- O cuidado resulta em carinho e admiração. FD7US12.
- O cuidado transmite força interior. FD7US13.

Subtemas presentes no discurso 8 - GAMBOA

- O cuidado é dar a tenção e carinho. FD8US01.
- O cuidado profissional é realizado com tecnologias moderna. FD8US02.
- O cuidado comum é caridoso. FD8US03.
- Não dar atenção não deve fazer parte do cuidado. FD8US04.
- A hospitalização gera sofrimento para cliente e família. FD8US05.
- Para cuidar é necessário disponibilizar dedicação ao ser cuidado. FD8US06.

- Uma relação de cuidado gera sentimento de confiança e de proteção. FD8US07.
- O cuidado resulta em respeito. FD8US08.
- O cuidado resulta em gratidão. FD8US09.

Subtemas presentes no discurso 9 – do ROSA

- Cuidar é ter atenção e tratar o ser humano com carinho. FD9US01.
- O cuidado é não cometer erros na assistência. FD9US02.
- O cuidado é estabelecer comunicação com a família. FD9US03.
- O cuidado comum/familiar é realizado com mais carinho. FD9US04.
- O cuidado profissional é realizado com conhecimento científico. FD9US05.
- O cuidado deve ser realizado com atenção. FD9US06.
- O profissional que cuida não deve cometer erros ao prestar o cuidado. FD9US07.
- Não cuidar é não demonstrar preocupação com quem está sendo cuidado. FD9US08.
- Estar hospitalizado gera insegurança para os familiares. FD9US09.
- Os profissionais que cuidam em Uti transmitem tranquilidade e segurança para os familiares. FD9US10.
- Não cuidar é demonstrar falta de interesse. FD9US11.
- Para cuidar é preciso dedicação, carinho, atenção e estudo. FD9US12.
- O ser que cuida deve demonstrar vontade de ajudar o ser cuidado. FD9US13.
- Numa relação de cuidado surge carinho, amizade e agradecimento. FD9US14.
- O mal cuidado gera medo e raiva. FD9US15.
- O cuidado resulta em esperança para o familiar. FD9US16.
- O cuidado trás bons resultados – melhora clinica do cliente. FD9US17.
- O cuidado melhora a saúde. FD9US18.

Subtemas presentes no discurso 10 - DANIELA

- Cuidado é demonstrar atenção. CD10US01.
- Cuidado é ter conhecimento. CD10US02.
- O cuidado comum tem mais afeto. CD10US03.
- A comunicação através do toque e em palavras deve fazer parte do cuidar. CD10US04.
- O carinho faz parte do cuidado. CD10US05.
- Os profissionais demonstram atenção ao cuidar. CD10US06.
- Agilidade e conhecimento são atributos para aqueles que cuidam. CD10US07.
- A UTI é um ambiente diferenciado pela gravidade dos clientes. CD10US08.
- Estar hospitalizado em Uti trás angústia para o cliente. CD10US09.
- O cuidado resulta na melhora clinica do cliente. CD10US10.

Subtemas presentes no discurso 11 - BRAVA

- Cuidado é prestar bom atendimento. CD11US01.
- Cuidado é demonstrar amor. CD11US02.
- Preocupar-se com o ambiente faz parte do cuidado. CD11US03.
- Não cuidado é desatenção. CD11US04.
- A tecnologia presente na UTI dificulta a comunicação. CD11US05.
- Para cuidar é preciso ter responsabilidades e atenção. CD11US06.
- A hospitalização na UTI priva parcialmente a companhia dos familiares. CD11US07.
- O cuidado resulta na melhora clinica do cliente. CD11US08.
- Numa relação de cuidado deve haver responsabilidade. CD11US09.

Subtemas presentes no discurso 12 – MOÇAMBIQUE

- Cuidado é preocupar-se com o outro. CD12US01.

- Cuidado é estar junto e dar atenção. CD12US02.
- Cuidado profissional tem tecnologia e é mais especializado. CD12US03.
- O cuidado deve ser humanizado. CD12US04.
- Não cuidar é tratar a pessoa como se fosse um ser irracional. CD12US05.
- Todos os seres humanos têm direito de receber um bom cuidado. CD12US06.
- A hospitalização em UTI é uma necessidade quando a vida está em risco. CD12US07.
- A visita da família e amigos é uma forma de cuidado. CD12US08.
- Para cuidar é preciso ter sabedoria e conhecimento. CD12US09.
- Para cuidar é preciso saber colocar-se no lugar do outro. CD12US10.
- O cuidado resulta em não deixar alguém morrer. CD12US11.
- O cuidado resulta em querer viver novamente. CD12US12.
- O cuidado trás continuidade para a vida. CD12US13.

Subtemas presentes no discurso 13 – JURERE

- Cuidado é ato, atitude. CD13US01.
- O cuidado atende as necessidades básicas de saúde. CD13US02.
- O cuidado profissional transmite segurança. CD13US03.
- O cuidado profissional é realizado com atenção e dedicação. CD13US04.
- Não cuidar é não respeitar a individualidade. CD13US05.
- Estar hospitalizado em UTI é sentir-se sozinho. CD13US06.
- Na hospitalização outras necessidades são afetadas, tais como comunicação e alimentação. CD13US07.
- Para cuidar é preciso ter calma e ser carinhoso/a. CD13US08.
- É através das relações de cuidado que surge carinho. CD13US09.
- O cuidado resulta em conforto. CD13US10.
- O cuidado resulta na melhora do cliente. CD13US11.

Subtemas presentes no discurso 14 - INGLESES

- O cuidado trás segurança. CD14US01.
- O cuidado comum é realizado por todas as pessoas. CD14US02.
- O cuidado é parte do tratamento. CD14US03.
- O cuidado transmite tranqüilidade e segurança. CD14US04. CD14US07.
- O cuidado exige comunicação, falar dos procedimentos realizados. CD14US05.
- A internação na Uti gera aflição. CD14US06.
- Estar na Uti é ficar entre a vida e a morte. CD14US08.
- O cuidado proporciona relação de confiança. CD14US09.
- O cuidado proporciona afetividade. CD14US10.
- O cuidado aproxima os seres humanos. CD14US11.
- Para cuidar é necessário transmitir segurança. CD14US12.
- Na relação de cuidado o sentimento da fé e da crença é evidenciado. CD14US13.
- Para cuidar é preciso saber comunicar-se. CD14US14.
- O cuidado pode salvar uma vida. CD14US15.

Subtemas presentes no discurso 15 - SANTINHO

- Cuidado é ter conhecimento das atividades realizadas. CD15US01.
- Cuidado é ter respeito e carinho. CD15US02.
- Cuidado é transmitir segurança. CD15US03.
- Cuidado é ter atitude. CD15US04.
- O cuidado profissional é praticado por pessoa habilitada, responsável e com conhecimento científico. CD15US05; CD15US07.
- No cuidado comum existe a responsabilidade de cuidar de si e da família. É realizado com carinho. CD15US08; CD15US06.
- O cuidado exige comunicação, falar dos procedimentos realizados. CD15US10; CD15US13.
- Não cuidar, faz o ser humano sentir-se como um objeto. CD15US11.

- Atentar apenas para as necessidades físicas dos seres humanos é um cuidado incompleto CD15US12.
- O cuidado deve gerar é aconchego. CD15US14.
- Estar em UTI é uma situação extrema de vida. CD15US15.
- Estar em UTI (internado) é muito confuso. CD15US16.
- A internação na UTI trás insegurança. CD15US17.
- Não cuidar trás sentimentos de abandono para o ser cuidado. CD15US18.
- O ser que cuida deve transmitir segurança, ter comunicação, paciência e amor. CD15US19.
- Para cuidar é preciso carinho e compreensão. CD15US20.
- Numa relação de cuidado deverá surgir confiança e afeto. CD15US21.
- A relação de cuidado trás sentimento de dependência para o ser que está sob cuidados. CD15US22.
- O cuidado resulta na melhora clínica do ser cuidado. CD15US23.

Subtemas presentes no discurso 16 – CAMPECHE

- O cuidado é prevenção de problema. PD16US01.
- O cuidado comum e o cuidado profissional possuem a mesma essência: prevenção. PD16US02.
- O diálogo entre os seres que cuidam e são cuidados é uma forma de cuidar. PD16US03.
- Explicitar os procedimentos realizados, diminui o estresse do paciente. PD16US04.
- Desleixo é um não cuidado. PD16US05.
- Deixar um paciente sujo é um mal cuidado. PD16US06.
- Deixar o ser cuidado esperando para ser atendido por muito tempo é não cuidado. PD16US07.
- O cuidado prestado pelos profissionais da UTI é humanizado. PD16US08.
- O cuidado é essencial a vida. PD16US09; PD16US12.
- O cuidado profissional é deve ser perfeccionista. PD16US10.
- Trabalhar em UTI trás segurança. PD16US11.

- Trabalhando em UTI adquire-se conhecimento e experiência. PD16US13.
- Para cuidar é necessário sensibilidade, solidariedade e conhecimento científico. PD16US14.
- A relação de cuidado cria um elo de ligação (dependência) entre as pessoas. PD16US15.
- O cuidado resulta na melhora da situação crítica do cliente. PD16US16.
- O cuidado resulta no aprendizado do auto-cuidado para o cliente. PD16US17
- A relação de cuidado cria sentimento de prevenção de problema. PD16US08.

Subtemas presentes no discurso 17 – NAUFRAGADOS

- Cuidado é ato, atitude. PD17US01.
- O cuidado profissional objetiva a melhora da saúde do cliente. PD17US02.
- O cuidado comum não tem sentido / objetivo específico. PD17US03.
- O cuidado visa o restabelecimento da saúde. PD17US04.
- Desumanidade e frieza não são formas de cuidado. PD17US05.
- O cuidado deve visar o aspecto da humanização. PD17US06.
- A UTI é o melhor local para cuidar, pois tem toda estrutura necessária. PD17US07
- A Uti é o ambiente com mais recursos humanos e tecnológicos do hospital. PD17US08; PD17US11.
- Para cuidar é preciso colocar-se no lugar do outro. PD17US09.
- O cuidado gera sentimento de gratidão. PD17US10.
- O cuidar gera sentimento de dependência para quem é cuidado. PD17US12.
- Na UTI procura-se dar um cuidado integral para o cliente. PD17US13.
- Trabalhar em UTI trás realização. PD17US14.
- O cuidado resulta na recuperação do cliente. PD17US15.
- O cuidado resulta em conforto para o cliente. PD17US16.
- O cuidado resulta em tranquilidade para os familiares. PD17US17.

Subtemas presentes no discurso 18 – ARMAÇÃO.

- O cuidado é proteção. PD18US01.
- O cuidado é prestar assistência. PD18US02.
- O cuidado profissional é diferenciado porque requer pessoal treinado. PD18US03.
- O profissional que cuida deve transmitir segurança e proteção. PD18US04.
- Bom cuidado é sanar as dúvidas dos clientes e família. PD18US05.
- Explicar os procedimentos e rotinas do ambiente é necessário para um bom cuidado. PD18US06.
- O cuidado deve ser realizado com respeito ao ser humano. PD18US07.
- Através do cuidado o cliente não se sente abandonado. PD18US08.
- Negligência e abandono não devem fazer parte do cuidado. PD18US09.
- Estar sempre atento as necessidades do cliente é parte do cuidar. PD18US10.
- Trabalhar em Uti trás realização e satisfação profissional. PD18US11.
- Em Uti é fácil perceber a produção do cuidado. PD18US12.
- Para cuidar é preciso habilidade técnica. PD18US13.
- Amor e fraternidade é um atributo do cuidado. PD18US14; PD18US15.
- Numa relação de cuidado existe religiosidade. PD18US16.
- A humanização do cuidado reúne atributos como amor, fraternidade, religiosidade, conhecimento e educação. PD18US17.
- O cuidado resulta na melhora clínica do paciente. PD18US18.
- O cuidado trás como resultado um trabalho de qualidade. PD18US19.

Subtemas presentes no discurso 19 – MATADEIRO

- O cuidado é dar carinho e estar junto. PD19US01.
- O cuidado transmite segurança. PD19US02.
- Cuidado comum e profissional não tem diferença. PD19US03.
- O cuidado deve ser realizado por profissional bem formado e bem treinado. PD19US04.
- Não cuidado é estar sob responsabilidade de profissional mal formado e inseguro. PD19US05.

- Trabalhar em Uti é como trabalhar em qualquer outro lugar. PD19US06.
- A equipe que cuida deve ter um bom relacionamento, como forma de garantir um bom cuidado. PD19US07.
- O profissional que cuida deve ter bom conhecimento técnico e treinamento científico. PD19US08.
- A segurança é um atributo do cuidado. PD19US09.
- A relação de cuidado gera sentimento de dúvida, medo e insatisfação. PD19US10.
- O cuidado resulta em conforto para o cliente. PD19US11.
- O cuidado resulta na diminuição do sofrimento clínico e psíquico do cliente e família. PD19US12.

Subtemas presentes no discurso 20 – **SOLIDÃO**

- O cuidado é integralidade. PD20US01.
- O cuidado atende as necessidades do ser cuidado. PD20US02.
- A humanização da assistência faz parte do cuidar. PD20US04.
- O cuidado não se limita às tecnologias modernas. PD20US03.
- O cuidado profissional é realizado por pessoal treinado e apresenta fundamentação científica. PD20US05.
- A comunicação entre os seres que cuidam e são cuidados deve fazer parte do cuidar PD20US06
- Higiene e conforto são necessidades de cuidado indispensáveis para o ser que é cuidado PD20US07; PD20US08.
- Negligência, impaciência e desatenção não são formas de cuidado. PD20US09; PD20US10.
- Trabalhar em UTI é unir razão e emoção. PD20US11.
- Trabalhar em Uti requer saber lidar com sentimentos de alegrias e tristezas. PD20US12.
- Trabalhar em UTI trás satisfação e gratificação. PD20US13.
- Para cuidar é preciso habilidade técnica e conhecimento científico. PD20US14.

- Humanização, educação e amor são atributos do cuidado. PD20US15; PD20US16.
- As relações de cuidado geram sentimentos de carinho, afeto, harmonia, respeito e empatia. PD20US17.
- Numa relação de cuidado, o profissional deve colocar-se no lugar do outro, para a melhorar a qualidade do cuidar. PD20US18.
- O cuidado resulta em conforto e bem estar para o ser cuidado. PD20US20.
- O cuidado pode diminuir a angústia e o estresse do profissional. PD20US19.

Subtemas presentes no discurso 21 – LAGOINHA DO LESTE

- O cuidado é prestar assistência. PD21US01.
- O cuidado é ajudar o próximo. PD21US02.
- O cuidado gera relação de dependência para quem é cuidado. PD21US03.
- O cuidado profissional é a essência da profissão. PD21US04.
- O cuidado comum é realizado com sentimentalismo. PD21US05.
- Negligência e impaciência não são formas de cuidar. PD21US06.
- O cuidado resulta na melhora do cliente. PD21US07.
- Estar em UTI faz sentir-se um bom profissional. PD21US08.
- Para cuidar é preciso ter responsabilidades. PD21US09.
- A relação de cuidado gera sentimento de tristeza ou felicidade. PD21US10.
- O cuidado trás sentimento de solidariedade. PD21US11.
- O mal cuidado gera sentimento de frustração. PD21US12.

Subtemas presentes no discurso 22 – BARRA DA LAGOA

- Cuidado é prestar assistência. PD22US01.
- Cuidado é saber colocar-se no lugar do outro. PD22US02.
- Descaso e não gostar de trabalhar com saúde não são formas de cuidado. PD22US03.
- Para cuidar é preciso gostar do que faz. PD22US04.

- Para cuidar é necessário ter conhecimento. PD22US05.
- Reciclagem e capacitação devem ser realizadas constantemente pro profissionais do cuidado. PD22US06.
- O cuidado resulta na recuperação do cliente. PD22US07.
- O cuidado resulta no bem estar para cliente e profissional. PD22US08.
- A relação de cuidado é gratificante. PD22US09.
- Trabalhar em UTI é gostar do que faz. PD22US10.
- Não há diferença entre cuidado comum e cuidado profissional. PD22US11.

Subtemas presentes no discurso 23 – AÇORES

- Cuidado é educação; é zelar pelo bem estar do outro. PD23US01.
- Cuidado é preocupar-se com a melhora da saúde do ser cuidado. PD23US02.
- Não há diferença entre cuidado comum e cuidado profissional. PD23US03.
- O profissional que cuida, deve preocupar-se com a privacidade do ser cuidado. PD23US04.
- Aspreza e má vontade em ajudar, não são formas de cuidado. PD23US05.
- Dialogar e explicitar os procedimentos realizados faz parte do cuidar. PD23US06; PD23US07.
- Trabalhar em UTI é uma realização pessoal. PD23US08.
- Trabalhar em UTI faz com que o profissional sinta-se bem. PD23US09.
- A relação de cuidado gera gratificação profissional. PD23US10.
- Através do cuidado é possível ver a melhora evolutiva do ser cuidado. PD23US11.
- A relação de cuidado trás alívio para o profissional. PD23US12.
- Para cuidar é preciso ser paciente e ter compromisso. PD23US13.
- Para cuidar é preciso gostar do que está fazendo. PD23US14.
- A relação de cuidado gera gratificação de ambas as partes. PD23US15.
- Numa relação de cuidado pode surgir sentimento de carinho. PD23US16.
- O cuidado gera conforto para o cliente. PD23US17.
- O cuidado gera alívio dos sintomas da doença para o cliente. PD23US18.

- O cuidado resulta na evolução do paciente. PD23US19.

Subtemas presentes no discurso 24 – MOLE

- O cuidado é integralidade. PD24US01.
- O cuidado é conforto e bem estar. PD24US02.
- O cuidado não se limita às tecnologias modernas. PD24US03.
- O cuidado profissional tem fundamentação científica. PD24US04.
- O cuidado profissional associa técnica com humanização. PD24US05.
- O ambiente de cuidado deve permitir uma aproximação do ambiente familiar como forma de cuidado. PD24US06.
- Estar com a família faz parte do cuidado. PD24US07.
- Mal humor e cansaço não são formas de cuidar. PD24US08.
- O respeito a individualidade e a privacidade do ser cuidado, devem fazer parte do cuidado. PD24US09.
- Trabalhar em UTI faz o profissional sentir-se útil. PD24US10.
- Trabalhar em UTI trás sensação de bem estar ao profissional. PD24US11.
- Trabalhar em UTI possibilita dar mais atenção ao paciente. PD24US12.
- Para cuidar é preciso ter paciência, tranquilidade e senso crítico. PD24US13.
- Para cuidar é preciso colocar-se no lugar do outro. PD24US14.
- O profissional que cuida deve interessar-se pela privacidade do ser cuidado. PD24US05.
- A comunicação deve permear as relações de cuidado. PD24US16.
- O cuidado resulta em prevenção das complicações para o cliente. PD24US17.
- O cuidado resulta na recuperação para o cliente. PD24US18.
- As relações de cuidado podem gerar sentimentos de ansiedade e frustração. PD24US19.
- As relações de cuidado geram contentamento e gratificação. PD24US20.

Subtemas presentes no discurso 25 – MORRO DAS PEDRAS

- O cuidado é dar assistência. PD25US01.
- O cuidado é tratamento. PD25US02.
- Cuidado profissional é mais técnico. PD25US03.
- Cuidado comum é empírico. PD25US03.
- O cuidado profissional alia técnica com razão científica. PD25US04.
- Tratar o cliente de forma desumana não é cuidado. PD25US05.
- Falta de privacidade e de individualidade não devem fazer parte do cuidar. PD25US06..
- Trabalhar em UTI gera satisfação e gratificação. PD25US08.
- Para cuidar é preciso habilidade e competência. PD25US09.
- Para cuidar é preciso empatia e saber se relacionar com as pessoas. PD25US10.
- As relações de cuidado geram empatia. PD25US11.
- O cuidado resulta na satisfação do profissional. PD25US12.
- O cuidado resulta na melhora do paciente. PD25US13.

Subtemas presentes no discurso 26 – JOAQUINA

- Cuidado é repassar conhecimento. PD26US01.
- Cuidado é contribuir para a melhora da saúde. PD26US02.
- No cuidado profissional tem que haver confiança e respeito. PD26US03.
- O cuidado profissional tem que passar segurança. PD26US04.
- O toque e a comunicação verbal devem fazer parte do cuidado. PD26US05.
- O respeito é uma forma de cuidar. PD26US06.
- Desrespeito e falta de comunicação não são formas de cuidar. PD26US07.
- Trabalhar em UTI é contribuir para a melhora do ser cuidado. PD26US08.
- Trabalhar em UTI é fazer com que o ser cuidado não sinta-se sozinho. PD26US09.
- Trabalhar em UTI trás sensação de bem estar profissional. PD26US10.
- Trabalhar em UTI trás realização profissional. PD26US11.

