

344
ANA CRISTINA DE ARAÚJO VIANNA

*O MOVIMENTO ENTRE CUIDAR E CUIDAR-SE EM
UTI:
uma análise através da Teoria do Cuidado
Transpessoal de Watson*

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria da Graça
Oliveira Crossetti

Porto Alegre
2001

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

V 617M Vianna, Ana Cristina de Araújo

O movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson / Ana Cristina de Araújo Vianna. - 2001
150 f. - il. Color.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do sul. Curso de Mestrado em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2001. Orientador: Crosseti, Maria da Graça Oliveira.

1. Teoria de Enfermagem. 2. Cuidado em UTI. 3. Cuidadores em enfermagem. I. Crosseti, Maria da Graça Oliveira. II. Título.

Helena Maria Antunes
CRB 10/260

BIBLIOTECA

Escola de Enfermagem da UFRGS

Reg. n.º 735

Porto Alegre, 08/08/02



UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

A Banca Examinadora atribuiu o Conceito Final: A

Nome e Assinatura da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

(Presidente) - UFRGS

Profa. Dra. Vera Regina Waldow

(Membro) - UFRGS

Profa. Dra. Alcione Leite da Silva

(Membro) - UFSC

Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta

(Membro) - UFRGS

Profa. Dra. Ana Bonilha

(Membro) - UFR

Porto Alegre, 6 de setembro de 2001.

De acordo da Mestranda:

Ana Cristina de Araújo Vianna

AGRADECIMENTOS

Acreditando no poder do Amor, do Encontro e da Parceria enquanto caminhantes nessa estrada maravilhosa chamada VIDA, quero deixar registrado o meu agradecimento a todos aqueles que compartilharam comigo momentos que contribuíram para a realização deste estudo.

Em particular, minha gratidão

- ♥ à Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti, por todos os momentos de cuidado que vivemos na construção deste estudo;
- ♥ à Enf. Rosa Adams, por ter me ensinado a importância do carinho e do afeto no cotidiano de UTI;
- ♥ à grande amiga Enf. Valéria Brandelli por seu apoio, carinho, sugestões e acolhida em sua casa em minhas “andanças” por Porto Alegre;
- ♥ às queridas colegas do curso de mestrado por todos os bons momentos que vivemos juntas;
- ♥ às professoras do curso de mestrado pelos conhecimentos amorosamente compartilhados;
- ♥ à auxiliar de pesquisa acadêmica Thais Tonetto Pacheco, por sua valiosa contribuição para que este estudo pudesse tornar-se visível;
- ♥ à psicóloga Mareli Zanella, por seu auxílio em meu mergulho de auto-conhecimento;

- ♥ à Terapeuta Holística Vera Lúcia Zamberlan Angheben pelo incentivo, apoio e cuidado que tem tido comigo durante esta caminhada;
- ♥ aos participantes deste estudo que são co-construtores desta obra, por sua disponibilidade, envolvimento e sensibilidade.
- ♥ ao meu companheiro Nestor, por sua coragem de renovação, fazendo-me acreditar sempre mais no poder do Amor.
- ♥ aos meus filhos Henrique e Roberto, por terem-me ensinado o profundo sentido da palavra cuidado.
- ♥ aos meus pais Paulo e Mary por terem me dado condições de ser no mundo e me ensinado os princípios amorosos da ética humana.
- ♥ a todos os seres humanos que cruzaram meu caminho e, que, quanticamente, passaram a fazer parte de mim.

“Acreditar na possibilidade de atuar amorosamente em UTI é acreditar em nossa humanidade, respeitando o ser do outro, oferecendo condições para que ele possa mobilizar suas energias internas para seu bem-estar.”

Ana Cristina

RESUMO

Este estudo investiga o mundo do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva, e busca compreender de que forma os cuidadores de enfermagem percebem o cuidado de si e do outro nesse contexto, tendo como referencial teórico a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (1996). Constitui-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo proposto por Parse. O estudo desenvolveu-se no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O grupo participante do estudo foi composto por duas enfermeiras e seis técnicos de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva de adultos. Para a coleta das informações foram desenvolvidas **oficinas de arte e vivências**, construídas a partir da adaptação do Método Criativo e Sensível de Cabral, com base no referencial de Watson. Os temas **"EU"**, **"O OUTRO"**, **"O CUIDADO NA UTI"** e **"QUESTÕES DE VIDA"** foram abordados nas oficinas e deles emergiram as seguintes categorias: do tema **"EU"**, a categoria **O CUIDADOR DESVELANDO O SELF** e a categoria **VIVENCIANDO O DILEMA ÉTICO-MORAL**; do tema **"O OUTRO"**, a categoria **VIVENDO UMA TEIA DE RELAÇÕES**; do tema **"O CUIDADO NA UTI"**, a categoria **CUIDADO COMO AÇÃO AMOROSA**, a categoria **PRESENCIANDO SITUAÇÕES DE NÃO-CUIDADO**, e a categoria **EXPRESSANDO O SONHO POSSÍVEL**; do tema **"QUESTÕES DE VIDA"**, a categoria **BUSCANDO SIGNIFICADOS** e a categoria **EVOCANDO A DIMENSÃO ESPIRITUAL**. Concluiu-se que os cuidadores de enfermagem em UTI são seres humanos sensíveis, que sofrem com o sofrimento do outro, que tem um sistema de crenças e valores humanístico-altruístico, vivenciam dilemas ético-morais e percebem-se pouco cuidados nesse mundo do cuidar. Percebem a importância dos relacionamentos no seu cotidiano, reconhecendo a interconexão dos seres nesse contexto de cuidado. Reconhecem a dimensão espiritual do cuidado e buscam significados para as situações vividas. Este estudo fornece subsídios para a construção de um programa para cuidar do cuidador de enfermagem em UTI, com base na Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson.

ABSTRACT

This study explores the world of caring in Intensive Care Unit, and tries to understand the way caregivers care themselves and the other in this context, according to the theory of Transpersonal of Watson (1996). This study refers to the study of the qualitative approach, from the exploratory-descriptive kind proposed by Parse. The study took place at the Hospital das Clínicas in Porto Alegre. The participating group was made of two nurses and six nursery technicians from the Intensive Therapy Center for adults. To collect the data workshops of art and experiences were developed, built by the adaptation of the Creative and Sensitive Method by Cabral, based on the referencial of Watson. The topics **"SELF"** , **"THE OTHER"**, **"THE CARE IN ICU"** and **"QUESTIONS OF LIFE"** were covered at the workshops, and from them emerged as the following categories: from the theme **"SELF"**, the category **THE CARING REVEALING SELF** and the category **EXPERIENCING THE DILEMMA ETHIC-MORAL**; from the theme **"THE OTHER"**, the category **EXPERIENCING THE WEB OF RELATIONSHIPS**; from the theme **"THE CARE IN ICU"**, the category **CARING AS AN AMOROUS ACTION**, the category **EXPERIENCING SITUATIONS OF NON- CARE** and the category **EXPRESSING THE POSSIBLE DREAM**; from the theme **"QUESTIONS OF LIFE"**, the category **SEARCHING MEANINGS** and the category **EVOKING THE ESPIRITUAL DIMENSION**. We concluded that nursing caregivers in ICU are sensitive beings, that suffer with the other's suffering, that has a humanistic-altruistic sistem of beliefs and values, experience ethic-moral dilemmas and see themselves not much cared in this world of caring, recognizing the interconnecting from beings in this caring context. Recognize the espiritual dimension of caring and seeking meanings for the situations experienced. This study shows subsidies to build a program to take care of the nursing caregivers in ICU, based on the Transpersonal Caring Theory by Watson.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	09
APRESENTANDO O ESTUDO	10
1 CAMINHANDO EM DIREÇÃO AO TEMA: vivências e questionamentos	15
2 O ENCONTRO COM O REFERENCIAL TEÓRICO: a Teoria de Cuidado Transpessoal de Jean Watson e o cuidado humano em UTI	24
3 OS CAMINHOS: apresentando a metodologia do estudo	40
3.1 Descrevendo o local do estudo	43
3.2 Apresentando os participantes do estudo	44
3.3 Assegurando os direitos dos participantes	46
3.4 O processo de coleta das informações: descrevendo o vivido	47
3.4.1 Oficina 1: tema “EU” - como me vejo, crenças, valores e limitações	50
3.4.2 Oficina 2: tema “EU” – sentimentos e emoções vivenciados na UTI	54
3.4.3 Oficina 3: tema “O OUTRO” - quem é o outro na UTI e formas de percebê-lo	57
3.4.4 Oficina 4: tema “O OUTRO” – os relacionamentos na UTI	61
3.4.5 Oficina 5: tema “O CUIDADO NA UTI”- o cuidado ao cuidador	66
3.4.6 Oficina 6: tema “ O CUIDADO NA UTI” – o que é o cuidado na UTI, como ocorre e como desejariam que ocorresse	69
3.4.7 Oficina 7: tema “QUESTÕES DE VIDA” – convivendo com a morte e o sofrimento na UTI	75
3.4.8 Oficina 8: tema “QUESTÕES DE VIDA” – sentido da vida e espiritualidade	78
3.5 Analisando as informações	82
4 DESVELANDO O MUNDO VIVIDO PELO CUIDADOR	85
5 APROPRIANDO-ME DOS SIGNIFICADOS EMERGIDOS	131
REFERÊNCIAS	143
ANEXO A: Consentimento Livre e Esclarecido	146
B: Você quer mesmo ser saudável, próspero e feliz?	148
C: O Centésimo Macaco	150

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Produção artística expressando quem é o cuidador de enfermagem e quais suas limitações pessoais para cuidar	52
FIGURA 2 - Cartaz construído coletivamente referente a crenças e valores que movem o fazer em UTI	53
FIGURA 3 – Painéis construídos em grupos expressando quem é o outro com quem convivem na UTI e os modos de percebê-lo	60
FIGURA 4 – Dramatização da colocação de <i>intracath</i> enfatizando os relacionamentos na UTI	64
FIGURA 5 – Técnica de explosão de idéias sobre o que é cuidar em UTI	72
FIGURA 6 – Almanaque construído a partir de sugestões para inovar o cuidado na UTI	73
FIGURA 7 – Expressão artística do significado da morte	77
FIGURA 8 - Produção artística sobre o sentido da vida e espiritualidade	80
FIGURA 9 - Representação gráfica das categorias emergidas	130

APRESENTANDO O ESTUDO

Ao refletir sobre o momento pelo qual a humanidade está passando nesta transição de milênio, percebo, na sociedade, um repensar de valores, de crenças, de formas de ver e agir no mundo que buscam preencher os vazios deixados pelo modelo vigente que pouco tem contribuído para que os seres humanos estejam felizes, irmanados, integrados e solidários.

Também percebo que o pensamento cartesiano-mecanicista (CAPRA,1982) vem sendo questionado, dando lugar à visão holística* da realidade, que surge como nova maneira de perceber o mundo vivido, caminho escolhido para a busca da condição de ser que existe no mundo e nele se expressa através do amor, da compaixão da sensibilidade, da solidariedade, procurando, assim, o resgate da conexão consigo, com os outros e com a natureza (SILVA,1997;WALDOW,1998; BETTINELLI,1998).

A Enfermagem, como disciplina inscrita nesse mundo em transformação, procura resgatar, segundo Waldow (1998), o Cuidado Humano no seu sentido pleno, humanístico e artístico.

* Holismo proveniente do grego *holos*, que significa inteiro, total. **Visão holística** busca restituir a inteireza do conhecimento, do mundo e dos seres, buscando atingir a sabedoria e a plena consciência (Weil, 1993; Crema, 2000 in UNIPAZ-SUL, 2000).

A tecnologia, enquanto instrumento a serviço do cuidado humano, tem contribuído para que muitas vidas possam ser salvas. Vivemos um tempo em que o desenvolvimento tecnológico tem sido intenso em todas as áreas do conhecimento, em especial na área da saúde. O ser humano tem-se beneficiado muito com esse desenvolvimento, todavia, tem também sofrido um processo de desvalorização de sua humanidade, de seu aspecto sensível e singular, tendendo a ser manipulado tal qual a máquina que, em muitos momentos, sustenta sua vida.

O mundo do cuidado de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se, sobremaneira, pelo aparato tecnológico de que dispõe para cuidar dos pacientes em estado crítico. Alicerçado no modelo biomédico* (CAPRA, 1982), mecanicista, contempla-se a "fragmentação" da abordagem ao ser humano, maneira de cuidar adotada para melhor controlar diversos aspectos do ambiente do cuidar, e dos diferentes aparatos tecnológicos "ligados" ao paciente. Assim, a doença, a realização de procedimentos técnicos, o manejo e controle da tecnologia têm sido, segundo Castro (1990), priorizados na UTI em detrimento da dimensão humana dos seres ali internados.

A cultura do ambiente de UTI reforça a prática dessa maneira de cuidar, uma vez que predomina, nesse contexto, o exercício com o domínio da técnica, o adequado manuseio de equipamentos sofisticados o que, de alguma forma, leva os profissionais de enfermagem a se distanciarem dos aspectos expressivos do cuidado humano.

Crossetti (1997), referindo-se à desumanização no cuidar, diz que, muitas vezes, os cuidadores deixam de se perceber como homens que têm modos de ser e estar

* Modelo biomédico, neste estudo, refere-se ao modelo descrito por Capra (1982, p. 116) no qual o corpo humano é "considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos... o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado".

no mundo com os outros, levados pelos acontecimentos e pela mecanização do mundo do cuidar.

Dessa forma, ao focalizar o ambiente da UTI em que a enfermagem acontece e os movimentos de mudança na forma de ver e pensar o mundo, ora em curso, surge em mim a necessidade de repensar o ser humano, ator nesse cenário de cuidado, enfatizando sua singularidade e integralidade.

Ao buscar no conhecimento empírico disponível, mais especificamente nas teorias de enfermagem, um guia para esse repensar, encontrei, na Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (1996), um suporte, dentro do paradigma holístico com o qual compactuo, para um novo modo de ser e estar no mundo do cuidado. Assim sendo, elegi essa teoria como o referencial sobre o qual construí este estudo, para permeá-lo desde a construção do processo de busca das informações, até a análise das mesmas.

Ao refletir sobre a forma como o cuidado ocorre na realidade da UTI, parece-me necessário atentar para o cuidador de enfermagem *que co-habita esse mundo, com seu modo próprio de ser e estar que o caracteriza como singular, e que, segundo minha percepção, em muitos momentos é visto como mais uma engrenagem desse mundo mecanicista. Nesse sentido, busco compreender como o cuidador de enfermagem está vivenciando esse mundo da UTI, que sentimentos afloram nele ao cuidar do outro, como se ocupa com o cuidado de si. Desejando poder resgatar o ser humano e co-participe do processo de cuidar em UTI e merecedor de cuidado, enquanto ser sendo nesse mundo é que proponho este estudo.

* Ao utilizar o termo **cuidador de enfermagem**, refiro-me aos seres humanos cuidadores, independente de gênero.

Nesta perspectiva, elegi como **objetivo** deste estudo: **Compreender de que forma os cuidadores de enfermagem percebem o processo de cuidar de si e do outro, em UTI.**

Para alcançar esse objetivo, tendo já optado pelo referencial teórico de Jean Watson, decidi buscar as informações em encontros grupais com cuidadores de enfermagem em UTI, através da adaptação do Método Criativo e Sensível de Cabral (1998), desenvolvendo **oficinas de arte e vivências**, construídas a partir da Teoria de Cuidado Transpessoal. A análise das informações produzidas nesse processo ocorreu segundo uma abordagem do Método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977).

Assim, o presente estudo está estruturado em cinco capítulos, organizados de forma sequencial e articulados entre si, expressando o processo por mim vivenciado nessa caminhada.

No **primeiro capítulo**, descrevo minha história de vida e o meu movimento em direção ao tema Cuidado Humano em Terapia Intensiva, motivos de minhas inquietações, reflexões e tentativas de encontrar soluções criativas para meus questionamentos.

No **segundo capítulo**, apresento a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, referencial teórico eleito como fio condutor deste estudo, buscando aproximá-lo ao cuidado em UTI.

No **terceiro capítulo**, descrevo a abordagem metodológica eleita, como o percurso a ser seguido em busca das respostas aos propósitos deste estudo. Apresento o local e os participantes do estudo, enfatizo os aspectos éticos observados para a realização do mesmo, descreve o processo vivido para a coleta de informações através

das oficinas de arte e vivências e o método utilizado para analisar as informações emergidas.

No **quarto capítulo**, apresento as categorias e subcategorias que emergiram dos temas preestabelecidos: “EU”, “O OUTRO”, “O CUIDADO NA UTI” e “QUESTÕES DE VIDA”, analisadas à luz do referencial de Watson.

No **quinto capítulo**, apresento a síntese do compreendido em que se tecem considerações do vivido durante este estudo; momento em que me aproprio dos significados dados pelos cuidadores de enfermagem ao processo de cuidar de si e do outro, em UTI. Destaco, ainda, alguns aspectos surgidos deste estudo que podem contribuir para a construção do mundo de cuidado em UTI, mais humano e consciente, e a sugestão de desenvolvimento de outros estudos que aprofundem o uso da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson, em UTI.

A seguir, apresento as referências bibliográficas que ampararam essa construção e os anexos relevantes e significativos.

1 CAMINHANDO EM DIREÇÃO AO TEMA: vivências e questionamentos

Repassar na memória os momentos marcantes de meu caminhar em direção ao tema Cuidado Humano em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é, no mínimo, instigante; é como se estivesse montando um quebra-cabeças.

Desde criança convivi com hospitais. Meu pai, cardiopata isquêmico, muitas vezes era internado ora para exames, ora em UTI, devido a crises anginosas ou infarto agudo do miocárdio. Lembro de várias vezes, não nos sentirmos acolhidos pela equipe que trabalhava na Unidade de Terapia Intensiva, que nos mantinha distantes de nosso familiar doente e afastados desse processo de cuidado, recebendo informações mínimas de seu estado de saúde. Essa vivência de doença familiar levou-me a procurar ler sobre o corpo humano, doenças, formas de manter a saúde. A área do cuidado em saúde, de alguma forma já me atraía desde a infância. Na adolescência, dizia a mim mesma que, quando trabalhasse em um hospital, procuraria priorizar a atenção aos familiares dos doentes, procurando acolhê-los e tranquilizá-los. Assim, vejo que registrei impressões que iriam afetar a minha caminhada profissional e me comprometi com elas.

Assim, escolhi, dentro da área da saúde, a enfermagem para minha formação profissional. Essa desenvolveu-se pautada com o modelo biomédico em que aspectos

técnicos do cuidado eram muito valorizados, com ênfase no tratamento da doença em detrimento ao cuidado expressivo do ser humano doente, ou seja sem cuidar o ser em sua integralidade, em suas múltiplas dimensões: emocional, social, espiritual.

Durante o curso de graduação em enfermagem, já ouvia falar em ver o paciente como um ser biopsicossocial e espiritual, porém o que eu observava, em campo de estágio, era que os cuidadores de enfermagem prestavam um cuidado rotinizado, técnico, mantendo sempre um distanciamento afetivo em relação aos pacientes.

No último ano do curso de graduação em enfermagem, fiz um estágio voluntário em Unidade de Terapia Intensiva, pois sentia uma atração muito grande por essa área em que poderia lidar com situações de risco de vida que exigissem tomada de decisão rápida e efetiva, lidar com equipamentos sofisticados, necessitar de mais conhecimentos científicos. Atividades como realizar técnicas mais complexas ao paciente criticamente doente mobilizavam sentimentos positivos em mim. Foi nesse estágio voluntário que, definitivamente, percebi ser esta área a que mais me atraía na enfermagem.

Após a graduação em enfermagem, iniciei minha atividade profissional em um hospital especializado em cardiologia, tendo feito um rodízio por todas as unidades da instituição. Dentre outras, trabalhei mais na Unidade de Terapia Intensiva e na Sala de Recuperação de Cirurgia Cardíaca, dois locais de cuidados intensivos onde, conforme minha percepção, o foco principal da atenção de enfermagem era para o controle dos parâmetros fisiológicos, para o controle do adequado funcionamento dos equipamentos.

Naquela época, revivi a situação de ser familiar de um paciente grave, submetido à cirurgia cardíaca. Vivi a experiência de ser familiar e ser profissional tendo

sido, então, um elo entre o doente e os demais membros da família. Isso fez renascer em mim a importância do cuidado aos familiares, de dar-lhes atenção e tranquilizá-los.

Essa experiência reforçou o meu olhar sobre a maneira de cuidar em UTI e também modificou minha prática. Percebi, na qualidade de familiar, de forma mais consciente, o distanciamento dos cuidadores em relação ao paciente, valorizando pouco a sua individualidade, muitas vezes sequer sabendo seu nome. Observei que os cuidadores pouco expressavam atitudes de carinho e conforto frente ao sofrimento do outro. O fazer pelo simples fazer enfermagem acontecia para e não com o ser paciente, como se esse não tivesse uma história de vida, não tivesse laços afetivos, não tivesse uma singularidade a ser valorizada ou respeitada. Através desse olhar crítico, da reflexão sobre tais atitudes, comecei a perceber uma realidade de não-cuidado, que me trouxe inquietações e desconforto, que adormecidos, estavam latentes e emergiram como uma necessidade de buscar outras formas de cuidar.

Buscando novas experiências profissionais, concomitantemente, comecei a trabalhar em um hospital-escola, inicialmente num andar clínico, à noite, e, em dois meses, fui transferida para a UTI.

Naquele momento, pude agregar diferentes maneiras de fazer enfermagem em UTI. Tive oportunidade de trabalhar com algumas pessoas que valorizavam o ser humano criticamente enfermo, procurando integrá-lo, e a sua família, ao ambiente do cuidado. Aprendi que cuidar de maneira humanizada era possível e me proporcionava a sensação de cumprimento do meu papel de cuidadora. Procurei integrar o familiar neste mundo, propiciando, assim, sua participação no cuidado ao seu doente. Estimulei a aproximação e a permanência do familiar junto ao doente em fase terminal, por entender que assim poderia contribuir para a humanização no processo de morrer. Nessa situação,

em diferentes momentos, refleti com os familiares, à beira do leito, acerca dos aspectos espirituais, buscando significados para os momentos vividos. Estive presente nos momentos dolorosos e, muitas vezes, compartilhei da alegria de ver a recuperação daquele ser humano criticamente enfermo.

Essa perspectiva de cuidar do paciente em UTI, que agreguei ao meu fazer, configura-se para mim o que chamo de cuidado humanizado, que valoriza a história de vida de cada um, os seus laços afetivos, sua forma de relacionar-se, sua singularidade. Ao cuidar de maneira humanizada, o cuidador reconhece o ser cuidado como um ser igual a ele, que tem dor, alegrias e tristezas, e não somente como um ser com seu aspecto criticamente enfermo, em uma UTI.

Durante minha experiência, enquanto enfermeira de UTI, pude observar alguns cuidadores priorizarem a realização de procedimentos técnicos, preocupando-se com o aparato tecnológico em detrimento de um olhar expressivo ao ser cuidado. Enquanto cuidadora em UTI, observei situações de invasão da privacidade do paciente, sem que se solicitasse permissão para tocar seu corpo ao se realizarem alguns procedimentos. Observei manifestações de desagrado, de resistência por parte de alguns cuidadores quanto à permanência do familiar junto ao leito, alegando que atrapalhavam e exigiam muito da equipe. Essas ações, no meu entender, caracterizam ações de não cuidado, distanciadas do que se preconiza como cuidado humanizado.

A partir dessas observações, de reflexões e de minhas características pessoais, fui construindo uma postura profissional. Comecei a entender que cuidar com rigor técnico e conhecimento científico era fundamental. Contudo, cuidar de modo humanizado valorizando cada ser humano, seus familiares e os colegas era necessário, possível e muito gratificante para mim. Desta forma, passei a compreender o cuidado

humanizado em UTI como um valor que traz benefícios tanto ao ser cuidado quanto aos cuidadores.

Paralelamente àquela época, passei a atuar na qualidade de docente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no qual procurava enfatizar a importância de se entender o ser humano como um ser único, com sua história, seus valores, suas aflições, como participante de um mundo de relações e que, temporariamente, estava sob os nossos cuidados profissionais. Além disso, buscava enfatizar a importância da empatia, da presença solidária no cuidado, sempre aliadas ao conhecimento científico.

Por razões familiares, fui morar no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Nessa caminhada, surgiram mais inquietações em relação à forma de cuidar do ser humano hospitalizado. O fato de sair de um hospital-escola e vivenciar a enfermagem em um hospital do interior, onde muitos trabalhadores de enfermagem não possuíam formação profissional formal, e/ou havia uma desatualização nos conhecimentos técnicos de enfermagem constituiu-se em um grande desafio.

Ao perceber a carência de conhecimentos dos cuidadores acerca dos princípios do cuidado humanizado, senti necessidade de motivá-los e sensibilizá-los, valorizando o seu saber e o seu fazer cotidiano, e contribuir para um novo olhar de sua prática. Proporcionei reuniões e discussões, mas havia muita resistência a mudanças. Justificavam dizendo que há muito tempo atuavam daquela maneira e essa era a forma de trabalhar a que estavam acostumados. Percebi a necessidade de investir na reflexão sobre o cuidado humano.

Assim, iniciou-se a profissionalização desses trabalhadores através de cursos de qualificação profissional, nos quais lecionei diversas disciplinas: Psicologia e Ética

Aplicadas à Enfermagem, Introdução à Enfermagem e Enfermagem Médica. Esses foram momentos em que pude discutir a importância de integrar a forma expressiva de cuidar ao cuidado instrumental. Por forma expressiva entendo toda manifestação afetiva, intuitiva, de apoio emocional, de interação e encontro e, por cuidado instrumental, as atividades técnicas, de cuidado do corpo em seu aspecto físico (WATSON et. al,1979; WALDOW, 1998).

Compartilhar das vivências na formação acadêmica do auxiliar de enfermagem fez-me refletir sobre a importância do cuidador, de sua estrutura pessoal, sua bagagem de conhecimentos específicos, de sua visão em relação ao cuidado humano para a formação de um profissional que valorizasse o ser que estará sob seus cuidados.

Proporcionava discussões, em sala de aula, acerca de como o ser humano deve ser visto no contexto do cuidado, procurando valorizar o encontro do cuidador com o ser cuidado, a presença como forma de estar com o outro, apoiando, valorizando os cuidadores como agentes desse cuidado e que, para isso, precisavam perceber suas próprias características, autoconhecendo-se, investindo no fortalecimento de sua autoestima. Fiz experiências de relaxamento e visualização com os cuidadores, desenvolvi técnicas de grupo para que expressassem sentimentos, trocassem experiências por eles vivenciadas ao cuidar. Enfim, procurei valorizar o ser humano que cuida e que é cuidado.

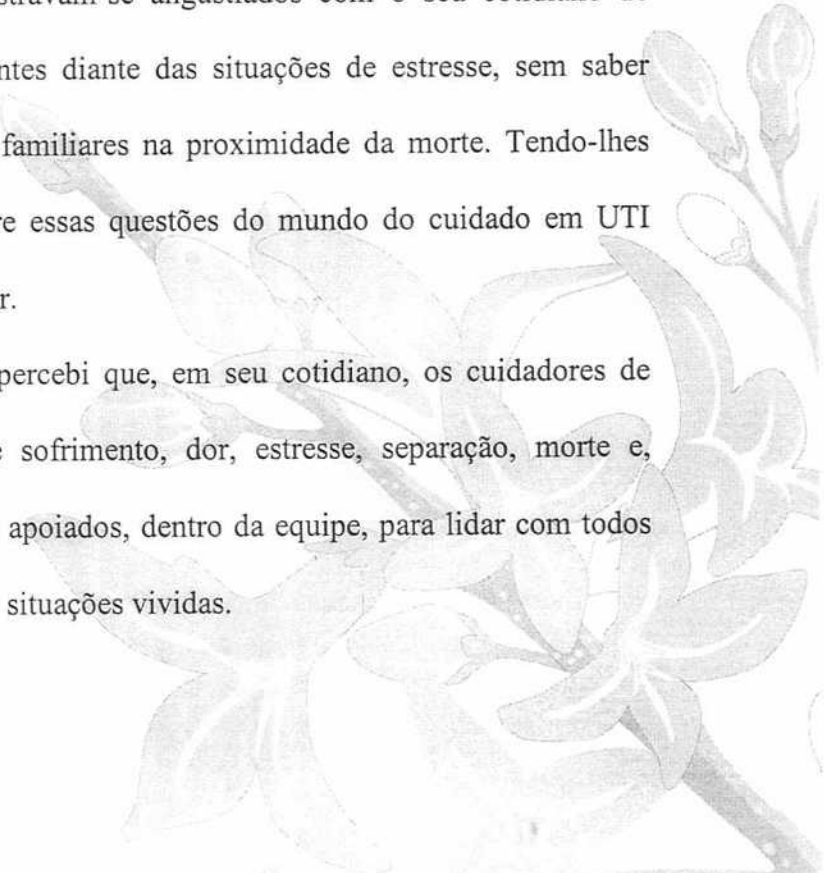
Porém, ao iniciarem suas atividades de estágio no hospital, acompanhados por enfermeiros da instituição, os alunos relatavam ser muito difícil colocar em prática a abordagem que tínhamos discutido. Isto porque os cuidadores da instituição resistiam a essa forma humanizada de ver e fazer enfermagem, julgando que as mudanças não eram necessárias, e que manter o fazer rotinizado, despersonalizante, centrado nas técnicas a

serem desenvolvidas era a forma adequada para a sua realidade. Esse fato era frustrante às minhas concepções de cuidar/cuidado.

Há três anos, retornei à docência no Curso de Graduação em Enfermagem em uma Universidade particular de uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, e foi aí que ocorreu o meu reencontro com a Unidade de Terapia Intensiva. Na função de supervisora de estágio, em UTI, procurei, a partir das experiências vividas, desenvolver o ensino do cuidado voltado para o ser humano, integrando tanto o cuidador como o ser cuidado.

Tive oportunidade de conversar com técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhavam no campo de estágio sobre sua forma de cuidar, sobre seus sentimentos ao cuidar, e percebi que precisavam de momentos para expor seus sentimentos, enquanto cuidadores, suas dúvidas, medos e frustrações. Conversamos, informalmente, sobre a morte e o morrer, sobre o sofrimento humano, sobre questões do cuidado e percebi um certo sentimento de “desamparo” daqueles seres em relação a esses aspectos do seu viver profissional. Muitos deles mostravam-se angustiados com o seu cotidiano de cuidado em UTI, sentiam-se impotentes diante das situações de estresse, sem saber como agir diante do paciente e dos familiares na proximidade da morte. Tendo-lhes demonstrado abertura para falar sobre essas questões do mundo do cuidado em UTI passaram a me procurar para conversar.

Naquele mundo relacional, percebi que, em seu cotidiano, os cuidadores de enfermagem enfrentam situações de sofrimento, dor, estresse, separação, morte e, muitas vezes, não estão preparados e apoiados, dentro da equipe, para lidar com todos os sentimentos gerados a partir dessas situações vividas.



Na busca de meu crescimento pessoal e profissional ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Nesse curso, durante a disciplina de Teorias de Enfermagem, estudei a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, seus princípios e pressupostos. Nesse referencial, visualizei a possibilidade de um caminho em direção ao cuidado humano em UTI. Para Watson (1985), o cuidado humano só pode ser exercido com eficácia e demonstrado através das relações interpessoais, dimensão que penso ser necessário estudar, considerando as experiências vivenciadas enquanto ser cuidadora no mundo da UTI.

Quando Watson (1988) apresenta suas crenças e valores sobre a vida humana, sinto-me totalmente envolvida e identificada com elas, principalmente quando se refere à necessidade de manter a visão sobre o ser humano em sua totalidade, não-limitada como ser ao espaço-tempo, que necessita de ajuda e de amor. A autora refere que as emoções e a mente são as janelas da alma. Acredito, a partir desses pressupostos, que, para cuidar, o cuidador necessita vivenciar esse processo de forma integral.

É necessário, segundo minha percepção, que os cuidadores de enfermagem, ao se envolverem no processo de cuidar, tenham clareza em relação às crenças que os movem, às limitações, aos seus desejos, enfim, que conheçam a si mesmos enquanto seres que cuidam. Precisam, conforme enfatiza Watson (1985), cuidar de si mesmos — passo indispensável para cuidar do outro.

Elegi a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson como referencial teórico a ser adotado, por encontrar nela os subsídios capazes de me auxiliar a

compreender de que modo os cuidadores de enfermagem percebem o processo de cuidar de si e do outro na UTI, objetivo que defini para alcançar com este estudo.

Nesse contexto, apresentarei a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson relacionando-a com o cuidado humano em UTI.



2 O ENCONTRO COM O REFERENCIAL TEÓRICO: a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e o cuidado humano em UTI

O que move o pesquisador a desenvolver seu trabalho, embasado em uma teoria já existente, é, sem dúvida, a sua identificação com os conceitos, pressupostos, princípios da autora da teoria acerca dos fenômenos descritos por ela.

Ao sentir a necessidade de repensar o cuidado de enfermagem em UTI, considerando todos os meus questionamentos, minhas crenças e valores pessoais relativos ao ser humano e à enfermagem, encontrei na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (1996) a possibilidade de desenvolver uma abordagem para os cuidadores de enfermagem de UTI, a fim de favorecer o cuidado humano nessa unidade.

Ao trabalhar, neste estudo, com os cuidadores de enfermagem, enfatizo os aspectos dessa teoria que se referem, de modo mais próximo, a eles.

Jean Watson traz uma nova visão do cuidado humano para a enfermagem. A autora enfatiza o cuidado humano como um ideal moral e "...o mais alto compromisso consigo, com o outro, com a sociedade, com o meio e, nesta fase da história da humanidade, até com o universo" (WATSON, 1996, p.146).

A enfermagem é vista como:

uma profissão que tem por objetivo sustentar o cuidado, o *healing*^{*}, a saúde, onde e quando estiverem ameaçadas biológica, institucional, política e ambientalmente por influências locais, nacionais ou globais (WATSON,1996,p.146).

A construção de um novo modelo de cuidado, por Watson (1996), está embasada em nova visão de mundo, na qual o ser humano não seja visto como objeto, separado do todo, mas valorizado como sujeito, com possibilidades de escolha, com enorme potencial de vir-a-ser, singular, único e, ao mesmo tempo, interligado a tudo e a todos, como parte de uma teia de relações.

O conteúdo dessa teoria é tanto humanístico quanto metafísico e nos remete a valorizar, a reverenciar a vida, a retomar o aspecto sagrado da existência e das experiências humanas, valorizando as atividades de cuidado e *healing* despendidas aos outros, em um momento vulnerável de sua jornada vital (WATSON,1996). Essa teoria apresenta uma nova visão do ser humano, da vida, da enfermagem e do cuidado. Enfatiza a importância do respeito pela existência humana e de todos os seres vivos; respeito pelas maravilhas e mistérios da vida e pela interconexão de todas as coisas. Nesse referencial,

ao se considerar o significado de ser humano, há um reconhecimento da unidade entre mente-corpo-espírito e natureza, bem como da existência de um campo de conexão entre as pessoas, com o meio em todos os níveis até ao infinito ou no nível universal ou cósmico da existência. (WATSON,1996,p.147).

* O termo *healing* é de difícil tradução. Neste trabalho é utilizado no sentido proposto por Waldow (1998,p.74-75) "...favorecer, tornar bem, restaurar, harmonizar, manter a integralidade. A autocura ou restauração (*healing*) parte do interior do ser, enquanto a cura, no sentido tradicional, vem de fora."

Segundo a Teoria do Cuidado Transpessoal, a capacidade dos humanos de crescer e modificar-se é um processo de constante vir-a-ser, afetado pela autenticidade* e pela consciência tanto do cuidador quanto do ser cuidado, no processo de cuidado.

Buscar, de modo não-paternalista, reverenciar o processo de vir-a-ser do outro, sua autonomia e sua liberdade de escolha são formas de preservar a individualidade, a dignidade humana e a humanidade em nível individual e global, na visão de Watson (1996).

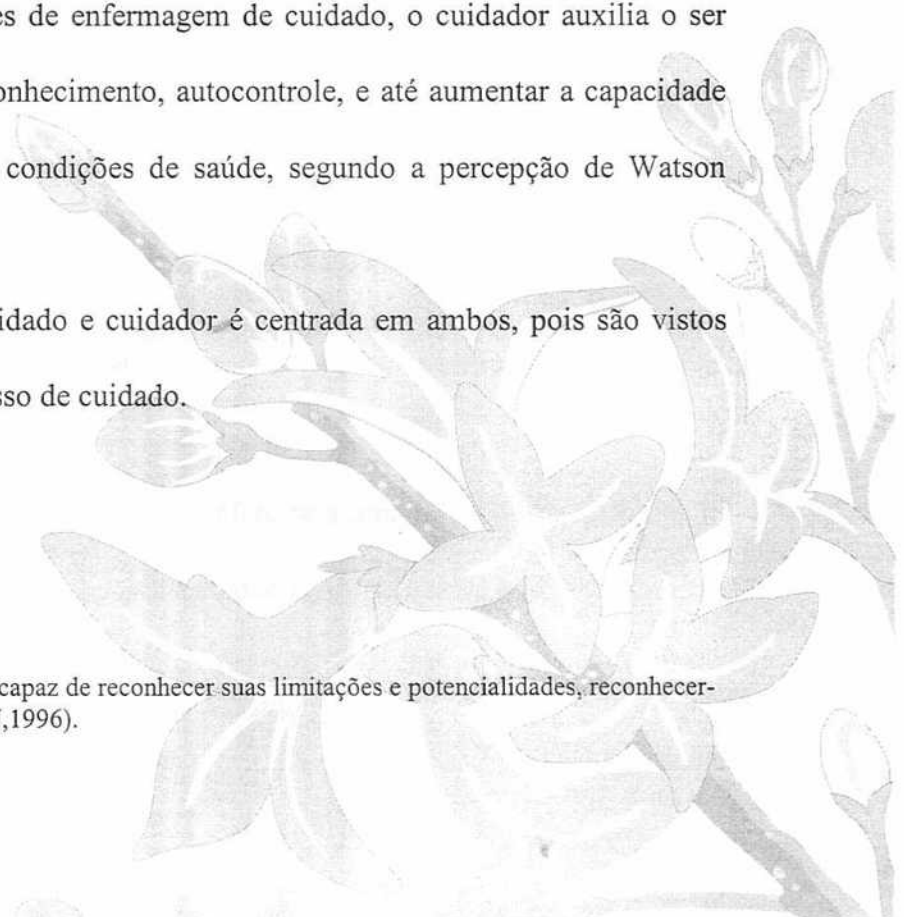
O cuidador de enfermagem, ao manter grande respeito e reverência por sua subjetividade, por seu mundo interior, por seu *self*, e também pela subjetividade, mundo interior e o *self* do outro, cria condições para cuidar de modo humanizado.

Na relação de reciprocidade entre cuidador e ser cuidado, a subjetividade-intersubjetividade é valorizada a partir da consciência, da intencionalidade, das percepções e das experiências vividas por ambos no processo de cuidado, num dado “momento de cuidado” (WATSON,1996).

Através de intervenções de enfermagem de cuidado, o cuidador auxilia o ser cuidado a adquirir maior autoconhecimento, autocontrole, e até aumentar a capacidade de autocura, independente das condições de saúde, segundo a percepção de Watson (1996).

A relação entre ser cuidado e cuidador é centrada em ambos, pois são vistos como co-participantes do processo de cuidado.

* Neste referencial, ser autêntico é ser capaz de reconhecer suas limitações e potencialidades, reconhecer-se e aceitar-se tal qual se é (WATSON,1996).



Nesse referencial, o cuidado humano é compreendido como ideal moral da enfermagem e tem por objetivo proteger, valorizar e preservar a dignidade e a humanidade do ser.

O novo modelo de cuidado, proposto por Watson, baseia-se na transformação do *self*. Mais do que simplesmente pensar, o ser torna-se capaz de ver possibilidades de ação, baseadas em sua própria consciência, intencionalidade, autenticidade e presença, sempre inserido no campo composto pelo ser e pelo ambiente.

Este modelo nos leva a valorizar o sagrado, o espiritual, o desconhecido, a conexão de tudo. Ele provoca uma expansão da visão sobre o significado de ser humano, de ser curado, de ser uma totalidade; considera a pessoa como um espírito corporificado, tanto imanente quanto transcendente (WATSON,1996,p.148).

A transpessoalidade é característica desse modelo, sem deixar de valorizar a singularidade, a individualidade de cada um. No momento de cuidado, através da intencionalidade e da presença, há uma interconexão de quem cuida com quem é cuidado, para que se desenvolva um cuidado efetivo que contemple o ser total — mente-corpo-espírito — produzindo bem-estar e harmonia. No modelo transpessoal de cuidado,

...o cuidador de enfermagem atentará para estar ligado aos padrões de referência do ser cuidado, buscando em conjunto com ele significados para o vivido, potencializando medidas de conforto, controle da dor, sensação de bem-estar e transcendência espiritual do sofrimento (WATSON,1996, p.153).

Nesse contexto, o termo transpessoal refere-se a uma relação intersubjetiva na qual o ser cuidador afeta e é afetado pelo ser cuidado. Ambos, estando completamente

presentes no momento do cuidado, sentem a união com o outro. Eles compartilham um campo fenomênico que passa a fazer parte da história de vida de ambos.

Creio que à proporção que os cuidadores de enfermagem em UTI estiverem envolvidos pelos princípios dessa teoria, serão conduzidos a estabelecerem encontros de cuidado que contribuam para o crescimento dos envolvidos nesse processo. Isto porque o ser cuidador terá nova visão de si próprio, dos outros seres e do cuidado. Poderão desenvolver uma relação criativa e verdadeira de cuidado, que estimule e preserve a dignidade humana e a saúde.

As emoções e os sentimentos do ser humano o motivam a agir, a criar, a modificar comportamentos. Porém, no cotidiano do cuidar em UTI, o espaço para a reflexão sobre o aspecto expressivo de nossa prática, ou seja, o pensar o eu, o outro, a estrutura de crenças e valores que sustentam o nosso agir é raro. Muitas vezes, priorizamos diversas atividades técnicas, administrativas, e perdemos a oportunidade de desfrutar da maravilha do encontro com os seres humanos, do envolvimento afetivo com o ser cuidado, com sua família, com os colegas e com os componentes das demais equipes que integram o mundo do cuidado na UTI.

Dessa forma, os princípios da teoria do Cuidado Transpessoal nos orientam para um novo olhar sobre as ações de cuidado na enfermagem, em direção a um caminho a ser construído e trilhado também pelos cuidadores de enfermagem em UTI.

O processo de cuidado, segundo Watson (1996), valoriza a subjetividade das pessoas, o bem-estar dos outros, enquanto proporciona ao cuidador benefícios e crescimento.

Para que o cuidado humano possa acontecer, Watson (1989, p.227) apresenta alguns requisitos básicos:

- conhecimento acerca do comportamento humano e respostas humanas a problemas reais ou potenciais de saúde;
- conhecimento e compreensão das necessidades individuais;
- conhecimento acerca de formas de atendimento às necessidades do ser cuidado;
- conhecimento de nossos potenciais e limitações como seres cuidadores;
- conhecimento acerca do significado da situação para a pessoa que a está vivenciando;
- condições de prestar conforto, oferecer compaixão e ter empatia com o ser cuidado.

Para que esse modelo possa desenvolver-se no cotidiano da enfermagem, Watson (1985) apresenta os *dez carative factors**, que serviriam de guias para atingir o âmago, o coração da enfermagem. Como âmago da enfermagem, Watson entende todas as ações que caracterizam o processo de cuidado terapêutico, tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado.

Os *carative factors* apresentados por Watson (1985) são os que seguem:

1. Formação de um sistema de valores humanístico-altruísticos;
2. Possibilitar e manter a fé-esperança;
3. Cultivo da sensibilidade em si mesmo e nos demais;
4. Desenvolvimento de uma relação de cuidado de ajuda-confiança (buscando a conexão transpessoal);

* Neste estudo, optei por manter a grafia em inglês, por ser mais fidedigna às idéias da autora. A expressão *carative factors* pode ser entendida como fatores de cuidado.

5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos e emoções positivas e negativas;
6. Uso de processo criativo, individualizado de resolução de problemas;
7. Promoção de ensino-aprendizagem transpessoal;
8. Provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou correção mental, física, sociocultural e espiritual;
9. Assistência com a satisfação das necessidades humanas básicas, preservando a dignidade humana e a totalidade do ser;
10. Permissão e abertura para dimensões existenciais-fenomenológicas e espirituais do cuidado.

Watson (1996) enfatiza serem estes *carative factors* um guia filosófico e conceitual para a utilização desse modelo de cuidado pela enfermagem. Também refere-se a eles como fornecedores de uma linguagem própria, uma estrutura e uma base para a educação e a prática da enfermagem, e que

forneendo uma linguagem para o fenômeno enfermagem, os *carative factors* auxiliam na definição do conhecimento e prática da enfermagem como distintos de, mas complementares ao conhecimento e práticas curativas associadas à medicina tradicional (WATSON,1996, p.155).

Ao focalizarmos o cuidado de enfermagem na UTI, visualizamos nos *carative factors* várias possibilidades de construção de um fazer diferenciado, voltado para esse modelo emergente. Logo, é necessário cuidar do cuidador, auxiliá-lo a repensar o seu fazer, a repensar-se como ser-no-mundo do cuidado, possibilitando a reflexão acerca do cuidado humano.

O primeiro *carative factor* refere-se a essa construção interna, onde sejam plantados e germinem valores humanistas e altruístas. Watson (1989) apresenta, como valores humanistas, a bondade, a empatia, o respeito e o amor pelos outros. Os valores altruístas emanam do compromisso pessoal e da satisfação oriunda da possibilidade de auxiliar os outros. Eles estimulam a valorização dos relacionamentos como sentido da existência. Os valores humanistas-altruístas podem ser desenvolvidos a partir da ampliação da consciência dos seres cuidadores, através da reflexão sobre sua forma de ver o mundo, suas crenças e valores. À medida que, enquanto cuidadores, tivermos a preocupação de crescermos como seres humanos, mais condições teremos para vivenciar o cuidado humano, amoroso, pois só podemos dar aos outros aquilo que possuímos.

O segundo *carative factor* refere-se à importância da valorização e do respeito às crenças pessoais e à esperança como fatores que auxiliam na promoção e na recuperação da saúde. Na UTI, onde é freqüente o confronto com a morte, com o sofrimento, com os limites da tecnologia e do conhecimento tradicional, nutrir a fé e a esperança do ser cuidado é terapêutico. Por sua vez, o cuidador também vivencia esses momentos de estresse e também necessita fortalecer suas crenças e a esperança de poder auxiliar da melhor forma possível o ser que está sob seus cuidados. Valorizar, trazer à consciência nossas crenças, favorece a possibilidade de também fazermos o mesmo com os seres que estão sendo cuidados por nós, podendo, assim, proporcionar-lhes conforto, mesmo que já não haja recursos tecnológicos para a cura. Auxiliá-los a morrer em paz também constitui-se em cuidar de forma humana.

O terceiro *carative factor* é um dos fatores de cuidado que contribui para a construção de um cuidado afetivo, amoroso, humanizado em UTI. Watson (1989) diz

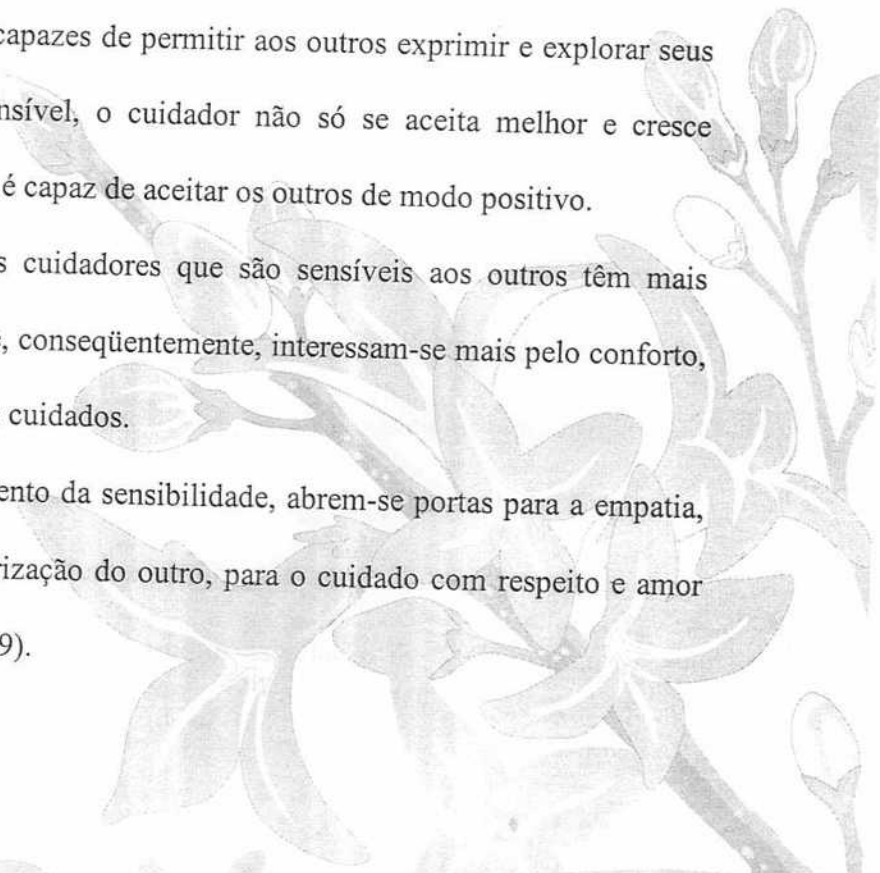
que a única maneira de desenvolver a sensibilidade em si e nos outros é reconhecer os próprios sentimentos e permitir-se senti-los. À medida que permitimos o sentimento, permitimos a humanidade. Cuidar sem envolver-se afetivamente não pode ser considerado, em minha opinião, cuidado efetivo.

O cuidador, na UTI, passa por diversas situações que mobilizam muitas emoções, mas, dentro do paradigma vigente, não lhe é permitido e nem considerado conveniente valorizar o que está sentindo. De alguma forma, lhe é imposto negar o que sente a fim de “bem atender” os pacientes. Negar os sentimentos não significa a não-existência deles e, com o passar do tempo, há reflexos negativos no próprio desempenho do cuidador na unidade, tornando-se, de alguma forma, insensível ao sofrimento alheio, não valorizando o sentir do outro, seja o paciente, a família ou a própria equipe de trabalho.

Ter sensibilidade para consigo é identificar e reconhecer os próprios sentimentos — positivos e negativos — através do olhar para si mesmo, buscando explorá-los. Para Watson (1989), as pessoas que não são sensíveis, que reprimem seus sentimentos, podem tornar-se incapazes de permitir aos outros exprimir e explorar seus próprios sentimentos. Sendo sensível, o cuidador não só se aceita melhor e cresce psicologicamente, como também é capaz de aceitar os outros de modo positivo.

Para Watson (1989), os cuidadores que são sensíveis aos outros têm mais condições de aprender com eles e, conseqüentemente, interessam-se mais pelo conforto, recuperação e bem-estar dos seres cuidados.

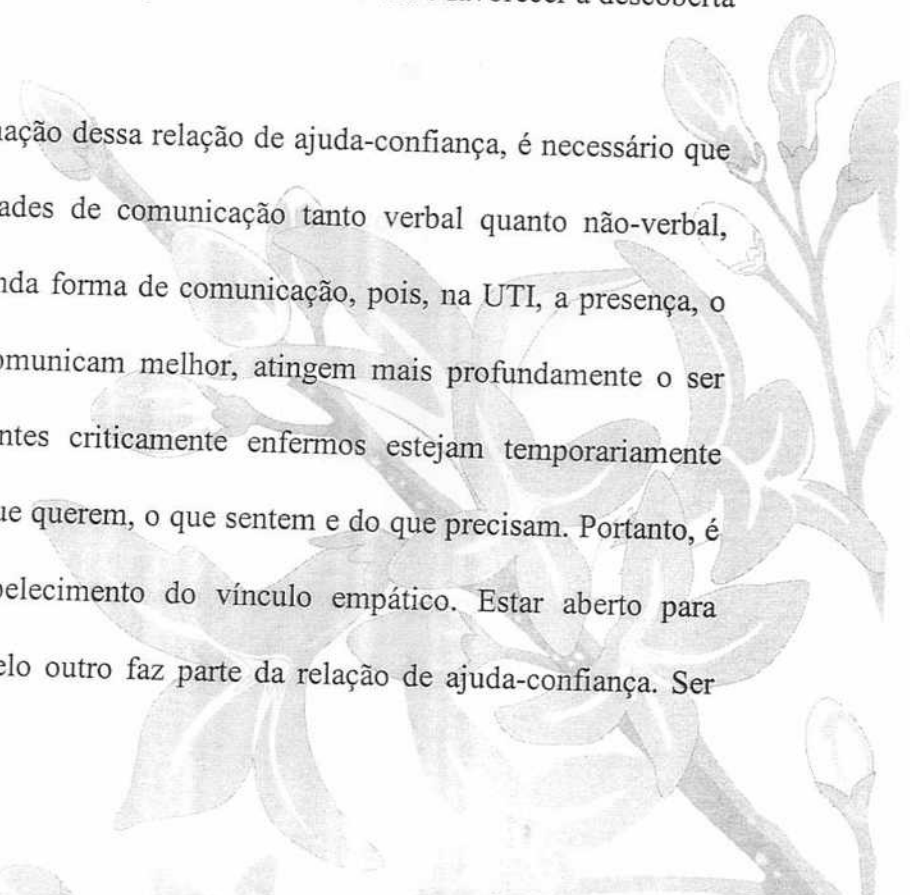
Através do desenvolvimento da sensibilidade, abrem-se portas para a empatia, para a solidariedade, para a valorização do outro, para o cuidado com respeito e amor pelo ser do outro (WATSON, 1989).



Ao desenvolver a sensibilidade há maior probabilidade de se gerar uma relação de camaradagem, de suporte, de ajuda para com os colegas. À medida que nos permitimos sentir, temos mais facilidade em aceitar e compreender os sentimentos do outro que conosco partilha o mundo do cuidado em UTI.

O quarto *carative factor* refere-se ao desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança e é fundamental para a humanização do cuidado em UTI, pois possibilita a criação de um vínculo entre o ser cuidado e o cuidador. Nesse momento crítico de sua existência, o ser cuidado necessita desse vínculo para mobilizar suas energias internas a fim de adaptar-se e passar pela experiência de modo menos traumático possível. Esse relacionamento de cuidado, segundo Watson (1989), possui o seu aspecto de ideal, ou seja, alcançar a intersubjetividade, com envolvimento de ambos componentes do processo de cuidado, com grande respeito pela totalidade do outro e por sua forma de ser-no-mundo. Possui, também, a sua característica de arte quando, através do encontro, ocorre a união do cuidador com o ser cuidado, transcendendo o aspecto físico e podendo potencializar a capacidade de autocura e favorecer a descoberta do sentido da existência.

Para que ocorra a formação dessa relação de ajuda-confiança, é necessário que o cuidador desenvolva habilidades de comunicação tanto verbal quanto não-verbal, devendo atentar para essa segunda forma de comunicação, pois, na UTI, a presença, o toque, o olhar muitas vezes comunicam melhor, atingem mais profundamente o ser cuidado. É comum que pacientes criticamente enfermos estejam temporariamente impossibilitados de dizerem o que querem, o que sentem e do que precisam. Portanto, é de grande importância o estabelecimento do vínculo empático. Estar aberto para entender e deixar-se entender pelo outro faz parte da relação de ajuda-confiança. Ser



autêntico no estabelecimento desse vínculo favorece o sentimento de confiança por parte do ser cuidado e, à medida que ele se sente verdadeiramente valorizado por quem o cuida, é mais provável que veja o seu cuidador como terapêutico.

Considerando-se a necessidade de cuidar do cuidador, é muito importante que se estabeleça a relação de ajuda-confiança entre a equipe de enfermagem, de modo que haja um vínculo positivo entre os cuidadores. Assim, as relações interpessoais no ambiente de trabalho favorecem o bem-estar de todos, possibilitando a criação de um ambiente propício para o desenvolvimento do cuidado humano na UTI.

Sabendo-se da importância dos sentimentos, seu poder de alterar os pensamentos, os comportamentos e as experiências, permitir que possam ser expressos, como postula o quinto *carative factor*, é fundamental para o processo de cuidado humano. No mundo da UTI, onde surgem sentimentos contraditórios, intensos, profundos, vinculados a questões existenciais básicas sobre a vida e morte, permitir a expressão deles por parte dos seres cuidados em muito colabora para a compreensão das situações vividas. Todavia, parece-me necessário que os cuidadores possam ter um espaço para manifestar e compartilhar os seus próprios sentimentos para se fortalecerem, compreenderem os significados e refletirem sobre o seu próprio ser-no-mundo. Ao expressarem sentimentos positivos e negativos, as situações geradoras desses sentimentos tornar-se-ão mais claras, permitindo que o cuidador, então, se instrumentalize, se fortaleça para poder lidar com os sentimentos positivos e negativos dos seres cuidados e com o sofrimento, a perda, que, em geral, geram frustração.

Watson (1989) afirma que focalizar sentimentos e aspectos emocionais não-rationais é necessário aos cuidadores engajados na construção do processo de cuidado humano. Assim, a relação de cuidado pode tornar-se mais profunda e mais honesta.