- Ao trabalhar em UTI o profissional contribui com o ser cuidado, para que este não se sinta inseguro ou com medo do ambiente. PD26US12.
- Para cuidar é preciso gostar do cuidado. PD26US13.
- Para cuidar é preciso respeitar os seres cuidados. PD26US14.
- Na relação de cuidado o profissional deve colocar-se no lugar do outro. PD26US15.
- O cuidado resulta na melhora do cliente. PD26US16.
- O cuidado diminui a ansiedade, o medo e a solidão do cliente. PD26US17.

5.3 A convergência dos subtemas, originando os temas

Através dos subtemas presentes em cada discurso apresentado, pode-se chegar aos temas, reagrupando as idéias semelhantes de cada discurso. Os temas que emergiram foram:

- Cuidado é atender as necessidades dos seres humanos. FD1US1. FD3US01. FD6US03. FD7US02. CD13US02. PD20US02. PD18US10.
- Cuidado é ato, atitude. FD2US01. FD5US01. CD13US01. CD15US04. PD17US01.
- Cuidado é estar junto de alguém. FD2US02. CD12US02. PD19US01.
- Boa convivência entre as pessoas e bom relacionamento entre os profissionais de saúde é uma forma de cuidado. FD2US04. PD19US07.
- O cuidado é amor. FD3US02. CD11US02.
- Cuidar é gostar; ajudar o próximo. FD3US03. PD21US02.
- Cuidado é ter conhecimento; conhecer as ações de saúde desenvolvidas. FD4US01. CD10US02. CD15US01. FD2US09. FD9US05. CD15US07. PD24US04. PD22US06.
- Cuidado é ter respeito, e tratar o ser humano com atenção e carinho. FD4US02. FD6US02. FD7US01. FD8US01. FD9US01. CD10US01. CD15US02.
- Cuidado é querer a melhora dos seres sob seus cuidados; é preocupar-se com o outro. FD4US03. CD12US01. PD23US02. PD23US01.

- Cuidado é contribuir para a melhora da saúde. PD26US02.
- Cuidado é repassar conhecimento. PD26US01. FD4US05. FD3US06.
- O cuidado é não cometer erros na assistência. FD9US02. FD9US07.
- O cuidado é estabelecer comunicação com a família. FD9US03.
- O cuidado é prestar assistência. PD18US02. PD21US01. PD22US01. PD25US01.
- Cuidado é prestar bom atendimento. CD11US01.
- Cuidado é transmitir segurança e proteção. CD14US01. CD15US03. PD19US02. PD18US04. CD13US03. PD26US04.
- O cuidado é prevenção de problema. PD16US01.
- O cuidado é proteção. PD18US01.
- O cuidado é integralidade. PD20US01. PD24US01.
- Cuidado é saber colocar-se no lugar do outro. PD22US02.
- O cuidado é conforto e bem estar. PD24US02.
- O cuidado não se limita às tecnologias modernas. PD24US03. PD20US03.
- O cuidado é tratamento. PD25US02. CD14US03.
- O cuidado é essencial a vida. PD16US09; PD16US12.
- O cuidado comum é praticado pela família com carinho, conforto, atenção, dedicação, afeto. FD2US03. CD10US03. FD4US04. FD6US04. FD9US04. PD21US05.
- O cuidado comum é realizado por todas as pessoas. CD14US02.
- O cuidado comum é caridoso. FD8US03.
- No cuidado comum existe a responsabilidade de cuidar de si e da família. CD15US08; CD15US06. FD3US07. FD3US08.
- O cuidado comum não tem sentido / objetivo específico. PD17US03.
- Cuidado comum é empírico. PD25US03.
- O cuidado profissional é compartilhado (interdisciplinaridade). FD2US05.
- O cuidado profissional disponibiliza atenção necessária ao cliente. FD7US03.
- Cuidado profissional tem tecnologia e é mais especializado. CD12US03. FD8US02. FD6US05.
- No cuidado profissional tem que haver confiança e respeito. PD26US03.
- O cuidado profissional é realizado com atenção e dedicação. CD13US04.

- O cuidado profissional é realizado por pessoal treinado e apresenta fundamentação científica. PD20US05. PD18US03. FD3US05. CD15US05. PD25US03.
- O cuidado profissional é a essência da profissão. PD21US04.
- O cuidado profissional associa técnica com humanização e razão científica. PD24US05. PD25US04.
- Não existe diferença entre cuidado comum e cuidado profissional. FD5US02. PD19US03. PD23US03. PD16US02.
- Para um bom cuidado o profissional não deve trazer problemas de fora para a unidade. FD6US11.
- O cuidado deve ser realizado por profissional bem formado e bem treinado. PD19US04.
- A habilidade deve fazer parte do cuidado. FD2US06.
- O cuidado realizado deve evidenciar educação, paciência e dedicação. FD2US07. FD7US04.
- O cuidado deve ser humanizado. CD12US04. FD2US08. PD17US06. PD20US04.
- O cuidado deve ser realizado com amabilidade, carinho e atenção. FD6US06. FD3US17. FD3US19. FD4US06. FD5US03. CD10US06. FD9US06. CD10US05.
- O cuidado deve ser realizado com responsabilidade. FD3US18. FD3US04.
- O cuidado exige competência. FD6US01.
- O toque deve fazer parte do cuidado. FD6US07.
- A comunicação através do toque e em palavras, incluindo explicitação dos procedimentos realizados deve fazer parte do cuidar. CD10US04. CD14US05. CD15US10; CD15US13. PD26US05. PD16US03. PD18US05. PD20US06. PD23US06; PD23US07. PD18US06. PD16US04.
- Através do cuidado o cliente não se sente abandonado. PD18US08.
- Higiene e conforto são necessidades de cuidado indispensáveis para o ser que é cuidado PD20US07; PD20US08.
- O ambiente de cuidado deve permitir uma aproximação do ambiente familiar como forma de cuidado. PD24US06. CD11US03.
- Estar com a família faz parte do cuidado. PD24US07.

- O cuidado deve gerar é aconchego. CD15US14.
- A hospitalização interfere na liberdade do ser cuidado, demonstra sua limitação. FD1US13. FD1US12
- O respeito a individualidade e a privacidade do ser cuidado, devem fazer parte do cuidado. PD24US09. PD18US07. PD26US06. PD23US04.
- O mal cuidado gera medo e raiva. FD9US15.
- Falta de atenção, carinho e irresponsabilidades não devem fazer parte do cuidado. FD3US21. FD8US04.
- Maus tratos e grosseria não fazem parte do cuidado. FD5US04. FD4US07. FD6US09.
- Tratar os seres humanos como seres irracionais não é cuidado. FD6US08. CD12US05.
- Não cuidar é realizar as atividades com pressa e distração. FD7US05. FD3US20.
- Tratar os seres humanos com braveza e sem respeito não devem fazer parte do cuidar. FD7US06.
- Não cuidar é demonstrar falta de interesse. FD9US11. FD9US08.
- A tecnologia presente na UTI dificulta a comunicação. CD11US05.
- Não cuidar, faz o ser humano sentir-se como um objeto. CD15US11.
- Atentar apenas para as necessidades físicas dos seres humanos é um cuidado incompleto CD15US12.
- Desleixo é um não cuidado. PD16US05. PD16US06.
- Negligência, impaciência, abandono, descaso e desatenção não são formas de cuidado. PD20US09; PD20US10. PD21US06. PD18US09. PD22US03.
- Aspereza e má vontade em ajudar, não são formas de cuidado. PD23US05.
- Mal humor, cansaço não são formas de cuidar. PD24US08.
- Tratar o cliente de forma desumana e com frieza não é cuidado. PD25US05. PD17US05.
- Falta de privacidade e de individualidade não devem fazer parte do cuidar. PD25US06. CD13US05.
- Desrespeito e falta de comunicação não são formas de cuidar. PD26US07.
- As relações de cuidado podem gerar sentimentos de ansiedade, dúvida, medo, insatisfação e frustração. PD24US19. PD21US12. PD19US10.

- Numa relação de cuidado não pode haver orgulho. FD1US20
- Para cuidar é preciso disposição e interesse em ajudar. FD2US10. FD9US13.
- O profissional do cuidado deve gostar de trabalhar com o ser humano, gostar do cuidado. FD3US11. PD22US04. PD23US14. PD26US13. FD3US10.
- Para cuidar é preciso conhecimento, sabedoria e inteligência. FD5US07. FD6US13. FD4US12. CD12US09. PD22US05. FD4US13.
- O cuidado exige tranqüilidade, segurança e paciência de quem cuida. FD6US15. FD6US17. FD3US09. FD6US10. CD14US04. CD14US07. PD19US09. FD7US09.
- Para cuidar são preciso dedicação, carinho e compreensão, atenção, solidariedade e estudo. FD9US12. FD7US08. CD15US20. FD6US14. FD8US06.
- Agilidade e conhecimento são atributos para aqueles que cuidam. CD10US07.
- Para cuidar é preciso ter responsabilidades e atenção. CD11US06. FD6US12. PD21US09.
- Para cuidar é preciso ter calma e ser carinhoso/a. CD13US08. FD5US06.
- O ser que cuida deve transmitir segurança, ter comunicação, paciência e amor. CD15US19.
- Para cuidar é preciso habilidade técnica, sensibilidade e conhecimento científico. PD20US14. PD18US13. PD25US09. PD16US14.
- Humanização, educação e amor e empatia são atributos do cuidado. PD20US15; PD20US16. PD18US14; PD18US15. PD25US10.
- Para cuidar é preciso ser paciente e ter compromisso. PD23US13. FD3US13.
- Para cuidar é preciso ter paciência, tranqüilidade e senso crítico. PD24US13.
- O profissional que cuida deve interessar-se pela privacidade do ser cuidado. PD24US05.
- Para cuidar é preciso respeitar os seres cuidados. PD26US14.
- Numa relação de cuidado surge sentimento de gratidão e solidariedade. FD2US11. PD21US11. PD23US10. PD22US09. PD23US15. PD18US11. PD17US14.
- Na relação de cuidado surge dependência de quem está sendo cuidado. FD3US12. PD17US12. CD15US22. PD21US03. PD16US15.

- A família sente-se grata as profissionais pelo cuidado realizado 24 hs/dia. FD4US11.
- Carinho, compreensão, aproximação e solidariedade surgem da relação de cuidado. FD6US18. FD4US14. FD7US10. CD13US09. CD13US11. CD14US11.
- Numa relação de cuidado surge carinho, amizade e agradecimento. FD9US14. PD17US10. PD23US16. PD24US20.
- Numa relação de cuidado deve haver responsabilidade. CD11US09.
- Na relação de cuidado o sentimento da fé e da crença é evidenciado. CD14US13.
- Numa relação de cuidado deverá surgir confiança e afeto. CD15US21. CD14US10.
- Numa relação de cuidado existe amor, fraternidade, religiosidade, conhecimento e educação. PD18US17. FD6US16. PD18US16.
- As relações de cuidado geram sentimentos de carinho, afeto, harmonia, respeito e empatia. PD20US17. PD25US11.
- Numa relação de cuidado, o profissional deve colocar-se no lugar do outro. PD20US18. PD26US15. CD12US10. PD17US09. PD24US14.
- A relação de cuidado gera sentimento de tristeza ou felicidade. PD21US10.
- Estar hospitalizado é assustador, porque é unidade intensiva. FD3US22.
- Com a hospitalização percebe-se maior atenção dos profissionais. FD3US23.
- A hospitalização trás sentimento de apoio e de maior atenção por parte dos familiares. FD3US24.
- O familiar sente a necessidade de fazer algo para a melhora do paciente. FD4US10.
- Estar hospitalizado trás insegurança para cliente e família. FD5US05. FD9US09. CD15US17. CD15US16.
- A hospitalização gera sofrimento para cliente e família. FD8US05. FD4US09.
- Os profissionais que cuidam em Uti transmitem tranquilidade e segurança para os familiares. FD9US10.
- A UTI é um ambiente diferenciado pela gravidade dos clientes. CD10US08. FD4US08. FD7US07. CD12US07.

- Estar hospitalizado em Uti trás angústia e aflição para o cliente. CD10US09. CD14US06.
- A hospitalização na UTI priva parcialmente a companhia dos familiares. CD11US07.
- Estar hospitalizado em UTI é sentir-se sozinho. CD13US06.
- Na hospitalização outras necessidades são afetadas, tais como comunicação e alimentação. CD13US07.
- Estar na Uti é ficar entre a vida e a morte. CD14US08. CD15US15.
- Trabalhar em UTI trás segurança. PD16US11.
- Trabalhando em UTI adquire-se conhecimento e experiência. PD16US13.
- A Uti é o ambiente com mais recursos humanos e tecnológicos do hospital. PD17US08; PD17US11. PD17US07
- Na UTI procura-se dar um cuidado integral para o cliente. PD17US13.
- Trabalhar em Uti é como trabalhar em qualquer outro lugar. PD19US06.
- Trabalhar em Uti requer saber lidar com sentimentos de alegrias e tristezas. PD20US12.
- Trabalhar em UTI é uma realização pessoal. PD23US08. PD26US11.
- Trabalhar em UTI faz o profissional sentir-se útil. PD24US10. PD22US10. PD21US08. PD26US10. PD23US09. PD24US11.
- Trabalhar em UTI possibilita dar mais atenção ao paciente. PD24US12.
- Trabalhar em UTI é unir razão e emoção. PD25US07. PD20US11.
- Trabalhar em UTI gera satisfação e gratificação. PD25US08. PD20US13.
- Ao trabalhar em UTI o profissional contribui com o ser cuidado, para que este não se sinta inseguro, sozinho ou com medo do ambiente. PD26US12. PD26US08. PD26US09.
- O cuidado resulta em gratidão, respeito, carinho e admiração. FD7US12. FD7US11. FD8US09. FD8US08.
- O cuidado resulta na diminuição da angústia dos familiares. FD2US12. FD4US16.
- O cuidado resulta na confiança, proteção e fortalecimento da fé. FD2US13. CD14US09. FD8US07.
- O cuidado resulta numa melhor qualidade de vida. FD3US14.

- O cuidado resulta em maior responsabilidade e aprendizado para o auto-cuidado. FD3US15. PD16US17
- O cuidado transforma as pessoas, que passam a se amar e a se auto-cuidar mais. FD3US16.
- Um resultado ruim (ex: morte) pode acontecer mesmo que o cliente receba um ótimo cuidado. FD5US09.
- O cuidado trás como resultado o conforto para o cliente e para a família. FD6US19. PD17US16. CD13US10. PD19US11. PD20US20. PD23US17.
- O cuidado transmite força interior. FD7US13.
- O cuidado resulta em esperança para o familiar. FD9US16.
- O cuidado resulta na melhora clinica, recuperação do cliente. CD10US10. CD11US08. FD4US15. FD9US17. CD15US23. PD21US07. PD26US16. PD25US13. PD16US16. PD18US18. PD17US15. PD22US07. PD24US18. FD9US18. PD17US02.
- O cuidado trás continuidade para a vida. CD12US13. CD12US12. CD12US11. CD14US15.
- O cuidado resulta em tranqüilidade para os familiares. PD17US17.
- O cuidado trás como resultado um trabalho de qualidade. PD18US19.
- O cuidado pode diminuir a angústia e o estresse do profissional. PD20US19.
- O cuidado resulta no bem estar e satisfação para cliente e profissional. PD22US08. PD25US12.
- O cuidado gera alívio dos sintomas da doença para o cliente. PD23US18.
- O cuidado resulta na evolução do paciente. PD23US19.
- O cuidado resulta em prevenção das complicações para o cliente. PD24US17.
- O cuidado diminui a ansiedade, o medo e a solidão do cliente. PD26US17.

5.4 A convergência dos temas originando as categorias

Através dos temas, pode-se chegar as categorias ou idéias nucleadoras, presentes nos discursos dos participantes. Ressalto que com a elaboração das unidades de significado, subtemas, temas e, posteriormente categorias ou idéias

nucleadoras, juntou-se um conjunto de dados que foram analisados novamente. Pude identificar assim, o fenômeno investigado e as interconexões entre as categorias que surgiram com os dados.

CATEGORIAS OU IDÉIAS NUCLEADORAS

DIMENSÕES DO CUIDAR

• O cuidar de si	• Cuidado profissional X comum
• Cuidado como valor individual	• Cuidado amoroso
• Cuidado como relação de ajuda	• Cuidado como essência da profissão
• Cuidado como ato/atitude	• Cuidado humanizado
• Cuidado como relação dialógica	• Não-cuidado
• Cuidado educativo	• Cuidado aliado à tecnologia
• Cuidado interativo	• Cuidado afetivo
• Cuidado como prática assistencial	• Finalidade do cuidar
• Ambiência do cuidado	

Uma vez evidenciadas as principais categorias, num total de dezessete, passamos a descrevê-las, detalhando os conteúdos que fazem parte dela. Depois, para discuti-las, buscamos fundamentação na literatura: o referencial teórico filosófico adotado de Jean Watson e a complexidade.

As categorias encontradas e sua fundamentação, foram validadas, isto é, verificou-se se os temas aglutinadores levantados pela autora eram consistentes e pertinentes. A validade das categorias para Moraes (s.d., 20) se constrói ancorando-se no “uso de citações de elementos extraídos do corpo do texto. A inserção crítica de excertos bem selecionados dos textos originais, constitui uma forma de validação dos resultados da análise”.

6 O EMERGIR DOS DIAMANTES

Da desmontagem dos discursos, ou unitarização, surgindo as unidades de significado e o estabelecimento de relações ou categorização, emergiram as categorias ou “idéias nucleadoras” (MORIN, 1998). As categorias ou idéias nucleadoras reúnem os elementos semelhantes; e é através do processo de categorização que também se nomeiam e se definem as mesmas. Para Moraes (s.d, p.12) as categorias “constituem conceitos abrangentes que possibilitam compreender os fenômenos que precisam ser construídos pelo pesquisador”.

Após esse processo trabalhoso de separação e fragmentação das unidades de significado seguido da reunião das semelhanças e construção das idéias nucleadoras, produz-se uma nova ordem, uma nova compreensão. Para o mesmo autor, “a pretensão não é o retorno aos textos originais, mas a construção de um novo texto, um meta-texto que tem sua origem nos textos originais, expressando um olhar do pesquisador sobre os significados e sentidos percebidos nesses textos” (MORAES, p.14).

A partir desse ponto, deixamos de seguir os passos da metodologia de Ricoeur (1990), buscando lastro para os conteúdos das idéias nucleadoras (categorias) na literatura pertinente, especialmente em Jean Watson e em autores da complexidade.

Assim, pude identificar o fenômeno investigado: *dimensões de cuidar*, e as interconexões entre as idéias nucleadoras que surgiram com os dados.

6.1 CUIDAR DE SI

Segundo Morin (1996, p.162), “o conhecimento complexo exige de nós que situemo-nos na situação, compreendamo-nos na compreensão e conheçamo-nos ao conhecermos”. O cuidar de si passa pelo diálogo consigo mesmo e pelo diálogo com os outros.

Os sujeitos da pesquisa referem em suas falas que o profissional só poderá cuidar de outra pessoa, se aprender antes a cuidar de si. O cuidado de si próprio é importante componente para melhor cuidar do outro.

*Para que alguém possa julgar-se apto a cuidar, primeiro tem que conhecer-se a si, porque a pessoa que não sabe cuidar de si, não pode cuidar dos outros. **GUARDA DO EMBAÚ.***

O despertar para o autoconhecimento e o cuidar de si é conseqüência do processo de aprender a cuidar. O autoconhecimento o saber cuidar de si influencia, positivamente, o cuidado prestado, pois, o outro passou a ser percebido com outros olhos em sua totalidade. Moscovici (1997) e Watson (2002) encaram o relacionamento interpessoal como conhecimento interior das suas forças e fraquezas e dos seus potenciais. O autoconhecimento do profissional é fundamental, pois é a partir daí que ele passa a gerenciar suas emoções, posicionando-se e dirigindo suas energias e os seus esforços de uma maneira produtiva. Se o cuidador não possuir empatia por si mesmo, não poderá desenvolver empatia pelos outros, não sincronizará suas emoções.