O sexto *carative factor* envolve o uso de um processo criativo e individualizado de resolução de problemas como ferramenta para a prática da arte e da ciência da enfermagem. Para o desenvolvimento desse processo criativo e individualizado, o enfermeiro deve procurar acessar informações que contemplem a totalidade do ser cuidado e não somente seu aspecto físico como ocorre, com freqüência, na UTI. Ao planejar e implementar as ações de cuidado, deve-se procurar utilizar todos os domínios do conhecimento, entre os quais o ^{experiência}empírico, o estético, o ético, o intuitivo, o afetivo (CARPER, 1978). A criatividade é o diferencial para individualizar o processo de cuidado. Mesmo na UTI, onde as ações parecem seguir normas e rotinas preestabelecidas, fixas e massificadas, é possível, com sensibilidade e criatividade, propor ações que considerem as peculiaridades, as potencialidades de cada ser cuidado, levando-o a participar tanto quanto for capaz das decisões do cuidado que necessita receber. Outorgar-lhe poder em relação ao seu processo de saúde, fortalecê-lo em sua capacidade de autocura, autoconhecimento e autocontrole, auxiliá-lo a encontrar significados para o que está sendo vivido, auxiliá-lo a sentir-se mais integrado e harmonioso são metas a serem alcançadas com o emprego do método criativo e individualizado de resolução de problemas (WATSON, 1989).

O sétimo *carative factor* aborda a necessidade de, na função de cuidadores, estarmos atentos e abertos para o processo de ensino-aprendizagem transpessoal. O papel de educadores para a saúde é bem claro para a enfermagem. Todavia, tem sido exercido de modo unidirecional, através de transmissão de uma série de informações ao ser cuidado, que deverá acatá-las e segui-las. Aprendizado é bem mais do que absorção de informações. Se o cuidador procurar desenvolver a capacidade de perceber o que o outro está sentindo, suas preocupações, seu nível de compreensão, mais facilmente o

processo de ensino-aprendizagem dar-se-á de modo produtivo. Estar aberto para a possibilidade de também aprender com o ser cuidado, modifica a postura de dono-do-saber do profissional, permitindo a participação mais ativa do ser cuidado no processo de cuidar, promovendo a sua autonomia.

Na UTI, há necessidade de proporcionarmos, sempre que possível, ao ser cuidado a oportunidade de compreender o que lhe está acontecendo, para aliviar o estresse do momento crítico que está vivenciando. Precisamos acreditar que podemos ajudá-lo, nesse processo, através de nossa presença, de nosso envolvimento com ele, respeitando a sua cidadania, a sua individualidade, a sua dignidade.

Mais do que em qualquer outra situação, a internação na UTI implica conviver com um ambiente, até então, desconhecido pelo paciente, "ameaçador", com aparato tecnológico dominante, com luzes, sons, atividades diferentes das que ele está acostumado. Conviver com o distanciamento de seu ambiente familiar, de trabalho, social, perder o poder sobre o seu corpo e sobre sua vida são fatores geradores de estresse. Prover um ambiente espiritual, sociocultural, físico e mental corretivo, protetor e de apoio é um dos fatores de cuidado que minimiza as influências externas do ambiente ao ambiente interno do indivíduo.

Watson (1989) apresenta quatro aspectos que devem ser considerados para a provisão desse ambiente:

1. Conforto - redução de estímulos nocivos e maximização das opções de escolha e do autocontrole, autogerência do indivíduo.

2. Privacidade - respeito à necessidade de momentos de silêncio, de quietude, e evitar a exposição desnecessária do corpo do paciente de UTI, prática bastante comum nesse tipo de unidade.

3. Segurança - desenvolver medidas de prevenção de infecções, de danos físico, mental, sociocultural e espiritual.

4. Ambiente esteticamente limpo e agradável - permitir que o *box* do paciente possa conter pertences pessoais que o aproximem de seu ambiente familiar, e proporcionar acesso à música, à arte se for de seu agrado.

O objetivo do oitavo *carative factor* é fortalecer o autoconceito, a auto-estima do ser cuidado, através da atenção holística ao meio.

O nono *carative factor* refere-se à assistência com a satisfação das necessidades humanas básicas. Para Watson (1989, p.231), necessidade é “toda situação percebida pelo indivíduo, que quando atendida alivia ou diminui o sofrimento ou aumenta o bem-estar”. As necessidades consideradas as mais relevantes para o processo de cuidado são as de sobrevivência (alimentação, hidratação, eliminações, ventilação); funcionais (atividade-inatividade, sexualidade); integrativas (associação, empreendimento) e as de busca do crescimento (inter e intrapessoal, espiritual, auto-realização). Todas essas necessidades são interdependentes e igualmente importantes. O ser cuidado auxiliará o processo de priorização de atendimento através da identificação das necessidades.

Na UTI, as necessidades de sobrevivência são muito evidentes, porém como todas estão inter-relacionadas no ser humano total, atentar para as demais é necessário se quisermos prestar um cuidado que promova a saúde, o crescimento e a harmonia.

O décimo *carative factor* refere-se à postura filosófica no cuidado humano. Ao reconhecer que existem forças internas que nos movem em direção a nossa essência, ao nosso espírito; formas de ver e sentir o mundo; maneiras de dar significados às questões existenciais como a separação, a solidão, a morte, estamos dando permissão para que essas forças nos sejam aliadas na busca do cuidado humano, da integração e da

harmonização do ser humano sob nossos cuidados na UTI. É necessário procurar compreender o outro a partir de seus próprios valores de referência. A dimensão espiritual refere-se à essência do ser, suas possibilidades de crescimento, de mobilização de forças internas para a cura e bem-estar. Ao valorizar e aceitar a existência dessas outras dimensões, o cuidador poderá auxiliar o ser cuidado a ampliar a sua consciência e o seu potencial interno, e auxilia a si mesmo tanto pessoal quanto profissionalmente.

Todos os *carative factors* vão-se tornando reais, concretos a partir de cada momento de cuidado, em que o cuidador esteja-com o ser cuidado. A profundidade do encontro, do cuidado vai depender da condição do cuidador de valorização do ser cuidado e do fenômeno de cuidar; de sua consciência frente ao momento de cuidado, seu compromisso moral, ético, filosófico com a construção de uma prática amorosa e humanizada de cuidar em UTI.

Ao descrever experiências de aplicação da Teoria Transpessoal, Watson enfatiza alguns aspectos importantes relativos à metodologia que deve ser empregada para ensinar essa teoria aos cuidadores de enfermagem:

Pedagogicamente, este modelo clama por uma maior integração das artes e de humanidades na educação (e prática) de enfermagem; o que permite uma progressão em direção a um maior centramento no ser humano. As capacidades humanas são imensas e se igualam às capacidades da tecnologia no que diz respeito ao cuidado e ao processo de cura. ...um maior uso da arte, da música, do som, da literatura, da narrativa, da poesia, da dramatização, e do movimento, e um maior reconhecimento dos modelos bioenergéticos que auxiliam na reintegração mente-corpo-espírito através da arte e da terapêutica da enfermagem, são estimulados neste modelo(WATSON,1996, p.165).

Watson (1996) denomina benefícios do uso dessas estratégias de ensino o uso consciente e intencional da comunicação auditiva, visual, gustativa, sensorial, tátil e interpessoal, e as modalidades perceptivas que serão a base para o desenvolvimento de

práticas avançadas de cuidado em enfermagem. Essas práticas avançadas serão incorporadas às práticas tradicionais, sempre visando o conforto, o controle da dor, o manejo de sintomas, modalidades de autocuidado e autocontrole.

Como exemplos das práticas introduzidas por esse modelo, Watson (1996) cita a massagem terapêutica, o toque intencional, o toque terapêutico, a aromaterapia, a introdução intencional de sons, música, movimentos, relaxamento, visualização. Na opinião da autora, o modelo de cuidado humano requer ética, emoções, compaixão, conhecimento, sabedoria, intenção e contínuo engajamento e desenvolvimento pessoal.

Com base no exposto, acreditando na relevância desse modelo para a enfermagem e para a introdução de uma outra maneira de se expressar no encontro de cuidado na UTI, resolvi desenvolver esse estudo. Acredito que o mesmo poderá contribuir para a construção do conhecimento substantivo da enfermagem em relação à temática – Cuidado Humano em Terapia Intensiva.

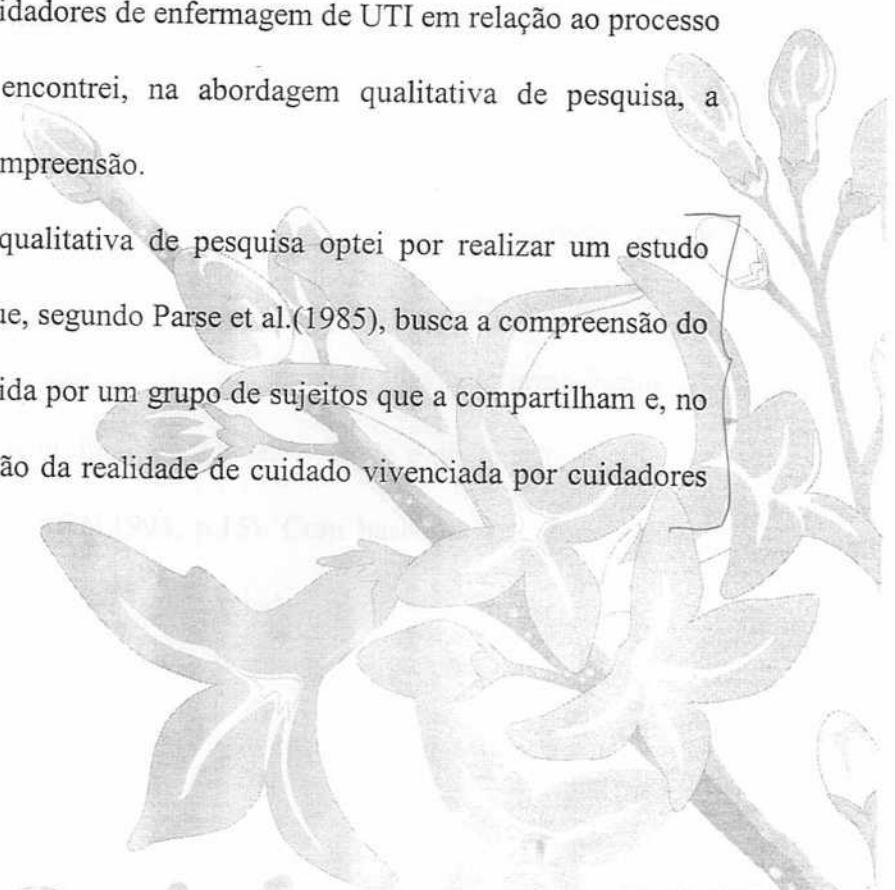


3 O CAMINHO: apresentando a metodologia do estudo

Tendo definido o objetivo deste estudo e considerando a natureza do tema a ser estudado, escolhi a pesquisa qualitativa por ser holística e naturalista (POLIT e HUNGLER, 1995), ou seja, preocupa-se com o indivíduo, seu ambiente em toda a sua complexidade, sem impor limitações ou controle ao pesquisador.

Referindo-se ao objeto da pesquisa qualitativa, Minayo (1993, p.245) reconhece ser "...o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana". Ao buscar compreender a percepção dos cuidadores de enfermagem de UTI em relação ao processo de cuidar de si e do outro, encontrei, na abordagem qualitativa de pesquisa, a possibilidade de alcançar essa compreensão.

Dentro da abordagem qualitativa de pesquisa optei por realizar um estudo descritivo do tipo exploratório que, segundo Parse et al.(1985), busca a compreensão do significado de uma realidade vivida por um grupo de sujeitos que a compartilham e, no estudo em questão, a compreensão da realidade de cuidado vivenciada por cuidadores de enfermagem em UTI.



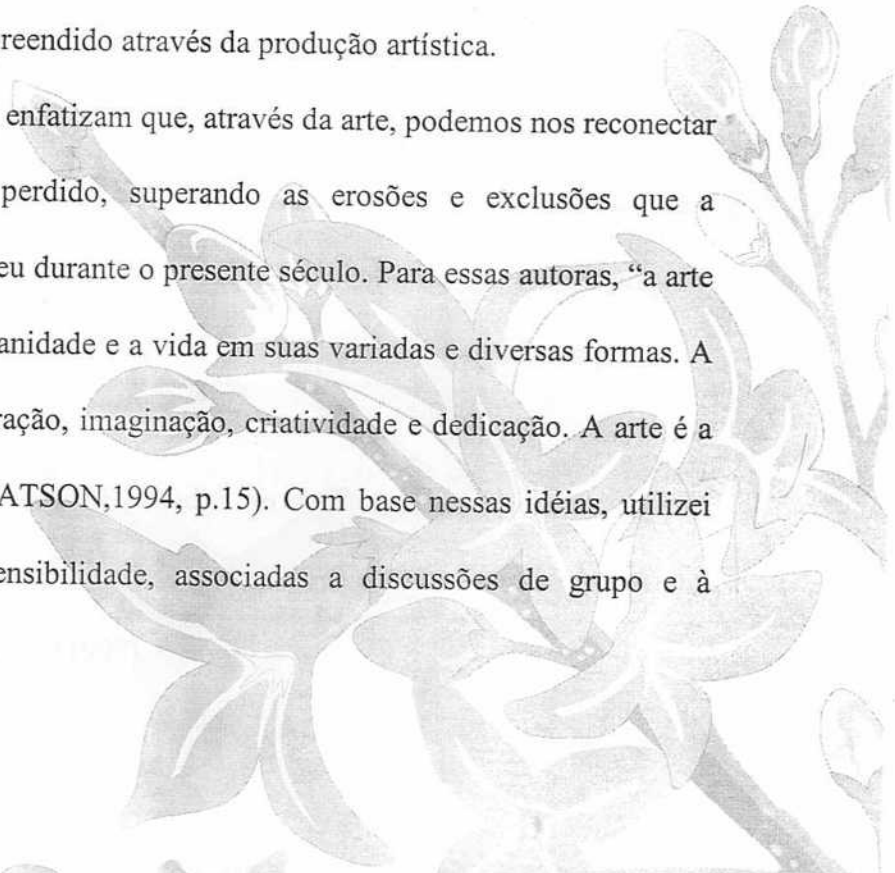
Esse tipo de pesquisa procura encontrar significados de um determinado fenômeno no tempo que, no método descritivo, emerge de uma experiência vivida e é o guia da organização de todo o estudo. O fenômeno estudado foi o processo de cuidado na UTI, sob a ótica dos cuidadores de enfermagem.

Para Parse et al. (1985), o propósito do método descritivo é investigar as experiências e interações ambientais de uma determinada unidade social, que pode ser uma pessoa, uma família ou um determinado grupo de pessoas.

Tendo optado por utilizar como referencial teórico a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (1996), procurei, no método descritivo exploratório, uma forma de obter as informações de modo a poder analisá-las sob a ótica desse referencial. Tinha escolhido trabalhar com os cuidadores de enfermagem em grupo, buscando suas percepções e suas vivências no mundo do cuidar em UTI. Encontrei no Método Criativo e Sensível proposto por Cabral (1998) uma possibilidade de adaptação para a coleta de informações, de forma a trabalhar com as idéias de Watson.

O Cuidado Humano, como expressão da arte da enfermagem, tem o seu aspecto estético, que pode ser apreendido através da produção artística.

Chinn e Watson (1994) enfatizam que, através da arte, podemos nos reconectar e lembrar o conhecimento perdido, superando as erosões e exclusões que a consciência da enfermagem sofreu durante o presente século. Para essas autoras, “a arte captura, expressa e recria a humanidade e a vida em suas variadas e diversas formas. A arte evoca espiritualidade, inspiração, imaginação, criatividade e dedicação. A arte é a vida do espírito” (CHINN e WATSON, 1994, p.15). Com base nessas idéias, utilizei dinâmicas de criatividade e sensibilidade, associadas a discussões de grupo e à



observação participante, propostas por Cabral (1998), como forma de produzir materiais e coletar as informações a serem analisadas.

Considerar o valor da criatividade e sensibilidade na pesquisa possibilita o acesso à subjetividade dos participantes, que se manifesta no grupo, na intersubjetividade (CABRAL,1998). Para Cabral (1998,p.177), "...a dinâmica sensível estimula a pessoa a sair de sua egocentricidade, criando nos participantes outros sentimentos, como afeto e emoção, quando trata de temas cujos interesses são comuns".

As dinâmicas de criatividade e sensibilidade apresentam aspectos relevantes na produção de informações na pesquisa qualitativa, principalmente quando se trabalha com grupos, como a combinação de diferentes dispositivos para coleta de informações; relação dialógica entre os participantes e o pesquisador; possibilidade da confirmação das informações no espaço das dinâmicas e a manutenção da singularidade de cada participante do grupo que socializa suas experiências (CABRAL,1998).

A utilização de oficinas na coleta de informações proporciona a interação entre os participantes, a expressão artística, sensível e a construção de significados a partir da coletivização das produções artísticas, experiências e vivências.

O termo oficina, aqui utilizado, tem como característica ser uma metodologia de trabalho em grupo, descrita por Beal et al (1972, p.219-221), cujas características são "...originar-se das pessoas presentes. Haver uma sessão de planejamento (...) as pessoas trabalham em comum nos problemas que lhes são importantes, haverá sempre uma sessão final de síntese e avaliação".

As discussões em grupo foram realizadas em decorrência da socialização das produções artísticas e das experiências vividas, desencadeadas por estímulo da pesquisadora, como preconiza Cabral (1998).

O tipo de observação sugerida por Cabral (1998) no Método Criativo e Sensível adotada junto com as dinâmicas de sensibilidade e criatividade, é a observação participante, proposta por Minayo (1993). Para Minayo (1993, p.101-102),

a observação participante consistiu no registro descritivo do comportamento dos atores sociais, do ambiente físico onde se desenvolveram as discussões de grupo, e possibilitou um contato estreito do pesquisador com o fenômeno estudado.

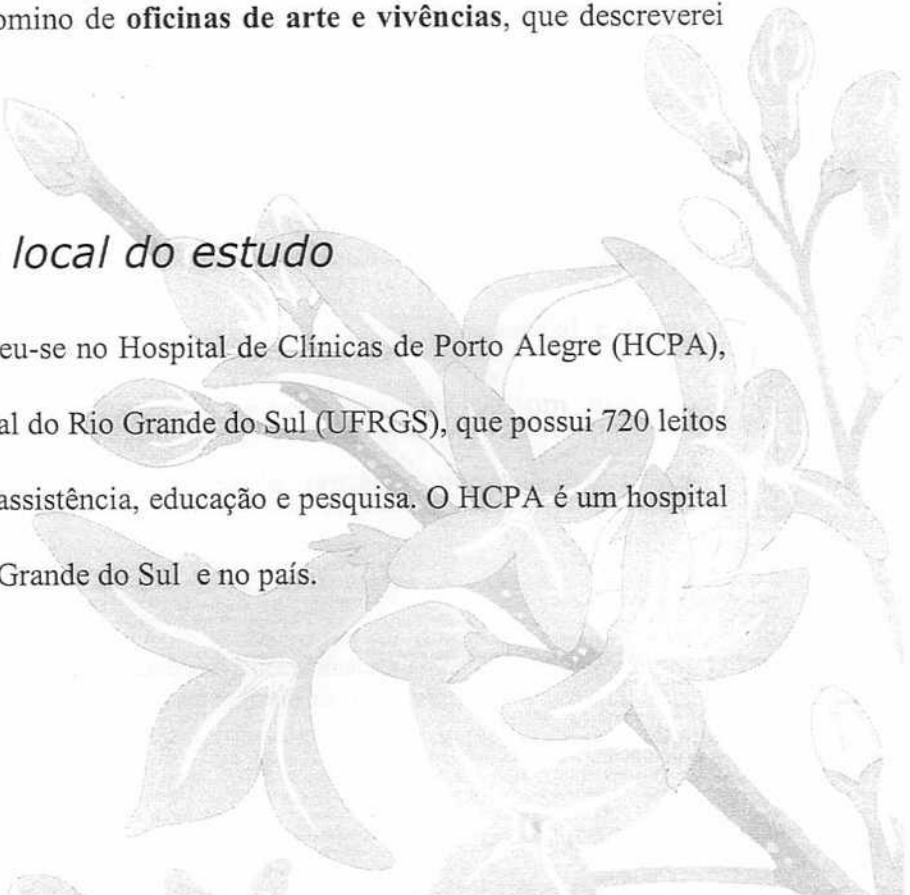
Neste estudo, a observação participante serviu como estratégia para a condução das oficinas e das discussões grupais. O registro das observações era realizado em um diário de campo logo após ao término de cada oficina, procurando-se descrever as reações dos participantes, e as minhas sensações durante o processo.

Segundo Cabral (1998), ao penetrar na sensibilidade e criatividade dos participantes da pesquisa há a possibilidade de que eles se flexibilizem e tornem público o seu pensamento, sua ação e seus conceitos acerca do mundo, da vida e de si mesmos, sem medo de romper as barreiras construídas socialmente.

Ao conjunto de dinâmicas de sensibilidade e criatividade, discussão em grupo e observação participante denomino de **oficinas de arte e vivências**, que descreverei ao abordar o processo vivido.

3.1 Descrevendo o local do estudo

Este estudo desenvolveu-se no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que possui 720 leitos de atenção múltipla, voltado à assistência, educação e pesquisa. O HCPA é um hospital de referência no estado do Rio Grande do Sul e no país.



A pesquisa realizou-se no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de adulto¹. No Hospital de Clínicas, a UTI situa-se no 13º andar e possui 33 leitos, assim divididos:

- Área 1 — 6 leitos para atendimento de pacientes da cirurgia cardíaca, 3 leitos para pacientes coronarianos, 8 leitos para atendimento de pacientes clínicos e cirúrgicos e 3 leitos de isolamento.

- Área 2 — 1 leito para atendimento de pacientes transplantados, 1 leito de isolamento e 11 leitos para atendimentos de pacientes clínicos e cirúrgicos, um destes reservado para o atendimento de paciente que venha das demais unidades do hospital após reanimação cárdio-respiratória.

A equipe de enfermagem da UTI está vinculada ao Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva (SETI), integrante do Grupo de Enfermagem do HCPA. É composta por 33 enfermeiras - 32 enfermeiras assistenciais e uma enfermeira na chefia do setor -, 119 técnicos de enfermagem e 6 auxiliares de enfermagem.

3.2 Apresentando os participantes do estudo

Ao estruturar este estudo escolhi desenvolvê-lo com um grupo de cuidadores de enfermagem em UTI, uma vez que o cuidado, segundo Watson (1985), ocorre na relação com o outro. A escolha por desenvolver esse estudo em grupo baseou-se, também, na crença pessoal de que o indivíduo cresce na relação interpessoal, e de que o cuidador de enfermagem se beneficia com a consciência de ser um grupo que experiencia situações cotidianas muito parecidas e, portanto, pode aprender com a vivência do outro.

¹ Apesar da unidade ser denominada de "Centro", utilizei a denominação de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por ser a terminologia mais amplamente utilizada na literatura.

Segundo Cabral (1998), para que se possa estabelecer condições de produção do diálogo, é necessário que o grupo tenha a estrutura, a organização e as características de um grupo intencionalmente organizado. Citando Minayo, Cabral (1998, p.184) explicita as características que o grupo deve conservar internamente:

a) ter um número reduzido de informantes; b) o animador é o que localiza e aprofunda a discussão; c) os participantes são selecionados intencionalmente e devem expressar as idéias e as opiniões de interesse para a pesquisa; d) a abrangência do tema pode requerer mais de uma sessão.

Assim, os participantes deste estudo foram cuidadores de enfermagem que trabalham no cuidado direto do paciente de UTI, totalizando o máximo de 8 pessoas.

O número reduzido de participantes, segundo Cabral (1998), facilita a expressão de todos os participantes e propicia relações interpessoais mais próximas, contribuindo, também, para o aprofundamento da análise qualitativa do material produzido pelo grupo.

Para a escolha intencional dos participantes por convite, entrei em contato com a chefia de enfermagem da UTI, apresentando o projeto desta pesquisa e solicitando nomes de possíveis cuidadores para participarem do estudo. Foi-me fornecida uma lista de nomes com os respectivos telefones. Os participantes foram convidados a fazer parte do grupo, distribuído proporcionalmente em relação ao número total de cuidadores de enfermagem daquela UTI, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, num total de duas enfermeiras e seis técnicos de enfermagem.

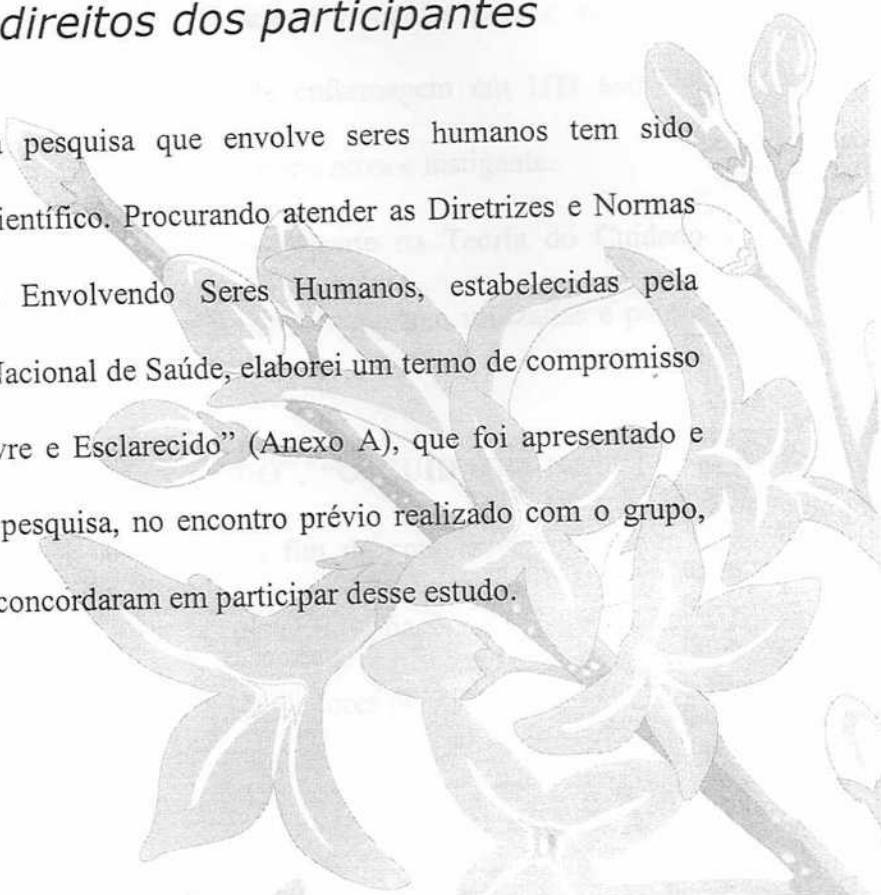
Inicialmente, pretendia ter uma enfermeira do diurno e uma do noturno, porém as enfermeiras do diurno não aceitaram participar do grupo alegando estarem já com muitas atividades extra-turno em andamento. Assim, após contato direto com alguns cuidadores, e telefônico com outros, compus o grupo para a realização das oficinas de

arte e vivências, com três técnicas de enfermagem do diurno, todas do mesmo turno de trabalho, três do noturno, trabalhando em noites distintas. As enfermeiras do noturno não trabalhavam juntas na mesma noite. Dos oito componentes, um técnico de enfermagem era do sexo masculino.

Realizei um encontro prévio com o grupo com o propósito de me apresentar, falar sobre o objetivo da pesquisa, sobre a ética do estudo, e para que os participantes se apresentassem e iniciassem o seu vínculo. Nesse encontro, definimos o melhor dia da semana para a realização das oficinas, e o melhor horário. Ficou estabelecido que a terça-feira, às 14h era o melhor dia e horário. Informei que os encontros aconteceriam nas dependências da Escola de Técnicos de Enfermagem, no subsolo do HCPA. Agradei a participação de todos e prontifiquei-me a esclarecer o que julgasse necessário. Esse primeiro encontro transcorreu num clima muito agradável. Senti-me muito contente com o grupo que, enfim, se formara para interagir comigo.

3.5 Assegurando os direitos dos participantes

Atualmente, a ética na pesquisa que envolve seres humanos tem sido amplamente discutida no meio científico. Procurando atender as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, elaborei um termo de compromisso denominado "Consentimento Livre e Esclarecido" (Anexo A), que foi apresentado e explicitado aos participantes da pesquisa, no encontro prévio realizado com o grupo, sendo assinado por todos os que concordaram em participar desse estudo.



O termo garantia aos participantes informações acerca dos objetivos da pesquisa, da metodologia do processo de coleta e registro das informações, e explicitava a forma como se realizaria a análise das informações emergidas das oficinas de arte e vivências, assegurando-lhes o sigilo e o anonimato das informações coletadas durante a pesquisa. Também lhes foi assegurada a possibilidade de desistência na participação do grupo. Esclareci que todo o material resultante dos encontros grupais seria utilizado para fins de pesquisa. As fitas gravadas seriam inutilizadas após o registro de seu conteúdo e o destino das produções artísticas, após o registro fotográfico, seria decidido pelo próprio grupo.