Assim, os profissionais do cuidado devem aprender a não só cuidar do outro de uma maneira diferente, mas também, a cuidar de si, o que é primordial para quem cuida.

*O cuidado é capaz de transformar as pessoas, que passam a se amar e a se auto-cuidar mais. **DO SONHO.***

*Acredito que só se transmite tranqüilidade, segurança, atenção, calor humano às pessoas sob nossos cuidados, se antes tivermos nós resolvido esses conflitos, cuidando de nós mesmo. **ARMAÇÃO.***

Erdmann (1996), afirma que a vida, o processo de viver é um contínuo processo de cuidado mútuo e simultâneo de si, dos outros, pelos outros, das formas vivas (seres vivos) e dos seres inanimados (mundo físico).

Radünz (1998) afirma que a habilidade de cuidar dos pacientes depende, em grande parte de como a profissional de saúde é capaz de cuida de si mesmo.

Quanto melhor a cuidar for capaz de cuidar de si, tanto melhor ele viverá, tanto melhor ele amará e tanto melhor ele trabalhará.

Watson (1996) igualmente acredita que o cuidador precisa cuidar-se, cultivando momentos de tranqüilidade, terapias que auxiliem a reenergizar o próprio “self”.

*No cuidado existe a responsabilidade de cuidar de si. Deve ser realizado com carinho. **SANTINHO.***

Ao experienciar o auto-cuidado / o cuidar de si os cuidadores oportunizam a auto-reflexão, o extravasamento das emoções, a absorção de vivências que se traduzem em conhecimento. Além disso, oportunizam a si mesmo a autopercepção como sujeito, cuja subjetividade e sensibilidade estão postos em ação.

6.2 CUIDADO COMO VALOR INDIVIDUAL

Valor é tudo o que, numa determina condição, contribui para o desenvolvimento e a melhoria dos componentes essenciais da condição humana, na convivência social (BETINELLI, 1998). O valor situa-se na interconexão da subjetividade humana com a objetividade das ações. Esse é o ponto de encontro determinante do valor, significativamente relacionado com o pensamento, comportamento e atitudes de ação da condição humana de cada um. Os valores humanos têm identificações pessoais, individuais, mas também expressão na convivência social.

A arte de cuidar surge das sensibilidades frente às trocas com o outro e das condições naturais da capacidade do homem de criar novas situações, de executar uma atividade humana com seu estilo ou modo de ser / fazer e interagir próprio a partir de seu próprio valor. É uma atitude de familiarização com sua própria vida, seus sentimentos e relacionamento com os outros seres, que marca sua originalidade pelo que consegue suscitar de emoções e sentimentos / sensações no homem, às vezes agradáveis / confortáveis e às vezes agressivos / dolorosos / invasivos (ERDMANN, 1996).

A partir da revisão de valores, surgem questionamentos que levam o indivíduo a um plano mais avançado que o racional / espiritual, onde começa a sua descoberta como ser humano. A revisão de valores permite o desabrochar da sensibilidade ao outro e a subjetividade fica cada vez mais evidente. Os valores, como critérios que guiam a ação e o modo de ser das pessoas no convívio social e na auto-realização, estão hoje sendo repensados.

*Já existe uma abertura maior para discutir os valores humanos, como a sensibilidade e a solidariedade ao cuidarmos dos pacientes. **CAMPECHE.***

*Eles devem retomar os valores humanos para guiar a vida profissional, como o carinho, a paz, a tranquilidade. **GAROPABA.***

Os valores individuais somam-se aos da classe profissional como amor, honestidade, espiritualidade, gosto, alegria prazer em fazer e aperfeiçoamento constante, que são importantes no estabelecimento da atual visão de cuidado. Assim, essa forma de cuidar e interagir com o cliente, requer dos profissionais habilidades afetivas, motora e cognitiva, adquiridas através do ensino formal e informal, vida acadêmica e comunitária e aquelas adquiridas durante o processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

*O cuidado humano está embutido em valores que priorizam a paz, a fraternidade, a religiosidade, a individualidade, o respeito e o amor (...). **GAMBOA.***

Neste sentido, o cuidado proporciona às pessoas uma sensação de harmonia com elas mesmas e com o meio, prestando cuidados não só ao físico como também demonstrando afeto, simpatia, atenção e respeito por tudo que rodeia a subjetividade do outro. Promovendo, ainda, através do autoconhecimento, uma mudança no estilo de vida e no processo saúde / doença. O cuidado como valor individual pressupõe o exercício da espiritualidade e da afetividade, uma necessidade do ser humano de trocar e relacionar-se com os outros de forma amistosa e agradável para expressão de seus sentimentos.

Através das relações de cuidado os sentimentos de fé e de crença, como fatores individuais, são evidenciados. Para Watson (2002), praticar e manter um sistema de crenças, de fé e esperança, apresentam-se como fator de cuidado.

Promover junto ao cliente e família em UTI da forma que melhor convier e sempre que possível em um espírito de luta, força e vontade, a crença em algo ou alguém que dê sustentação a sua vida e reforce seus pensamentos e atos com o intuito de lutar por dias melhores. Várias vezes a fé e a esperança foram os responsáveis de saídas de muitas situações, porque promovem, de alguma forma, sensação de bem-estar. O cuidador pode utilizar-se de crenças que são significativas ao indivíduo para conseguir da/o cliente credibilidade em seu trabalho

e tratamento. Pode ainda promover sentimento positivo em relação à saúde e procura do conhecimento da alma.

Na relação de cuidado o sentimento da fé e da crença é evidenciado.

INGLESES.

O cuidado resulta na confiança, na proteção e no fortalecimento da fé.

OUVIDOR.

Para melhor enfrentar as dificuldades do cotidiano, o próprio profissional de saúde deve buscar forças na espiritualidade (WATSON, 2002). Há algo superior, uma força maior, que guia o profissional para o cuidado a saúde das pessoas. Por isso, cultivar suas próprias práticas espirituais e transpessoais de ser, tendo sensibilidade e compaixão consigo e com os outros, são importante componentes do cuidar, sendo que este é também um fator de cuidado preconizado por Jean Watson.

6.3 CUIDADO PROFISSIONAL X COMUM

Encontramos nos discursos dos participantes, várias referências de cuidado profissional distinguindo-o do cuidado comum. Essa distinção foi feita também por Leininger (1991), em sua Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. A teórica verificou que as formas das pessoas se expressarem e se comportarem em relação ao cuidado, estavam diretamente ligada aos seus padrões culturais; identificou construtos de cuidados; apresentou distinção entre cuidado em sentido genérico, cuidado profissional, e cuidado profissional em enfermagem. Esse modo de pensar o cuidado, foi observado nos discursos:

Cuidado profissional tem tecnologia e é mais especializado.

MOÇAMBIQUE.

O cuidado comum é praticado pela família com carinho, conforto, atenção, dedicação, afeto. **FERRUGEM.**

No entendimento de Leininger (1991), cuidado profissional é o cuidado desenvolvido por profissionais com conhecimentos científicos na área da saúde, dotados de habilidades técnicas que auxiliam indivíduos, famílias e comunidades a melhorar ou recuperar sua saúde. Os profissionais tiveram um preparo técnico

formal (escolar) e adquiriram uma visão profissional de saúde, doença e de cuidados.

*O cuidado profissional é realizado por pessoal treinado e apresenta fundamentação científica. **SOLIDÃO.***

*O cuidado profissional é realizado por pessoal treinado e habilitado. **DO SONHO.***

Para Lacerda (1996) a deficiência da assistência profissional de saúde, tem colocado as famílias das camadas mais pobres de nosso país diante da necessidade de produzir seu próprio cuidado. Cuidado este, fruto de uma tradução oral, passada de mãe para filha, baseada na experiência de cuidado. Há então a existência de uma cultura do sistema familiar, onde os cuidados são prestados por pessoas da família e comunidade tais como: parentes, vizinhos, balconistas da farmácia, parteiras, dentre outros; os quais não passaram por um preparo formal (escolar), porém possuem seu próprio conceito de saúde, doença e de cuidado, que estão refletidos em suas práticas de cuidado à saúde.

*O cuidado comum é praticado pela família com carinho, conforto, atenção e afeto. **DO ROSA.***

*O cuidado comum pode ser realizado por qualquer pessoa. **INGLESES.***

O cuidado comum compreende comportamentos, técnicas e processos desenvolvidos de acordo com valores culturais que visam ajudar as pessoas a se cuidarem em situações de saúde e de doença. Nitschke (1999), afirma que o sistema familiar faz a interação com os outros sistemas sendo, portanto, uma importante área para a saúde.

Watson (1996) vê a família como um sistema interpessoal formado por pessoas que cuidam e interagem por vários motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. Portanto capazes de se cuidarem dentro de um sistema familiar de cuidados.

*No cuidado comum existe a responsabilidade de cuidar de si e da família. **DO SONHO.***

A família é o local no qual é gestada uma visão própria da doença, influenciada pela visão dos profissionais, mas ainda assim rodeada no contexto da experiência pessoal, familiar, fortemente vinculada às emoções.

Existe no sistema de cuidado, como em outros sistemas sociais, na saúde, as relações de poder que podem ser vinculadas à autonomia e à dependência. Há uma interdependência no sistema organizacional de cuidado, entre os profissionais e os seres cuidados, onde os seres cuidados estão dependentes das habilidades dos profissionais que, por outro lado, depende dos seres cuidados para obter cooperação e resultados positivos (BIELEMANN, 1997).

Compreende-se que o processo de cuidado do ser humano pode ocorrer pelo cuidado comum e profissional. Dentro desta perspectiva, as culturas populares e profissionais vão se mesclando através de um processo mediante troca de saberes, evidenciado neste discurso:

Não existe diferença entre cuidado comum e cuidado profissional. DA SILVEIRA.

O cuidado pode ser feito pelo agente que integra o sistema profissional de cuidado, e pode ser efetuado por pessoas leigas, pela família, isto é, sem preparo formal e sem organização oficial, que é o sistema comum de cuidados. Crenças e práticas populares e cuidados profissionais muitas vezes não se excluem, embora que os espaços para os cuidados mais complexos tecnicamente são mais reservados e em ambientes próprios.

Por tanto, o cuidado na saúde é um processo de interações e associações entre os seres que cuidam e são cuidados, sendo parte organizador dos sistemas de cuidados e co-organizando-se junto aos demais sistemas sociais (ERDMANN, 1996).

O cuidado seja ele profissional ou praticado por familiares (cuidado comum) acontece nos seres, a partir dele, para eles, através deles, coexistindo na natureza e por onde suas estruturas podem ser pensadas, pois se encontram na estrutura da organização da vida dos seres, nos seus vários domínios, biológicos, antropológicos, psicológicos, sociológicos e outros. O cuidado é um sistema que depende das interações entre os indivíduos as quais dependem do cuidado, da atitude de facilitação, entreajuda e comunhão para o crescimento e sobrevivência de ambos, dos domínios individuais e coletivos / sociais (ERDMANN, 1996).

6.4 CUIDADO COMO RELAÇÃO DE AJUDA

Tentando focalizar o sistema de cuidado nos discursos dos participantes, através da noção de complexidade pela auto-organização, nota-se que as redes de fenômenos organizacionais sobrevivem, se modificam e se mantêm pelos múltiplos e complexos canais de relações existentes. As relações de cuidado com os diferentes meios / ambiência dos sistemas abertos estão em constante movimento / ondulações frente suas influências múltiplas e imprevisíveis (ERDMANN, 1996).

Para Erdmann (1998) os sistemas de cuidados de enfermagem mostram movimentos de passagem de vidas humanas em movimentos / ondulações, tendo os deslocamentos, os impulsos, as animações, os dinamismos próprios, os altos e baixos ou subidas e descidas, as sinuosidades ou flexuosidades como possíveis propriedades da vida deste sistema, que permite o calor de seus movimentos, através das relações de ajuda, do estar com o outro e da aproximação na dinâmica do seu trabalho.

Evidenciou-se nos discursos que a compreensão do cuidado humano, que passa pela lógica da complexidade, pode ser caracterizado como uma forma de estar com o outro, estabelecendo, assim, uma relação de ajuda e de confiança:

*Cuidado é ajudar a outra pessoa a melhorar, para depois poder cuidar de si. **LAGOINHA DO LESTE.***

*Cuidar é gostar de ajudar o próximo. **DO SONHO.***

O estar com o outro, no cuidado como relação de ajuda, requer aproximação. Inexistem receitas modeladoras, nas relações de cuidado, mas é importante procurar conhecer quem é a pessoa que está sendo cuidada, a fim de facilitar a aproximação. Para haver uma relação no cuidado, o profissional precisa desenvolver a capacidade de aproximação, observando o ser cuidado em todas as dimensões, percebendo as situações, sendo alternativo na conquista do respeito e da confiança.

*Procurando sempre conhecer a pessoa que estou cuidando, a família de onde é...**JOAQUINA.***

*... demonstrando vontade de ajudar, agindo com sensibilidade. **OUIDOR.***

A aproximação é o resultado da presença, da ação do profissional que vai ao encontro do cliente, demonstrando sensibilidade. Neste processo precisa estimular

o cliente a enfrentar seu problema de uma forma mais positiva. Aproximar-se do cliente requer respeito pela sua individualidade, intimidade e seu espaço.

*O profissional que cuida deve interessar-se pela privacidade do ser cuidado. **MOLE.***

Em uma relação de ajuda, o profissional de saúde exprime e compartilha seu conhecimento, sua sensibilidade, sua habilidade técnica, ajudando o outro a crescer. O outro acrescentará e compartilhará o seu ser, seus rituais, suas características pessoais que auxiliarão no sistema de cuidado.

Através da idéia de tendência de horizontalização das relações sociais na estrutura do sistema de cuidado, percebe-se a necessidade da acessibilidade das pessoas independente da posição. Essa acessibilidade contempla o compartilhar, o participar, o ter acesso, o articular, a aproximação e mesmo o caminhar sozinho enquanto espaço em que as singularidades se desenvolvem (ERDMANN, 1996).

Para encontrar significado no encontro de cuidado, o cuidador precisa existir com sensibilidade e viver um processo de “ser” e de “fazer com” que lhe imprimem a capacidade de sentir e reconhecer com sua presença, a possibilidade de estar com outro por inteiro, o que demonstra sua autenticidade (CELICH, 2004). Veja o seguinte discurso:

*O profissional deve gostar de trabalhar com o ser humano, gostar de estar próximo do paciente (...) [o cuidado] exige dedicação, sensibilidade e solidariedade. **PINHEIRA.***

*Para cuidar, são necessário qualidades como: empatia, sensibilidade, conhecimento, comprometimento, vontade de cuidar do outro como ele quer ser cuidado... **CAMPECHE***

Desvela-se da fala, a disposição do profissional em cuidar do outro, o cliente, percebendo a maneira como ele gostaria de ser cuidado. Para este acontecer é preciso manter o compromisso autêntico de estar presente.

A presença é à maneira do cuidador que, ao estar com o ser cuidado, carrega sua própria existencialidade. Significa estar junto com o outro ser de modo sensível, compreendendo-o no seu mundo, é um momento de reciprocidade, onde ambos compartilham experiências (CELICH, 2004).

Uma das qualidades imprescindíveis do cuidar é ter e utilizar a sensibilidade. Perceber coisas, entender expressões faciais, gestos, sentir algo no ar mesmo não vendo, medos, angústias, alegrias, desejos, que muitas vezes não são falados. A

sensibilidade precisa ser exercitada tanto na execução de uma técnica, como na relação transpessoal. Resgatando a sensibilidade para perceber o que os sentidos não conseguem captar. Para o profissional, sensibilidade, além do que foi dito, é estar aberto às solicitações dos outros, sem criar falsas expectativas.

Os profissionais de saúde, em seu ensino de graduação muitas vezes, recebem uma formação cartesiana, mecanicista e tecnicista do cuidar em saúde, cuja preocupação maior é a de fazer as coisas, onde o não envolvimento, a objetividade, deixando os sentimento de lado são próprios deste modo de olhar (MORIN, 1999). Felizmente, nos últimos anos há um resgate e um repensar sobre a importância da sensibilidade no cuidar.

O ser humano doente não quer somente resolver seus problemas biológicos, quer ser respeitado como ser humano que têm sentimentos e sensibilidade. A sensibilidade, ao executar uma técnica, vê além dela, o que o procedimento bem feito representa na vida e na qualidade de vida da pessoa. Enxergar além do local lesado, além do curativo feito ou da sonda colocada, isso é demonstrar sensibilidade.

A sensibilidade é a capacidade de perceber o quanto são importantes suas ações de cuidado para a vida do ser humano. A sensibilidade humana é um requisito importante para o profissional de saúde no exercício do cuidado.

Desenvolver e manter uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança é um dos fatores de cuidado para Watson (2002). O desenvolvimento de um cuidado como relação de ajuda é um modo de comunicação que vai originar harmonia e cuidado. Esta relação acontece pela presença de empatia, compatibilidade e calidez. A empatia permite que a/o enfermeira/o aceite os sentimentos do outro, sem que lhe desperte julgamento. A compatibilidade implica em ter comportamento verdadeiro em suas interações, agindo de maneira honesta e aberta como o outro. A calidez é a aceitação da pessoa que se cuida de forma positiva, demonstrada pela relação de ajuda e do despertar da confiança entre ambos. Quando o cliente percebe que o enfermeiro/a o vê de forma individual e que se preocupa com ele, estabelecem-se sentimentos de confiança no cuidado a ser prestado.

6.5 CUIDADO AFETIVO

O afeto é entendido comumente, como as emoções positivas, como sentimento que se refere às pessoas. Segundo Abbagnano (1998), faz parte de um tipo restrito de emoções que acompanham algumas relações interpessoais. Compreende um conjunto de atitudes como a bondade, a benevolência, a proteção, o apego, a gratidão, a ternura, etc., que no seu todo podem ser caracterizados como a situação em que uma pessoa “preocupa-se com” ou “cuida de” outra pessoa ou em que esta responde, positivamente, aos cuidados e preocupação de quem foi cuidado. Pode-se compreender sobre cuidado como afetividade, que dar afeto é envolver, ajudar o outro nas suas dificuldades, acompanhando-o com um olhar afável e confiante.

A expressão do sentimento é uma fonte de informação para conhecer o ser humano, além de demonstrar o envolvimento com algo ou com alguém. O sentimento é um signo que comporta um significado. O tom de voz, o olhar, os gestos como partes essenciais da experiência no cuidar, não são meros coadjuvantes da comunicação transpessoal. O profissional de saúde ao cuidar, expressa seus sentimentos, sua afetividade e por eles se comunica com o cliente, seus familiares e com as pessoas de sua convivência nos sistemas de cuidados. O estar presente, perceber e dar apoio na expressão de sentimentos positivos e negativos do cliente / família facilitará o entendimento da situação e a compreensão de suas atitudes.

A expressão de sentimentos positivos e negativos deve ser facilitada, uma vez que, conforme Watson (1985), tal expressão melhora o nível pessoal de percepção. Os sentimentos alteram os pensamentos e o comportamento, e eles precisam ser levados em conta e permitidos, numa relação de cuidado. A ciência e a prática do cuidado devem, portanto, estar atentas aos sentimentos de cada ser na promoção e manutenção de saúde, sabendo atuar com as várias formas de percepção do ser, principalmente as que referem a dor e a aceitação do seu estado de saúde, procurando entender melhor o comportamento do outro.

O cuidado afetivo é consequência de comportamento perceptível, sensível e humanístico dos cuidadores. A expressão dos sentimentos positivos e negativos são respostas as interpretações que o cuidador faz da relação com o cuidado que desenvolve com o cliente e família. Os participantes, em seus discursos,

demonstram a importância de perceber as manifestações dos sentimentos das pessoas envolvidas nas relações do cuidado, como segue:

... observando as expressões, reações e sentimentos do paciente e de familiares durante o cuidado é fator determinante de uma boa relação...
LAGOINHA DO LESTE.

... descobrir no olhar do paciente o que ele está sentindo... **DANIELA.**

No cotidiano de seu trabalho, os profissionais de saúde deparam-se com vários tipos de sentimentos, sobretudo, em suas relações de cuidado na unidade de terapia intensiva, pois compartilham várias situações, desde o sofrimento pela perda de alguém muito querido, até a alegria pelo sucesso no cuidado realizado.

Descobrir sentimentos positivos e negativos no cotidiano, é possível descobrir informações a respeito do ser humano que é cuidado. Os sentimentos cumprem uma função muito particular na relação dual do cuidado. Compreender e entender as expressões dos sentimentos é primordial para o cuidado. Decodificar as representações simbólicas dessas expressões e dos sentimentos das pessoas, presentes nas suas ações, é um processo muito complexo, mas necessário, para facilitar a aproximação e a relação com os seres cuidados.

.... porque existe sentimento em tudo que tu fazes, ele nos acompanha no nosso dia-a-dia, seja sentimento bom ou ruim, estão sempre presentes.
PINHEIRA.

... tendo muito amor para dar ao paciente, muito carinho, atenção, sofrendo nos momentos difíceis... **BRAVA.**

Compartilhar sentimento com os seres humanos envolvidos no cuidado é uma forma de compreendê-lo, de perceber o ser humano que está sendo cuidado, a amplitude e importância desse processo na vida do cliente. Esse componente demonstra também a empatia, o colocar-se no lugar do outro no cuidado, por parte dos profissionais.

...tem que saber se colocar no lugar do outro. **GUARDA DO EMBAÚ**

eu acho que é importante tu tá se colocando também no lugar do paciente, pra poder estar tratando ele melhor, pra estar dando uma assistência melhor, estar qualificando a assistência. **SOLIDÃO.**

No estar junto, colocar-se no lugar do outro, na sua dimensão de sociedade, é possível obter aberturas ao pensar-refletir pelo vivendo, convivendo, sentindo, percebendo, discutindo consigo mesmo e com os seres cuidados no sistema de

cuidados. O estar presente e vivenciar uma autêntica relação afetiva, empática, não se configura apenas como um vai e vem para permitir o avançar e retroceder das percepções e sentimentos e sim provocar “quebras”, o “aterrissar em outros espaços”, o “ouvir outros interlocutores distantes ou não de qualquer afinidade ou similaridade com esta realidade”, o “deixar o coração falar” , o esperar “insights” não só o conhecimento do enfrentamento das situações mas sim atentar para o que pode ter de diferente, de alternativo, enfim, do qual podem emergir formas ambíguas, intuitivas e criativas do pensar / agir refletir (ERDMANN, 1996).

Para Morin (1998), o ser humano é um ser ativo e reflexivo. A reflexão e a ação são duas dimensões fundamentais da humanidade. Através do pensar / refletir as idéias vão sendo elaboradas e re-elaboradas num emergir de múltiplos entendimentos, sentimentos, afetividades.

O sentimento de empatia como parte do cuidado afetivo é para Watson (1988) uma habilidade que o profissional desenvolve de experimentar o mundo privado, os sentimentos de outra pessoa e de comunicar-se com o outro. Para que a empatia ocorra, as experiências / vivência são imprescindíveis. No que se refere ao cuidado transpessoal, ela oportuniza a comunhão de experiências, de sentimentos, de energia. A empatia possibilita uma inter-relação entre seres humanos, subjetividades e facilita a prática educativa.

...acho que é um sentimento de empatia; de tentar me colocar no lugar do outro. É difícil não é; esse negócio de equilibrar, de não se envolver com o estado do outro paciente(...) **MORRO DAS PEDRAS**

Através do cuidado afetivo, os participantes visualizam um encontro de cuidado construído a partir da relação empática em que o estar com o outro, se define pelo compromisso autêntico de cuidado dos seres desse encontro. O cuidado afetivo é a construção de uma relação humana vivida com sensibilidade e autenticidade, em que os envolvidos permitem se mostrar como são, na sua maneira de ser, agir e pensar, possibilitando aos demais membros da equipe conhecê-lo e aceitá-lo, a fim de se tornarem seres comprometidos com os outros. Desta forma criam vínculos promovendo relações mais humanizadas, despertando a aproximação, afetividade, o convívio e o diálogo (CELICH, 2004).

O cuidado afetivo permite deixar transparecer e expressar os sentimentos que existem entre profissionais e cliente / família, principalmente as que aprimoram a relação do cuidado. Com o crescimento das relações transpessoais, há um aumento

da importância dos sentimentos, pois esses crescem proporcionalmente à ampliação dos contatos e à multiplicação das relações. Os sentimentos cumprem uma função particular e individual numa relação dual.

6.6 CUIDADO HUMANIZADO

O cuidado humanizado tem sua existência no organismo / corpo humano enquanto ser físico / natural e social e nas organizações institucionais de saúde enquanto organização social. O organicismo diz respeito à vida como resultado da composição e coordenação das funções particulares dos órgãos que compõem o ser vivo / social / organizacional nas suas relações / interações / associações (ERDMANN, 1996).

Esse tema se caracteriza por ser a humanização de um processo vivencial que, permeando todas as ações do homem, está alicerçado nas suas experiências enquanto ser humano cuidador que existe acontecendo com e para o outro. É o envolvimento existencial do cuidador com o ser cuidado, onde ambos vivenciam e compartilham o encontro de cuidado, reconhecendo suas singularidades. Erdmann (1996) refere que se envolver e o chegar a comprometer-se pode passar pelo interesse e vontade objetivada ou não, conveniência, oportunidade ou necessidade, mas em algumas situações ficam claros o deixar-se envolver.

Os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, vem buscando progressivamente constituir-se em uma profissão humanística, centrando o foco da atenção no cuidado ao ser humano. Assim, da interpretação dos discursos, emergiu o tema a humanização do cuidado.

*Nós tentamos fazer um cuidado humanizado, permitindo a entrada da família, permitindo que eles cuidem da higiene do paciente, do conforto dele, então, cuidado pra mim é isso, e acredito que na nossa UTI é bem humanizada em relação a isso. **SOLIDÃO.***

*O cuidado deve ser assim, de ser humano para ser humano, então é humanizado, não é? Eu fui cuidado como um ser humano; existia confiança, segurança, respeito, sabe (...) eu já trabalhei na UTI e senti na carne como é o cuidado. **MOÇAMBIQUE***

Na humanização do cuidado, o cuidador deve mostrar-se como um ser humano que respeita o ser cuidado em sua existencialidade, compreendendo-o

como um ser que tem suas próprias vivências e experiências e que estas acompanham o seu existir, portanto, devem ser valorizadas e consideradas.

É necessário criar um diferencial na relação de cuidado, atuando com humanidade, descobrindo e valorizando a experiência de vida do cliente e família. Procurando ser autêntico, no falar, no agir e no sentir, demonstrando atitudes de solidariedade e de reciprocidade no cuidado.

*Tem que ser uma pessoa humana, uma pessoa muito humana mesmo; que transmita segurança, que transmita carinho para os pacientes, que transmita a paz, que transmita tranqüilidade para o paciente. **GAROPABA***

Outro aspecto que desvelou como forma de promover a segurança e a confiança no cuidado humanizado ao ser cuidado foi o toque afetivo. É neste contexto que se encontram as seguintes fala:

*...eu gostaria de ser tocado por um profissional, que ele viesse até mim e lógico, me respeitasse, que ele tivesse uma comunicação verbal, porque eu acho que isso é normalmente importante, essa coisa do toque também é importante, eu acho que a pessoa se sente seguro, e eu acho que também tem que ter o respeito acima de tudo, não é. **DANIELA.***

Não existe cuidado humanizado sem o toque. Ele é essencial quando se transforma numa atitude, pela mão que se estabelece a relação (BOFF, 1999). Tocar representa o próprio cuidado, representa sensibilidade e a solidariedade do profissional. Toque revestido de respeito, paciência, de conhecimento, e de responsabilidade, discerne significados e favorece a descoberta de valores do cliente.

*Segurando na tua mão o paciente diz muita coisa, mais do que a gente imagina, mesmo não abrindo os olhos, ele quer transmitir algo para ti. **JOAQUINA***

O toque revela-se como uma extensão do cuidado humanizado, constituindo-se numa atitude humanística, fortalecendo um vínculo e proporcionando o encontro entre cuidador e ser cuidado, uma vez que um dos caminhos para o encontro é a aproximação física. Portanto, o toque pode se constituir como uma forma de aproximação de duas existências únicas e singulares na relação de cuidado, as mãos que tocam podem conduzir sentimentos de ternura, afeição, segurança, confiança e proteção, promovendo uma autenticidade e espontaneidade na relação de cuidado.

Neste sentido, Bittes (1996) compreendendo o toque na ação de cuidar, como um modo de estar junto com o outro, acredita que este é um elemento fundamental no processo de cuidar. Pode-se tocar com o corpo ao utilizar as mãos, mas também se pode cuidar aconchegando-se ao outro com o olhar, com a presença, com a solidariedade. Neste sentido, Boff (1999) alude que o toque confere repouso, integração e confiança, mas exige total altruísmo, respeito pelo outro, permitindo a mobilidade do ser com quem se entra em contato.

O cuidado humanizado envolve demonstração de sentimento de respeito, pela existência do outro. O encontro de cuidado pressupõe o envolvimento de todo o ser: as emoções, as experiências e as vivências do cuidador e do ser cuidado, enquanto seres humanos em sua totalidade. Neste entender, o cuidado humano só pode ser efetivamente demonstrado e praticado de maneira transpessoal, isto é, o cuidado está baseado num profundo respeito pela existência humana, é um olhar por inteiro a pessoa, é perceber a expressão dos sentimentos de outra pessoa e os experienciar (LACERDA, 1996).

6.7 CUIDADO COMO ATO, ATITUDE

A atividade de cuidado da enfermagem é feita pela ação/negociação/deliberação de seus cuidadores mediante necessidades levantadas, normalizadas ou não, ou de solicitações diversas (ERDMANN, 1998). Para os participantes da pesquisa o cuidado é visto como uma ação, dá idéia de movimento, de realização de uma atividade, de atuar junto a um agente, de executar algo para ou junto ao outro ser, de agir em benefício da saúde do outro, evidenciado nos seguintes discursos:

*Cuidar é tomar conta de alguém, auxiliar e ajudar e prover a recuperação dela. **OUVIDOR***

*O cuidado é uma ação direcionada do profissional, voltados para o paciente, para a família ou para a equipe de trabalho, a fim de melhorar e qualificar a assistência. **NAUFRAGADOS.***

Assim, através dos discursos, o cuidar se traduz em uma atividade realizada no cotidiano organizacional de gerir e assistir. Esse processo é cíclico, onde o

profissional deve priorizar e aprimorar relações e organização, seja através de atitudes como: estar com, tomar conta de, auxiliar a fazer, orientar e educar.

Erdmann (1998) afirma que o ato de cuidar pode ser aprendido, desaprendido, reaprendido e transmitido / partilhado apesar de ser único, particular e singular, porém em momentos, espaços e movimentos não isolados das situações múltiplas do viver social. O cuidado caracteriza-se também pelas ações da equipe de saúde realizadas com ou para o ser cuidado, visando prevenir, minimizar ou eliminar os seus problemas, buscando concordância com as crenças e valores do outro, em um educar permanente. Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha antes de toda ação e atitude do ser humano, ou seja, ele está presente em toda atitude e situação de fato.

O cuidado como ato, atitude representa um modo de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999). Nesta perspectiva encontramos:

*Cuidado é um conjunto de atitudes e atos do profissional, para se prestar um atendimento ao paciente grave e sua família afim de manter as condições de vida desse. **JURERE***

O cuidado é aqui entendido como uma atividade humana criativa e sensível frente o estar com o outro. É um ato de familiarização, de compreensão, de demonstração de habilidades técnicas e de sentimentos próprios de cada cuidador que vivência o processo de cuidar.

De acordo com Erdmann (1996) desde os pequenos atos do fazer ou de ações do cuidar até a configuração de um fenômeno do cuidado, se transita por espaços/tempos/estruturas e dinâmicas variadas e ambíguas, cuja busca de seus construtos talvez não seja suficiente para dar conta do significado e do valor destes atos/fenômenos.

Dentro do ambiente organizacional de cuidados da instituição hospitalar composta por uma complexidade de relações e de sentimentos de vínculo, é importante que o profissional que cuida tenha muita serenidade para lidar com todas essas situações. A demonstração de atitudes positivas, o bom humor e o uso da criatividade somente ajudam na recuperação da saúde das pessoas.

Uso criativo do ser, como parte do processo de cuidado para comprometer-se artisticamente com as práticas de cuidado, é um fator de cuidado para Watson (2002). A criatividade do profissional de saúde deve orientar-se no sentido de tornar

a internação hospitalar o menos traumática possível, cativando o cliente e a família. Assim, diminui o estresse e aumenta o conforto. O clima do cuidado sai favorecido e logra êxito para que possa acontecer a recuperação do ser cuidado.

Watson (2002) afirma que a utilização da criatividade é um importante fator para a ciência do cuidado. É importante estar aberto profissionalmente sempre para o novo e inusitado, fazendo uso de toda experiência de vida e profissional, promovendo o cuidado para estar aceitando e buscando o novo para as mais variadas situações e ações. Viabilizar as ações conforme as necessidades, sempre almejando a condição de saúde e implementando medidas e ações criativas, de resolutividade para o momento, ampliando assim, a visão do cuidar.

6.8 CUIDADO COMO PRÁTICA ASSISTENCIAL

Apreende-se pelos discursos dos participantes a compreensão do cuidado como prática assistencial. Esta dimensão inclui a execução de procedimentos técnicos aliados ao compromisso e a responsabilidade entre os envolvidos na relação de cuidado.

*São as atividades de assistência e de apoio para um membro da família ou para o cliente, a fim de recuperar a saúde. **LAGOINHA DO LESTE***

*O cuidado é prestar assistência. **ARMAÇÃO.***

O cuidado enquanto atividade, ora mais genérica e ora mais específica da enfermagem, nas suas formas diferenciadas de relações pessoais e no que esta atividade se envolve / se desenvolve / se compromete com o processo de viver, traduz-se em sistemas de cuidados com diversas possibilidades de aplicação / visualização e em múltiplas e variadas funções, pensando ora mais tecnicamente e ora mais empiricamente, ao acaso (ERDMANN, 1996).

Podemos incluir no cuidado como prática assistencial, o enfoque de cuidado como satisfação das necessidades. Desta forma, a interação no cuidado vai além da execução de um procedimento, enfoca o cliente na sua integralidade. Para atingir tal nível, há a necessidade de desenvolver o processo científico de cuidado, aliando a teoria à prática, ultrapassando a execução de procedimentos determinados pela patologia, em busca do cuidado humano, o qual enfatiza a pessoa.

A satisfação das necessidades humanas é um fator de cuidado para Watson. Esta classificação de acordo com Watson (1985) se baseia nas necessidades de ordem inferior e superior. As necessidades de ordem inferior incluem as necessidades biofísicas ou de sobrevivência (necessidade de alimento e líquido, de eliminação e de ventilação) e as necessidades psicofísicas ou funcionais (necessidade de atividade-inatividade e a de sexualidade). As necessidades de ordem superior abrangem as necessidades psicossociais ou integradoras (necessidade de realização e a de associação) e a necessidade intrapessoal-interpessoal ou de busca de crescimento (necessidade de auto-realização). As necessidades precisam ser analisadas e fazem parte de um conjunto, para que o indivíduo alcance o crescimento e o desenvolvimento.

*Cuidado é ver o ser humano como um todo, ver as suas necessidades, então, na UTI, o cuidado nosso não se limita a mexer nos equipamentos e nem nos aparelhos. **SOLIDÃO.***

*...identificando as necessidades, e colocando prioridades no atendimento...
GAROPABA.*

Em seu cotidiano, o profissional de saúde, tem como função prover a satisfação das necessidades do cliente, que deve ser visto na sua totalidade, não apenas pelo ângulo específico da doença, dos sinais e sintomas apresentados. Por isso, a convivência com ele, é fundamental para a elaboração de um plano de cuidados condizente com suas necessidades.

O sistema de cuidados visa prestar assistência de enfermagem para a tender as necessidades de cuidados de saúde do cliente. O cuidado como assistência de enfermagem é visto como ato / tarefa / técnicas simples ou complexas, imediatos e mediatos e enquanto necessidade do cliente (ERDMANN, 1996).

O cuidado visto como prática assistencial tem caráter de exercício profissional, responsabilidade e conhecimento. O saber fazer, o fazer com qualidade e com habilidade, foram consideradas como formas de expressar o cuidado. Percebe-se que os participantes, em especial os profissionais, utilizaram os termos cuidar/cuidado e assistir/assistência como sinônimos. Isto aparece claramente nos discursos. Saliente, ainda, que o referencial de enfermagem adotado no cuidado à saúde do Hospital da pesquisa é o saber e fazer do referencial de Horta, que engloba o cuidado na assistência das necessidades humanas básicas.

5.9 CUIDADO EDUCATIVO

O cuidado educativo se refere às informações, ao ensino e aos programas de educação formal e informal (BOFF, 1999). A educação em saúde não está alheia às transformações que estão ocorrendo no mundo. Mola propulsora da busca conhecimento, o cuidado educativo é fundamental para a evolução da sociedade; não há como dissociar o cuidado da educação (WATSON, 1985). O cuidado educativo deve despertar no profissional o senso crítico, o espírito de cidadania e o estímulo para a busca de novos horizontes.

Para Morin (2000) articular e organizar os conhecimentos e assim, reconhecer e conhecer os problemas do mundo, torna-se desejável para a reforma do pensamento. É importante compreender que o conhecimento não progride por formulação, sofisticação ou abstração, mas progride principalmente pela capacidade de contextualizar.

Assim, o cuidado educativo pede competência técnica, arte, fé e amor, cujos pontos essenciais são: fornecer uma cultura que permita distinguir, contextualizar, englobar os problemas multidimensionais, globais e fundamentais nos sistemas de cuidados; preparar a mente para enfrentar as incertezas, promovendo nelas a inteligência estratégica e apostando num mundo melhor; educar para a compreensão humana (MORIN, 1999).

Este subtema evidenciado nos discursos dos participantes, caracteriza o profissional, enquanto ser inacabado, cheio de possibilidades de aprendizado, precisando crescer e se aprimorar para assegurar um cuidado autêntico e qualificado para consigo e para com o outro. Para tanto, necessita se nutrir e se construir no cotidiano de sua existência. Isto pressupõe o cuidador vivenciar e experienciar novos caminhos em busca do desenvolvimento de suas habilidades e competências, avaliando sistematicamente as maneiras de cuidar. Neste sentido, os participantes do estudo percebem como uma dimensão dos sistemas de cuidado o cuidado educativo, a competência técnica aliada ao processo de conhecimento, que se concretiza através de formas de aprimoramento profissional, o que fica evidente nas falas:

Cuidado é ter conhecimento, é conhecer as ações de saúde desenvolvidas.
DANIELA.

*O cuidado profissional é diferenciado porque requer pessoal treinado, requer capacitação e qualificação. **ARMAÇÃO.***

*O profissional que cuida deve ter bom conhecimento técnico e treinamento científico. **MATADEIRO.***

O cuidado deve estar pautado no conhecimento técnico-científico e este só pode ser qualificado à medida que se realiza educação em serviço. Sendo, pois, necessário proporcionar ao cuidador capacitações específicas para o desempenho de suas atividades, ou seja, fornecer e estimular a busca de informações de acordo com a real necessidade que visem melhorar e atualizar a capacidade do ser, oportunizando o seu desenvolvimento e o seu envolvimento no cuidado com o outro. A manutenção da competência técnica passa não só pelo domínio do conhecimento teórico e técnico, mas principalmente pelo fato do cuidador atentar para o cuidar existencial. Desvela-se ainda nos discursos dos participantes, o profissional enquanto educador no processo de cuidar, como atestam as seguintes falas:

*... é preciso realizar treinamento técnico e científico, aprimorar a assistência a cada dia, o desenvolvimento pessoal e o relacionamento interpessoal sejam buscados e valorizados. **BARRA DA LAGOA***

*O cuidado é educação; é transmitir informação ao paciente e a família, para que possam cuidar de si e entre si... e também existe aquela educação que a gente chama de continuada, que é com a equipe, entre os profissionais, para melhorar a prática do cuidado. **ARMAÇÃO.***

O desocultar do sentido dessas falas demonstra que para o profissional que atua na saúde, não há como dissociar o educar e o cuidar. A prática educativa é fundamental para o aperfeiçoamento da equipe profissional, na busca do conhecimento e do desenvolvimento de suas potencialidades e possibilidades que permitirão uma relação entre o ser cuidado e o cuidador mais autêntica.