Para garantir o sigilo dos participantes, utilizei nomes de flores para identificar as falas de cada um.

3.4 *Processo de coleta das informações: descrevendo o vivido*

Ao optar pela utilização de oficinas de arte e vivências para a coleta de informações acerca da percepção dos cuidadores de enfermagem em UTI sobre o processo de cuidar de si e do outro, iniciei uma experiência nova e instigante.

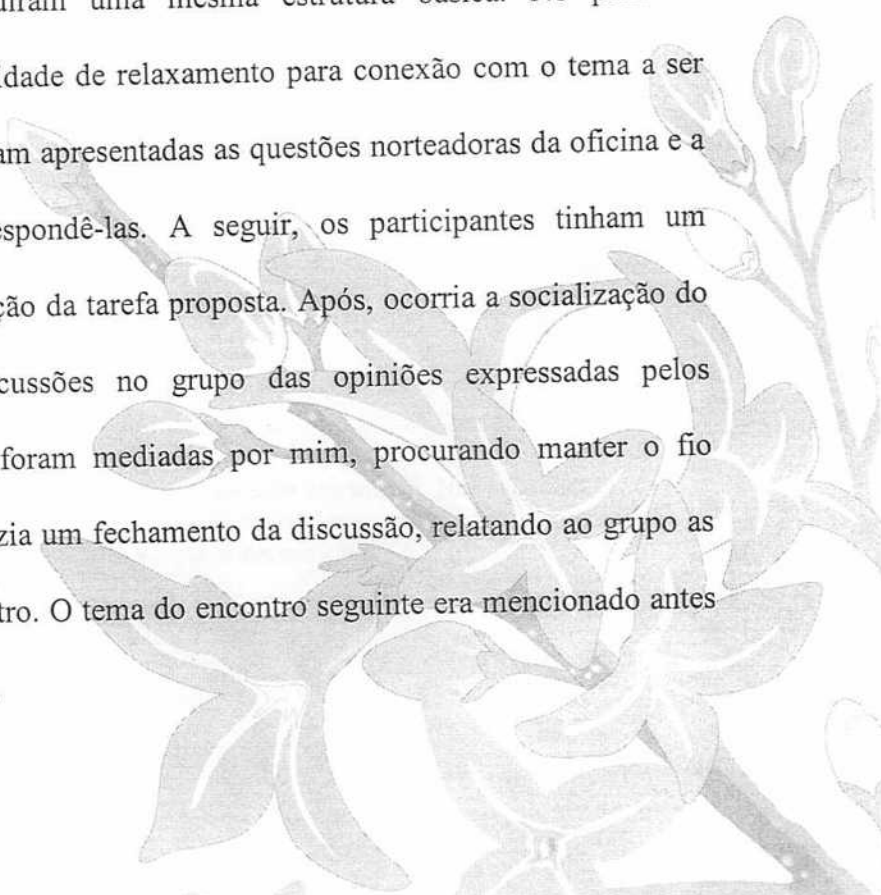
Para a construção desse caminho, busquei suporte na Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson para a formulação das dinâmicas a serem utilizadas e para a definição dos temas a serem contemplados nas oficinas.

Escolhi quatro temas - "EU", "O OUTRO", "O CUIDADO NA UTI" e "QUESTÕES DE VIDA" - a serem abordados, a fim de contemplar os "carative factors" de Watson (1985). Dessa forma, além de coletar informações estaria, de alguma maneira, proporcionando aos sujeitos da pesquisa - cuidadores de enfermagem em UTI -

uma oportunidade de vivenciarem algumas técnicas que Watson apresenta como adequadas para a abordagem de seu modelo teórico.

Cada tema foi abordado em duas oficinas, com diferentes perguntas norteadoras, que levaram os cuidadores a refletir sobre o seu cotidiano de cuidado em UTI, ou seja, suas crenças e valores relativos ao ser humano - cuidador e ser cuidado -, ao cuidado vivenciado na UTI e sobre o ambiente de UTI, onde estão inseridos. Os sentimentos e emoções gerados no processo de cuidar, as relações interpessoais, o uso da criatividade e da sensibilidade no processo de cuidar em UTI, as forças internas existenciais e a dimensão espiritual no processo de cuidar em UTI foram abordados através das **oficinas de arte e vivências**. As oficinas foram desenvolvidas visando desencadear a reflexão no grupo sobre sua prática diária, sua forma de ser e estar no mundo do cuidado em UTI. Elas aconteceram semanalmente, nas dependências da Escola de Técnicos de Enfermagem, no HCPA, com duração de, aproximadamente, 2h a cada encontro.

Todas as oficinas seguiram uma mesma estrutura básica. No primeiro momento, era realizada uma atividade de relaxamento para conexão com o tema a ser tratado; no segundo momento, eram apresentadas as questões norteadoras da oficina e a técnica a ser utilizada para respondê-las. A seguir, os participantes tinham um determinado tempo para a execução da tarefa proposta. Após, ocorria a socialização do que fora produzido, e as discussões no grupo das opiniões expressadas pelos participantes. Essas discussões foram mediadas por mim, procurando manter o fio condutor da oficina. No final, fazia um fechamento da discussão, relatando ao grupo as idéias básicas surgidas no encontro. O tema do encontro seguinte era mencionado antes do encerramento de cada oficina.



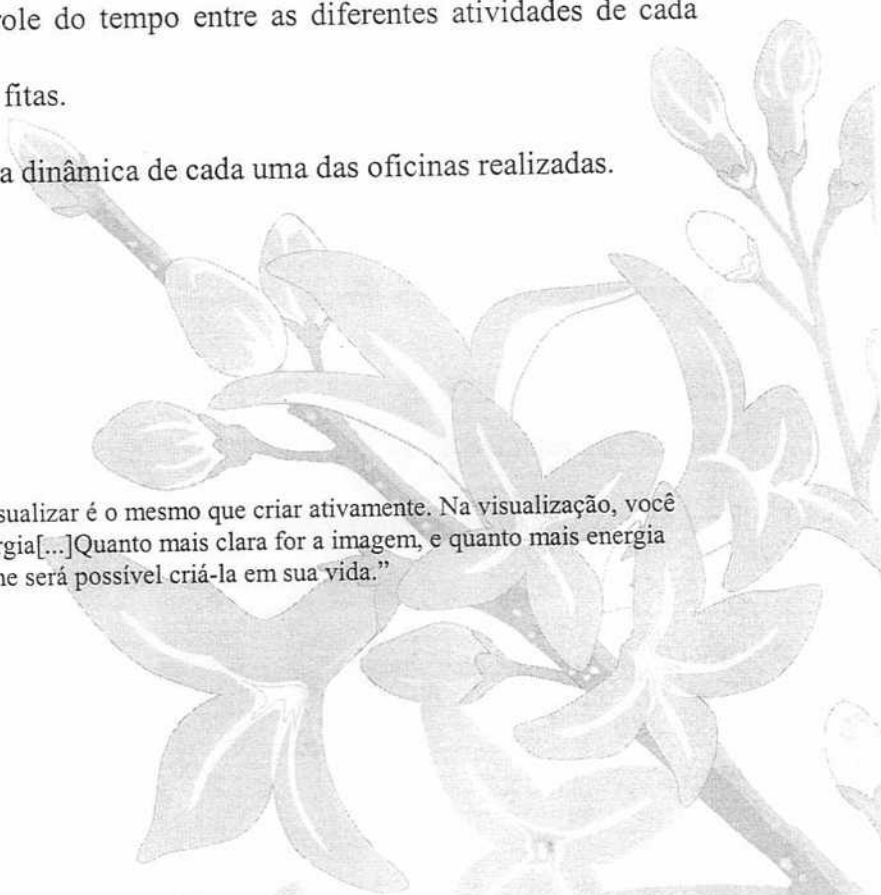
Foram utilizadas técnicas de relaxamento, consciência corporal (SABBI, 1999), visualização*, colagem, modelagem (PARKER, 1994), desenho, pintura, incidente crítico (WALDOW, 1995), música, dramatização, exercícios de autoconhecimento e auto-estima, vivências que propiciassem discussões relativas ao objetivo deste estudo.

Para registro dos materiais e informações emergidas nesse processo e posterior análise, as discussões em grupo foram gravadas com o consentimento por escrito dos participantes, segundo Consentimento Livre e Esclarecido, e as produções artísticas documentadas através de fotografias pela pesquisadora e/ou pela auxiliar de pesquisa, sendo também utilizadas as anotações de campo resultantes da observação realizada no decorrer dos encontros.

Nas oficinas de arte e vivências pude contar com o auxílio de uma auxiliar de pesquisa, bolsista do Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem (NECE), que ficou responsável pela gravação dos encontros, auxílio na organização do ambiente para sua realização e auxílio no controle do tempo entre as diferentes atividades de cada oficina e posterior transcrição das fitas.

Passo, agora a descrever a dinâmica de cada uma das oficinas realizadas.

* Segundo Brennan (1987, p.239) "... visualizar é o mesmo que criar ativamente. Na visualização, você cria uma imagem na mente e dá-lhe energia[...]Quanto mais clara for a imagem, e quanto mais energia emocional você lhe inculca, tanto mais lhe será possível criá-la em sua vida."



3.4.1 Oficina 1: Tema "EU" → Como me vejo, crenças, valores e limitações

O tema "EU" teve por objetivo levar os cuidadores de enfermagem de UTI a refletirem sobre si mesmos, buscando o autoconhecimento, pois são co-participantes no processo de cuidado em UTI. Watson (1989) apresenta o conhecimento de nossos potenciais e limitações na função de seres cuidadores como um dos requisitos básicos para que o cuidado humano possa acontecer. Também enfatiza em seu primeiro e terceiro *carative factors*, respectivamente, a necessidade de um sistema de valores humanísticos-altruísticos e a importância do reconhecimento de seus próprios sentimentos como fundamentais para a construção do cuidado transpessoal.

O objetivo dessa primeira oficina era levá-los a manifestar a imagem que têm de si mesmos enquanto cuidadores em UTI, as crenças e valores que permeiam o modo de ser e estar no mundo do cuidado, e identificar suas limitações pessoais para cuidar. Para tanto, cheguei à sala previamente destinada ao encontro com bastante antecedência, pois queria organizar o ambiente a fim de harmonizá-lo com os propósitos da oficina.

Dispus as cadeiras em círculo, em número de nove - a minha e as dos oito participantes -, escrevi no quadro-verde o título da oficina e a frase de Deepak Chopra *apud* Aquarius (1999) "**O passado é história; o futuro é mistério; o presente é dádiva. Por isso se chama presente**".

Organizei o material que tinha trazido para as atividades a serem desenvolvidas. Preparei o ambiente, atentando para a temperatura, o aroma, a música e a luminosidade.

Apresentei o planejamento da oficina para a auxiliar de pesquisa, ressaltando as atividades que ela deveria desempenhar.

As pessoas foram chegando e procurei recebê-las de forma afetuosa, para que se sentissem à vontade. Fui fornecendo a cada participante um crachá adesivo com seu nome. Esperamos 15 minutos além do horário previsto para o início das atividades, até que todos os participantes chegassem.

Quando todos chegaram pedi que se sentassem nas cadeiras dispostas no círculo e solicitei que lessem a frase que eu escrevera no quadro-verde, enfatizando o meu desejo de que todos procurassem vivenciar inteiramente o momento presente, usufruindo as experiências que ora iríamos desfrutar.

Desliguei as luzes, deixando o ambiente na penumbra e liguei uma música com sons da natureza. Pedi que fechassem os olhos, sentassem confortavelmente, com os braços e pernas descruzados e conduzi um relaxamento através da consciência corporal (SABBI, 1999), por aproximadamente dez minutos, para que aquietassem suas mentes e tomassem contato com o seu corpo. Ao término dessa atividade, os participantes manifestaram bem-estar.

Passei, então, a escrever no quadro e apresentar as duas perguntas norteadoras da primeira parte da oficina:

- **Quem sou eu, cuidador de enfermagem em UTI? e**
- **Quais são minhas limitações pessoais para cuidar em UTI?**

A seguir, apresentei a técnica de modelagem como o instrumento para responder a essas duas questões e distribuí uma caixa de massa de modelar e uma folha de papel para cada participante.

Todos permaneceram em seus lugares para a execução da atividade e silenciosamente, com poucos comentários, a realizaram (Figura 1)

À medida que iam terminando a atividade, forneci caneta e papel a cada um, solicitando que registrassem, por escrito, o significado de sua produção artística.

Ao término dessa atividade, foram feitas as apresentações das produções artísticas e de seus significados, com manifestação de todos, por vezes carregadas de emoção. Naquele momento da oficina, senti que estava participando de um processo maior do que a produção e coleta de informações: estava proporcionando àqueles cuidadores uma oportunidade singular de reflexão, de catarse. Senti uma imensa responsabilidade por esse processo que estava sendo iniciado. Pude perceber a necessidade daqueles seres humanos de um espaço para se expressarem .

Fiz o registro fotográfico das produções artísticas à medida que iam sendo apresentadas por seus criadores.

Terminadas as apresentações e as discussões, procurando administrar o tempo total de duas horas que dispunha para a oficina, e tendo o cuidado de explicar acerca do que se entendia por crenças e valores, passei a apresentar a próxima pergunta norteadora:

• **Quais são as crenças e valores que movem o meu fazer profissional?**

Para responder a essa questão, solicitei que construíssem, coletivamente, um cartaz, contendo suas idéias (Figura 2). Forneci papel e canetas hidrocor. O grupo sentou-se no chão e cada um começou a escrever em uma parte do cartaz suas crenças e valores.

Começaram a trocar idéias, afastando-se momentaneamente da atividade de escrever as crenças e valores. No entanto, sentados em círculo no chão, tiveram a

oportunidade de compartilhar experiências pessoais e profissionais, os dilemas, sentimentos. Após conduzi-los a apresentarem as idéias escritas no cartaz.

Estávamos chegando ao fim desse primeiro encontro de trabalho. Fiz um apanhado geral das idéias surgidas, reforçando a importância de, enquanto cuidadores, olharmos para nós mesmos, buscando reconhecer as crenças, os valores que guiam o nosso dia-a-dia, nossas limitações, refletirmos sobre quem somos nesse mundo do cuidar em UTI.

Agradei a participação de todos e disse que iríamos continuar refletindo sobre nós, enfatizando os sentimentos que vivenciamos na UTI.

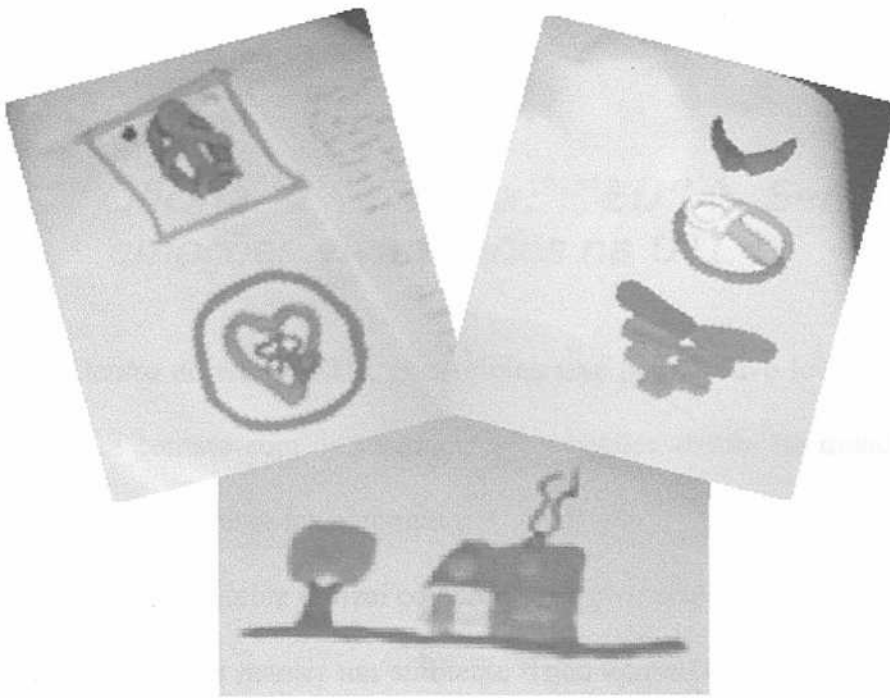


Figura 1 – Produção artística expressando quem é o cuidador de enfermagem e quais suas limitações pessoais para cuidar em UTI.

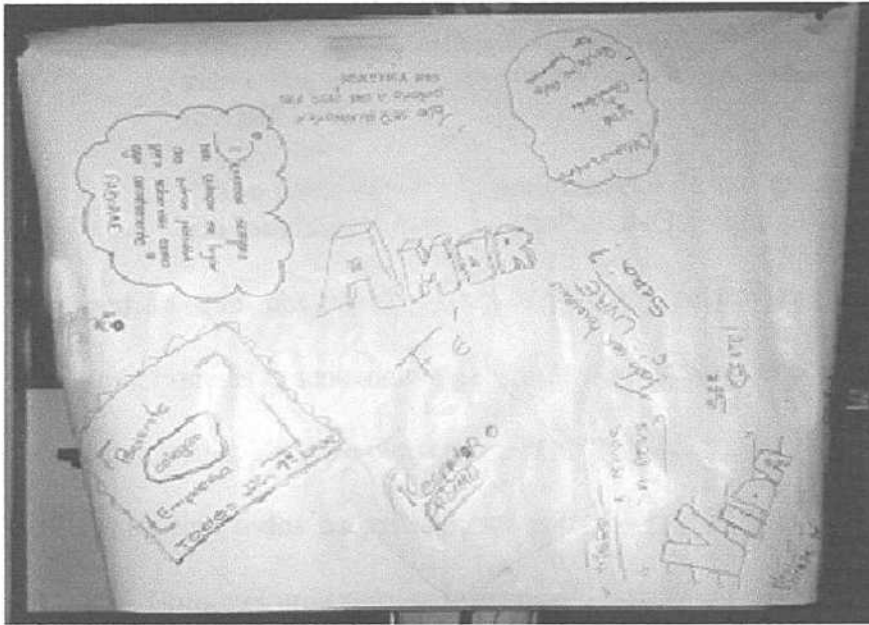


Figura 2 – Cartaz construído coletivamente referente a crenças e valores que movem o fazer em UTI.

3.4.2 Oficina 2 - Tema: **"EU"** → Sentimentos e emoções vivenciados na UTI

Dentro do tema **"EU"**, essa oficina teve por objetivo levar os participantes a entrarem em contato com os sentimentos e emoções vividos no mundo do cuidar em UTI e poderem expressá-los no grupo.

Para essa oficina utilizei colchonetes dispostos em círculo ao invés de cadeiras. Preocupando-me em manter um ambiente físico agradável, retirei algumas cadeiras da sala, controlei a temperatura com ar condicionado, aromatizei o ambiente..Distribuí o material de forma a facilitar o desenrolar das atividades.

Coloquei no quadro-verde o título da oficina e dois pensamentos que abordavam a essência dessa oficina - os sentimentos e emoções vivenciados na UTI:

“Se a informação é básica para entender o nosso mundo, a consciência dos sentimentos é essencial para encontrar nosso lugar nele e interagirmos de maneira harmônica, solidária e construtiva” (SABBI, 1999).

“Não pode haver a transformação de trevas em luz e da apatia em movimento sem emoção” (JUNG *apud* SABBI, 1999, p 75).

À medida que chegavam, os participantes mostravam-se surpresos pela presença dos colchonetes e sentavam nas cadeiras que estavam encostadas nas paredes da sala. Recebiam o meu abraço e o crachá de identificação.

Ao chegarem todos os participantes solicitei que se sentassem ou deitassem nos colchonetes. Coloquei uma música instrumental, apaguei as luzes da sala e solicitei que procurassem, de olhos fechados, conectar com sua respiração e com a música, ‘desligar’ de suas preocupações e prestar atenção em seus sentimentos. Durante o relaxamento, li um texto sobre prosperidade, saúde e felicidade, de Sabbi (1999) (Anexo B).

Conduzi uma reflexão sobre a importância das emoções e sentimentos na nossa vida e da necessidade de reconhecê-los e nominá-los.

Ao término do relaxamento, apresentei a pergunta norteadora da oficina:

• Que sentimentos e emoções vivencio na UTI?,

explicando que trabalharíamos com a técnica de Incidente Crítico (WALDOW, 1995). Enquanto escrevia no quadro-verde tópicos da técnica a ser empregada, estimei que procurassem lembrar de um fato vivido na UTI que os tivesse marcado profundamente, lembrando que quando os fatos ficam marcados é porque foram vividos com emoção. Pontuei, no quadro-verde, o tipo de incidente que deveriam tentar relembrar: algum incidente positivo, um incidente que os tenha emocionado, alguma situação de difícil manejo ou que tenha gerado raiva e frustração. Distribuí papel e caneta, pedindo que

descrevessem o fato vivido, seguindo os tópicos colocados no quadro-verde e informei que socializaríamos as experiências em grupo.

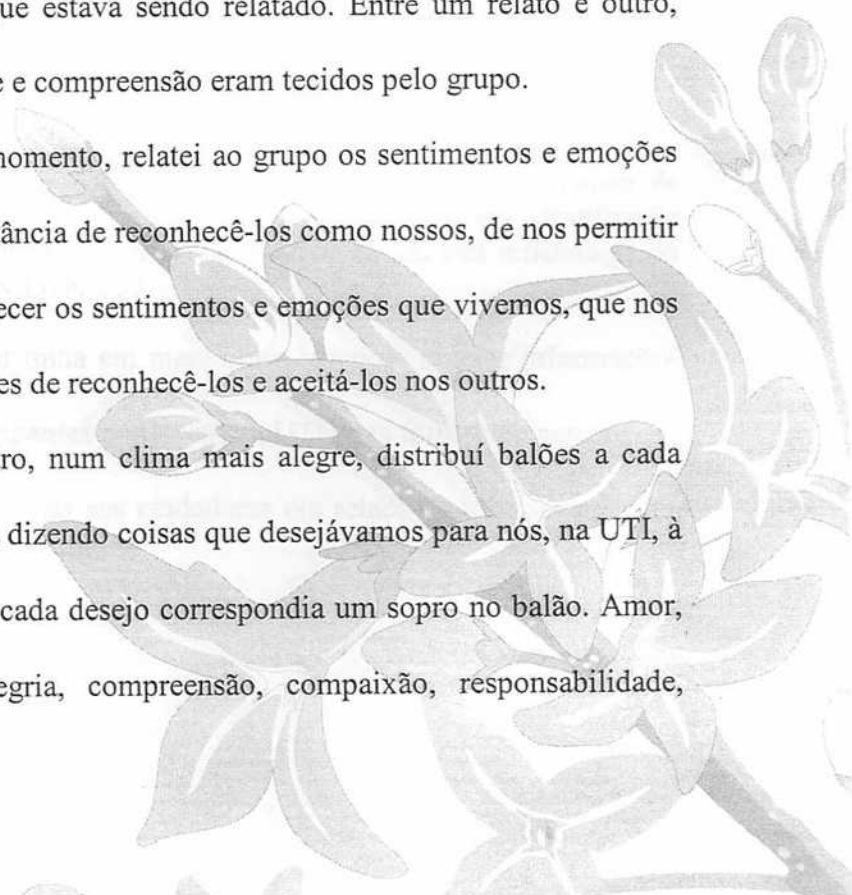
Cada participante escolheu uma cadeira e, silenciosamente, escreveu sua experiência. Durante esse momento, deixei uma música suave ao fundo. Pude perceber alguns participantes bastante emocionados, todos muito introspectivos.

Passados 30 minutos, tendo observado que todos haviam concluído o seu relato, convidei-os a sentar novamente nos colchonetes, formando um círculo do qual também participei. Procurei saber como tinham se sentido ao pensar em seus sentimentos e emoções, ao que alguns responderam ter sido penoso, pois lembraram situações que haviam mobilizado muito suas emoções. Uma das participantes relatou ter chorado assim que iniciou a escrever sua vivência.

Todos expuseram o que haviam escrito. Alguns relatos foram acompanhados de muita emoção, inclusive com lágrimas. Cada um que contava a sua vivência era escutado com profundo silêncio e interesse pelos outros. Pareciam consternados, vivenciando com o outro aquilo que estava sendo relatado. Entre um relato e outro, alguns comentários de solidariedade e compreensão eram tecidos pelo grupo.

Como fechamento desse momento, relatei ao grupo os sentimentos e emoções manifestados, comentando a importância de reconhecê-los como nossos, de nos permitir senti-los e expressá-los. Ao reconhecer os sentimentos e emoções que vivemos, que nos são próprios, teremos mais condições de reconhecê-los e aceitá-los nos outros.

Para finalizar esse encontro, num clima mais alegre, distribuí balões a cada participante, pedindo que fôssemos dizendo coisas que desejávamos para nós, na UTI, à medida que enchíamos o balão. A cada desejo correspondia um sopro no balão. Amor, união, carinho, bom salário, alegria, compreensão, compaixão, responsabilidade,



coleguismo, tranqüilidade foram alguns dos desejos. Pedi que amarrassem os balões e que os jogássemos, uns para os outros, sem deixá-los cair. O clima ficou alegre, todos participando da brincadeira. A seguir, orientei que cada um segurasse um balão e que ao estourá-lo se deixasse inundar por todas as coisas boas que tinham sido desejadas pelo grupo. Houve muito barulho e muitos sorrisos.

Encerrei o encontro, oferecendo-lhes um lanche que eu trouxera para a ocasião, não sem antes lembrá-los que na próxima oficina começaríamos a refletir sobre “o outro”.

3.4.3 Oficina 3 - Tema: “O OUTRO” → Quem é o outro na UTI e formas de percebê-lo.

O tema “O OUTRO” teve por objetivo levar os participantes a discorrer sobre os encontros, os relacionamentos no mundo do cuidado em UTI. Watson (1985), ao apresentar seus pressupostos acerca dos valores de cuidado humano na enfermagem, afirma que o cuidado humano só pode efetivamente ser demonstrado e praticado interpessoalmente e que

o processo humano intersubjetivo mantém vivo o senso comum de humanidade; ele ensina-nos como ser humanos pela nossa identificação com os outros, uma vez que a humanidade de um está refletida na do outro (WATSON, 1988, p.33).

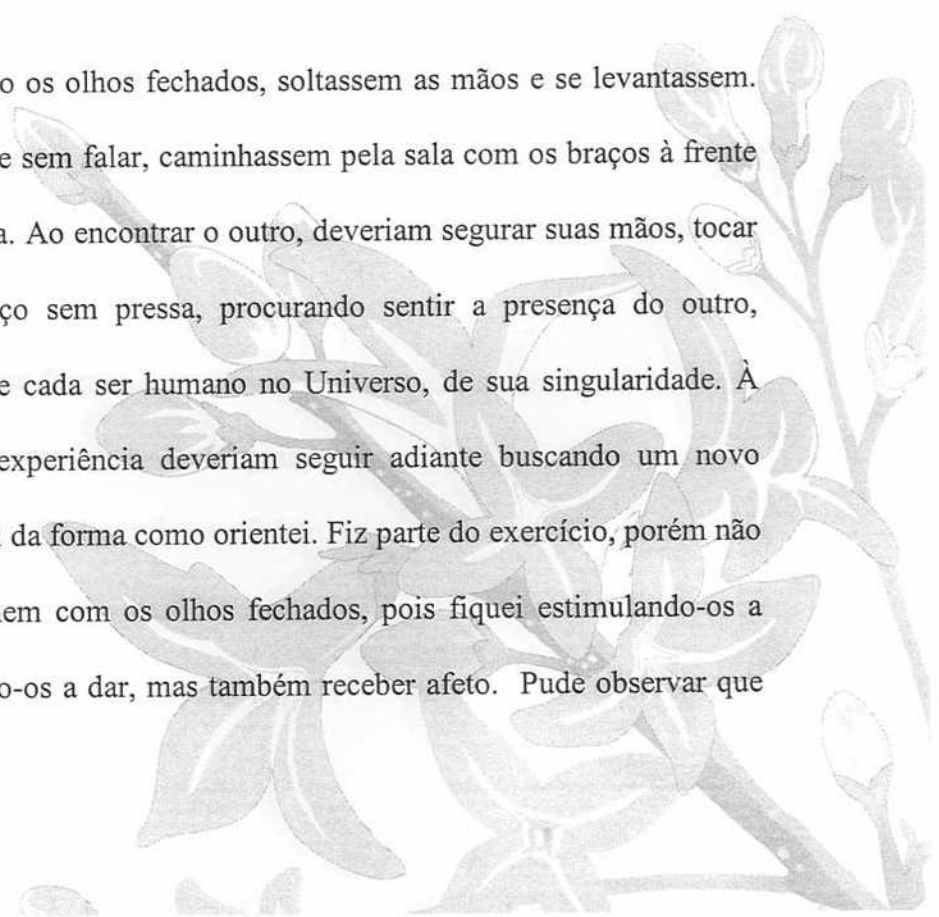
Ao realizar essa oficina eu tinha em mente que, além de coletar informações acerca do outro com quem os participantes convivem na UTI, e as formas de percebê-lo, desejava proporcionar algumas vivências aos cuidadores em relação a formas de sentir, perceber e se relacionar com o outro.