Apóia-se este pensamento nas palavras de Freitas (2000) ao afirmar que a educação em saúde é um dos aspectos do processo de cuidar em que a pessoa aceita ou rejeita as novas informações, novos comportamentos frente aos enfrentamentos do sistema de cuidados. Acredita-se que, na proporção em que orienta, informa e motiva os cuidadores, eles aceitarão melhor as ações que promovem a educação em saúde, construindo um cuidado solidário, individual e qualificado, valorizando assim, a vida do ser cuidado. Para educar é necessário construir-se e nutrir-se e este processo emerge do compartilhar vivências e experiências.

*Entendo que o cuidar significa educação, educação para cuidar, educar quem queremos que execute o cuidado. Quando cuidamos de um paciente não podemos perder a oportunidade de educá-lo e nos educar, existe uma troca quando o enfermeiro presta o cuidado. **AÇORES.***

Para os participantes, o cuidado educativo se traduz em educar-se e educar o outro, existindo uma interação entre o cuidador e o ser cuidado, uma relação de troca. Watson (2002) afirma que a promoção do ensino e aprendizado transpessoal envolve a/o enfermeira/o e o outro ser, tentando oferecer-lhe subsídios e conhecimentos para compreender e auxiliar na relação de cuidado, colaborando para seu bem-estar. É iniciado a partir de informações fornecidas à pessoa, auxiliada na predisposição natural da própria pessoa em aprender. A compreensão das percepções que a pessoa tem pode contribuir, para com a enfermeira/o, de modo que ela/e possa preparar um plano cognitivo, diminuindo o estresse do acontecimento.

Morin (2000) defende ainda que o cuidador deve educar a si próprio. Reeducar a si próprio significa sair de uma minoria; significa que os cuidadores sentem a necessidade do problema e, como desviantes, vão ajudar outros seres a mudar. Na UTI, bem como em outras unidades, torna-se desejável que os profissionais, para cumprir sua tarefa, disponham de curiosidades e de competências éticas cada vez mais consistentes, em função da missão que lhe é confiada pela sociedade principalmente: o cuidar e o educar, ou seja, o cuidado educativo.

Com as trocas de informações, o profissional aprende, pois ensinar e aprender são facetas do mesmo processo. O cuidador deve orientar o cliente para compreender e auxiliar na relação de cuidado, também deve revisar o que foi ensinado e buscar o retorno (feedback), e avaliar como familiar e cliente compreendem as orientações recebidas. Estará promovendo, dessa forma, momentos de aproximação que ajudarão a desenvolver a educação para o cuidado. A educação para o cuidado melhora consideravelmente as condições de saúde e da qualidade de vida das pessoas.

Contudo, o cuidado educativo em saúde, que visa o cuidado ao ser humano deve envolver a reflexão, no sentido de provocar uma revisão constante de valores. Assim, o cuidado educativo passa a fazer parte da vida, da existência.

5. 10 CUIDADO COMO RELAÇÃO DIALÓGICA

Essa dimensão de cuidar emergido dos discursos, desvela o entendimento de que, nos sistemas de cuidados, os relacionamentos humanos se constroem mediante o encontro do ser cuidado e cuidador que se expressa por uma relação de diálogo. A relação dialógica se evidencia quando o cuidador ao voltar-se para o ser cuidado com reciprocidade e carinho consegue conceber e ser concebido como ser humano, como pode ser percebido nos seguintes discursos:

... eu gostaria que me explicassem tudo o que estão fazendo comigo, mesmo que eu tivesse sedada... JURERÊ.

Gostaria que cuidassem de mim como eu faço, quando to num procedimento, eu vou conversando, vou orientando, não só aquela coisa mecânica, quando existe uma comunicação verbal eu acho que o paciente se sente mais seguro... JOAQUINA.

As falas desvelam que a relação dialógica se concretiza a partir da intenção do cuidador em ser autêntico, estar presente e ser capaz de experienciar um mundo subjetivo de cuidado com o outro. Despertando para o cuidar repleto de sensibilidade, onde o cuidador vivencia esse momento por inteiro, valorizando não só os aspectos técnico-científicos, mas essencialmente o ser humano, promovendo o encontro do cuidado. Esse encontro dialógico é permeado pela capacidade que o profissional tem de compreender a expressividade do outro, de forma amorosa e respeitosa, percebendo com maior precisão os sentimentos e emoções do ser cuidado, respeitando seu modo de ser e estar no mundo.

É no encontro de diálogo que se constrói a identidade humana, neste sentido, encontram-se as reflexões de Karl (2002), que em seu estudo se refere à relação dialógica como uma postura interna de voltar-se para o outro, no qual a reciprocidade e a autenticidade são elementos básicos nessa relação. Ainda de acordo com a autora, ser cuidado e cuidador relacionam-se de forma criativa através do estar presente. Essa condição possibilita uma aliança que se expressa pelo interesse e preocupação do cuidador para com o ser cuidado. Assim, promove-se o cuidado dialógico e autêntico, conforme pode ser desvelado nos seguintes discursos:

A forma como a gente cuida [enfermagem] é diferente de outros profissionais, o cuidar do paciente de modo integral, como um todo, é manter um diálogo com ele, buscando interagir, trocar com o paciente... tu

*só estar do lado, tocando nele, ouvindo já é um cuidado...por isso acredito que a essência de nossa profissão é o cuidado. **ARMAÇÃO.***

*A comunicação é um fator importante pra gente que está aqui, é preciso saber ouvir o que a família tem a dizer, olhar no olho da gente, porque às vezes a gente não consegue se expressar... se existe diálogo, existe mais segurança e tranqüilidade para a família. Os profissionais que cuidam aqui [UTI] conversam bastante com a gente. **DO ROSA.***

Nestes discursos emerge, sob a ótica dos participantes, que os profissionais, em especial e enfermagem enquanto disciplina humanística, tem procurado compreender o homem em sua expressividade, o que inclui aprender a escutar o outro, ou seja, ouvir com atenção de perceber a sua maneira de ser e estar no mundo, ou seja, compreender o discurso verbal e até mesmo o silêncio por ele manifesto. O cuidador, ao se permitir escutar o outro, viabiliza a linguagem do discurso, possibilitando assim, compreender o que foi dito, mesmo não havendo palavra explícita, pois existe um expressar que se traduz no discurso silencioso que acontece pela presença do outro. É a linguagem do cuidado em que não só o dito deve ser valorizado.

Pela disciplina do ouvir o inaudível, conseguirá ser o cuidador o abridor de caminhos e possibilidades, atributo tão importante nos dias atuais. O exercício da escuta é muito mais do que uma mera captação de sons / palavras. Entende-se que a escuta atenta passa por ensinamentos mesmo sendo acometida por alguns atropelamentos de disciplina, talvez pela angústia de avançar mais rapidamente ou por ouvir simultaneamente vozes, expressões ou ruídos físicos e corporais e outros, que passam pela afetividade, requerendo um tempo próprio para o seu entendimento (ERDMANN, 1996).

O cuidado ao outro, muitas vezes, dispensa o espaço para a palavra, pois, o toque, o estar presente fazem parte da comunicação. O cuidador, mesmo na ausência do diálogo, sabe que no silêncio o ser cuidado se comunica e reconhece a melhor conduta a ser seguida para satisfazer as necessidades do ser cuidado.

*... olhado pra ele, tu já sabe que ele ta precisando disso ou daquilo, porque tu percebe até no olhar, se ele ta sentindo dor, frio, desconforto... **AÇORES.***

Neste sentido, Crossenti (1997, p.74), ao fazer referência ao pensamento de Heidegger, afirma que “o homem é um ser que fala mesmo quando se cala, se

expressa, pois no silêncio existe um sentido”. Isso posto, entende-se que mesmo no silêncio o ser se comunica e verbaliza seus sentimentos.

É o ser cuidado a revelar por usa expressividade os mais profundos sentimentos e a solicitar que alguém o escute e entenda seus anseios, que compartilhe este momento de sua existência na condição de ser humano hospitalizado. Neste entender, emerge da interpretação dos discursos, a corporeidade, ou seja, é a linguagem do corpo que se mostra como essência humana, para Pollack (1997), é na corporeidade que se compreende o outro e se percebem as coisas, não se podendo compreender o gesto do outro, a não ser pela comunicação que existente entre eu e ele.

Centrada neste mesmo pensar, Vargas (2000) revela que através do encontro de olhares podemos sentir o outro, suas alegrias, suas tristezas, suas angústias e seus medos; portanto, no encontro do cuidado, o olhar é revelador; através dele o ser humano diz muito sem nada ter dito. Portanto, mesmo no silêncio, o ser cuidado pode revelar os significados que estão subentendidos, pois está repleto de palavras.

Cuidar do outro autenticamente e de modo dialógico é perceber seus gestos, sua postura corporal e expressões, é compreender seus sentimentos e emoções. Para tanto é preciso ser sensível para enxergar além do que os olhos vêem, ouvir e entender além do que as palavras dizem, observar buscando entender gestos, olhares e até mesmo o que no silêncio quer comunicar.

6.11 CUIDADO ALIADO À TECNOLOGIA

O cuidado incorporado à tecnologia como uma dimensão do cuidar, é evidenciado através dos discursos dos participantes, como algo valorizado na medida certa. A tecnologia é uma forma de facilitar o cuidado ao cliente, por vezes, imprescindível para manter uma vida. Porém, evidencia-se também a necessidade de evitar maior preocupação com o equipamento do que com o cliente, pois o cuidar não se limita à tecnologia.

Vargas (2000, p.248) pontua que a tecnologia é um apoio e não um obstáculo para a prática de cuidar do ser humano, que sente, pensa e necessita de outro ser humano:

La utilización de la tecnología como ayuda para el cuidado de las personas, cuando por sus condiciones de salud se requiere, no debe permitir que nos ciegue de tal forma que se desplace y reste importancia a la persona, sujeto de nuestro cuidado. Se debe recordar siempre que ésta es para el beneficio de la persona y no en sentido contrario.

São grandes os benefícios, na área da saúde, pela tecnologia e pela evolução da ciência. A importância da tecnologia no cuidado é indispensável. Muitas vezes, a máquina utilizada é sinônimo de vida para o cliente. E não são poucas as pessoas que se tornam dependentes das máquinas por extensos períodos de tempo, durante suas vidas.

... a evolução da tecnologia precisa acontecer, mas precisamos ter princípios para a sua utilização, é impossível se pensar na assistência aos pacientes graves sem o suporte tecnológico. Ele facilita a atuação da enfermagem e mantém a vida do paciente em muitos casos.
NAUFRAGADOS.

Fazem parte do cotidiano do profissional de saúde a utilização e manutenção dos equipamentos utilizados nos seres sob seus cuidados. A carência de equipamentos e a falta de apoio na manutenção dos mesmos é um dos fatores de maior desgaste para os profissionais, no ambiente hospitalar. Acarretam desperdício de tempo e de energia e conduzem à improvisação, com riscos evidentes à saúde das pessoas devido às iatrogenias que eventualmente podem ocorrer.

O hospital está muito bem equipado e a UTI é o ambiente com mais recursos humanos e tecnológicos do hospital, dando tranquilidade para nosso trabalho. **MATADEIRO.**

A tecnologia deve ser aplicada para o cuidado dos seres humanos, e deve enquadrar-se no princípio de um oferecimento de serviço de qualidade em seu processo de inovação, criada pelo ser humano, para uso em benefício do ser humano, racionalizando seu uso, sem desejar que supere a dimensão da essência deste ser.

Erdmann (1996) afirma que objetos inanimados ou espécies não-humanas podem fazer parte do cuidado aliado à tecnologia, tais como música, massagedores, plantas, porta-retrato e outros que não estão presentes nas rotinas de cuidados hospitalares. O cuidado que acontece num espaço hospitalar pode extrapolar para outros espaços e envolver equipamentos tecnológicos.

Novas tecnologias ou filosofias de produção estão disponíveis no campo de conhecimento dos profissionais de saúde. A apreensão das mesmas para o avanço no processo produtivo da saúde ou na organização e métodos/técnicas poderia possibilitar uma nova descrição do sistema de cuidados enquanto um sistema aberto do processo de produção (ERDMANN, 1996).

Ressalta-se a extrema utilidade da tecnologia, pois esta faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde. Criam-se equipamentos novos que ajudam no trabalho de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, odontólogos e demais profissionais de saúde a todo tempo. Vieram facilitar a atuação dos profissionais da saúde e, principalmente, beneficiar o paciente que, a cada dia que passa, tem ao seu alcance, inovações surpreendentes. Pode-se enumerar vários benefícios, como menor exposição a risco por cirurgias prolongadas, maior controle de infusão de medicamentos, monitorização de sinais vitais feitos instantaneamente, dentre tantos benefícios. Muitos dados hoje podem ser obtidos através do computador, pode-se assistir cirurgias de um continente ao outro e buscar informação através da Internet.

O aumento da sobrevivência das pessoas e a menor exposição a intervenções cirúrgicas, devido a equipamentos sofisticados de diagnóstico e tratamento, proporcionam, uma melhora na qualidade de vida. O que se faz indispensável é o uso racional dos equipamentos e uma ética de referência como mediadora, a fim de avaliarem os riscos e benefícios da tecnologia e o grau de equidade de sua utilização no meio hospitalar (BETINELLI, 1998).

O progresso tecnológico está sendo fundamental para a resolutividade de problemas com a saúde das pessoas, e para a manutenção de suas vidas. A tecnologia, vista sob o prisma do suporte básico e da manutenção do equilíbrio hemodinâmico, proporciona segurança ao cliente e familiares. Portanto, a tecnologia deve ser vista como uma forma de facilitar a vida dos profissionais de saúde e, por vezes, imprescindível para a sustentação da vida do ser cuidado.

6.12 CUIDADO AMOROSO

Apreende-se pelos discursos dos participantes do estudo, a compreensão do cuidado como ato de amor, troca entre cuidador e ser cuidado, em que ambos compartilham o amor para o alcance dos resultados bem sucedidos. O amor,

enquanto dimensão do cuidado, atua como elemento facilitador, energético, de nutrição e ternura que engrandece o cuidado.

Explicitam também, o carinho vinculado ao cuidado. Ao realizar o cuidado com carinho, desenvolvem-se estratégias de aperfeiçoamento e crescimento interior dos profissionais. Aludem que o carinho facilita a abertura ao mundo para o ser cuidado e cuidador, possibilitando o bem-estar de ambos.

O cuidado amoroso valoriza e enaltece os sentimentos positivos, no entanto é referido que, em determinadas situações, ocorre a falta de amor ao cuidar, ou seja, nem sempre essa dimensão é vivenciada pelo cuidador e ser cuidado.

O cuidado estabelece-se em uma relação abstrata entre os seres, não sendo possível medi-lo; é maior do que se percebe, é envolvente, único e depende da doação e do comprometimento das relações.

Segundo Morin (1996, p.328), “o indivíduo vive e morre neste universo onde só o reconhecem como sujeito alguns congêneres vizinhos e simpáticos. É portanto, na comunicação amável que podemos encontrar o sentido de nossas vidas subjetivas”. O cuidador, precisa, portanto, amar, os seres sob seus cuidados. Deixar-se levar pela intuição, pela sensibilidade.

Viver a saúde é viver o amor, a paixão nas trocas, na harmonia conflitual. É o querer viver, querer evoluir pleno de desejos / vontades cultivando os sonhos e as esperanças de criar e zelar (ERDMANN, 1996).

O amor e o cuidado são duas dádivas universais, segundo Watson (1985). Uma das maneiras de nutrir a humanidade e aperfeiçoar a civilização é através do amor, do cuidado e da condição moral. É preciso, segundo a autora, amor, respeito e cuidado para si mesmo antes de sermos capazes de cuidar, para que possamos alcançar a aceitação, a compreensão, a valorização e a harmonia com a vida.

Por outro lado, a autora afirma que há necessidade de reflexão e de compreensão da relação de cuidado para a percepção do diálogo entre o subjetivo e o objetivo, entre o abstrato e a realidade, para a obtenção de resultados.

O cuidado amoroso envolve sentimentos para com os outros. Através do desenvolvimento dos próprios sentimentos, pode-se realmente interagir de modo sensível com outra pessoa (WATSON, 2002). A partir da prestação de cuidados pelo enfermeiro pode-se transcender o mundo físico e material e entrar em contato com o mundo emocional e subjetivo do indivíduo. A valorização de sentimentos nas relações de cuidado fez surgir o cuidado amoroso:

*Existem muitas pessoas aqui que a gente vê que trabalham por amor, porque existe atenção, carinho, o sorriso. **GAROPABA.***

*Como eu gostaria de ser cuidado [pensativo] com respeito, com competência técnica, mas sobretudo com amor, com muito amor. **BRAVA***

Estes sentimentos que englobam os aspectos expressivos ou emocionais do cuidar exigem o desenvolvimento da conscientização do cuidador de seu papel profissional, a valorização da individualidade própria e dos demais envolvidos na relação. Este cuidado apresenta uma atitude de receptividade, a qual é respondida e requerida pelo ser cuidado, o que envolve comprometimento, compromisso, aceitação e presença autêntica.

*Tem que ter paciência, amor, tem que transmitir esse amor. **SANTINHO.***

O cuidado amoroso pode ser entendido como compartilhar. Este compartilhar implica em certas atitudes básicas em relação ao outro, como: sensibilidade, confiança, comunicação, compreensão, valorização das potencialidades, olhos nos olhos, empatia, comprometimento, cooperação, autenticidade, vínculo compartilhado, ver e ouvir o outro, visão do outro como único, percepção da existência do outro, aceitação do outro, respeito, receptividade, competência, toque, sorriso e envolvimento, que se manifestam nos momentos de encontro, presença e relacionamento.

O cuidado amoroso nesta perspectiva se caracteriza pelo respeito ao próximo, valorização de suas potencialidades e especialmente pelo despertar da sensibilidade. Este cuidado favorece a ampliação da consciência.

6.13 CUIDADO INTERATIVO

O cuidado na saúde é um processo de interações e associações entre os seres, sendo parte organizador do sistema de saúde, parte organizador dos sistemas de cuidados, co-organizando-se junto aos demais sistemas sociais (ERDMANN, 1996). Pela ótica da *interação*, que sugerem imagens de ligação entre elementos, informação e conexão demonstram-se fundamentais para desenvolver um cuidado interativo ou relacional, indicadas através do seguinte relato:

Cuidado é um processo de interação entre os profissionais de enfermagem, o paciente e familiares, onde vivenciam uma situação de instabilidade, que aqui é paciente grave, com a finalidade de restabelecer a saúde desta pessoa. JOAQUINA.

O cuidar como forma de interação, determina o envolvimento das pessoas de maneira subjetiva, suscitando mudanças em suas crenças, valores e culturas. O cuidado interativo se estabelece a partir de forças internas, ou seja, pela troca entre o mundo interior e exterior do ser cuidador e do ser cuidado. O ser humano se desenvolve durante a vida, estabelecendo relações internas e externas capazes de lhe proporcionar critérios, experiências e maneiras de aprender e de alcançar aprimoramento. É uma descoberta contínua, intensa e necessária a partir das interações que ocorrem de forma transpessoal.

Encontramos, assim, que o cuidado também se refere aos atos decorrentes do processo de interação entre as pessoas, uma vez que a mesma promove uma relação de troca entre o ser cuidador e o ser cuidado, os quais compartilham conhecimentos, mantendo o respeito contínuo à individualidade do outro e visam o restabelecimento da saúde. O significado do cuidado nesta categoria se traduz em presença e em inter-relação do ser cuidador com o ser cuidado.

É possível detectar no cuidado interativo, as relações que se estabelecem como interações subjetivas. Os participantes da pesquisa, apontam a escuta como dimensão importante de interação subjetiva entre duas pessoas, cuidador / ser cuidado.

As relações entre os profissionais e paciente acontecem de modo subjetivo e individual (...) precisamos interagir verdadeiramente quando cuidamos. MOLE.

É zelar, dar atenção, saber escutar, proteger, preocupar-se pelos outro. FERRUGEM.

As interações no cuidado, acontecem de maneira subjetiva, individual e com muitas particularidades; acontecem de formas e com pessoas diferentes, por isso são genuínas. Até podemos cuidar da mesma pessoa mais de uma vez, as circunstâncias, porém, são diferentes. A temporalidade faz com que os cuidadores e seres cuidados sejam diferentes e tenham novos objetivos, novas necessidades e novos desejos. Outro fator importante é que cada ser humano enfrenta a doença e age diferentemente, mesmo estando internado por problemas parecidos ou idênticos.

Existindo seres humanos, existe subjetividade(...). **MOÇAMBIQUE.**

O cuidado pela ótica da subjetividade, refere-se ao que se evidencia na consciência. No modelo vigente de cuidado à saúde, a subjetividade encontra pouco espaço, pois se valoriza muito o lado racional, objetivo, de resolução de problemas. Contudo, mesmo nas técnicas mais sofisticadas e na utilização da tecnologia, a subjetividade se faz presente. A relação do cuidado mantém estreitos laços com a subjetividade humana, já que ela não é sujeito-objeto, mas acontece entre dois sujeitos, cada um com sua visão pessoal e subjetiva da mesma realidade.

O cuidado é algo subjetivo, pode ser interpretado de várias formas... dependendo do contexto (...) ao interagir com o paciente é que se percebe a necessidade dele naquele momento (...). **AÇORES.**

Cuidado é toda e qualquer ação desenvolvida por um ser humano com a intenção de atender uma necessidade ou auxiliar o outro para que possa se sentir melhor, porém essas atitudes não precisam necessariamente serem realizadas de uma forma única. Dessa forma, fica evidente que o cuidado pode ser uma ação concreta, bem como um ato abstrato e subjetivo – zelo, presença, ouvir com atenção – com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde e a busca permanente de uma boa qualidade de vida, tendo em vista que o cuidado subsidia o viver de toda a humanidade.

Depreende-se que o cuidado para os participantes da pesquisa compõe-se de toda e qualquer ação oferecida ao outro, desenvolvida em um processo de interação entre pessoas, podendo esta atividade ser praticada por profissional da saúde; bem como ser acolhido por uma outra pessoa, familiar ou amigo.

6.14 NÃO-CUIDADO

Através do questionamento como você não gostaria de ser cuidado, observou-se que as ações de não cuidado, também estão presentes no cotidiano dos profissionais de saúde, sendo percebida na maneira de ser dos cuidadores. Dentre os profissionais de saúde, esta forma de visualizar o cuidar não se desvelou em seus discursos, pois acredito que se reconhecessem, parece, os levariam a negar os valores que preconizam como base do sistema de cuidado, porque

expressam o gosto que tem pelo que fazem e o amor incondicional ao outro, ao atuar como cuidador em UTI. Assim, os profissionais de saúde, durante seus discursos ressaltavam que o descuidado ali não existia.

Embora essa dimensão do cuidar, apareça de forma subentendida, através do questionamento de como não gostaria de ser cuidados/as, as atitudes de alguns profissionais de saúde demonstram a interposição de barreiras nas relações de cuidado, isto é, evitam um maior envolvimento com o cliente e seu familiar.

O não-cuidado, para os participantes do estudo é utilizar-se de artefatos para não se aproximar muito do ser cuidado, realizando um cuidado com pressa, distração, sem demonstrar interesse ou mantendo-se à distância das pessoas. É evidente o prejuízo para a relação de cuidado, nessas circunstâncias, pois os clientes e familiares se sentem inibidos de expressar questões íntimas, de fazer pedido ou solicitar ajuda. Certas expressões utilizadas no dia-a-dia, poderão parecer esquivas como forma de não-cuidado: estou com pressa, não tenho muito tempo, seja rápido. Tais artifícios podem funcionar como limitadores do espaço e da aproximação, distanciando o ser cuidado do cuidador.

*...descaracterizando o paciente como ser humano, tratando o como um ser irracional. **MOÇAMBIQUE.***

*Não cuidar é realizar as atividades com pressa e distração. **PINHEIRA.***

Ampliar a compreensão do cuidado, a fim de aprimorar a relação com o ser cuidado, deve representar uma preocupação importante para os profissionais de saúde. Tratar o aspecto biológico do paciente, com seus sinais e sintomas é papel primordial dos cuidadores, mas deve vir acompanhado de reflexão, de comunicação, de carinho e atenção.

*Atentar apenas para as necessidades físicas dos seres humanos é um cuidado incompleto **SANTINHO.***

*Falta de atenção, carinho e irresponsabilidades não devem fazer parte do cuidado. **GAMBOA.***

Outro aspecto relevante observado nos discursos, ao não-cuidado é quanto ao aparato tecnológico, ao ato mecânico e rotineiro dos profissionais ser capaz de transpor as relações transpessoais de diálogo. Encontram-se ainda nos discursos de não-cuidado as atitudes impositivas que o profissional exerce e seu poder sobre

o cliente. Estes são dois aspectos propícios a desumanização do cuidado e preocupantes ao exercício do cuidar com êxito.

A tecnologia presente na UTI dificulta a comunicação. BRAVA.

Tratar os seres humanos com braveza e sem respeito não devem fazer parte do cuidar. PINHEIRA

Ao analisar os discursos a respeito do não-cuidado pude observar que parece existir um certo *poder* escondido nos profissionais de saúde ao intervir no cliente. O limite entre o “eu” e o “tu”, interdependência e dependência, dominador e ser dominado é bastante tênue. Por esta razão é difícil delimitar até onde vai o direito do profissional e onde começa o do cliente, até quando o profissional pode intervir, e quando deve retroceder. Refletir sobre essas questões demanda perspicácia e humildade, pois poderemos descobrir que, na intenção de cuidar ou proteger o paciente, estamos limitando seu espaço como ser humano, nos aspectos fundamentais da sua existência, ou seja, no respeito à sua dignidade, liberdade e autonomia (BETINELLI, 1998).

Outro aspecto a salientar como não-cuidado, é quando para o profissional inexistente a concepção de limites ao intervir no cuidado. Como bons donos dos pacientes, não existe respeito pelos limites de seus territórios, quer físicos, quer emocionais. Parece até que por estar sob os cuidados de profissionais, podem expô-lo, constrangê-lo sem se quer dar conta disso. Como se observa no discurso:

Acho que eu não gostaria de ser cuidada por um profissional cansado, que não respeitasse a minha individualidade, não respeitasse a minha privacidade. JURERÉ.

O não-cuidado como dimensão presente nos sistemas de cuidado, deve despertar a consciência a respeito dos limites que pode ser adquirida pelo desenvolvimento de ações reflexivas.

Na compreensão de Morin (2000) a organização do sistema tem problemas a enfrentar, contém um lado bom e um lado mau e há um certo número de traços negativos que não são considerados como descartáveis, tais como o desligamento das ciências da natureza das ciências humanas e a tendência à disjunção entre o conhecimento científico e a reflexão. Assim, o sistema de cuidado deixado de ser pensado, discutido, meditado e refletido por seres humanos, integrados na organização individual, se destina cada vez mais a ser uma interposição de barreiras

nas relações de cuidado, ou seja, evitando um maior envolvimento com o cliente e seu familiar.

6.15 CUIDADO COMO ESSÊNCIA DA VIDA E DA PROFISSÃO

A essência do cuidado foi destacada pelos participantes da pesquisa, demonstrando que não é apenas um slogan, mas o comprometimento do profissional com um valor essencial que é o cuidado à vida das pessoas. São as atitudes humanas e as experiências no cotidiano do cuidado que criaram nos profissionais a consciência de que o cuidado é a essência da sua profissão.

*O cuidado é essencial a vida. **CAMPECHE.***

*O cuidado é amor, é a essência do ser humano. **DO SONHO.***

O cuidado com ênfase na tarefa técnica preocupa-se com a parte física da pessoa. Por outro lado, quando o profissional de saúde está preocupado com a totalidade do cliente, cuidará também do conteúdo, da essência dessa pessoa. Se conseguir cuidar também da essência do ser humano, agrega um valor diferenciado ao cuidado. Torna o cuidado algo essencial para fazer emergir o sentido da vida do profissional e das pessoas envolvidas.

A ousadia de pensar sobre o sistema de cuidados, passa pela visão abrangente e multifacetada do cuidado enquanto essência da vida, dos seres da natureza, ou processo dinâmico produtor e protetor da vida configurado ora por pequenos atos/momentos e ora por atividade básica da profissão de saúde, ora como um misto de atividades e ora como um encadeamento de medidas assistenciais, administrativas e legais, ora situado no mundo concreto e nos limites de uma estrutura organizacional, ora transcendendo ao controle objetivo e real, extrapolando até mesmo as políticas sociais e as vontades individuais (ERDMANN, 1998).

Corroboro com Erdmann (1996) ao afirmar que o cuidado é necessário à manutenção das espécies, como forma de enfrentamento das circunstâncias a que estas estão expostas, é consubstancial à organização de qualquer sociedade, participando possivelmente da constituição da noosfera, da vida das idéias.

Watson (2002), em seu livro: *Enfermagem - ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*, trás que o cuidado é a essência, o ideal moral da enfermagem, cuja finalidade é proteção, engrandecimento e preservação da dignidade humana. Neste sentido, os participantes em seus discursos manifestaram:

*No meu entendimento, o cuidado profissional é a essência da Enfermagem, e envolve ações desenvolvidas em comum acordo entre duas pessoas, a que cuida e a que é cuidada. **LAGOINHA DO LESTE.***

O cuidado entendido como ideal moral da enfermagem, representa um conjunto de esforços transpessoais direcionados ao ser cuidado para auxiliá-lo a obter autoconhecimento e autocontrole, promovendo e preservando sua existência.

Nesse sentido, o cuidado é entendido como um processo. São ações desenvolvidas em comum acordo entre duas pessoas, podendo estas ser de cunho biofísico, psicofísico, psicossocial e interpessoais. É acolher o outro em todas as suas necessidades e etapas da sua vida.

O cuidado como essência da profissão é o comprometimento e o compromisso do profissional em cuidar para dar sentido à vida. Essa essência do cuidado é ser e fazer diferencial na relação de cuidado.

6.16 AMBIÊNCIA DO CUIDADO

Através da entrevista em profundidade realizada, os clientes, os familiares e os profissionais de saúde apontam para a maneira como percebem o ambiente Unidade de Terapia Intensiva na realização do cuidado. As vivências, memórias, percepções e experiências são diferenciadas para aqueles que cuidam e para aqueles que são cuidados.

Para Erdmann (1996) o espaço do sistema de cuidados é marcado pelas vidas vividas, pelas oportunidades espaciais das relações de trabalho e pelo vivenciar o cuidado na ordem do espaço, dependência, pertencimento e privacidade. É o lugar pontilhado por uma multiplicidade de pequenos espaços de provimento de saúde, da busca de melhoria do corpo num coletivo de afeto, emoções /ambiência e determinações. Estes espaços são amplos diante das múltiplas possibilidades de transição física e social.

As pessoas nos sistemas de cuidados, trazendo as idéias de Morin (1986) podem ser pontuadas como seres auto-organizadores as quais são sistemas não só fechados, que protegem sua integralidade e sua identidade, mas também abertos sobre seu meio ambiente, de onde retiram energia, informação organização. São, portanto, seres auto-eco-organizadores. A organização viva é uma auto-organização que se produz e se reproduz a partir de um patrimônio informal inserido nos genes, dependendo das condições externas para alimentar-se, auto-reorganizar-se e auto-compor-se.

6.16.1 Influências e condições determinadas pelo ambiente: a visão do cliente e familiar

Clientes e familiares consideram o ambiente hostil, sentem-se inseguros e com medo, pela diferença entre o ambiente hospitalar e o ambiente de procedência do cliente / familiares. A UTI, para o cliente, é pouco aconchegante e impessoal, ele percebe a padronização imposta pela instituição, que não considera as individualidades. É uma estrutura física bem equipada, com recursos tecnológicos modernos, mas que eventualmente pode passar ao cliente frieza e indiferença como forma de ser cuidado.

De lá pouca coisa a gente lembra. Sei que a gente passa muita sede, seca os lábios, a gente não fala, fica quieto, não tem contato com ninguém, é assustador. BRAVA.

Aludem que o ser que cuida também sofre influências do ambiente, as quais influenciam no processo de cuidar. O ser que cuida necessita de ambiente aconchegante e confortável, pois é aí que mantém a interação para o desempenho de suas atribuições.

Muitas vezes o hospital torna-se um ambiente de muito estresse, tensões e desarmonia, o que influencia as relações entre as pessoas e piora a qualidade do cuidado e da vida dos profissionais.

O cliente ao chegar no ambiente hospitalar, recebe poucas informações quanto ao cuidado que irá receber, gerando ansiedade e expectativa em relação à sua estada e sua própria recuperação. As regras institucionais tornam-se agravantes, como a proibição de roupas próprias e a permanência de objetos de uso pessoal, restrição de horário à permanência de familiares ao seu lado.

Aos familiares resta aguardar os poucos momentos de visita, os quais vivenciam com muita expectativa, pois é neste período que participam do cuidado. É o momento de olhar para seu ente querido, de tocá-lo, e ainda, de dialogar com ele, diminuindo assim, a ansiedade de ambos.

As normas institucionalizadas e as rotinas rígidas não permitem escolhas ao paciente. As coisas são impostas de cima para baixo e o paciente passa a ser assistido no verdadeiro sentido da palavra. Assistência como algo passivo. O próprio nome paciente tem uma conotação de passividade e de poucos direitos, mas com deveres e obrigações para com os profissionais e a instituição. Existem horários para tudo, os horários de visita são rigorosos e cumprido a risca. Porém, é preciso transcender a hierarquia e as normas, dando maior flexibilidade nas relações de cuidado. Para que isso ocorra é necessário vontade, percepção e sensibilidade do profissional em fazer diferente, vontade de mudar, permitindo a quebra de normas e flexibilizando rotinas institucionalizadas, muitas vezes ultrapassadas. Tudo isso, exige que o profissional, seja qual for sua disciplina, amplie sua visão da realidade, indo além da doença.

*precisamos repensar as normas existentes na unidade, tornando o horário de visita um pouco mais flexível... **CAMPECHE.***

A rotina e as normas nas instituições hospitalares não podem ser postas de lado, ou simplesmente criticadas. Elas têm sua utilidade e importância no sistema de cuidados, embora não possam estar acima das pessoas, fazendo com que todos sejam tratados da mesma forma. A rotinização exagerada no cotidiano hospitalar poderá levar à massificação do cuidado e a despersonalização do paciente. Os profissionais, em especial os enfermeiros, estão ascendendo a um estágio de consciência que permitirá diminuir o controle sobre o paciente. Nas relações repetitivas ou rotineiras, há um grau mínimo de envolvimento das pessoas, pois elas passam a fazer mero acompanhamento das situações. Durante a execução rotineira, você não pensa sobre o paciente. Pode estar pensando em coisas que esteja envolvido.

*...eu acho que a partir do momento que eles [profissional] entram por aquela porta pra dentro, se eles tem algum problema, devem deixar aqui fora, e então devem atender os pacientes bem, dar atenção. **GAROPABA.***

A flexibilização das rotinas, por sua vez, denota segurança e respeito pela participação do cliente e familiares e também da equipe de saúde. O profissional de saúde, precisa agir com os clientes de maneira diferente, ou seja, proporcionando na

medida do possível, oportunidades de escolha e não impondo normas e rotinas, para que a normalidade dos serviços seja mantida. Afinal, na dinâmica de trabalho dos profissionais ou do sistema de cuidados, mostram-se o cliente e familiares, serem animadores deste sistema. É a partir deles, com eles, neles e para eles que os movimentos / ondulações na ambiência do cuidado acontecem.

O cliente interage com o ambiente através de seu substrato interno e outro externo. Existem variáveis internas e externas que determinam fatores de cuidado. O ambiente interno, próprio de cada ser humano é constituído por suas necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais e interpessoais, que lhe propicia desenvolvimento e facilita o enfrentamento das condições de vida (Watson, 2002). A interdependência existente entre os ambientes interno e externo da pessoa, influencia o estado de saúde ou de doença. A inter-relação do ser humano com o ambiente estabelece-se no momento do cuidado, em que o ser cuidador e o ser cuidado vivenciam o mesmo ambiente.

O ambiente externo imediato do cuidador e do ser cuidado é a unidade de internação, onde os profissionais desenvolvem a prática e vivenciam o sistema de cuidado. O ambiente externo mediato é constituído pelo grupo social no qual se insere, onde a família precisa ser reconhecida como imprescindível no processo de recuperação.

O ambiente externo se caracteriza também pelas mudanças como as de privacidade, conforto, estresse e segurança. Na hospitalização, ou seja, ao se manter a pessoa fora do seu ambiente familiar, ocorrem desajustes, que alteram o todo individual, intensificando a carga de estresse. O estresse é grande preocupação para os cuidadores de unidades críticas, porém se percebe certa dificuldade ou falta de alternativas para o seu manejo. Na visão de Watson (2002), o estresse interrompe as atividades do planejamento normal do indivíduo, da causa a alterações sociais, culturais ou interpessoais, que modificam o estado de saúde.

O ambiente das Unidades Críticas é estressante e de sofrimento pelas limitações impostas pela própria condição do cliente e pelas condições organizacionais a que está inserto. O cliente neste ambiente é privado de sua individualidade, dificultando seu restabelecimento e bem-estar. A privacidade está ligada à saúde e mantém a dignidade e autonomia do ser humano, importante no processo de cuidado.

Na prática atual, o aspecto físico e espacial do ambiente delimita a ação, denota a situação de movimentos e de atuação dos profissionais. As relações de interferência com o todo, no qual estamos inseridos, conferem as características psicossociais. Percebe-se que as unidades críticas possuem relações mais complexas e exigentes com o todo, decorrente do reconhecimento de necessidades e da interdependência do contexto.

Aliados ao aspecto físico e espacial do ambiente de cuidado, têm a estrutura tecnológica, que trás facilidades e melhores condições ao trabalho. O domínio de novas alternativas tecnológicas, aliadas ao uso de equipamentos e materiais mais adequados, tornam a prática ao mesmo tempo mais complexa e abrangente. É necessário, dentro de uma nova proposta de prática, preparar o ser humano cuidador a usufruir dos benefícios da tecnologia, como forma de complementação, estabelecendo-se em forma de relação com a prestação do cuidado e não como obstáculo à prática.

Não obstante aos outros sub conceitos do ambiente, a ideologia apresentada pelo conjunto de idéias próprias de cada ser acerca do cuidado, precisa ser mais bem conhecida e compreendida. A arquitetura e a estética que envolve o som, o cheiro, a cor e a luz formam a estrutura física, complementada pela religião e ética. A revisão da forma organizativa em que se trabalhe e se busque a recuperação da ação gerencial com o ambiente pode ser fator importante para o alcance de resultados positivos, que proporcionam o ambiente adequado para o cuidado.

Os profissionais indicam que preferem trabalhar em um ambiente organizado e estético, aspectos que facilitam o trabalho. Procuram, dentro do padrão institucional, manter o senso de conveniência. Expõem que há necessidade de maior interação da pessoa ao ambiente, como elemento importante no processo de cuidado. O ambiente, para os profissionais de saúde, age como facilitador do cuidado, bem como motivador de satisfação para a equipe de saúde.

Os participantes enfatizam em suas falas que o ambiente está relacionado ao conforto, e os profissionais de saúde podem promover o ambiente de conforto, seguro e de apoio, ajudando o cliente a desenvolver suas forças em busca da recuperação. O cliente ao entrar na instituição, divide a responsabilidade de sua recuperação com a equipe. Equipe esta, que necessita criar um ambiente protetor em todos os níveis, e estar preparada para proporcionar atendimentos às necessidades humanas conscientemente, administrando um cuidado humano

essencial, potencializando a aliança mente, corpo, espírito; a totalidade e a unidade do ser em todos os aspectos do cuidado.

A segurança do ambiente é outro aspecto delineado pelos participantes do estudo. Enfocar atividades como controle de infecção e administração de tratamento seguro, incluindo orientações a clientes e familiares e supervisão da equipe, são determinantes na recuperação e na satisfação do ser cuidado.

Ao refletirmos sobre os discursos dos clientes e familiares, encontramos a representação das afirmações acima.

É uma hora muito difícil pra família, mas os profissionais nos deixam com mais segurança, deixam um pouco mais tranquilo. DO ROSA.

Com a hospitalização percebe-se maior atenção dos profissionais. DO SONHO.

A análise dos discursos possibilitou apreender a partir da reflexão dos participantes, que melhorias no ambiente conduzem ao engajamento das pessoas, oferecendo condições para realização do cuidado. Os participantes salientam que as alterações, as inovações incorporadas no ambiente, são ações facilitadoras do cuidado.

Observa-se, deste modo, que existe entre o ambiente e o ser humano um processo de interação, em transformação constante. De forma contínua, a pessoa transforma o meio e o meio transforma. O ambiente pode facilitar, criar ou impedir a relação de cuidado entre os seres humanos.