Escrevi no quadro-verde o título da oficina e a seguinte mensagem de minha autoria: **“É através do outro que podemos aprender a amar e assim evoluir como espíritos imortais que somos”**.

Após a chegada de todos os participantes, a acolhida e a identificação por crachás, solicitei que sentassem em círculo nos colchonetes. Apagando a luz e deixando tocar uma música instrumental, juntei-me ao círculo. Disse-lhes que, de olhos fechados, déssemos as mãos de forma a ficar a mão direita por cima da mão do companheiro da direita e a nossa mão esquerda por baixo da mão do companheiro da esquerda, num simbolismo de dar e receber amor. Conduzi um relaxamento falando sobre a necessidade de afeto que todo ser humano tem, fazendo uma retrospectiva de nosso processo de crescimento, desde a nossa concepção até o momento atual, e a importância do afeto e dos relacionamentos em cada fase de nossa vida.

A seguir, conduzi o grupo a imaginar e visualizar uma cachoeira de luz nos banhando e essa energia luminosa fluindo através da corrente de nossas mãos, num constante dar e receber.

Solicitei, então, que mantendo os olhos fechados, soltassem as mãos e se levantassem. Pedi que, sem abrir os olhos e sem falar, caminhassem pela sala com os braços à frente procurando tocar outra pessoa. Ao encontrar o outro, deveriam segurar suas mãos, tocar seu rosto e trocar um abraço sem pressa, procurando sentir a presença do outro, lembrando da importância de cada ser humano no Universo, de sua singularidade. À medida que fizessem essa experiência deveriam seguir adiante buscando um novo encontro. Todos participaram da forma como orientei. Fiz parte do exercício, porém não me mantive em silêncio e nem com os olhos fechados, pois fiquei estimulando-os a seguir em frente, encorajando-os a dar, mas também receber afeto. Pude observar que

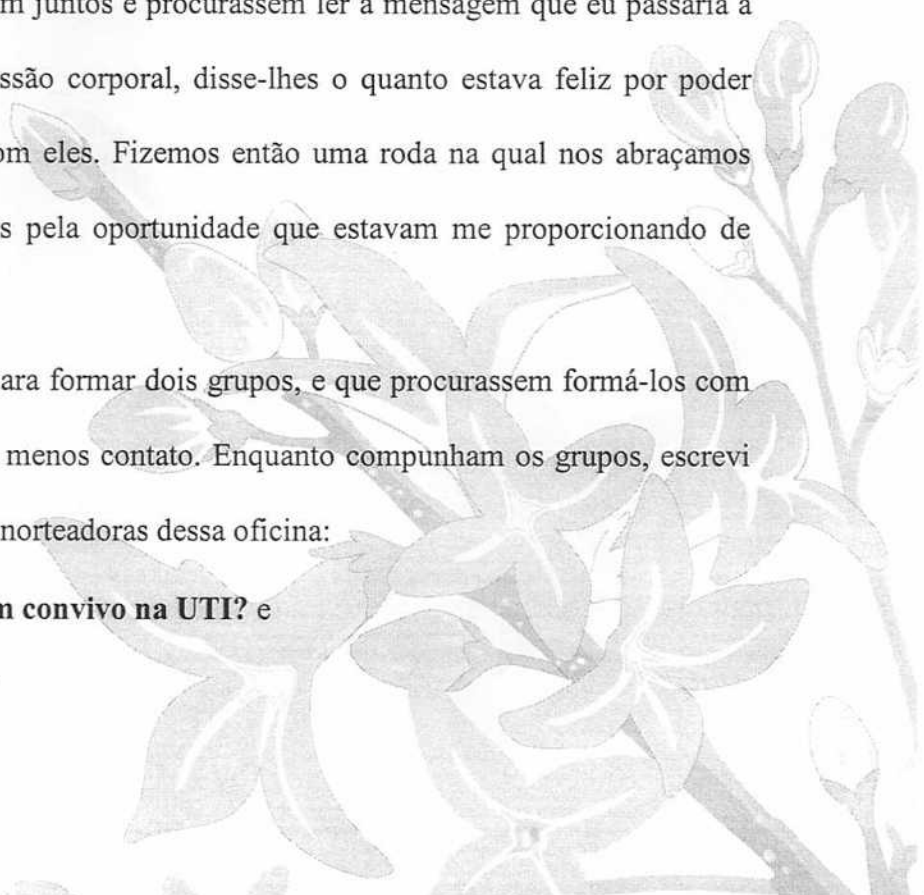


para alguns o contato com o outro era mais fácil do que para outros. Uns eram mais ativos, buscavam o encontro. No entanto, uma participante mantinha-se parada, esperando o encontro, mas participava igualmente quando esse ocorria. Houve grande troca afetiva entre o grupo durante essa atividade.

Propus, em seguida, uma brincadeira para trabalhar a capacidade de expressão não-verbal (FRITZEN, s/d). Formando dois círculos concêntricos, pedi-lhes que ficassem frente-a-frente. Os participantes do círculo externo deveriam passar uma mensagem para o seu par que se encontrava no círculo interno e, após deslocarem-se para a direita, os pares iriam se renovando. Assim, invertendo-se as posições, todos receberam e emitiram mensagens não-verbais. Observei alguns participantes com dificuldade de entrarem no espírito lúdico da atividade, fato que depois comentei com o grupo, lembrando o quanto abandonamos nossa criança interior, abafando a alegria e a simplicidade de brincar.

Como fechamento dessa atividade de leitura do corpo e comunicação não-verbal, pedi que todos ficassem juntos e procurassem ler a mensagem que eu passaria a eles. Então, através da expressão corporal, disse-lhes o quanto estava feliz por poder estar ali naquele momento com eles. Fizemos então uma roda na qual nos abraçamos pela cintura e agradei a eles pela oportunidade que estavam me proporcionando de estar com eles.

A seguir, pedi-lhes para formar dois grupos, e que procurassem formá-los com pessoas com as quais tinham menos contato. Enquanto compunham os grupos, escrevi no quadro-verde as perguntas norteadoras dessa oficina:

- **Quem é o outro com quem convivo na UTI? e**
 - **De que forma o percebo?**
- 

Apresentei diversos tipos de materiais, inclusive sucata, para a confecção de painéis.

Sentados no chão, os dois grupos trabalharam num clima de descontração e participação, todos empenhando-se em criar e enfeitar os painéis (Figura 3).

Ao fim da tarefa, os painéis foram apresentados pelos dois grupos e, como fechamento da oficina, comentei sobre as experiências que havíamos vivenciado, discorrendo sobre a importância de estarmos atentos às formas não-verbais de comunicação e às diversas maneiras de percebermos o ser humano que conosco convive. Reforcei a idéia de que dar e receber afeto é uma prática necessária a nós seres humanos.

O grupo decidiu deixar os painéis expostos na sala que utilizamos, a fim de serem vistos pelos alunos do curso técnico de enfermagem.

Encerrei o encontro, informando que na oficina seguinte trabalharíamos, ainda, o tema 'o outro' enfocando os relacionamentos.





Figura 3 – Painéis construídos em grupos expressando quem é o outro com quem convivem na UTI e os modos de percebê-lo

3.4.4 Oficina 4 - Tema: **"O OUTRO"** → Os relacionamentos na UTI

Essa oficina teve por objetivo explorar os relacionamentos na UTI.

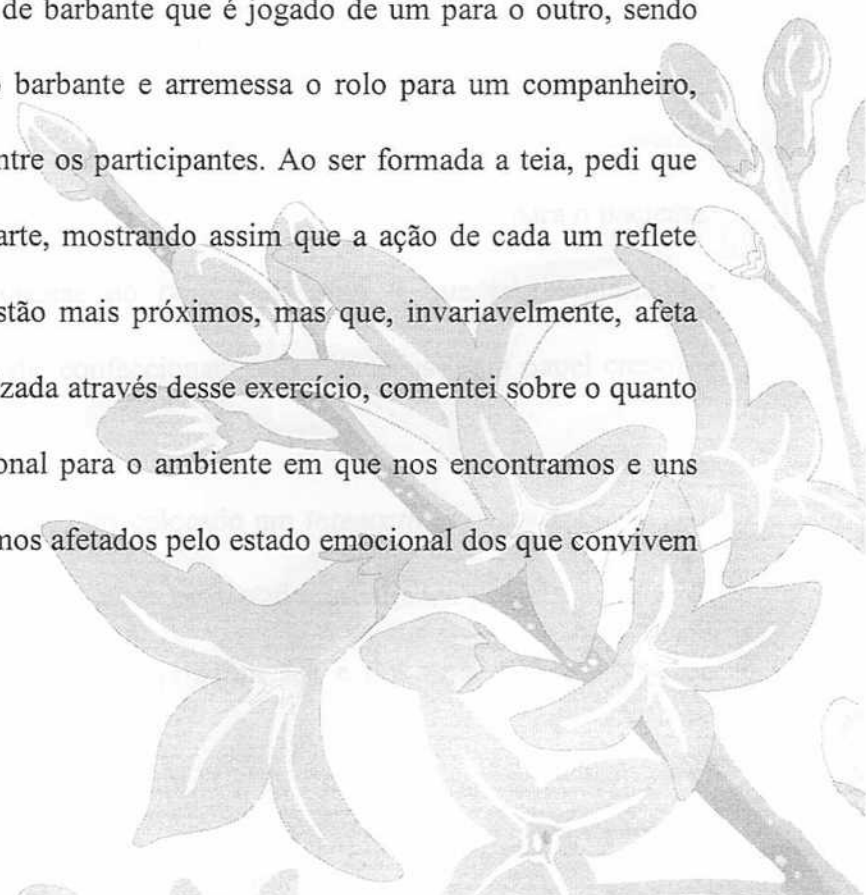
Após o preparo do ambiente, posicionando as cadeiras em círculo, escrevi no quadro-verde a seguinte mensagem:

“Algum dia, depois de dominarmos os ventos, as ondas, as marés e a gravidade, vamos dominar, com a ajuda de Deus, as energias do amor. E então, pela segunda vez na história do mundo, o homem descobrirá o fogo” (TEILHARD DE CHARDIN *apud* SABBI, 1999).

Recebi a todos com carinho, distribuindo os crachás de identificação. Sentamos em círculo e, com um som musical suave ao fundo, pedi que se posicionassem confortavelmente, respirassem profundamente, procurando deixar pra trás todas as preocupações.

A seguir, retomei alguns pontos que haviam surgido na oficina anterior - ser humano integral, único, com potencialidades e fragilidades, assim como nós. Discorri sobre a importância dos relacionamentos em nossa vida e o quanto eles influenciam positiva ou negativamente o nosso bem-estar, mostrando que estamos todos interligados, em interconexão.

Para sedimentar essa fala, apliquei a técnica que chamei de “A Teia da Vida”, que é desenvolvida com um rolo de barbante que é jogado de um para o outro, sendo que quem recebe o rolo segura o barbante e arremessa o rolo para um companheiro, desenhando-se, assim, uma teia entre os participantes. Ao ser formada a teia, pedi que um participante movesse a sua parte, mostrando assim que a ação de cada um reflete mais diretamente naqueles que estão mais próximos, mas que, invariavelmente, afeta toda a teia. Com essa idéia visualizada através desse exercício, comentei sobre o quanto irradiamos o nosso estado emocional para o ambiente em que nos encontramos e uns para os outros, e quanto nos sentimos afetados pelo estado emocional dos que convivem conosco.



A seguir contei ao grupo a história do Centésimo Macaco escrita por Keyes Jr. *apud* Sabbi (1999) (Anexo C), mostrando que se quisermos melhorar o mundo ao nosso redor poderemos começar por melhorar a nós mesmos, dessa forma, criaremos, através do campo de conexão de todas as coisas, condições para que possamos nos melhorar enquanto espécie humana.

Após refletirmos sobre esses aspectos, apresentei a pergunta norteadora dessa oficina:

• **De que modo me relaciono com o outro na UTI?**

Para respondê-la escolhi a técnica de dramatização, sugerindo alguns “personagens” para fazer parte da apresentação : o cuidador de enfermagem, o paciente, o familiar, o médico e a chefia. Perguntei-lhes se outros personagens poderiam aparecer, e sugeriram que se separasse o cuidador em enfermeiro e técnico.

Sugeri que procurassem, dentro do possível, não representar a função que desempenhavam no dia-a-dia da UTI.

Ofereci material para que confeccionassem as “fantasias”. Deixei o roteiro por conta do grupo. Estipulei somente o tempo para ensaios e apresentação.

Começaram a se organizar de modo alegre e entusiasmado, todos participando ativamente. Organizaram o cenário com um banco que serviria de leito para o paciente. Os colchonetes serviram de cortinas do box. Decidiram o que representariam e distribuíram os papéis. Em seguida, confeccionaram as ‘fantasias’ com papel crepon e papel de seda.

Dramatizaram a cena em que foi colocado um *intracath* em uma paciente por uma residente, com a supervisão do médico contratado, auxiliados por um auxiliar de enfermagem (para não representar sua própria função) e por uma enfermeira. Dois

familiares tentavam entrar no box para saber notícias de seu paciente e a chefia administrando a situação (Figura 4).

As interpretações foram muito significativas, e a dramatização foi muito aplaudida.

A seguir, após despirem as fantasias, todos sentaram em círculo e iniciamos a análise da dramatização, procurando explorar o real a partir da representação de cada papel.

A discussão foi riquíssima em informações a respeito da teia de relacionamentos estabelecida na UTI, com seus pontos positivos e com as dificuldades sentidas pelos participantes. A discussão prolongou-se por 15 minutos além do tempo previsto, tal o envolvimento de todos no assunto abordado, denotando sua importância no dia-a-dia dos cuidadores de enfermagem em UTI.

Ao encerrar o encontro, lembrei-os que na oficina seguinte abordariamos o tema 'Cuidado na UTI' e os convidei para um pequeno lanche.





Figura 4 – Dramatização da colocação de um *intracath* enfatizando os relacionamentos na UTI.

3.4.5 Oficina 5 - Tema: **"O CUIDADO NA UTI" → O cuidado ao cuidador**

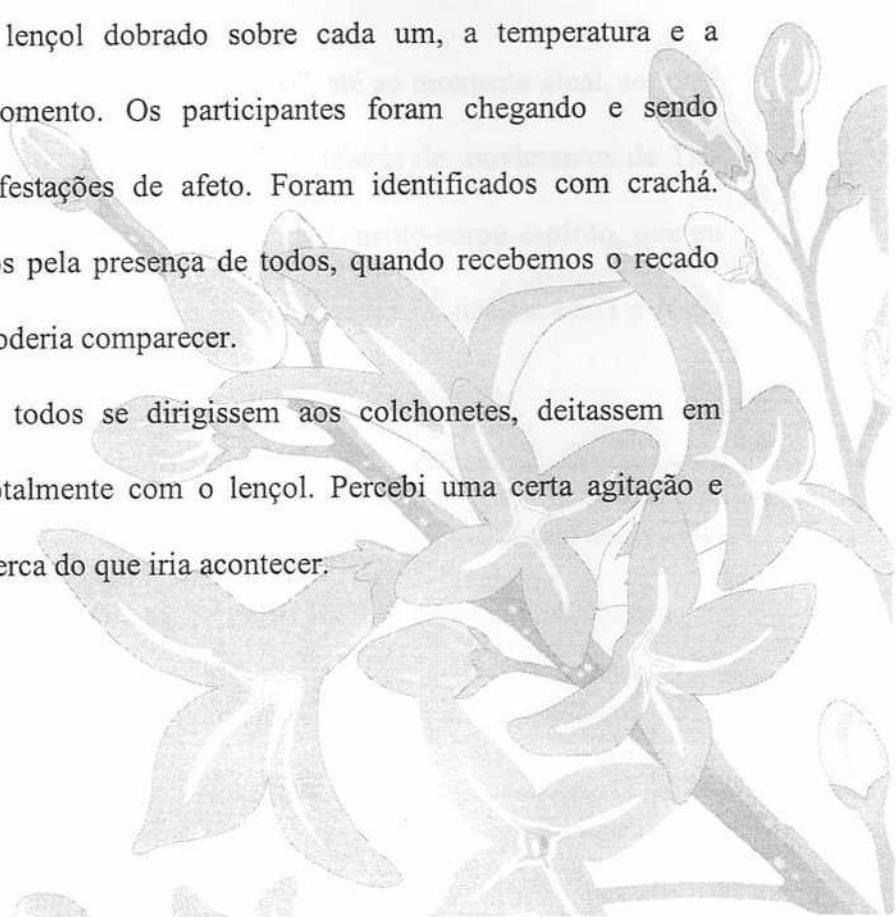
O tema **"O CUIDADO NA UTI"** foi abordado, visto que Watson (1996,p.150), baseando-se em Leininger , apresenta o cuidado como "a essência da enfermagem e o mais central e unificador foco da prática da enfermagem".

Em seus pressupostos sobre os valores de cuidado humano na enfermagem, ao referir-se ao cuidador Watson (1988, p.33) manifesta que "inicialmente nós devemos direcionar nosso desejo de cuidar e amar sobre nós mesmos. Devemos tratar-nos com gentileza e dignidade antes de podermos respeitar e cuidar dos outros com gentileza e dignidade".

Diante desses pressupostos, estabeleci como principal objetivo dessa oficina estimular a reflexão e a manifestação por parte dos participantes a respeito da forma com que os cuidadores estavam cuidando de si e sendo cuidados na UTI.

O ambiente já estava preparado, com os colchonetes espalhados pela sala em filas desencontradas com um lençol dobrado sobre cada um, a temperatura e a luminosidade adaptadas ao momento. Os participantes foram chegando e sendo acolhidos por mim com manifestações de afeto. Foram identificados com crachá. Aguardamos durante 15 minutos pela presença de todos, quando recebemos o recado que uma das participantes não poderia comparecer.

Inicialmente pedi que todos se dirigissem aos colchonetes, deitassem em decúbito lateral, cobrindo-se totalmente com o lençol. Percebi uma certa agitação e curiosidade dos participantes acerca do que iria acontecer.



Quando todos estavam posicionados, ao som de uma música instrumental, fui conduzindo-os a se imaginarem dentro do útero materno, antes de seu nascimento, procurando deixar aflorar memórias de um tempo em que estavam completamente protegidos, cuidados, aconchegados. Pedindo que mergulhassem naquele momento, aumentei o som da música e passei, com a participação de minha auxiliar de pesquisa, a tocar um por um de forma carinhosa, como se os tivesse embalando ou ninando. Essa vivência durou cerca de 10 minutos.

Ao final, diminuindo o som da música, estimulei-os para que “nascessem”, espreguiçando-se lentamente e retirando, aos poucos, o lençol. Adaptei essa vivência de uma experiência da qual fui participante como aluna da disciplina de “Práticas do Cuidado Humano” do curso de mestrado.

Ao término dessa atividade, perguntei-lhes como sentiram a experiência. As manifestações foram positivas, sendo que uma participante sentiu uma sensação claustrofóbica no início da atividade, porém transformando essa sensação em bem-estar, informou nem querer mais “nascer”.

Pensando em conduzi-los, após o “nascimento”, até ao momento atual, solicitei que formassem um semicírculo e que realizassem a seqüência de movimentos de Tai-Chi-Chuan, técnica milenar chinesa que visa a harmonia mente-corpo-espírito, que eu demonstrava, simbolizando o desenvolvimento humano: infância, adolescência e idade adulta, quando então assumíamos o controle de nossas vidas.

A partir desses movimentos, demonstrados e repetidos por todos, convidei-os a criarem movimentos próprios de expressão de seu ‘eu’, quebrando qualquer padrão preestabelecido. Todos passaram a criar seus próprios movimentos, expressando-se de forma original.

A partir dessa manifestação de expressão corporal, pedi que um oferecesse ao outro o seu movimento, no simbolismo de oferecer a sua contribuição singular, de partilhar o que tem de único e criativo dentro de si mesmo.

Fizemos, assim, uma dança em que cada um era o coreógrafo de si mesmo e ao mesmo tempo do todo, pois através da interação influenciava e era influenciado pelo movimento do outro. Todos participaram de forma alegre, uns com mais desenvoltura do que outros, porém todos dando a sua contribuição.

Durante a execução dessa “dança criativa”, fiquei estimulando-os em relação a sua auto-estima, de forma a perceberem-se como únicos, criativos e com potencial para enriquecer o mundo com a sua participação, lembrando-os que “do nosso jeito, só nós podemos fazer”.

Depois dessas vivências, sentamo-nos e, tranquilizando a respiração, pedi que cada um mentalizasse uma pessoa, aquela que, em sua opinião, é a que mais se preocupa com o seu bem-estar, aquela que se interessa profundamente por ele.

Escolhida a pessoa, sugeri que imaginassem que há muito tempo não falavam com essa pessoa e que haviam recebido uma carta dela pedindo notícias sobre o trabalho que estavam desempenhando. Havia três perguntas nessa carta que deveriam ser respondidas:

- **O que fazes para cuidar de ti na UTI?**
- **De que modo tens sido cuidada(o) pelos outros na UTI? e**
- **De que modo gostarias de ser cuidada(o) enquanto cuidador(a) em UTI?;**

que eram as perguntas norteadoras dessa oficina.

Deixei-os à vontade para que escolhessem o melhor lugar para redigir a sua carta, dando-lhes material para isso.

Cada um escolheu o seu lugar e escreveu em silêncio, denotando concentração na atividade.

Quando percebi que todos haviam concluído a tarefa, sentamo-nos novamente em círculo e cada um leu a carta que havia escrito. As cartas foram dirigidas a familiares queridos: mãe, irmã, avó. Em vários momentos, houve manifestação de emoção durante a leitura das cartas.

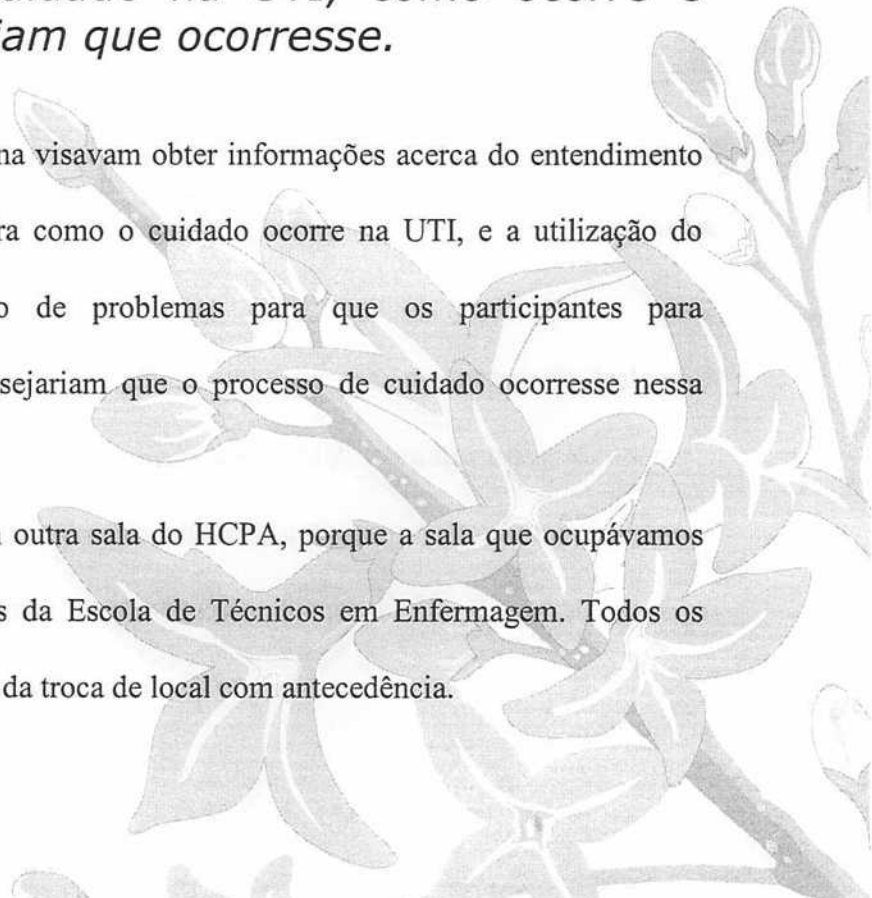
Foi um momento de desabafo dos cuidadores, pois já estávamos com vínculo grupal mais forte, e já havia um clima de confiança dos participantes entre si e em relação a mim. Foi uma oficina muito rica em informações. Senti as pessoas expondo-se sem proteções, de modo aberto e verdadeiro.

Ao final, encerramos o trabalho despedindo-nos e combinando que na oficina seguinte continuaríamos a trabalhar o “cuidado na UTI”.

3.4.6 Oficina 6 - Tema: "O CUIDADO NA UTI" → O que é o cuidado na UTI, como ocorre e como desejaríamos que ocorresse.

Os objetivos dessa oficina visavam obter informações acerca do entendimento dos participantes sobre a maneira como o cuidado ocorre na UTI, e a utilização do processo criativo de resolução de problemas para que os participantes para manifestassem de que forma desejaríamos que o processo de cuidado ocorresse nessa unidade.

Essa oficina ocorreu em outra sala do HCPA, porque a sala que ocupávamos estava sendo usada pelos alunos da Escola de Técnicos em Enfermagem. Todos os participantes foram comunicados da troca de local com antecedência.



Preparei o ambiente, que era menor do que o de costume, escrevendo no quadro a frase **“Felicidade não é um lugar, mas uma maneira de viajar”** de Richard Bach *apud* Sabbi (1999). Dispus as cadeiras em círculo. Os participantes foram chegando e, como de costume, foram recebidos com afeto. Nessa oficina não estiveram presentes três participantes, que justificaram a ausência.

Aproveitando o tema “cuidado na UTP”, resolvi iniciar a oficina com vivências que estimulariam a percepção dos cuidadores em relação a novas formas de cuidar, que Watson denomina de “práticas avançadas de cuidado”.

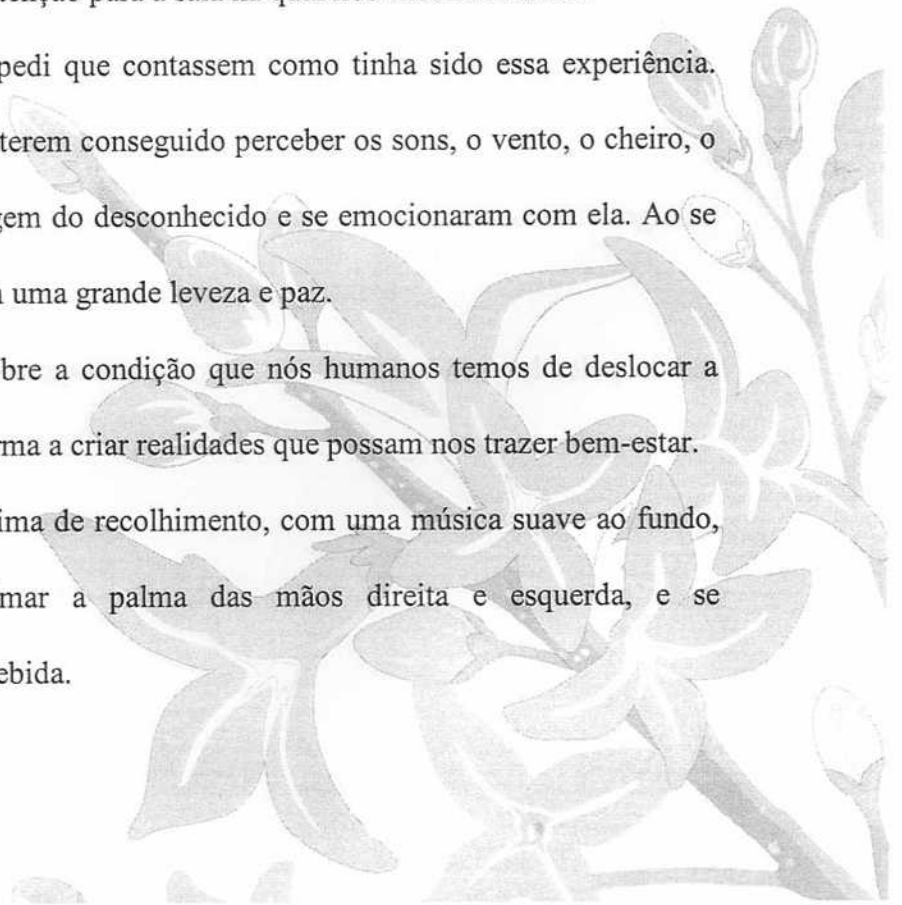
Escureci o ambiente, escolhi uma música com sons do mar, e conduzi-os a imaginar e visualizar que cada um se transportava para a beira do mar. Estimulei a percepção dos sons, do cheiro da maresia, do toque do vento, do calor do sol. Simulei um encontro com um desconhecido que tinha uma mensagem para transmitir. Pedi que escutassem a mensagem.