O cliente quando satisfeito se sente envolvido. O que está sendo bom para ele certamente está sendo bom para outros, saindo em defesa do cuidado ali prestado, reconhecendo a parte que lhe toca quando surgem manifestações de descontentamento ou comportamentos de desordem (ERDMANN, 1996).

O gosto e a procura pelo novo, limpo e moderno conferem ao ser humano, sentimentos de recuperação, de aprimoramento pessoal, de substituição e de renovação. Os depoentes traduzem as melhorias ambientais como maneiras de alcance de um novo tempo, de valorização e renovação para a pessoa.

6.16.2 Influências e condições determinadas pelo ambiente: a visão do profissional

A complexidade ambiental é tanta, em decorrência da multiplicidade de relações que se estabelecem entre todas as partes de um sistema vivo, que quanto mais aberta mais gera, potencialmente, as desordens (LEFF, 2003).

Os profissionais de saúde participam na manutenção e melhoria do ambiente de cuidado. Reconhecer a importância desses profissionais é vital para a prestação do ser cuidado, pois o profissional de saúde é capaz de criar e facilitar a identificação de condições para o estabelecimento da relação interpessoal do cuidado.

*Trabalhar em UTI possibilita dar mais atenção ao paciente. **MOLE.***

*Ao trabalhar em UTI o profissional contribui com o ser cuidado, para que este não se sinta inseguro, sozinho ou com medo do ambiente. **JOAQUINA.***

A valorização profissional, segundo os participantes, parte de cada profissional de saúde e não das outras pessoas da sociedade. A busca da expressão social dos profissionais da saúde tem seu início dentro de cada núcleo profissional, para depois, através de ações mais arrojadas, ser reconhecido ainda mais pela sociedade.

*Trabalhar em UTI gera satisfação e gratificação pessoal. **MORRO DAS PEDRAS.***

A busca por maior valorização profissional pode ser visto em cada disciplina. Essa valorização, porém, tornou-se um objetivo do ser humano enfermeiro, pois, apesar de todo esforço despendido, ainda está longe de ser reconhecido pelo que é e pelo que faz. No entendimento dos sujeitos participantes da pesquisa a busca por uma maior valorização profissional, não somente em termos financeiros, mas políticos e sociais, é uma luta de classe.

*... divulgando e demonstrando as verdadeiras funções do profissional enfermeiro para os pacientes e familiares. **AÇORES.***

*... ampliando nosso espaço [enfermeiro] na comunidade. **CAMPECHE***

O profissional de saúde, se estiver feliz e realizado no que faz, tem motivos para inovar, estimular a criatividade e fazer do trabalho um fator de qualidade de

vida, e não algo estressante e desmotivador. Estando em sintonia com a profissão escolhida torna o trabalho um complemento da vida da pessoa, como dizem nestes discursos:

*... estou muito feliz neste setor, pois através do meu trabalho, posso promover melhores condições de cuidado. **ARMAÇÃO.***

*Trabalhar em UTI é uma realização pessoal. **JOAQUINA.***

O ambiente físico é parte imprescindível no cuidado. A verificação diária das condições de instalações, dos equipamentos e dos materiais da unidade são imprescindíveis para a qualidade do cuidado. O zelo pelo ambiente e pelas instalações faz parte da rotina dos profissionais na instituição de trabalho. Provendo melhores condições de cuidado envolve também, a organização dos sistemas de cuidados, os aspectos técnicos referentes às normas, rotinas e controles, que entre outros, dão a noção exata do cotidiano do profissional de saúde no hospital. Essas atribuições de controle, burocracia, bem como o corre-corre, apagando *incêndios* a toda hora, fazem parte da vida dos profissionais, em especial do profissional enfermeiro. A organização do ambiente de trabalho repercute diretamente na eficácia organizacional, na satisfação e na qualidade de vida e no trabalho dos profissionais.

*Trabalhar em UTI faz o profissional sentir-se útil. **LAGOINHA DO LESTE.***

*Trabalhar em uti trás satisfação profissional. **MATADEIRO.***

A falta de manutenção e instalações inadequadas no ambiente hospitalar são fatores que comprometem o conforto do cliente, como repercussões no cuidado, constituindo-se num impedimento para que as intervenções dos profissionais de saúde tenham qualidade. Além disso, a pressão do ambiente pode levar ao desgaste físico e emocional da equipe. Por sua vez, um local de trabalho adequado, agradável e funcional, torna as relações amistosas e favorece o bom desempenho dos profissionais. Para que o cuidado tenha eficiência e eficácia, é importante que haja organização das tarefas, acomodações adequadas, manutenção eficiente dos equipamentos e que as relações entre as pessoas da equipe sejam efetivas. São fatores que impulsiona o trabalho a ter um sentido diferente, deixando de ser visto como sofrimento, e passando a ser um local interessante, onde é possível conviver

com pessoas e exercitar o sentimento de vínculo. Além disso, estimulam o desenvolvimento de criatividade e possibilitam realização e a efetivação potencial existente em casa ser profissional.

*Boa convivência, bom relacionamento entre os profissionais também é uma forma de cuidado. **MORRO DAS PEDRAS.***

*Ter um bom relacionamento é indispensável para um bom trabalho, e ter bons conhecimentos técnicos é, também, indispensável para um bom trabalho. **AÇORES.***

*Trabalhar em UTI trás segurança, porque nossa equipe é unida, aqui tem união, muita união, é um trabalho interdisciplinar de verdade. **CAMPECHE.***

Watson (2002) destaca em seus dez fatores de cuidado que a promoção de um ambiente de apoio, de proteção biofísicas, psicofísicas, psicossociais e/ou interpessoais, é um dos requisitos para o cuidado. Enfatiza que existem variáveis internas e externas que determinam fatores de cuidado. A interdependência existentes entre os ambientes internos e externos da pessoa, influenciam o estado de saúde e de doença. A autora apresenta como variáveis externas o estresse, o conforto, a privacidade, a segurança, o ambiente limpo e estético. Destaco que o ambiente externo, organizacional, pode significar fator motivacional para a satisfação dos membros que atuam no cuidado.

Reforço que o ambiente pode facilitar, criar ou impedir a relação de cuidado entre os seres humanos, portanto, precisamos alterar a realidade existente, na qual pretendemos alcançar a humanização da prática do cuidado.

Na ambiência do cuidado confluem os impactos e as extremidades de cada fenômeno participante das relações de cuidado, se ninguém se encarrega de tentar governar as extremidades, com base em uma concepção integrada, a insustentabilidade nas relações é inevitável (LEFF, 2003).

Por isso, viver o sistema de cuidados, no espaço de quem cuida e de quem é cuidado, é conseguir intercalar o prosaico com o poético, os momentos de solidariedade orgânica e os momentos de solidariedade mecânica, já que o mecânico / técnico / rotina ainda não podem ser deixados de lado. É viver as ocorrências, as tensões e riscos dos momentos do cuidar, que são mutantes, imprevisíveis e plenos de significados para as contraditórias diferenças na existência humana. Esta existência se torna cada vez mais o mundo próprio do cuidador, pelas

trocas de energias efetivadas neste espaço / ambiente vividos na subjetividade e objetividade de um cuidado afetuoso (ERDMANN, 1998).

6.17 SENTIDO / FINALIDADE DO CUIDADO

Quando da elaboração das estratégias da entrevista em profundidade, quais perguntas deveriam ser formuladas, surgiu o seguinte questionamento: qual o resultado desse cuidado? Que conseqüências têm esse processo de cuidar? Qual o sentido / a finalidade do cuidado? Assim, através do questionamento efetuado e da análise da finalidade do cuidado presente nos discursos dos participantes do estudo, possibilitou a evidência dos resultados deste cuidar.

Surge como finalidade essencial do processo de cuidar, a melhora clínica do ser cuidado, a sua recuperação, ou seja, o cuidado é uma forma de restabelecer a saúde do ser cuidado, ajudar o outro a crescer e a se realizar, contribuindo para a qualidade do processo de ser e viver dos seres humanos. Para Watson (2002), o cuidado inclui a aproximação, a relação de cuidado, de ajuda, para superar desafios e adaptar-se diante de novas situações de saúde e doença. O cuidado neste sentido é manutenção e reparação de aspectos que permeiam o ser humano.

*O grande resultado é a melhora do paciente ou ver pelo menos que ele esta bem, que tu pode fazer alguma coisa pra melhora dele. **FERRUGEM.***

*... prevenção de problemas piores e problemas futuros, cria assim um elo que tu queres ver a pessoa bem, queres ver ela sair daquela situação, quando ela se encontra critica, com tudo o que se faz em função disso(...). **CAMPECHE.***

O cuidado se desenvolve voltado para as necessidades e desejos dos seres humanos envolvidos na relação de cuidado, no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. O cuidado parece ser a resposta às necessidades manifestadas / percebidas, porém, podem ser dirigidas por necessidades criadas ou provocadas por diversos fatores.

Nos discursos dos participantes, observa-se também, a finalidade paliativa do cuidado, ou seja, o cuidado paliativo surge no sentido do ser humano aceitar as limitações impostas pela doença.

... a cura não é o único resultado ao tratamento muitas vezes ele vem a morrer e o profissional que trabalha na UTI não deve se sentir angustiado com isso também então, o principal é o bem estar e o melhor pro paciente,

*quer seja que ele saia da UTI melhorado, quer seja, que ele venha a morrer sem dor e sem angústia dentro da UTI. **SOLIDÃO.***

*Mesmo ao prestar um bom cuidado, a gente sabe que um resultado ruim (ex: morte) pode acontecer mesmo que o cliente receba um ótimo cuidado. **DA SILVEIRA.***

Este cuidado auxilia os seres envolvidos a realizar-se a si mesmo, criador de valores próprios, tendo consciência de sua própria limitação. Erdmann (1998) afirma que todo ser humano busca o cuidado pela vontade de sobreviver, esse cuidará segundo valores de vida e amor próprio, estando na dependência também da vontade de outras pessoas para que ele sobreviva.

O resultado do cuidado implica também, em troca no alcance de algo desejado a partir de ações conjuntas, troca que pressupõe envolvimento, relação de confiança e segurança.

*O cuidado resulta na confiança, na proteção e no fortalecimento da fé. **GAMBOA.***

*Através do cuidado prestado lá na UTI, minha vida foi salva; eu senti bastante confiança nos profissionais também. **INGLESES.***

Para os participantes do estudo, o cuidado é realizado por meio de um processo que tem por finalidade a promoção de níveis crescentes de confiança e segurança e conseqüentemente da qualidade de vida das pessoas envolvidas. A confiança e a segurança aparecem nos fatores cuidativos de Watson, sendo considerado como um dos componentes do cuidado.

Outra finalidade emergida dos discursos é o conforto. Considerando que o ser humano é o elemento principal e central do cuidado de enfermagem, o conforto tem sido investigado e pode ser caracterizado dentre as dimensões psicológicas, sociais, fisiológicas e ambientais, além de ser considerado como o objetivo a ser alcançado ao cuidar-se (FREITAS, 2000). Constatou-se que muitas dos discursos dos seres envolvidos no cuidado tiveram como enfoque principal o bem-estar e conforto daqueles serem que eram cuidados.

*O cuidado trás como resultado o conforto para o cliente e para a família. **GAROPABA.***

*O cuidado gera um conforto no sentido de não ter tantas dores(...). **JURERE.***

O resultado do cuidado como conforto pode ser tanto eminentemente físico quanto afetuoso e atencioso; oferece também proteção, na medida em que ampara

os seres cuidados. O conforto faz parte do processo de cuidar, pois é elemento presente no mundo da enfermagem.

O cuidado resulta também em promover o viver; está ligado à preservação da vida, faz parte de nosso cotidiano, pois assim como o surgimento da vida, perpetua-se de geração em geração, garantindo a sua existência. (COLLIÉRE, 1986).

A qualidade de vida também transita pelos sistemas organizacionais de cuidado, nas possibilidades do exercício de cidadania das pessoas destes sistemas é uma das finalidades trazida pelo sistema de cuidados.

*O cuidado trás continuidade para a vida. **MOÇAMBIQUE.***

*O cuidado resulta numa melhor qualidade de vida. **DO SONHO.***

O cuidado visualizado pelos participantes no sentido de promover, proteger e preservar o viver, demanda técnica e sensibilidade humana. Ajuda as pessoas a encontrarem significados na doença, no sofrimento e na dor, bom como na sua própria existência. Neste sentido, o cuidado apresenta um meio de manter e promover a vida.

Erdmann (1996) refere que o cuidado está na organização da vida dos seres cujo papel emerge nas questões da saúde dos seres vivos. A saúde / doença perpassa pelos movimentos / ondulações do viver nos limites das sensações, conforto e desconforto, na esperança de novos momentos, na possibilidade de estar numa situação e de se preparar para a outra, e do sentir energia para superar os confrontos / exigências do meio e de se alimentar deste meio nos processos auto-eco-organização. E, a saúde está no sistema organizacional de cuidado onde o saudável está no viver os altos e baixos, as efervescências e dores, num vaivém de alegrias / brilhos e tristezas, na harmonia conflitual regulada pelo limite de interseção da morte e da vida.

A partir das dezessete idéias nucleadoras que emergiram enquanto categorias das dimensões de cuidar aqui apresentadas, construiu-se a figura 4 na tentativa de demonstrar a inter-relação das categorias.

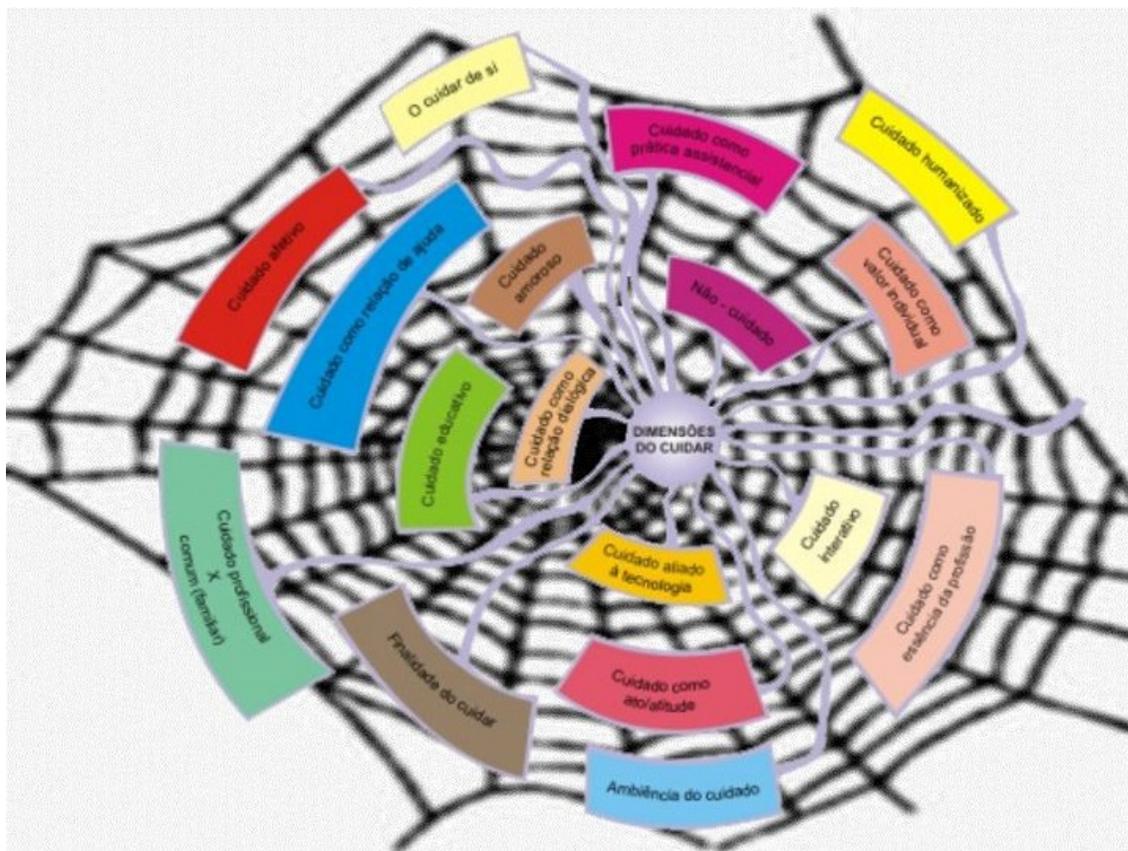


Figura 4: Inter-relação das dimensões de cuidar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao final deste estudo, sinto como se ainda houvesse muito do caminho a ser percorrido. A caminhada feita até aqui me possibilitou descortinar as dimensões do cuidado existente em UTI e responder alguns dos questionamentos lançados no início da trajetória, porém, tenho consciência de que outros permanecem como interrogações e que precisamos avançar, porque como profissionais e indivíduos inacabados que somos, dispomos da possibilidade de crescer, mudar, modificar, interferir na nossa realidade vivencial e laboral. Considerando a natureza do estudo e a descrição que culminou nesta dissertação, traço aqui algumas reflexões acerca do caminho percorrido, sem ter, no entanto, a intenção de esgotá-las. Tenho convicção de que apenas os primeiros passos foram dados.

Procurando responder a questão norteadora - Quais as dimensões de cuidado humano existentes em um ambiente necessariamente tecnicista como a UTI – desenvolvi o estudo junto aos seres humanos que vivenciam a internação em terapia intensiva, utilizando como suporte teórico a teoria da complexidade e sistemas complexos e a teoria de Jean Watson (2002) e como suporte metodológico para a análise dos dados a interpretação hermenêutica de Ricoeur (1990).

Neste sentido, buscou-se alcançar o seguinte objetivo: compreender as dimensões de cuidado humano experienciado em uma UTI pelos profissionais de saúde, clientes e familiares, fundamentado no cuidado humano complexo. Para a concretização deste objetivo, foi criado espaço para o diálogo e para a reflexão, onde ocorreram aprendizagens, trocas e descobertas. Neste tempo e neste espaço, buscou-se conhecer a experiência do cuidado humano em UTI.

Através do processo de lapidação dos discursos, várias unidades de significados, subtemas, temas e categorias ou idéias nucleadoras surgiram fazendo emergir as dimensões de cuidar. Encontrou-se um total de dezessete categorias. É possível que, em outro momento a releitura suscite novas hipóteses e novos questionamentos que possivelmente, levem a ampliação do tema estudado.

Passo a descrever as dimensões de cuidar que emergiram dessa trajetória, desta realidade temporal e das informações obtidas através dos discursos: Cuidar de si; Cuidado como valor individual; Cuidado profissional X comum; Cuidado como relação de ajuda; Cuidado afetivo; Cuidado humanizado; Cuidado como ato / atitude; Cuidado como prática assistencial; Cuidado educativo; Cuidado como relação dialógica; Cuidado aliado a tecnologia; Cuidado amoroso; Cuidado interativo; Não-cuidado; Ambiência do cuidado; Cuidado como essência da profissão e Sentido / finalidade do cuidado.

Todos esses pontos emergidos das reflexões dos discursos presentes nas relações de cuidar existentes nos sistemas organizacionais de cuidados, aliado a complexidade e ao cuidado transpessoal, nos fazem perceber os resultados elucidativos das dimensões do cuidado.

Este foi um trabalho que exigiu concentração, dedicação integral e muita disposição física e mental, mas, ao mesmo tempo, rico e gostoso de ser feito. Várias vezes, fiquei sem saber para onde ir. Sabia que tinha que caminhar, mas não vislumbrava para onde. Foram momentos conflitantes, mas jamais tive vontade de parar. Pelo contrário, queria seguir em frente nesta busca, pois reconhecia a importância dos aspectos significativos encontrados, na compreensão de experienciar às dimensões do cuidar na terapia intensiva.

Momentos significativos aconteceram durante as entrevistas em profundidade realizadas e a convivência com os participantes da pesquisa. A riqueza dos dados foi uma grata surpresa que não imaginava encontrar quando iniciei o trabalho. O estudo possibilitou compreender como acontece a relação do cuidador com o ser cuidado, como vivenciam a diversidade de aspectos relacionados ao cuidado no ambiente hospitalar, e as estratégias e ações utilizadas ou sugeridas para ampliar as dimensões nas relações do cuidado.

No cotidiano vivido por estas pessoas puderam ser pontuados os seus discursos, a dinâmica do trabalho, as diferenças encontradas, a integração e a diferenciação, as relações de poder, as articulações e negociações, os

envolvimentos e os pertencimentos, a utilização dos espaços, a aceitação e os mecanismos de superação, as aproximações e os distanciamentos, as liberdades e as autonomias, como elementos que estruturam a vida deste sistema de cuidar.

Corroboro com Erdmann (1996) quando esta afirma que o cuidado pode ser visto como polifuncional e polivalente, extrapolando a funcionalidade objetiva e seus efeitos nos limites das possibilidades de constatação. O cuidado contém elemento intrínseco a relação pessoa-pessoa e está presente na vida humana, no seu processo vital, nas condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer / transcender. Neste processo de vida humana o processo do ser saudável / adoecer / curar passa pelos potenciais humanos e pelos riscos relativos a que os indivíduos estão expostos nas suas condições sociais e naturais de vida.

Acredito que o sentido do cuidado, para os profissionais, ainda é um motivador de indagações, mas ao mesmo tempo poderá tornar-se uma potencialidade, ao ser descoberta em sua profundidade, sendo utilizada como forma de valorização da vida do ser humano. Que no compartilhar do cuidado, que nas relações de cuidado, tanto o cuidador como o ser cuidado, possam ter condições de viver suas potencialidades, com melhores perspectivas e encontrem o sentido e a capacidade de lutar para um viver melhor. Que a relevância da enfermagem resida nos compromissos com os ideais humanos, na teoria, na prática e na investigação (WATSON, 2002).

Ao pensar e refletir sobre as dimensões de cuidar existentes nos sistemas de cuidado, utilizando-me do referencial de complexidade senti certa dificuldade, pois este exige atenção redobrada. Porém, ao pensar e refletir sobre as propriedades do cuidado, observando a organicidade do sistema de cuidado, mergulhando mais fundo no fenômeno através do olhar da complexidade, consegui vislumbrar um cuidado que sente a necessidade de contextualizar-se, globalizar-se e interligar-se aos saberes, considerando a multidimensionalidade das relações do cuidado.

A escolha da Teoria do Cuidado Transpessoal foi muito oportuna, possibilitando abertura para o novo, para o belo, para a espiritualidade, ao mesmo tempo em que facilita a inter-relação e a inter-subjetividade com o outro. Segundo Watson (1996) este é um dos objetivos de seu modelo: desenvolver o ser humano a partir de seu interior, de sua transcendência para que a profissão possa ganhar

impulso e reafirmar-se perante a sociedade, sem estar, necessariamente, subjugada a outras profissões. Acredita que a adoção do cuidado como valor e ideal moral da profissão é o que a tornará diferente.

Aliar o cuidado transpessoal ao cuidado complexo possibilitou-me visualizar as dimensões variadas do cuidado. Com certeza, ao iniciar este trabalho, não possuía em meu imaginário a amplitude de resultados que esse tipo de estudo pudesse me proporcionar.

É possível que neste estudo ainda tenha muito para ser dito, compreendido, entendido, assimilado. Porém, o objetivo proposto foi alcançado. Espero que outros profissionais cuidadores continuem investigando o cotidiano das relações de cuidado, pois ao projetar-me para o futuro, percebo o quanto ainda será realizado para aprimorar estas relações, trazendo benefícios a toda a população.

O processo metodológico utilizado foi bastante dinâmico e possibilitou-me ampliar a compreensão do fenômeno: dimensões de cuidado existente em unidade crítica. A pesquisa qualitativa, com um olhar fenomenológico e análise interpretativa de Ricoeur, me proporcionaram identificar e compreender as relações de cuidado, entre cuidador e seres cuidados, de uma determinada realidade.

Ao finalizar essa etapa do meu estudo, muitas sensações me acompanham. Fiz o melhor que pude dentro de uma realidade temporal e de informações obtidas ao longo do período. Ainda não tenho a dimensão exata do crescimento e nem sei se isso é preciso quantificar, porém foi um tempo bastante rico e de crescimento em vários aspectos. Principalmente no que tange ao respeito ao ser humano, às suas idéias, e diferenças.

Os momentos vividos e compartilhados com os seres participantes do estudo ficarão marcados em minha vida, pois houve cumplicidade, reciprocidade, interesse e solidariedade. Eles me proporcionaram visualizar novos caminhos e assumir tendo atitudes diferentes frente ao cuidado e às pessoas. Esse repensar, induzido pelas vivências e experiências relatadas pelos participantes da pesquisa, e pelas leituras feitas dos discursos para responder a minha inquietação, estimularam-se ainda mais a buscar novos caminhos, para que possa praticar com sensibilidade, empatia e satisfação, o cuidado humano.

Espero propiciar aos leitores, especialmente aos colegas enfermeiros/as, o aguçar da imaginação e o prazer de exercitar o cuidado transpessoal e complexo sobre os momentos sutis do cotidiano do cuidado de enfermagem, nas suas

múltiplas facetas e dimensões de estruturas e interações. Este exercício de pensar / idéias / reflexões dependerão da ótica, da visão de mundo da pessoa / leitor e de momentos / situações das múltiplas vivências experienciadas. Acredito ser esta a minha contribuição, neste momento, e o conhecimento desenvolvido poderá enriquecer um pouco mais a profissão da enfermagem.

Espera-se que os profissionais de saúde reflitam sobre o cuidado realizado na UTI. Se este ocorre de forma empática e intersubjetiva, respeitando crenças, valores e se o diálogo tem efetivamente existido, percebendo que no mundo do cuidado em UTI há muito mais do que tecnologia. Acredito num cuidado capaz de englobar as diversas dimensões de cuidar aqui apresentado, fundamentado na relação com o outro, no ser empático, sensível, afetuoso, criativo, dinâmico e compreensível na totalidade do ser humano. Atrás de todos aqueles fios, tubos, lâminas, ruídos e luzes de alarmes há seres humanos cuidando e seres humanos recebendo cuidados, na esperança de recuperação.

Concluo essa etapa do estudo com um poema, escrito por mim na tentativa de englobar as dimensões do cuidado transpessoal e complexo aqui apresentadas. Dedico este poema a todos os cuidadores que experienciam uma autêntica relação de cuidado, em especial a minha Orientadora Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann.

Aos cuidadores

Sua missão é em benefício dos outros: cuidar da vida, essência da profissão
 Sua afetividade terá a frente o compromisso e o dever social de cuidar com Amor
 As relações dialógicas sempre farão parte das suas relações de cuidar
 Sua criatividade e ousadia mudarão paradigmas
 Tecnologia aliada à sensibilidade serão seus companheiros na eterna jornada que tens a
 enfrentar
 Veja cuidador, o brilhantismo de suas assistências trarão esperança a quem dela
 necessita
 Seu coração esbanjará nobreza, amor, solidariedade e suas mãos empunharão o mágico
 poder da recuperação para o ser cuidado
 Sinta cuidador, as magnitudes de seus atos / atitudes fascinarão o sistema de cuidar
 A ambiência do cuidado se transformará na nave erudita do conhecimento, quando sua
 meta for promover o viver
 Ouça cuidador, o clamor daqueles que necessitam das relações de ajuda
 Doenças e sentimentos negativos envolvem o mundo, e suas funções estarão postas em
 prova
 A qualidade de vida como finalidade do cuidar será seu solene castelo imperial, e dela
 serás sempre guardião
 Trabalho e serenidade estarão presentes no seu pergaminho de formulações, pois este
 será seu mapa de orientação
 Várias vezes, sobrepujará em suas cabeças o véu da incerteza, do cuidado / não-
 cuidado / descuidado, mentalidades infrutíferas tentarão abalar seus conceitos,
 indiferença e ausência de reconhecimento farás tu mesmo duvidar de suas reais
 dimensões
 Neste momento, a meditação e seu propósito de vida, as interações e o envolvimento
 transpessoal, trará de volta a radiante luz da inspiração
 E as expectativas herdarão novos motivos para acreditar
 Caminhos novos serão traçados e cavalgarás por nações, religiões, culturas e raças e em
 todas elas levará seu legado, legítimo e verdadeiro
 Liberta-te das correntes do comodismo e assuma sua atitude, ó cuidador !
 Pois tu tens um valor único!
 Faça da educação sua espada
 Da humanização seu escudo
 E da ética, sua eterna armadura!

Keyla Cristiane do Nascimento
 Agosto de 2005.

REFERÊNCIAS

1. ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 2 ed. São Paulo: Martins Fortes. 1998.
2. AXELROD, RM. **The complexity of cooperation: agent-bases models of competition and collaboration**. New Jersey: Princeton University Press, 1997.
3. BAPTISTA, C.L.B.M., **Convivendo e compreendendo: assistência de enfermagem ao paciente e a família no serviço de emergência**. Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), UFSC.
4. BARBOSA, S.F. **Indo além do assistir – cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em UTI**. Dissertação de Mestrado UFSC, Florianópolis, 1995.
5. BETTINELLI, L.A. **Cuidado solidário**. Passo fundo: Pe Berthier, 1998.
6. BICUDO, M.A.V. Sobre a fenomenologia. In: BICUDO, M.A.V.; ESPÓSITO, V.H.C. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa em educação**. 2. ed. Piracicaba: UNIMEP, 1999. p22.
7. BITTES, A.J. **Cuidando e des-cuidando: o movimento pendular do significado do cuidado para o paciente**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.
8. BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis, vozes, 1999.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo. **Diário Oficial**. Nº106 – E, p.09-18. junho 1998.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 1996.

11. CAMPONOGARA, S. **Educar para cuidar**. Uma proposta fundamentada na teoria do cuidado transpessoal. Dissertação Mestrado em Enfermagem, UFSC. Florianópolis, 1999. 191p.
12. CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1996.
13. CELICH KLS. Dimensões do processo de cuidar: a visão das enfermeiras. Rio de Janeiro: EPUB, 2004.
14. CHAVES M. **Complexidade e transdisciplinariedade: uma abordagem multidimensional do setor saúde**. Rio de Janeiro, maio de 1998. Disponível em: URL <<http://www.ne.ufrj.br/complexi.htm>>
15. CHIAVENATO I. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: MacGraw-Hill. 3 ed. 1987.
16. COELHO, C.C.S.R. **Complexidade e sustentabilidade nas organizações**. Tese Doutorado UFSC, 2001. 205p.
17. COLLIÈRE, M.F. **Promover a Vida**. Lisboa: sindicato dos enfermeiros. Portugueses, 1989. 385p.
18. COLLIÈRE, M.F. **Invisible care and invisible women as health care-providere**. International Journal of Nursing Studies. 23 (2). P.95-112. 1986.
19. CURRY, S. **Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente UCI**. Nursing, Portugal, n.94, p.26-30, nov.1995.
20. DAVIDSON, Alice W. e RAY, Marilyn A. Studying the human environment phenomenon using the science of complexity. **Adv. Nurs. Sci.**, 1991: 14(2)73-87, dez. 1991.
21. ERDMANN, A.L. **Sistema de cuidado de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.
22. _____. **O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde**. Texto e Contexto enfermagem. V.7. N.2, p.52-69. Florianópolis, 1998.
23. ERDMANN et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado, 2004.
24. FAIRMAN, Julie. Vigilância atenta: Cuidado de Enfermagem, tecnologia e o desenvolvimento das unidades de terapia intensiva. **Nursing Research**, v.41, n.1, p.56-60. jan/fev, 1992.

25. FERREIRA, A.B.H. **Dicionário da língua portuguesa.** 2ed. Rio de Janeiro: editora nova Fronteira S.A. 1986.
26. FREIRE, P. **Conscientização – teoria e prática.** Uma introdução ao pensamento de freire. 3.ed. São Paulo: Moraes, 1980.
27. FREITAS, K.S.S. **O cuidado no processo de ser e viver de educandas de enfermagem.** Florianópolis, 2000. 166p. Dissertação (mestrado). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. UFSC.
28. FIGUEIREDO ET AL. A dama de brande transcendendo para a vida/morte através do toque. In: WALDOW, V.R. et al. **Marcas da Diversidade:** saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto alegre: Artes Médicas, 1998.
29. GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem.** Tradução de Garcez, M. Regina . Porto alegre: Artes médicas, 1993.
30. GERGES, M. C.; PROENÇA, R. P. C.; CUNHA, C. J. C. A. Estratégias Competitivas em Organizações Públicas: O caso do Hospital da UFSC. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 137-153, abr./jun., 1995.
31. GOMES, Alice M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.** 2.ed. São Paulo, 1988. 217p.
32. GÓMEZ, R.V.R. **Filosofía Del cuidado humano em la teoria de Jean Watson.** Tese de Doctorado em Enfermería, Salud y Cuidado Humano. Universidad de Caraboro. Valencia, 2003. 146p.
33. HAYASHI, AAM. **O cuidado de enfermagem no CTI:** da ação/reflexão a conscientização. Florianópolis, 2000. 112p. Dissertação (mestrado). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. UFSC.
34. HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Trad. De Márcia de Sá Cavalcante. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 325p.
35. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Regimento interno do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.** Florianópolis, SC. 1992. 21p.
36. HUDAK, C.M., GALLO, B.M. **Cuidados intensivos de enfermagem:** uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997. p.01-109.
37. KERBER, C.A. **Laboratório de hemodinâmica:** o espaço organizacional do trabalho de enfermagem para um cuidado humanístico tecnológico. Dissertação Mestrado em enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2001.

38. KIMURA, M. Problema dos pacientes de unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros. **Revista Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.22, n.2, p.169-179, ago. 1988.
39. KNOBEL, E; KÜHL, S. D. Organização e funcionamento das UTIs. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 1998. p.1315-1330.
40. KOIZUMI, M. S., et al. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva: problemas sentidos e expectativas em relação a assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.113, n.2, p.135-145, 1979.
41. LACERDA, MR. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. Dissertação Mestrado, UFSC. Florianópolis, 1996. 94p.
42. LEFF, E. A complexidade ambiental. Tradução: WOLFF, W. São Paulo, Cortez, 342p. 2003.
43. LEININGER, MM. **Caring: an essential human need**. Detroit: Slack, 1991.
44. LEININGER, MM. **Care: an essential human need**. Thorofare, 1981.
45. MAYEROFF, M. **A arte de viver e servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.
46. MEIRELLES BHS. **Viver saudável em tempos de aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV**. [Tese de Doutorado em Enfermagem]. Florianópolis (SC): UFSC; 2003. 310 p.
47. MINAYO, MC DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo, Pioneira, 1994.
48. MORAES, R. **Uma tempestade de Luz: a compreensão pela análise textual qualitativa**. Santa Maria, s.d. (mimeo).
49. MORAIS, C.F. Considerações sobre o trabalho psicológico em UTI. **Rev. Hosp. Adm. Saúde**, v.15, n.5, p.231-235, set/out. 1991.
50. MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Corte, 2000.
51. _____. **A cabeça bem feita – repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
52. _____. **Ciência com consciência**. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 350p.
53. _____. A noção de sujeito. In: SCHMITMAN, D.F. **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto alegre: Artes Médicas, 1996.

54. _____. **Introdução ao pensamento complexo**. 2ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.
55. _____. **O método IV**. As idéias: a sua natureza vida, habitat e organização. Portugal: Europa-America Ltda, 1991.
56. _____. **Para sair do século XX**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
57. MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento Interpessoal**. 5.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1996. 276p.
58. MOTTA, M. G. C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital**. [Doutorado em enfermagem] Curso de Pós-graduação em enfermagem. UFSC. Florianópolis. 1997. 207p.
59. NAZÁRIO, N. O., **Fragments de uma construção do assistir em situações de Emergência / Urgência**. Florianópolis: Editora Insular, 1999.
60. NITSCHKE, R. G., **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho**. Florianópolis, 1999. Tese (Doutorado em Filosofia da enfermagem) UFSC.
61. PATERSON, J.G. & ZDERAD, L.T. **Enfermeira humanística**. Editorial Limusa. México, 1988.
62. POLIT, D.F. HUNGLER, S.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. 391p.
63. RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira**. Goiânia: AB, 1998. 63p.
64. REEDER, F. **Hermeneutics**. In: Paths to knowledge methods for nursing. National League for Nursing. New York, 1988.
65. REICH, W.T. **History of notion of care**. In: Bioethics encyclopedia. 2ed. New York: Mac Millan Library; 1995.
66. RICOEUR, P. **Interpretação e ideologia**. Trad. Hilton Japiassu. 4.ed. Rio de Janeiro: F. Alves. 1990. 172p.
67. SECAF, V., **Artigo científico: do desafio à conquista**. São Paulo: Reis editorial, 2000.
68. SILVA, A.L., **Cuidado como momento de encontro e troca**. Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1998, p. 75 - 79.
69. _____. **Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: UFPEL, 1997. p.215.

70. _____ *O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado.* in: MEYER, D.E., WALDOW, V.R., LOPES, M. J. M., (org). **Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap.11. p.208, 212, 226.
71. TARRIDE MI. **Saúde Pública: uma complexidade anunciada.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. 107p.
72. TORRES, G. A posição dos conceitos e teorias na enfermagem. In: GEORGE, Julia B. et al. **Teorias de Enfermagem – os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes médicas, 1993. p.13-23.
73. TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.
74. VAN MANEN, M. **Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy.** New York. The State University of New York, 1990.
75. VARGAS, N.I.T. La tecnología y el cuidado de enfermería. In: **Cuidado y práctica de Enfermería.** Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos, 2000. P. 245.
76. VILA, V. S. C. e ROSSI, L. A. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido".** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, mar./abr. 2002, vol.10, no.2, p.137-144.
77. WALDOW, V. R. **Cuidado: uma revisão teórica.** *Rev. Gaúcha de Enf.*, Porto Alegre v.13, n.2, p. 29-35, jul. 1992.
78. _____ **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 241p.
79. WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem.** Tradução: ENES, João. Rio de Janeiro: Lusociência, 2002. 182p.
80. _____. Watson's theory of transpersonal caring. In: WALHU, P. H., NEUMAN, B. **Blueprint for use of nursing models: education, research, practice and administration.** New York: NLN Press, 1996. P. 141-184.
81. _____. **Watson's Theory of transpersonal caring.** Center for Human Caring. University of Colorado Health Sciences Center School of Nursing, Denver, 1995.
82. _____. **Nursing – The Philosophy and science of caring.** Boulder: Colorado Associated University Press, 1985.

- 83._____. **Nursing: human science and human care – a teory of nursing.** New York: National League for nursing, 1988.
- 84.ZAGONEL, IPS. Et al. Elementos do cuidar/cuidado: a perspecitva de estudantes de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Paraná – Brasil. **Cogitare enfermagem.** Curitiba, v.2,n.1, p.33-38. Jan/jun, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE 01



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nr@nr.ufsc.br



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Keyla Cristiane do Nascimento e juntamente com minha orientadora Dr^a Alacoque Lorenzinni Erdmann, estou desenvolvendo a pesquisa “CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM A SERES HUMANOS EM UNIDADE CRÍTICA: as dimensões do cuidar em UTI”, com o objetivo de compreender as dimensões de cuidado humano experienciado em uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva). Este estudo é necessário porque a realidade atual das práticas de enfermagem está predominantemente ligada às rotinas das unidades de atendimento, estando distanciada da essência humana do cuidado, dando ênfase em seu desempenho funcionalista; assim, espera-se com esse estudo trazer benefícios, no sentido de prover conhecimentos que propiciem melhor qualidade de cuidado para quem cuida e quem é cuidado em UTI. Neste estudo serão realizadas entrevistas, sem trazer quaisquer riscos e desconfortos ao participante. Você será orientada/o quanto ao procedimento da entrevista antes do seu início e poderá interrompê-la sempre que necessário para esclarecimentos.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 48 9977 0266 ou 2408871. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo e anonimato, sendo utilizadas somente neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Pesquisador responsável _____

APÊNDICE 02



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nr@nr.ufsc.br



Sr^a. Gerente de Enfermagem,

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio desta solicitar autorização para desenvolver o projeto de pesquisa do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, na Unidade de Terapia Intensiva desta instituição, no turno da tarde ou em horários a combinar com a chefia do setor, sob a orientação da Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann.

O tema a ser desenvolvido na prática assistencial é o cuidado humano com clientes e familiares que vivenciam a internação em UTI, tomando como base os 10 fatores de cuidado de Jean Watson.

Reitero que serão respeitados os dispositivos da Lei e da Legislação de Enfermagem na condução do trabalho da Prática Assistencial, tendo o compromisso ético em resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição.

Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço pela oportunidade, ao mesmo tempo em que me coloco ao inteiro dispor para maiores esclarecimentos.

Florianópolis, de de 2005.

Mda Keyla Cristiane do Nascimento
Enfermeira

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)