A seguir, sugeri que procurassem se conectar com o azul do céu e do mar e que, aos poucos, retornassem a atenção para a sala na qual nos encontrávamos.

Ao abrirem os olhos, pedi que contassem como tinha sido essa experiência. Todos se manifestaram dizendo terem conseguido perceber os sons, o vento, o cheiro, o sol. Alguns receberam a mensagem do desconhecido e se emocionaram com ela. Ao se conectarem com o azul, sentiram uma grande leveza e paz.

Comentei com eles, sobre a condição que nós humanos temos de deslocar a nossa consciência e usá-la de forma a criar realidades que possam nos trazer bem-estar.

A seguir, no mesmo clima de recolhimento, com uma música suave ao fundo, pedi que procurassem aproximar a palma das mãos direita e esquerda, e se concentrassem na sensação percebida.



Alguns relataram sentir um formigamento, presença de uma 'massa', como se fosse um chumaço de algodão, e outros sentiram apenas um forte calor.

Orientei então que dessem as mãos, de forma a dar e receber, e que procurassem sentir o seu companheiro da direita e da esquerda. Pedi que mentalizassem uma luz muito forte, entrando pelo topo de suas cabeças e espalhando-se através da corrente formada por suas mãos, girando de forma que saísse pela mão direita e chegasse pela mão esquerda.

Após alguns minutos, soltando as mãos, orientei que, ainda de olhos fechados, mentalizassem uma cor e se envolvessem nela com uma espiral colorida. Poderia ser qualquer cor que desejassem.

Feito isso, pedi que abrissem os olhos, respirassem profundamente, e comentassem o que sentiram.

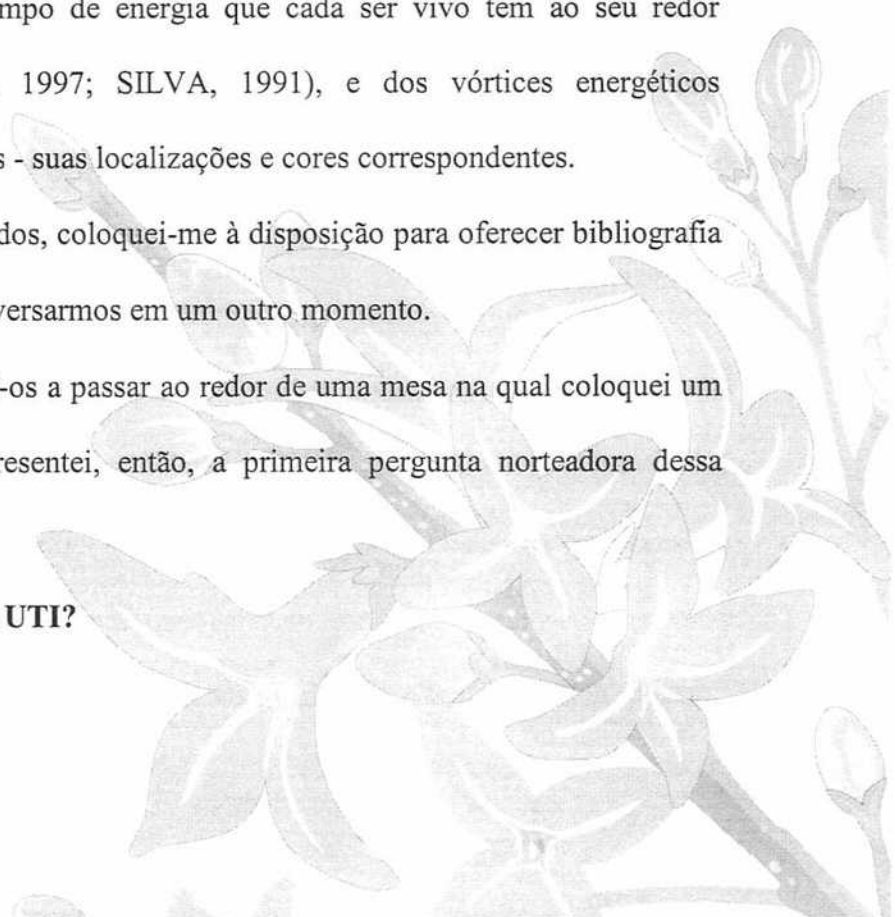
Todos referiram imenso bem-estar e alguma surpresa pelas sensações que haviam tido em relação à corrente e o fluxo de energia entre as mãos.

Falei a respeito do campo de energia que cada ser vivo tem ao seu redor (BRENNAN,1987; KRIEGER, 1997; SILVA, 1991), e dos vórtices energéticos chamados pelos indus de chacras - suas localizações e cores correspondentes.

Mostraram-se interessados, coloquei-me à disposição para oferecer bibliografia a respeito do assunto e para conversarmos em um outro momento.

Na seqüência, convidei-os a passar ao redor de uma mesa na qual coloquei um cartaz e canetas hidrocor. Apresentei, então, a primeira pergunta norteadora dessa oficina

- **O que é o cuidar em UTI?**



Através da técnica de explosão de idéias (MILITÃO e MILITÃO, 1997), solicitei que colocassem nesse cartaz todas as idéias que lhes viessem à mente (Figura 5). Realizada a tarefa, cada um procurou explicar o que tinha escrito, havendo troca de experiências uns com os outros.

Ao terminarmos essa atividade, criei um clima de expectativa, dizendo que iriam, a seguir, resolver todos os problemas da UTI. Disse-lhes que imaginassem ser uma comissão escolhida, tendo todo o apoio para realizar todas as mudanças que julgassem necessárias na UTI. Para isso só seria preciso que criassem coletivamente um almanaque que respondesse a seguinte pergunta:

• Se me fosse possibilitado inovar a forma de cuidar em UTI, o que eu proporia?

contemplando aspectos do cuidado ao ambiente, ao paciente e família e ao cuidador.

Coloquei sobre a mesa revistas, sucata, papel colorido, fitas e outros materiais que poderiam ser utilizados.

De forma muito alegre e participativa a “comissão” iniciou suas atividades em busca de soluções criativas para o que julgavam necessário inovar na UTI.

Quando terminaram a construção do almanaque (Figura 6), pedi que o apresentassem. Cada uma falou sobre um aspecto, sendo que as inovações ligadas ao cuidado do cuidador foram as que mais mobilizaram o grupo. Havia um brilho no olhar de cada um, uma alegria manifesta, um sentimento de esperança e possibilidade de contribuir para mudanças.

Perguntei como se sentiram durante essa atividade. Disseram que estavam aliviados por podendo expressar coisas que estavam trancadas, muito felizes, pois acreditavam ser essas, na sua opinião, as inovações ideais para o bem-estar de todos.

Encerramos a oficina e comuniquei-lhes que na próxima conversaríamos sobre “questões de vida”.



Figura 5 – Técnica de explosão de idéias sobre o que é cuidar em UTI



Figura 6 – Almanaque construído a partir de sugestões para inovar o cuidado na UTI

3.4.7 Oficina 7 - Tema: **"QUESTÕES DE VIDA"** → *Convivendo com a morte e o sofrimento na UTI*

A UTI é uma das unidades em que mais freqüentemente os cuidadores convivem com o sofrimento e com a morte, gerando, muitas vezes, questionamentos em relação ao sentido da vida e à existência de uma dimensão espiritual do ser. Watson, em seu décimo *carative factor*, propõe agregar a dimensão existencial, fenomenológica e espiritual ao cuidado humano. Em função disso, propus, através do tema **"QUESTÕES DE VIDA"**, levar os participantes a pensarem sobre esses aspectos do cuidado, a partir de sua percepção a respeito dessas questões.

Nessa oficina, além de coletar informações sobre os significados e formas de enfrentamento da morte e do sofrimento pelos cuidadores, procurei levá-los a refletir sobre sua própria morte.

Após preparar o ambiente com aromatizador, distribuí os colchonetes de modo a permitir que os participantes deitassem num espaço próprio. Escrevi no quadro a frase **"Fosse o mundo um paraíso - paraíso de verdade! - morrerias sem saber o que é a felicidade..."** (QUINTANA *apud* SILVA, 2000).

Aguardamos a chegada de todos, sendo que duas participantes não compareceram, tendo justificado sua ausência.

Antes de iniciar as atividades, ofereci ao grupo alguns livros referentes ao campo de energia humano, conforme me comprometera na oficina anterior. Alguns participantes folhearam os livros e anotaram a referência bibliográfica.

Iniciei as atividades solicitando que se deitassem nos colchonetes. Diminuí a iluminação do recinto, e ao som de uma música instrumental, conduzi um relaxamento a

partir da percepção da respiração. A seguir, sugeri que imaginassem e visualizassem uma luz muito intensa, com a cor de sua preferência, envolvendo-os, e que, com essa luz colorida, se sentissem transportados para um lugar sem tempo, onde pudessem acessar todas as informações sobre a sua vida.

Nesse lugar, pedi que olhassem o momento de seu próprio velório, vendo-se no caixão, rodeados de pessoas que os amavam, dando-se conta de que tinham partido! Frente a essa cena, solicitei que pensassem o que gostariam de ter feito ou dito um dia antes desse acontecimento, uma semana, um mês, um ano antes do dia de sua morte.

Estimulei-os a refletir sobre a liberdade de fazer escolhas e a importância de usufruirmos cada momento para realizar aquilo que sabidamente precisamos realizar, não adiando atitudes e decisões que julgamos necessárias.

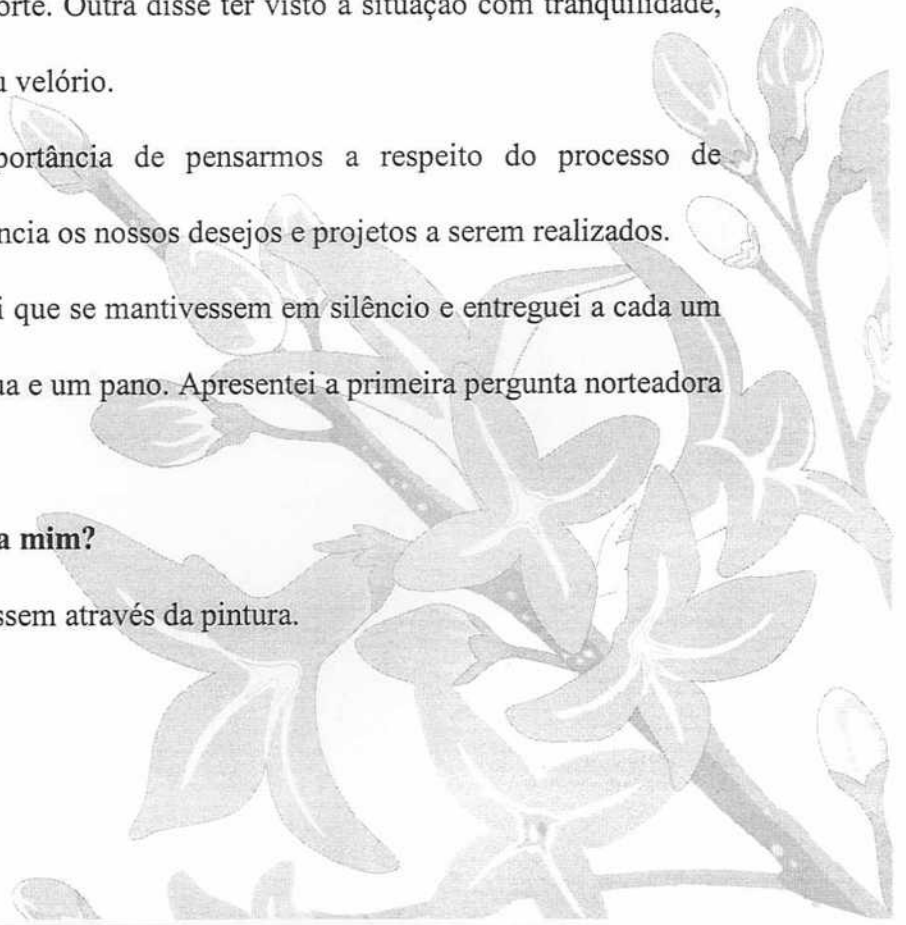
Pedi que retornassem sua atenção à sala onde nos encontrávamos e que formassem um círculo a fim de compartilhar a experiência vivida. Uma das participantes informou não ter conseguido/ permitido se ver no caixão, pois sentia muita dificuldade em pensar na sua morte. Outra disse ter visto a situação com tranquilidade, tendo conseguido vivenciar o seu velório.

Falamos sobre a importância de pensarmos a respeito do processo de viver/morrer, de trazer à consciência os nossos desejos e projetos a serem realizados.

Naquele momento, pedi que se mantivessem em silêncio e entreguei a cada um uma cartolina, tinta têmpera, água e um pano. Apresentei a primeira pergunta norteadora dessa oficina:

- **O que é a morte para mim?**

Solicitando-lhes que a respondessem através da pintura.



Cada um iniciou a sua produção artística (Figura7). À medida que terminavam a pintura, eu lhes oferecia papel e caneta para que registrassem, por escrito, o significado de sua representação.

Quando a tarefa foi concluída, apresentei a segunda pergunta norteadora:

• **Como reajo ao sofrimento na UTI?**

Para respondê-la, ofereci-lhes uma folha de ofício e giz de cera, pedindo que, a partir de um ponto no meio da folha, procurassem representar a resposta através do desenho, seguido do registro escrito de seu significado.

Ao fim dessa atividade, passaram a apresentar as obras relativas à morte e ao sofrimento, tecendo seus comentários e enriquecendo-os com relatos de experiências vividas na UTI.

Essa oficina foi muito produtiva para abrir um espaço aos cuidadores para compartilharem seus medos, suas dificuldades, seus sofrimentos.

Antes de encerrarmos esse encontro, partiu do grupo a sugestão de realizarmos, na semana seguinte, uma comemoração de despedida com revelação de amigo-secreto, ao que todos concordaram, já combinando o cardápio. Os nomes para o amigo-secreto foram sorteados, incluindo o nome de minha auxiliar de pesquisa. Alguém encarregou-se de levar os papeizinhos aos participantes que estavam ausentes.

Nesse clima festivo, encerrei o encontro informando-lhes que na última oficina abordaríamos, ainda, o tema **“QUESTÕES DE VIDA”**.

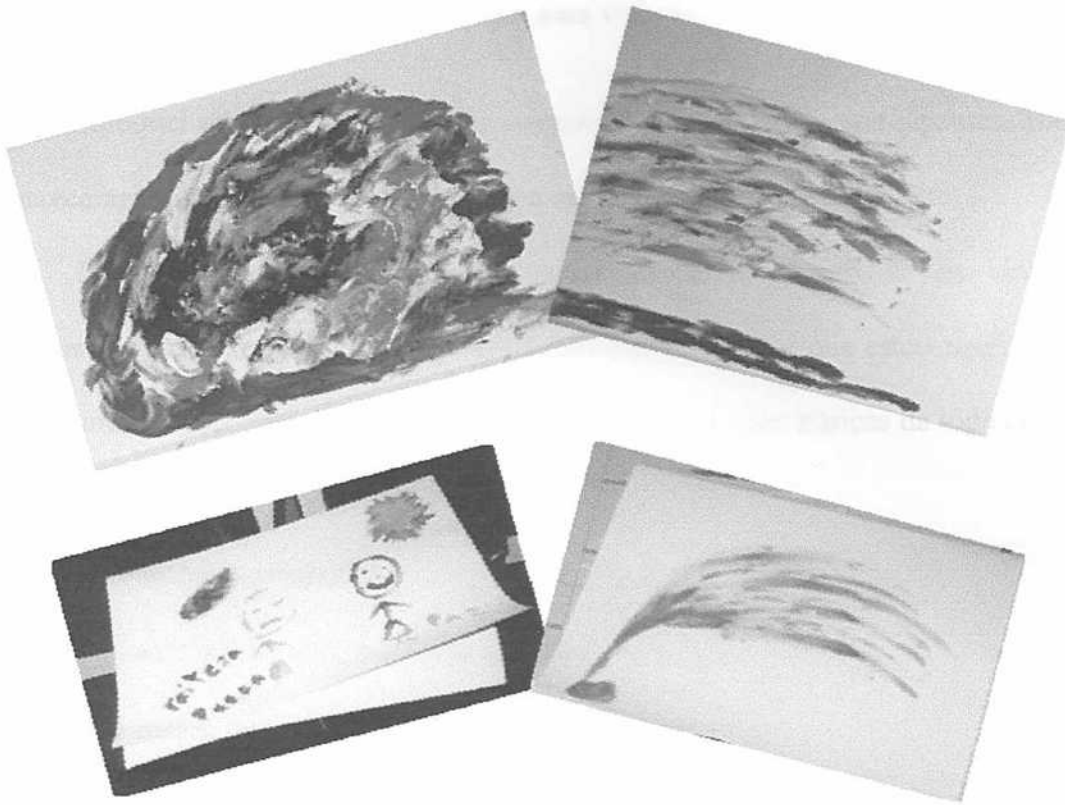


Figura 7 – Expressão artística do significado da morte

3.4.8 Oficina 8: Tema - "**QUESTÕES DE VIDA**" → *Sentido da vida e a espiritualidade*

Essa oficina teve por objetivo levar os participantes a refletirem e manifestarem o que pensam acerca do sentido da vida e como compreendem a espiritualidade no cotidiano de suas vidas e no mundo do cuidado em UTI.

Ao organizar o material e o ambiente para a realização dessa oficina vivi um misto de alegria e melancolia, porque seria o último encontro com o grupo. Escrevi no quadro a seguinte mensagem:

“Viva de tal modo que, ao olhar para trás, não se arrependa de ter desperdiçado sua vida. Viva de tal modo que não se arrependa do que fez ou não deseje ter agido de outra forma. Viva uma vida digna e plena. Viva.” de Elisabeth Kübler-Ross

Coloquei as cadeiras em círculo e aguardei a chegada dos participantes. Todos compareceram trazendo seus presentes para a comemoração de encerramento.

Iniciamos a oficina com um relaxamento acompanhado de diversos questionamentos: Quem sou? De onde vim? Para onde vou? Por que estou aqui? O que desejo? Minha intenção era fazê-los refletir sobre essas questões básicas da vida de todo ser humano.

Apresentei as perguntas norteadoras da oficina:

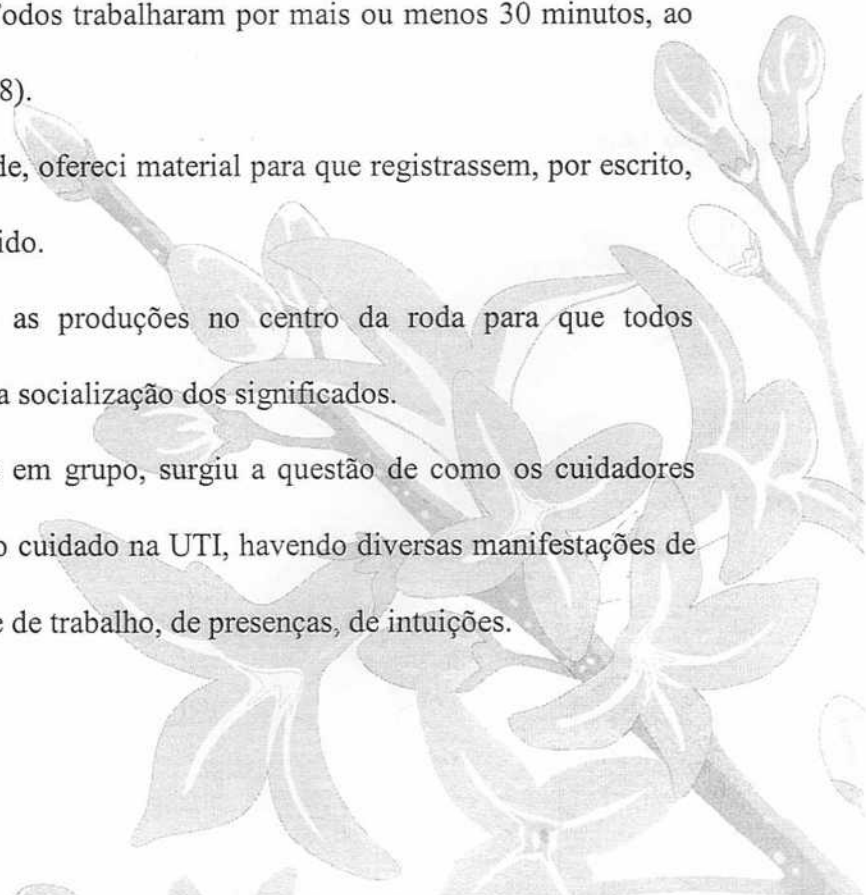
- **Qual é, para mim, o sentido da vida?** e
- **O que é, para mim, a espiritualidade?**

Para trabalhar essas questões, distribuí um bloco de argila para cada participante e folhas de papel pardo, orientando-os quanto à técnica de modelagem (PARKER, 1994). Pedi que trabalhassem em silêncio a fim de mais facilmente conectarem-se consigo mesmos. Todos trabalharam por mais ou menos 30 minutos, ao som de uma música suave (Figura 8).

Ao término dessa atividade, ofereci material para que registrassem, por escrito, os significados do material produzido.

Em seguida, colocamos as produções no centro da roda para que todos pudessem admirá-las, e iniciamos a socialização dos significados.

No decorrer da atividade em grupo, surgiu a questão de como os cuidadores percebem a dimensão espiritual do cuidado na UTI, havendo diversas manifestações de percepção de energias no ambiente de trabalho, de presenças, de intuições.



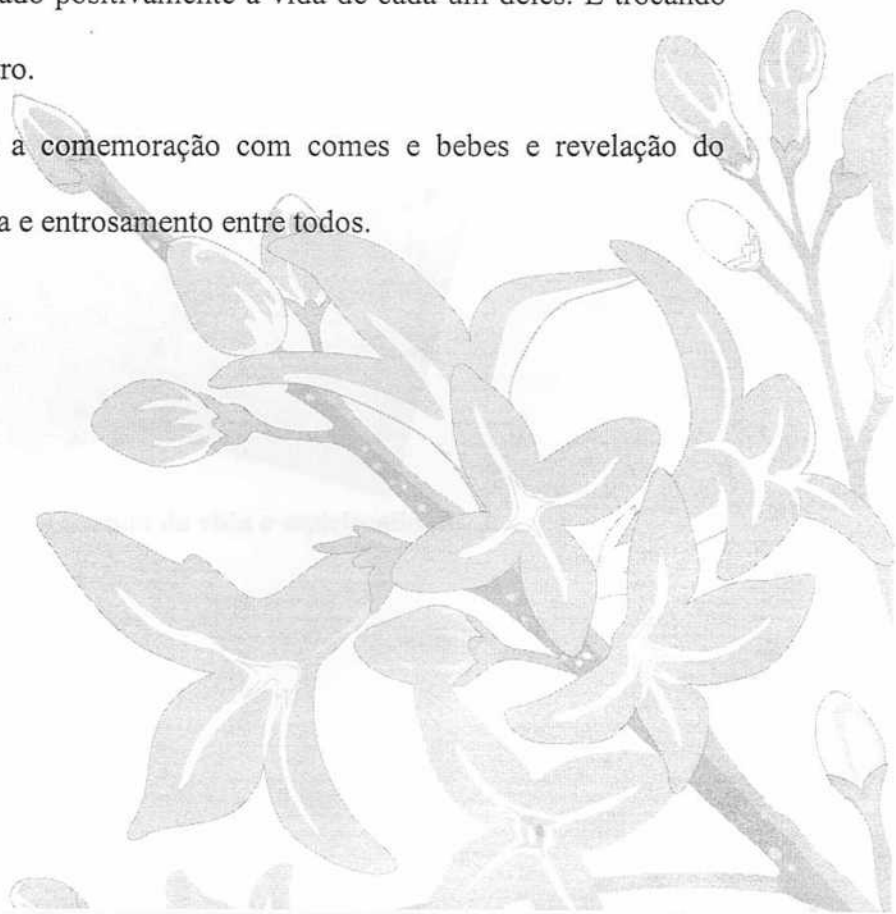
Foi uma oficina muito interessante, no sentido de percebermos o quanto os cuidadores estão sensíveis a sua dimensão espiritual.

Como atividade de fechamento dos encontros, pedi que todos ficassem em pé, em círculo, e utilizei a dinâmica “Papel Amassado” (MILITÃO & MILITÃO, 1997, p.62). Distribuí uma folha em branco e pedi que a amassassem transformando-a numa bolinha. Ao som da música “Nada do que foi será...” de Lulu Santos (1999) , pedi que desamassassem a folha, fazendo-a voltar ao que era.

Deixando a música tocar, ao ver que a folha não voltava ao que era antes, comecei a dizer que “nunca tomamos banho duas vezes num mesmo rio, uma vez que a água que corre nele nunca é a mesma” (HERÁCLITO *apud* MILITÃO & MILITÃO, *op.cit.*), da mesma forma, sempre que passarmos por uma experiência marcamos a nossa vida, e assim como a folha fica marcada e já não é a mesma, assim, também nós nos modificamos.

Então, reconhecendo as marcas positivas que essa experiência no grupo deixara em mim, disse esperar ter marcado positivamente a vida de cada um deles. E trocando abraços, encerramos esse encontro.

Passamos, então, para a comemoração com comes e bebes e revelação do amigo secreto, com muita alegria e entrosamento entre todos.



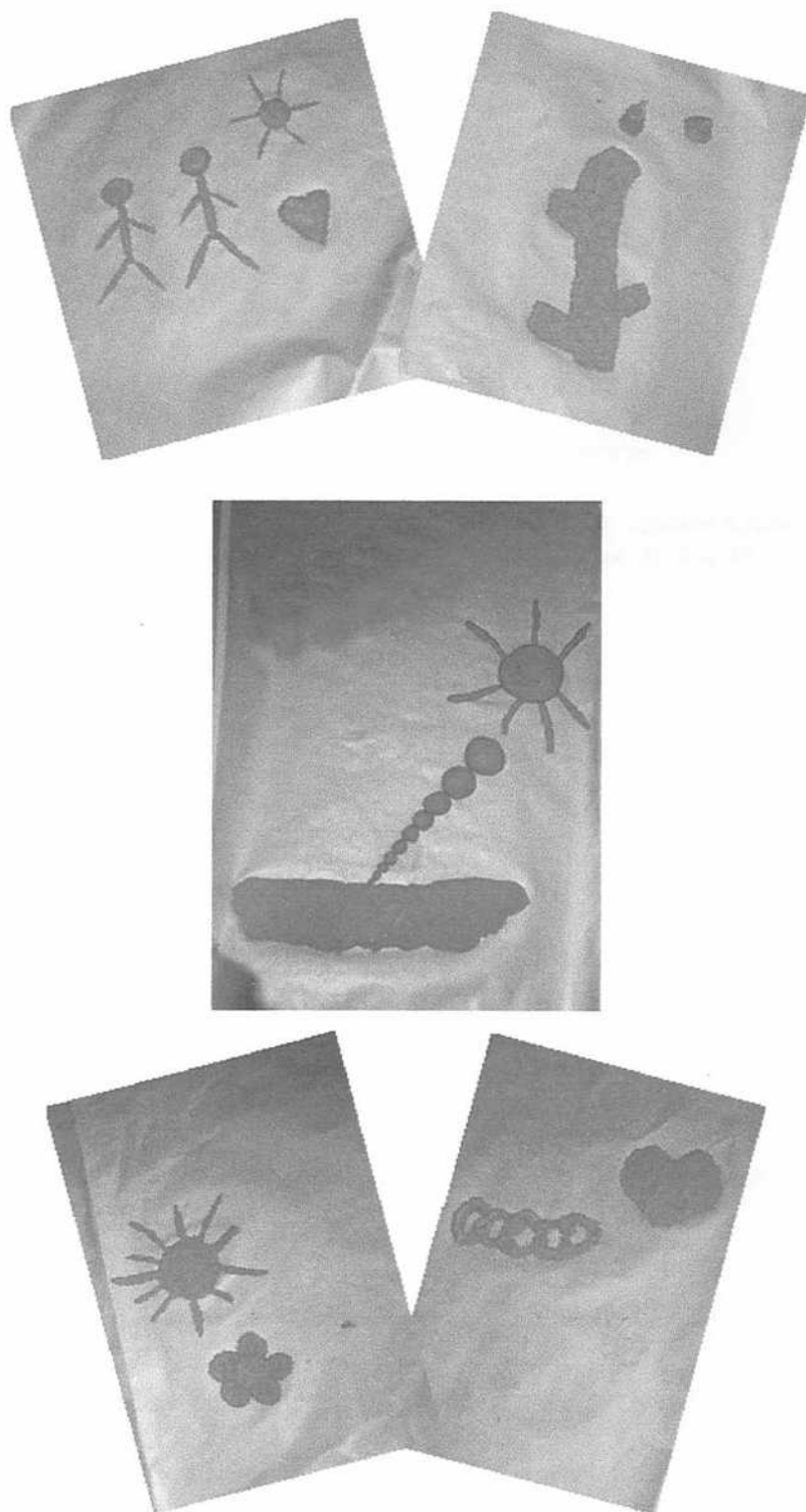


Figura 8 – Produção artística sobre o sentido da vida e espiritualidade

3.5 Analisando as informações

Realizei a análise das informações emergidas das oficinas utilizando uma abordagem do método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977).

A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados à pesquisa qualitativa, com o objetivo de compreender os discursos dos sujeitos da pesquisa.

Bardin (1977, p.42) define análise de conteúdo como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para que essa análise ocorra de modo sistemático, Bardin (1977) propõe três momentos distintos. No primeiro momento, chamado de pré-análise, ocorre a organização do material a ser explorado, sua leitura repetida, denominada de leitura flutuante, a fim de tomar conhecimento do material produzido nos encontros.

Segundo Santos [s.d.], atualmente considera-se material passível de análise, além do conteúdo exposto nas comunicações, as expressões não-verbais e as condições de contexto de produção do conhecimento transmitido pelo participante da pesquisa.

Foram considerados materiais para análise a transcrição das fitas gravadas durante as oficinas de arte e vivências, o material escrito pelos participantes durante as oficinas e as anotações de campo, realizadas por mim, decorrentes da observação participante. As fitas foram inicialmente transcritas pela auxiliar de pesquisa e após revisadas por mim.

No segundo momento, chamado de exploração do material, deve haver, segundo Santos [s.d.], a decomposição do material coletado em unidades de

significado, através de uma codificação específica. Após, deve haver a agregação das unidades de significado em categorias, ocorrendo a passagem do discurso ingênuo do participante para a linguagem do pesquisador. Para essa categorização, os critérios de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, exaustividade devem ser contemplados.

A exploração do material das oficinas de arte e vivências ocorreu, inicialmente, de forma vertical, em que cada oficina foi explorada a partir das questões norteadoras de cada uma. As falas dos participantes foram codificadas segundo a ordem de manifestação de cada um no decorrer da primeira oficina, sendo que cada sujeito manteve o mesmo número em todas as oficinas, conforme exemplos a seguir:

O1 S1 U1 ; O2 S3 U10, onde **O** refere-se à oficina; **S**, ao sujeito e **U**, à unidade de sentido da fala que emergiu do texto, podendo algumas vezes ser composta de mais de uma frase.

À medida que todas as oficinas foram decompostas em unidades de significado, iniciei o agrupamento das mesmas em categorias intermediárias, num primeiro momento, oficina por oficina. Após, comparando as categorias intermediárias surgidas em cada oficina, agrupei-as de acordo com os temas preestabelecidos, fazendo, assim, um movimento transversal que perpassou todas as oficinas. Pude encontrar, por exemplo, falas a respeito de “Questões de vida”, já na oficina 1, que buscava informações sobre o “Eu”, e falas a respeito do “cuidado na UTI” nas oficinas construídas para tratar o tema “O Outro”. Compreendi esses fatos como sendo conseqüentes do fenômeno estudado, no qual fica difícil separar o que no processo vivido acontece concomitantemente. Todavia, para fins de análise assim procedi.

No terceiro momento, chamado de tratamento dos resultados, deve haver, conforme Bardin (1977), a descrição das categorias evidenciadas e sua interpretação ----

frente ao referencial teórico que, no caso desse estudo, foi realizado com base na Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (1996). As categorias e subcategorias emergidas dos temas previamente estabelecidos a partir do referencial teórico escolhido serão apresentadas no próximo capítulo.



4 DESVELANDO O MUNDO VIVIDO PELO CUIDADOR

Pelo fato de estar buscando desvelar experiências vividas e sentidas por seres humanos, as informações emergidas mostraram um movimento constante de ir e vir entre os temas das oficinas, como se fossem diversos pontos de uma mesma teia que se entrecruzavam constantemente.

Todavia, num exercício de abstração, com base na Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (1996), procurei categorizar as informações, a fim de compreender de que modo os cuidadores de enfermagem, em UTI, percebem o processo de cuidar de si e do outro.

As categorias e subcategorias que emergiram das oficinas foram as seguintes:

Referentes ao tema “EU” destacaram-se as seguintes categorias e suas subcategorias:

- ☯ O CUIDADOR DESVELANDO O SELF com as subcategorias
 - * A consciência de si;
 - * Percebendo-se como ser sensível;
 - * Revelando seu sistema de crenças e valores, e a categoria
- ☯ VIVENCIANDO O DILEMA ÉTICO-MORAL

→ Referentes ao tema “**O OUTRO**” emergiu a categoria

✿ **VIVENDO UMA TEIA DE RELAÇÕES** com as subcategorias

- * **Buscando vínculos de ajuda-confiança;**
- * **Percebendo o ser do outro;**
- * **A interconexão;**

Referentes ao tema “**O CUIDADO NA UTI**” surgiram as categorias

✿ **CUIDADO COMO AÇÃO AMOROSA** com as subcategorias

- * **Cuidando do outro;**
- * **Cuidando de si;**

✿ **PRESENCIANDO SITUAÇÕES DE NÃO-CUIDADO** com as subcategorias

- * **O não-cuidado ao paciente;**
- * **O não-cuidado ao cuidador;**

✿ **EXPRESSANDO O SONHO POSSÍVEL** com as subcategorias

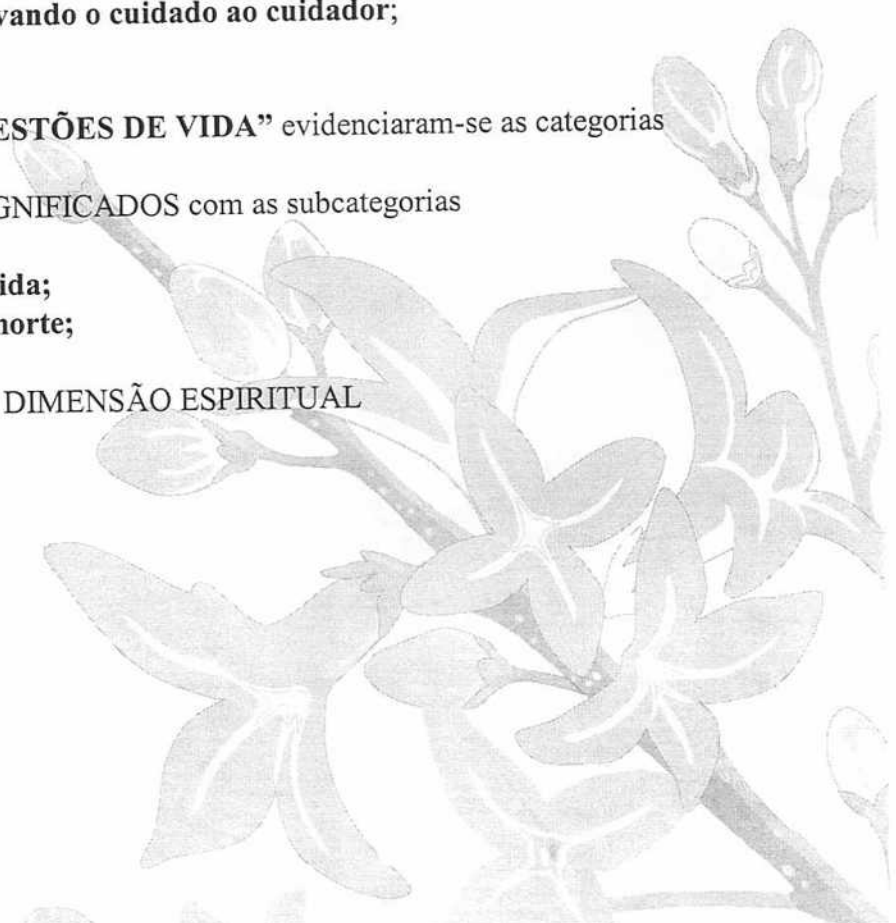
- * **Descobrimo os desejos;**
- * **Inovando o cuidado ao paciente;**
- * **Inovando o cuidado ao cuidador;**

Referentes ao tema “**QUESTÕES DE VIDA**” evidenciaram-se as categorias

✿ **BUSCANDO SIGNIFICADOS** com as subcategorias

- * **A vida;**
- * **A morte;**

✿ **EVOCANDO A DIMENSÃO ESPIRITUAL**



TEMA "EU"

Para que o processo de cuidar aconteça é fundamental o envolvimento do cuidador e ser cuidado, pois ambos são partícipes desse processo. É necessário que, além de conhecer o ser cuidado, o cuidador conheça a si mesmo. Nesse sentido, nomeei, dentre os temas a serem investigados à luz do referencial de Watson, o tema "EU", cujas categorias e subcategorias emergidas dos discursos dos participantes nas oficinas apresento a seguir.

☯ O CUIDADOR DESVELANDO O SELF, com as subcategorias

- * **A consciência de si**
- * **Percebendo-se como ser sensível**
- * **Revelando seu sistema de crenças e valores**

☯ VIVENCIANDO O DILEMA ÉTICO-MORAL

☯ O CUIDADOR DESVELANDO O SELF

Ao serem levados a refletir sobre si mesmos, enquanto cuidadores de enfermagem em UTI, os participantes passaram a olhar para seu mundo interno, para sua subjetividade, ao que Watson denomina de *self*.

Ao olhar para o *self*, o cuidador busca, através da expressividade, trazer à consciência a imagem que tem de si.

→ * **A consciência de si**

Essa subcategoria revela as imagens que o cuidador faz de si mesmo. Para Watson (1996), a consciência é fator fundamental no processo de cuidado, pois, a partir

dela, o cuidador é capaz de autoconhecer-se, aceitar-se com autenticidade, percebendo suas potencialidades e limitações e colocar-se a caminho do crescimento e transformação de seu *self*. Na fala

“o primeiro desenho é o ser humano integral: corpo, mente, alma e sentimentos” (Tulipa),

o cuidador expressa a percepção de si como uma totalidade, um ser integral com as diversas facetas que o compõem, corroborando em parte a visão de Watson que percebe o ser humano dentro de sua inteireza, como uma unidade mente-corpo-espírito e natureza.

Ao descrever-se, através de imagens, os participantes passam de alguma forma a simbolizar o que pensam de si, desvelando a forma como se percebem no mundo do cuidar, o que fica evidente nas seguintes falas:

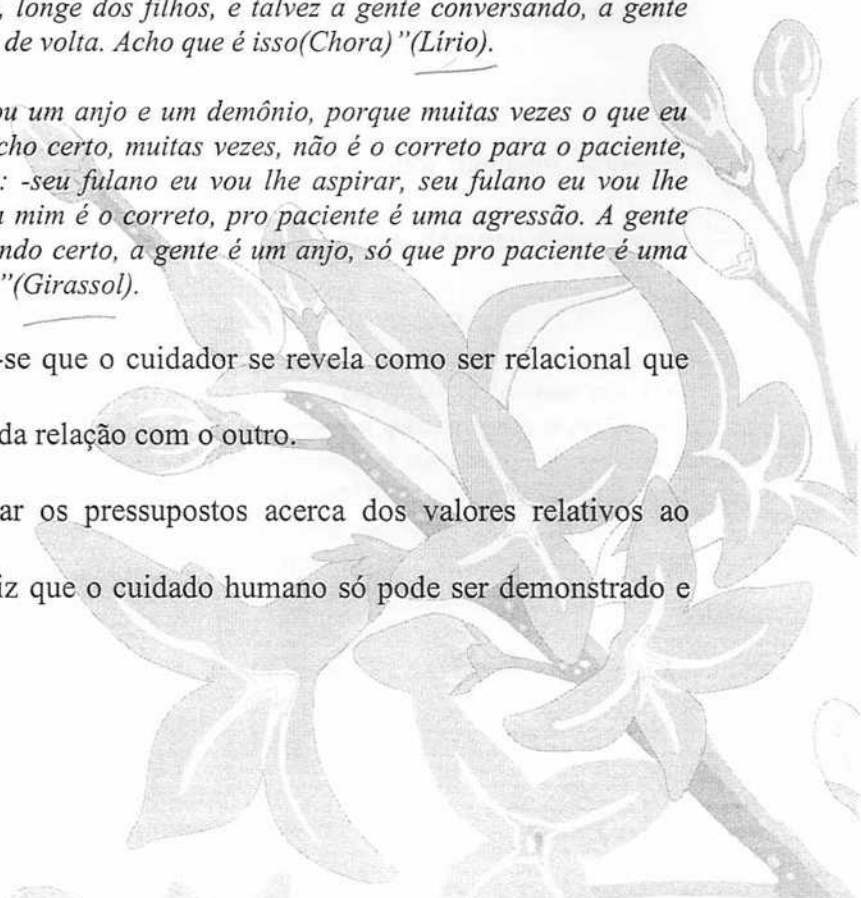
“Acho que eu sou um anjo. Aquela pessoa que tá ali na cama, tá precisando de mim, não só para dar medicação, mas para trocar, dar conforto para ela, assim psicologicamente ela está totalmente afetada... dar segurança para ela” (Jasmim).

“O que eu fiz foi uma casinha que, pra mim, isso significa paz, aconchego, aquela coisa pra onde a gente sempre foge. Acho que é isso que eu tento passar pra eles, mesmo eles estando naquele lugar, sei lá...Eles estão longe da família, longe dos filhos, e talvez a gente conversando, a gente possa trazer isso de volta. Acho que é isso (Chora)” (Lírio).

“Acho que eu sou um anjo e um demônio, porque muitas vezes o que eu faço, o que eu acho certo, muitas vezes, não é o correto para o paciente, eu chego e digo: -seu fulano eu vou lhe aspirar, seu fulano eu vou lhe conter... Isso pra mim é o correto, pro paciente é uma agressão. A gente acha que tá fazendo certo, a gente é um anjo, só que pro paciente é uma outra concepção” (Girassol).

Nessas falas percebe-se que o cuidador se revela como ser relacional que existe, no mundo do cuidar, a partir da relação com o outro.

Watson, ao apresentar os pressupostos acerca dos valores relativos ao cuidado humano na enfermagem, diz que o cuidado humano só pode ser demonstrado e



praticado na relação interpessoal, o que justifica o cuidador mostrar-se através da relação com o outro.

Da mesma forma que o cuidador se representa como um ser que dá conforto, segurança, aconchego, paz ao outro, ele se percebe como gerador de sofrimento ao ser cuidado e passa a questionar o seu fazer.

Desvelando a consciência de si, o cuidador manifesta-se dizendo que

“Eu sou um ser humano igual àquele que tá ali no leito, só que no momento eu botei uma rodinha branca significando saúde e uma pretinha que é a enfermidade. Então eu sou um ser humano igual àquele que tá na cama, porém no momento eu tô com saúde...sabendo que eu sou igual e que a qualquer momento eu posso estar assim.(...)Por isso eu me demonstrei como ser humano, aquilo pode acontecer igual ele, aqui tá para acontecer com qualquer um”(Orquídea).

O processo intersubjetivo, segundo o referencial em questão, mantém vivo um senso comum de humanidade, ensinando-nos a sermos humanos através da nossa identificação com o outro. Dessa forma, o cuidador percebe-se como alguém que se identifica com o outro e que se sente vulnerável a partir dessa identificação, como explicitam as falas acima. A partir dessa identificação, a relação intersubjetiva ganha um novo sentido, posto que passa a ser uma relação de iguais.

Sendo humano e, por isso, vulnerável, o cuidador também vivencia situações pessoais dolorosas que podem levá-lo a transformar a dor em consciência, dentro de um processo constante de vir-a-ser, crescendo e fortalecendo o *self*.

“Agora, há um ano e pouco atrás, o meu pai faleceu, o meu pai teve câncer e faleceu. (...) E aí eu fui familiar, e aí que tu sente o problema. Não é nem quando tu é cuidador, ou quando tu é paciente, é quando tu é familiar Tá todos nós sabemos que paciente que tem câncer tem uma chance muito pequena de sobreviver, mas quando tu és familiar, tu acredita que a pessoa que tu gosta vai sobreviver. Só que na verdade ela não vai, porque eu vi o meu pai piorando, piorando, piorando, e aí chegou o momento em que a gente rezava pra que ele pudesse ter o melhor fim possível e pra que, pra que as pessoas que estivessem cuidando dele, cuidassem dele bem. Por que (...) as pequenas negligências que tu faz, tu

fica imaginando que as pessoas vão fazer com a pessoa que tu gosta. E aí tu começa a colocar de novo, sei lá, tu começa a questionar teus próprios valores de novo”(Lirio).

Watson (op.cit.) considera o ser humano com um grande potencial de vir-a-ser, capaz de transformar-se a partir dos significados encontrados para as situações da vida. A fala, apresentada acima, denota esse processo de transformação através do movimento da consciência em busca da compreensão, levando ao enriquecimento do ser.

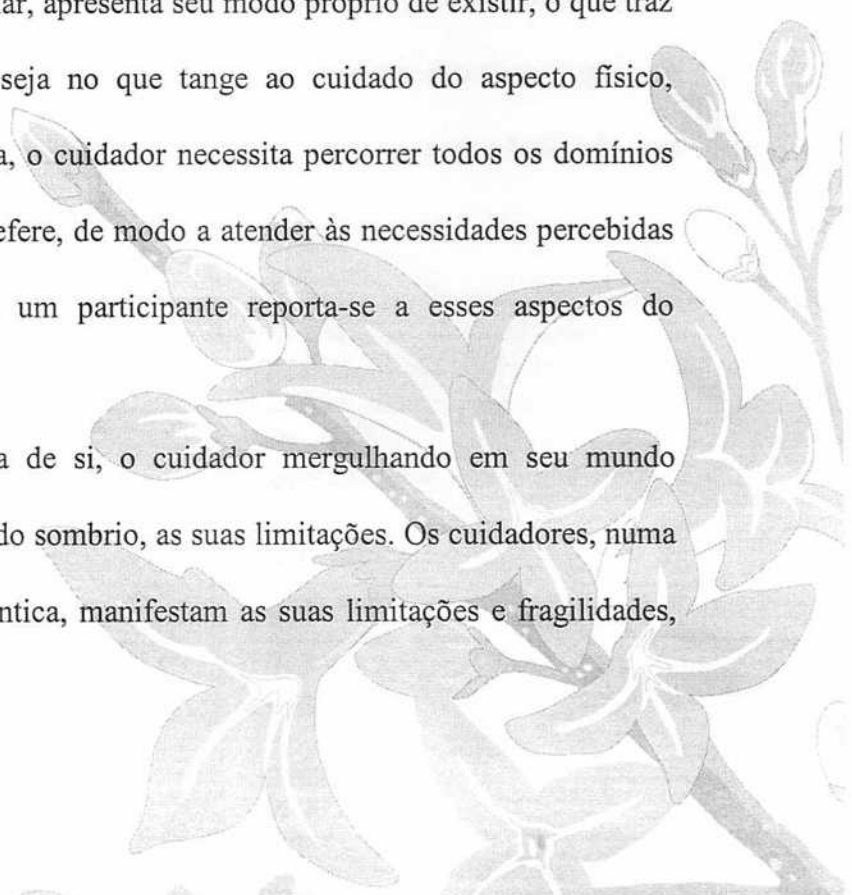
Como parte da consciência de si, o cuidador percebe a necessidade do conhecimento abrangente para poder cuidar como explicita o discurso:

“Eu fiz uma árvore porque pra trabalhar com enfermagem tu tem que ter uma abrangência de sabedoria. Então eu coloquei os galhos mostrando a abrangência que a gente tem que ter, as coisas que a gente tem que saber”(Bromélia).

Para desenvolver o processo de cuidado, conforme consta nessa teoria, todos os domínios do conhecimento se fazem necessários, passando pelo conhecimento empírico, estético, intuitivo, afetivo e ético. Ao perceber a necessidade do conhecimento abrangente, o cuidador reconhece a complexidade do cuidado.

O ser cuidado, por ser singular, apresenta seu modo próprio de existir, o que traz diversos desafios ao ser cuidador, seja no que tange ao cuidado do aspecto físico, emocional ou espiritual. Dessa forma, o cuidador necessita percorrer todos os domínios do conhecimento, a que Watson se refere, de modo a atender às necessidades percebidas pelo outro. Com essa consciência, um participante reporta-se a esses aspectos do conhecimento como “sabedoria”.

No desvelar da consciência de si, o cuidador mergulhando em seu mundo interior, vislumbra, também, o seu lado sombrio, as suas limitações. Os cuidadores, numa postura de mostrar-se de forma autêntica, manifestam as suas limitações e fragilidades, como as apresentadas a seguir:



"...a gente é ser humano, a gente tem fraquezas..."(Girassol).

"Aqui, é no CTI onde eu tenho minha limitação(...) é lidar com a morte de uma criança, de um adolescente. Então sou eu, enfermeira e os auxiliares tentando conversar com a mãe, é onde eu tenho minha limitação"(Margarida).

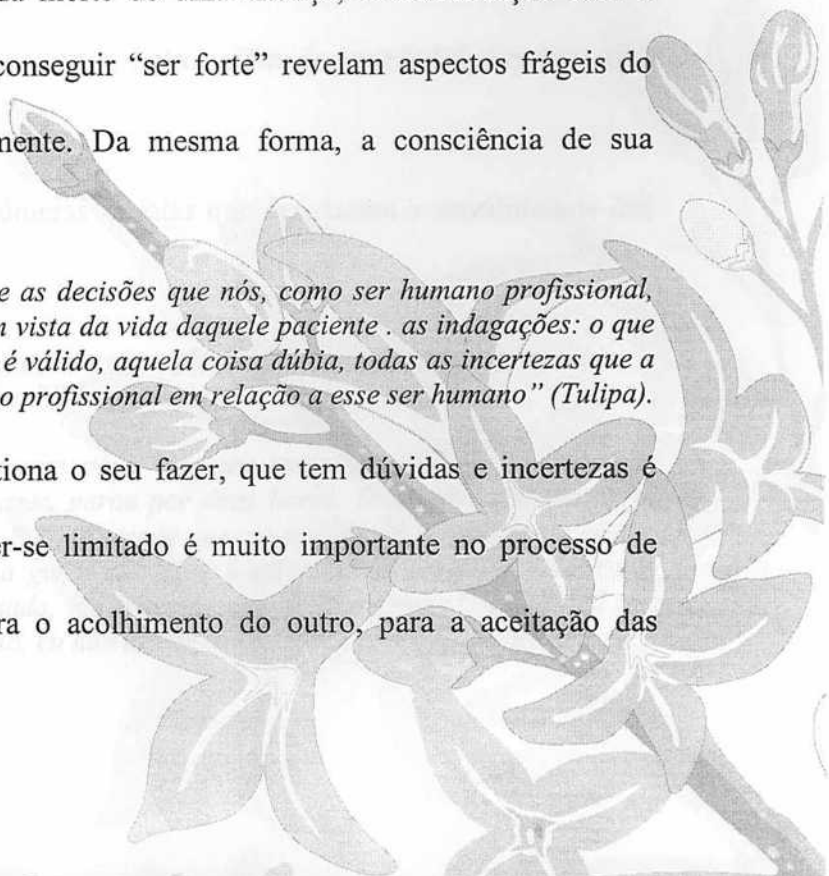
"E as minhas limitações, não adianta é a criança. Depois que nasceu a minha guria eu tive mais limitações ainda. Qualquer coisa que me lembre a minha guria...Coisas que me lembrem o dia-a-dia, o nascimento dela, a minha mulher no hospital...Isso continua sendo uma limitação, uma restrição"(Girassol).

"E os meus limites eu representei por um círculo que eu representei o meu lar, o coração maiorzinho que é meu amor que eu sinto pela minha família, pelos meus filhos. Então os meus limites, é tentar manter o equilíbrio pra ser um bom profissional, trabalhar, e que eu consiga...Meu limite é esse, que se acontecer alguma coisa com eles daí acaba...(chora) Eu mostrei a minha família como limite, porque uma hora eles vão estar ali (na UTI), e eu não sei se eu vou ser forte como eu tô sendo com o paciente"(Orquídea).

Para ser autêntico, segundo Watson (1996), é necessário conhecer suas limitações e aceitar-se, buscando a congruência do *self* percebido por si com o *self* manifestado aos outros. Ao analisar as falas que expõem as limitações dos cuidadores, é possível apreender que as limitações e dificuldades se relacionam com o aspecto emocional do ser. O enfrentamento da morte de uma criança, a identificação com a situação do outro e o medo de não conseguir "ser forte" revelam aspectos frágeis do cuidador, reconhecendo-se autenticamente. Da mesma forma, a consciência de sua condição limitada desvela-se na fala:

"As preocupações e as decisões que nós, como ser humano profissional, temos que tomar em vista da vida daquele paciente . as indagações: o que é válido, o que não é válido, aquela coisa dúbia, todas as incertezas que a gente encontra como profissional em relação a esse ser humano" (Tulipa).

A condição de ser que questiona o seu fazer, que tem dúvidas e incertezas é apreendida na fala acima. Reconhecer-se limitado é muito importante no processo de cuidar, uma vez que abre portas para o acolhimento do outro, para a aceitação das



limitações do outro, e para a consciência autêntica de si mesmo. A partir de uma visão real de si, de suas potencialidades e de suas limitações, o cuidador pode colocar-se de forma aberta e autêntica no processo de cuidar.

* **Percebendo-se como ser sensível**

Essa subcategoria desvela-nos a sensibilidade do cuidador de enfermagem em UTI. Para Watson, a humanidade tem como um de seus construtos a condição de ser sensível.

A sensibilidade do *self* é, segundo esse referencial, o reconhecimento e a compreensão de seus próprios sentimentos e emoções e a disposição para explorá-los. Os sentimentos são classificados, nesse contexto, como positivos ou negativos se, respectivamente, causarem bem-estar ou desconforto. Havendo sensibilidade para consigo mesmo, além de ocorrer auto-aceitação e crescimento psicológico, ocorre também a sensibilidade e aceitação do outro, conforme afirma a autora. Sendo sensível com os outros, criam-se condições para empatia, solidariedade, valorização do outro, respeito e o amor, relação de ajuda e suporte para com o outro, além de possibilidades para que aprendamos com ele.

Durante as oficinas, foram inúmeras as falas que denotaram a sensibilidade dos cuidadores consigo mesmos:

“sentimento de frustração e raiva por saber que, naquela hora, tu ali e não pode fazer nada ..” (Margarida).

“...Meio-dia a paciente pára, não tem mais investimento. Parou, não tinha mais o que fazer, parou por duas horas. E o sentimento na hora: medo e impotência. Eu tinha medo que ela não sáisse, e impotência de não poder fazer nada, a gente não pode fazer nada, a gente fez tudo e não podia fazer mais nada, me lembro como se fosse hoje.(...) é difícil ...A gente não aceita isso, eu não aceito isso, a gente tem que aceitar porque a

gente é profissional, mas como ser humano a gente não aceita..”(Girassol).

“O sentimento positivo era que eu era importante pra ela”(Margarida).

“A gente às vezes tá ‘por aqui’ (sinal de estar saturada) e não tem muita paciência”(Jasmim).

“Às vezes a gente diz: ah! mas eu estou pirado, eu tô pirado, eu não agüento mais essa paciente”(Girassol).

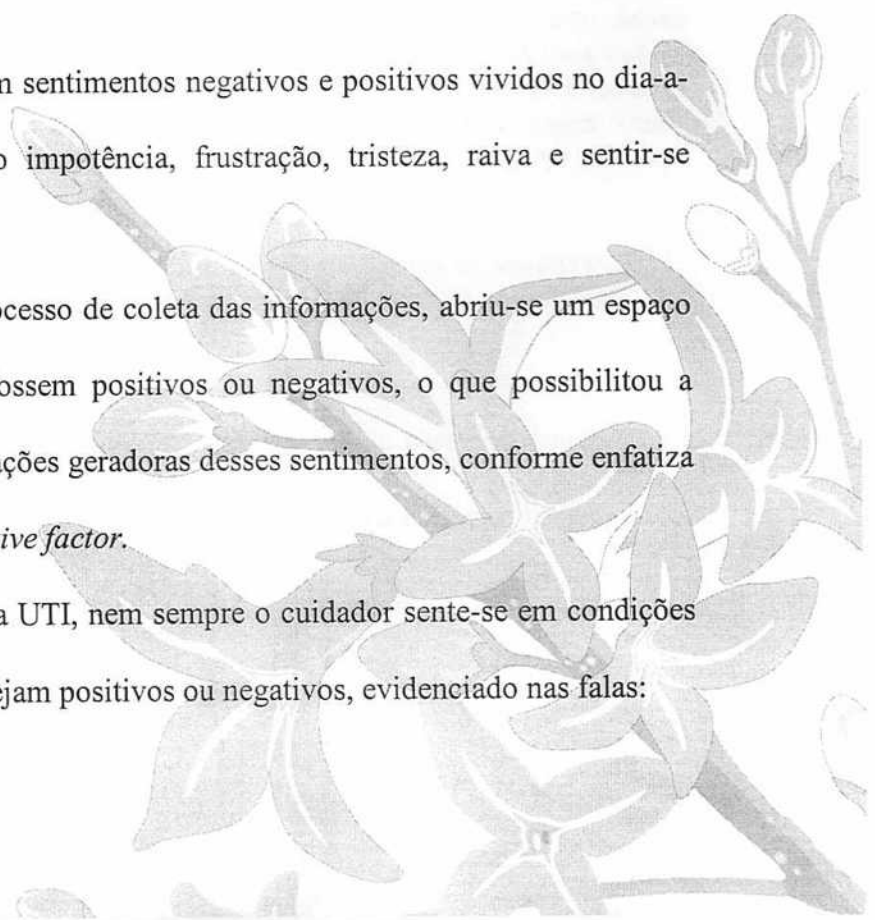
O cuidador demonstrou em suas falas, uma riqueza muito grande de sentimentos e emoções vividos na UTI revelando-se ser sensível consigo mesmo, à medida que buscou conectar-se com seus sentimentos, explorá-los e, com coragem, reconhecê-los como seus. Pôde-se apreender, nas falas dos cuidadores, o quanto a sensibilidade está evidente no dia-a-dia do cuidar em UTI.

Watson (1989) apresenta, em seu terceiro *carative factor*, o cultivo da sensibilidade em si e nos demais como ferramenta para que o processo de cuidar possa tornar-se humanizado. Ao reconhecer seus sentimentos e se permitir senti-los, Watson (1989) vislumbra a possibilidade do cuidador reconhecer e acolher os sentimentos do outro.

Os cuidadores evidenciaram sentimentos negativos e positivos vividos no dia-a-dia do cuidar em UTI, tais como impotência, frustração, tristeza, raiva e sentir-se necessário ao outro.

Durante as oficinas, no processo de coleta das informações, abriu-se um espaço para expressão dos sentimentos, fossem positivos ou negativos, o que possibilitou a procura de significados para as situações geradoras desses sentimentos, conforme enfatiza Watson (op.cit) em seu quinto *carative factor*.

Todavia, no viver diário da UTI, nem sempre o cuidador sente-se em condições de expressar os sentimentos, quer sejam positivos ou negativos, evidenciado nas falas:



"E isso te dói quando tu tem que mudar e ser um pouco mais fechada, se tu tá sorrindo não quer dizer que tu não é uma pessoa séria e responsável"(Orquídea).

"Até hoje eu não sei lidar com isso. Com a raiva que eu tinha...Tenho guardado isso dentro de mim até hoje. Se eu pudesse pegar esse homem e bater (...)Toda vez que eu tenho que fazer plantão com ele pra mim é um martírio"(Tulipa).

Para Watson, a não-expressão dos sentimentos traz reflexos negativos no processo de cuidado, o que fica evidenciado nas falas acima. A dificuldade de expressar, tanto a alegria quanto a raiva, provocaram desconforto nos cuidadores frente às situações vividas.

Percebendo-se como ser sensível, além da sensibilidade para consigo, o cuidador manifesta a sensibilidade para com os outros, como revelam as falas a seguir:

"Então por isso que eu acho que, cada vez mais, a gente deve fazer isso, se colocar no lugar dos outros. Porque quando a gente se colocar no lugar dos outros, aí a gente vai saber o que tem que fazer"(Lírio).

"Significou muito pra mim, foi o pai ,ele chegou e chorava em cima dela ...Ele tinha 18-20 anos, era um guri. A mãe chorava, é brabo ...Eu pensava na minha esposa, foi difícil...Eu fiquei arrasado...(chora)"(Girassol).

"Daí, os médicos conseguiram uma transferência pra São Paulo pra ela, pra fazer o tratamento lá (...).E, essa menina, na inocência dela, falava pra gente que ela ia viajar de avião, mas a gente tinha aquele medo muito grande de ela não conseguir ir, e os médicos protelaram o máximo possível, porque ela tinha que ter condições de agüentar a viagem. Desde tudo que tinha de ser montado, aeroporto, o vôo...A gente fez uma vaquinha pro pai comprar o colchão d'água"(Orquídea).

"Era uma família bem humilde, eles intercalavam fim de semana e a alimentação deles era uma sacola de laranja, e ainda presenteavam o pessoal da enfermagem"(Orquídea).

A empatia, como pontua Watson (op.cit.), manifesta-se a partir da sensibilidade para com os outros. Podemos perceber, nas falas acima, o quanto o cuidador foi empático, colocando-se no lugar do outro.

Essa maneira de ser e estar no mundo abre as portas para a solidariedade, estando esse existencial presente na maneira de ser do cuidador no cotidiano da UTI.

Também emerge dos discursos o respeito decorrente de sua identificação com o ser cuidado. Para isso, é necessário estar aberto, deixar fluir a sensibilidade, permitindo tocar-se com a presença do outro.

Além da empatia, da solidariedade, do respeito, emergiu dos discursos dos participantes a possibilidade de aprender com o outro que, segundo Watson (1989), é conseqüente à sensibilidade do cuidador. Os cuidadores manifestaram algumas situações das quais puderam apreender lições de desprendimento e solidariedade, que só foram percebidas por serem eles pessoas sensíveis.

Mostrando-se um ser sensível, o cuidador de enfermagem em UTI evidencia-se autenticamente como humano que é.

Os participantes, refletindo sobre o contato diário com o sofrimento na UTI, percebem-se envolvidos com ele e com isso sofrem, como bem revelam as falas a seguir:

"...é o meu envolvimento com a dor, com o paciente, (...) eu me sinto muito triste, eu não consigo me acostumar com isso, por mais que eu chegue tranqüila, calma, eu acabo me envolvendo.(...) Aquele negócio de trabalhar a tua cabeça pra não se envolver, pra mim não fecha porque eu fico triste mesmo, tem aquela dor psíquica..."(Orquídea).

" Eu não aceito as pessoas sofrerem com dor ou angústia(...) tem muitos pacientes que tu sabe que não têm dor, mas estão sofrendo por estar lá com aquele tubo, longe da família. Eu não aceito o sofrimento!"(Margarida).

" Essa lágrima é minha, eu fico triste, não vou me desesperar chorando, mas a gente fica triste..."(Girassol.)

"..eu sofro com o meu coração, meu coração fica apertado (...) não querendo ver aquele sofrimento"(Jasmim).

Diante do sofrimento do outro, existe um desejo muito evidente de aliviá-lo como o que nos mostram as falas a seguir:

"...quem sofre, a gente tinha que ter uma maneira de proteger pra que não sofresse, não existe, mas eu acho que deveria existir..." (Bromélia).

"...quando é um sofrimento de dor, eu faço tudo pra convencer o médico que tá lá de contratado a dar alguma coisa pro paciente" (Margarida).

O desejo de aliviar o sofrimento do outro decorre da capacidade dos cuidadores de identificarem-se, através de sua sensibilidade, com a situação de sofrimento daquele ser humano.

Como forma de lidar com o sofrimento, os participantes reconhecem mecanismos que utilizam para manter o equilíbrio emocional. As falas assim revelam:

"...às vezes até uma euforia de alguém, que o pessoal descontra e conversa assuntos de fora eu acho que aquilo ali é fuga, porque ninguém vem pra cá pra querer brincar na CTI e muito menos pra ficar conversando de outras coisas, eu acho que aquilo ali é uma fuga, uma proteção ..."(Orquídea).

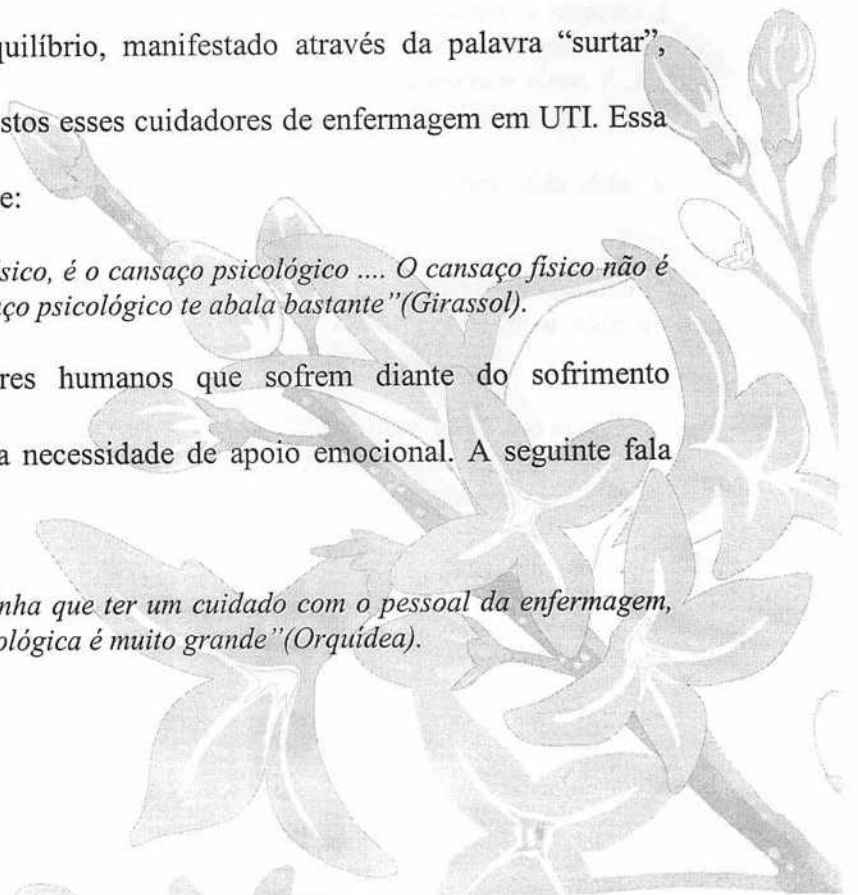
"...é uma redoma, muitas vezes tu é obrigado, tu não pode te deixar chocar...se tu levar a sério, a ponta de faca, tu não trabalha na enfermagem. Tu tem que ter a tua proteção (...) Se tu começar a te envolver demais emocionalmente, tu vai surtar... "(Girassol).

Sendo seres sensíveis, os participantes procuram formas de manter a sua integridade emocional e psíquica, através de defesas que reconhecem nem sempre serem adequadas. O medo de perder o equilíbrio, manifestado através da palavra "surtar", denota o sofrimento a que estão expostos esses cuidadores de enfermagem em UTI. Essa idéia é reforçada pela fala que se segue:

"... É o cansaço físico, é o cansaço psicológico O cansaço físico não é tanto, mas o cansaço psicológico te abala bastante"(Girassol).

Reconhecendo-se como seres humanos que sofrem diante do sofrimento humano, os participantes percebem a necessidade de apoio emocional. A seguinte fala assim propõe:

"...eu acho que tinha que ter um cuidado com o pessoal da enfermagem, porque a dor psicológica é muito grande"(Orquídea).



A necessidade sentida clama por um cuidado, que os participantes não sabem explicitar qual seja, porém o relacionam com o alívio da “dor psicológica” que sentem.

*** Revelando seu sistema de crenças e valores**

Esta foi outra subcategoria evidenciada nas falas dos participantes. Nesse referencial, o cuidado ocorre em consonância com um sistema de crenças e valores humanísticos-altruísticos, responsáveis pelo embasamento das ações do cuidador, servindo de pilares para o processo de cuidar. Através da reflexão de sua forma de ver o mundo, do reconhecimento de suas crenças e valores, o cuidador poderá desenvolver um sistema humanístico-altruístico de crenças e valores.

Ao ser levado a refletir sobre suas crenças e valores, os cuidadores procuraram evidenciar em que verdades acreditam e quais os valores que preservam, conforme podemos captar nas falas:

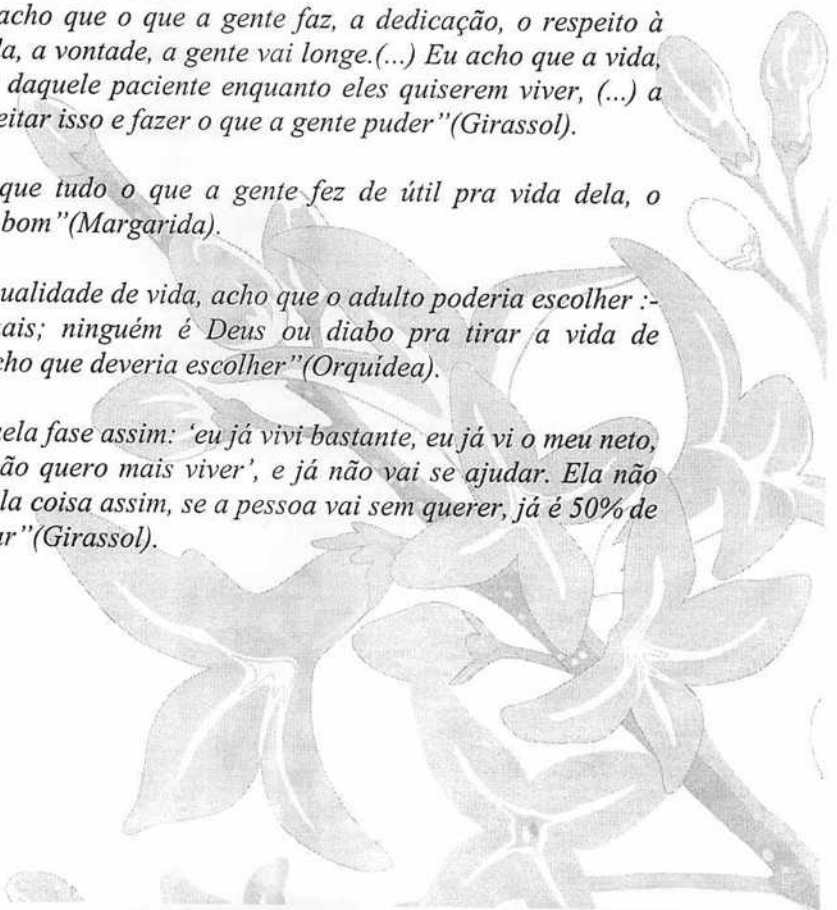
“É um valor o respeito ao próximo”(Orquídea).

“Por isso que eu acho que o que a gente faz, a dedicação, o respeito à vida, crença na vida, a vontade, a gente vai longe.(...) Eu acho que a vida, o amor, a vontade daquele paciente enquanto eles quiserem viver, (...) a gente tem que respeitar isso e fazer o que a gente puder”(Girassol).

“...hoje eu penso que tudo o que a gente fez de útil pra vida dela, o carinho pra ela foi bom”(Margarida).

“Esse negócio de qualidade de vida, acho que o adulto poderia escolher :- não ,não quero mais; ninguém é Deus ou diabo pra tirar a vida de ninguém, mas eu acho que deveria escolher”(Orquídea).

“...ela já está naquela fase assim: ‘eu já vivi bastante, eu já vi o meu neto, a minha neta, eu não quero mais viver’, e já não vai se ajudar. Ela não queria, aí já é aquela coisa assim, se a pessoa vai sem querer, já é 50% de chance de não voltar”(Girassol).



Watson (op.cit), ao referir-se, em seu primeiro *carative factor*, aos valores humanistas, cita o respeito, o amor, bondade e a empatia como base do processo de cuidar, e valores altruístas, aqueles que emanam da gratificação sentida em ajudar os outros. A reverência à vida, o respeito pelo ser do outro, a preservação da dignidade humana, da liberdade de escolha, são tópicos muito destacados no trabalho de Watson.

Podemos observar, nas falas transcritas acima, que os cuidadores partilham de um sistema humanista-altruísta de valores, reverenciando a vida, o amor, a liberdade de escolha, manifestando respeito pelo ser do outro, pela vontade do paciente.

Quanto às crenças manifestadas, fica evidente a crença no poder da vontade do paciente, e no direito de uma vida com qualidade, mantendo a dignidade humana.

Esse sistema de crenças e valores revelado pelos participantes do estudo denota uma estrutura facilitadora para o processo de cuidado humano.

Ainda referindo-se a valores, o cuidador manifesta:

“valores né, o emprego, que eu tenho que dar valor ao que eu tenho, Graças a Deus eu tenho isso aqui. Graças a Deus eu trabalho de noite, uma noite sim, outra não, jamais quero sair” (Margarida).

“E emprego, salário, essas coisas tão tudo ali, isso é geral” (Bromélia).

evidenciando a valorização do emprego na sua vida, como forma de poder atender suas necessidades materiais.

✿ VIVENCIANDO O DILEMA ÉTICO-MORAL

Dentro do tema “EU” evidenciou-se, ainda, esta categoria. Ao refletirem sobre si, enquanto cuidadores de enfermagem em UTI, os participantes mostraram-se seres que vivenciam situações geradoras de dilemas ético-morais, reflexo da impossibilidade sentida de viver o processo de cuidado de modo harmonioso com suas crenças e valores.

Watson (1979;1985;1988;1989;1996) apresenta, em seus trabalhos, o cuidado como ideal moral e a razão de ser da enfermagem. Considera-o a mais alta forma de compromisso consigo mesmo, com os outros, com o meio e até mesmo com o Universo, buscando proteger, promover, manter a dignidade humana, através da relação transpessoal, intersubjetiva.

No dia-a-dia, ao se depararem com situações em que percebem uma dissonância entre o que acreditam e o que percebem acontecer no mundo do cuidado em UTI, os participantes sentem-se em conflito, como expressam as falas:

“ Teve um paciente (...) que acompanhou a gente muito tempo (...) E ele ficou lá, e aí a nossa chefia chegou e solicitou que a gente arrumasse tempo pra conversar com ele, acompanhar ele, que ele ficava muito carente, que ele se queixava que ele ficava muito sozinho. E assim, sabe o que é passar uma semana horrível? Nós chegamos a fechar o turno da manhã em seis, a UTI lotada, os boxs cheios, estava todo mundo praticamente com dois e tinha que se ajudar ainda. Terminamos o turno com uma colega com três pacientes, eu já estava com dois e assumindo uma pós-parada. Aí passou, e uma disse: Bah, ele estava lá assim, assim e assim, com um monte de secreção!! Sabe assim, aquele tipo de coisa que a gente se questiona de não poder atender o paciente e tu está tentando fazer aquilo.(...) Eu sou uma assim, que às vezes saio de lá, achando que faltou alguma coisa”(Orquídea).

“...a gente tem vontade de conversar com o paciente, mas não dá, as escalas estão apertadas. Talvez não seja a escala que esteja apertada, é pelo clima mesmo. Porque a secretaria exige que tenha 'x' leitos ocupados, há um tempo atrás, existiam leitos vagos, hoje a secretaria diz assim, não quero leitos vagos e tem que estar lotado”(Girassol).

“ Eu tive uma situação de manhã, eu tava no box H, daí o paciente ia ter alta de tarde, superquerido.(...) Só que eu tava com um paciente altamente investível e muito complicado o caso (...), não sei quantos exames aconteceram na manhã. E ele aprendeu meu nome. E ele gritava o meu nome! Sabe assim, dá dó de tu não...Não é uma questão de tempo, mas não tinha como!! Tanto é que eu fiz tudo antes nele. Sabe o que que é tu olhar pro relógio, as horas passarem, tu trabalhou a manhã toda, e tu não ter tempo?”(Orquídea).

Ao se perceberem impossibilitados de estabelecer uma relação de cuidado que atenda às necessidades do outro, no que tange ao aspecto emocional, relacional, os

participantes desvelam um dilema entre o que desejariam e o que lhes é possível realizar, visto as atividades instrumentais que precisam desempenhar na UTI.

Quando esse referencial postula que o cuidador em enfermagem, além de ser conhecedor do aspecto científico da profissão, deve ter atitudes humanitárias e éticas ao cuidar, torna clara a compreensão dos dilemas percebidos pelos participantes desse estudo.

Outro tipo de dilema vivenciado foi percebido nas seguintes falas:

"...Nós tivemos uma vovó que tinha ferida por todo o corpo, um campo de concentração, verdadeiramente um campo de concentração, onde ela implorava que tirasse a dor dela, os médicos :- não podemos sedar mais, ela vai pro tubo e vai morrer... Tá, mas era o que ela tava querendo. Ela tem todo direito do mundo de querer aquilo ali! E assim, passou 15 dias, sedaram, entubaram e ela morre. Ela sofreu 15 dias, dia e noite, com dor. O ser humano não é tão livre! Se tivessem feito o que ela tinha pedido ..."(Tulipa).

"a gente tinha uma paciente lá no CTI, ela tava grávida e teve pré-eclâmpsia, investiram um monte, eu acho que ela tava com 7 meses de gravidez quando ela foi pra lá. Ela ficou mais de um mês lá, ela parou umas quantas vezes. Investiram, investiram. Tava "neura" (c/ danos neurológicos), fizeram cesárea. A criança nasceu toda errada. Ela foi para o quarto. Foi p/ casa, ficou 1 dia em casa, voltou com a traqueostomia toda entupida. Tá até hoje no hospital! Daí eu pergunto: Que qualidade de vida esta criatura tem? Um vegetal em cima da cama! O marido dela não sabe nem cuidar dela. O nenê parece que tá aqui ainda também. Que qualidade de vida?"(Jasmim).

Ao questionarem o direito de escolha do ser humano, o direito a uma vida com qualidade, o respeito à vontade do paciente, os participantes refletiram sobre questões éticas que permeiam o seu dia-a-dia e que os mobilizam enquanto seres humanos cuidadores.

Ao apresentar situações vividas no mundo do cuidar em UTI e os questionamentos emergidos a partir dessas vivências, os cuidadores falam de si, desvelando-se como seres preocupados com a vida e com a dignidade humana.

Para Watson, o cuidado só pode acontecer dentro do respeito a princípios ético-morais, reverenciando a vida e promovendo a dignidade humana.

O tema “EU”, expresso em suas categorias - O CUIDADOR DESVELANDO O *SELF* e VIVENDO O DILEMA ÉTICO-MORAL - revela o ser humano cuidador em UTI, a forma com que ele se vê, o que sente, em que acredita e quais dilemas vivencia.

TEMA “O OUTRO”

Percebendo, através de Watson, que o cuidado é relacional, transpessoal e que requer que se estabeleçam relacionamentos saudáveis, procurei, através do tema “O OUTRO”, levar os participantes a refletir sobre os relacionamentos na UTI, sobre todos os “outros” com quem eles convivem, para compreender como ocorrem esses encontros.

Watson (1989), ao apresentar seu quarto *carative factor*, expõe muito claramente a importância dos relacionamentos, da comunicação, do estabelecimento de vínculos saudáveis no processo de cuidar. A categoria emergida desse tema passo agora a apresentar.

- ✿ VIVENDO UMA TEIA DE RELAÇÕES, com as subcategorias
 - * buscando vínculos de ajuda-confiança
 - * percebendo o ser do outro
 - * a interconexão

Ao compreender o ser humano como parte de um todo, interconectado a tudo e a todos, tendo por base princípios da física quântica, Watson passa a compreendê-lo como um ser que se realiza no encontro, na troca com o outro.

Percebendo o ser humano como a unidade mente-corpo-espírito e natureza, e a existência de um campo de conexão entre todos os seres e ambientes em todos os níveis

da existência, Watson passa a valorizar os relacionamentos como forma de expressão, de aprendizagem, de crescimento do ser, em busca da harmonia.

Através do relacionamento, pode-se estabelecer vínculos que potencializem o *healing*, que tragam sentido para a existência, que transcendam o físico, conectando o mundo interior dos seres, numa relação transpessoal.

O mundo do cuidar, em UTI, para os participantes, é repleto de encontros e desencontros no relacionamento entre os seres que nele transitam. A teia é feita e refeita a cada momento.

Os participantes, durante as oficinas, identificaram “o outro” com quem convivem e estabelecem relacionamentos como sendo o paciente, os familiares, os colegas, a equipe médica e a chefia. Através das oficinas, a teia de relacionamentos mostrou-se cada vez mais com maior riqueza de detalhes, numa atitude autêntica dos participantes.

Ficou clara, no decorrer dos encontros, a importância dos relacionamentos dentro da UTI para a vida de cada participante.

* **Buscando vínculos de ajuda-confiança**

Essa subcategoria revela os relacionamentos que se estabelecem entre os participantes desse mundo do cuidar, como os apresentados nas falas:

“...internou uma guria de 15 anos, tinha feito naquela semana 15 anos.(...) eu recebi ela totalmente em bolhas, tu não podia pegar. Eu recebi ela e, foi aquela empatia ,ela me pedia :- Tu me cuida ? Tá, daí ela foi indo melhorou e foi pro quarto, só que pra ela ir pro quarto eu tinha que ir com ela . Ela ficou 3 dias lá , no 4º ela piorou e voltou pra CTI e eu recebi ela de novo e, ela sabia que eu tava lá, daí em seguida ela parou ...”(Margarida).

“...tem uma coisa que eu admiro no meu turno, é que quando tem uma coisa assim todo mundo vai e pega mesmo. Não precisa dizer: - Pega

meu balanço que eu tô aqui numa parada ; o colega já pegou e fez“ (Orquídea).

“Uma relação muito especial (...) nós em relação ao paciente, que é um vínculo que a gente forma afetivo(...)” (Margarida).

Para Watson (op.cit), a relação de ajuda-confiança se estabelece quando há sintonia entre os participantes da relação, de forma a estabelecerem um vínculo permeado pela empatia, pelo acolhimento do outro.

Nas falas acima, percebe-se que tanto na relação entre colegas, quanto na relação cuidador/ser cuidado, a sintonia entre os seres é evidente, num colocar-se no lugar do outro, gerando uma relação de acolhimento e de cuidado, permeada pelo afeto.

Para que o cuidado transpessoal possa ocorrer é fundamental o estabelecimento de relações com o acolhimento do outro, relações colaborativas que desencadeiem bem-estar e crescimento dos envolvidos. Todavia, dentro da teia de relações que os cuidadores vivenciam, ocorre também relacionamentos geradores de mal-estar, desentendimentos no mundo do cuidar em UTI e que não contribuem para o estabelecimento de um ambiente de cuidado. Esses relacionamentos, sem a formação do vínculo ajuda-confiança, ocorrem entre os diversos componentes da teia de relações, refletindo negativamente no bem-estar dos participantes.

Referindo-se ao relacionamento entre colegas, os participantes assim se expressaram:

“Eu noto que eles pedem ajuda e o colega: Já vou, já vou. O “já vou” se estica, às vezes vem outro colega que viu que o outro não foi. Às vezes fica um clima, tu nota assim.” (Tulipa).

“Era a chefia cobrando da enfermagem, a enfermagem cobrando do técnico, o técnico cobrando do técnico, virou uma coisa assim, um auê que não era pra ser.(...). Era uma cobrança horrível ! O colega da 3ª noite nem sabia ainda, nem tinha posto em prática o que o turno da manhã já tava sabendo” (Orquídea).

"O fato de algumas pessoas tentarem sempre ter mais razão que as outras é algo que me aborrece..." (Lírio).

"não consigo entender porque as pessoas complicam tanto, são só 6h de trabalho, e parece ser muito mais (...) Não quero acreditar nisso, mas é uma competição que não teria o porquê de existir, pra tu teres uma idéia, fica até difícil tu organizares uma escala de folga.(...) Se continuar assim essa competição, se eu me ralo tu tem que te ralar... não vai dar...(muito emocionada) Isso me cansa (...) o ambiente de trabalho é muito desgastante. Gostaria que as pessoas se entendessem melhor e ajudassem a si e aos outros (...)o estresse e o corre-corre do setor não me estressam. Chegar e pegar o paciente pesado, essas coisas não me cansam, o que me cansa é as cabeças, as pessoas não se ajudam, não procurar se ajudar"(Orquídea).

Relações permeadas por não-colaboração, cobranças, competitividade, como as referidas nas falas acima, se refletem nos cuidadores de forma negativa, gerando desgaste emocional e aborrecimentos.

O relacionamento com a equipe médica também apresenta seu aspecto desgastante:

"Ele é 'Deus' e o resto é o resto... Não é assim que nós percebemos, é assim que eles se colocam."(Girassol).

"Porque quando eles querem uma coisa realmente de urgência e nós não fomos avisados que temos que preparar, é pra ontem, né?!"(Orquídea).

"Meu colega foi lá no posto pegar um soro e demorou um pouquinho, Ele (médico) não soube esperar, ele gritou..."(Hortênsia).

Aparece nas falas uma relação de desigualdade e intolerância, denotando dificuldades para o estabelecimento de uma parceria na relação.

Com os pacientes e familiares ocorrem, também, momentos em que as relações apresentam aspectos de desarmonia:

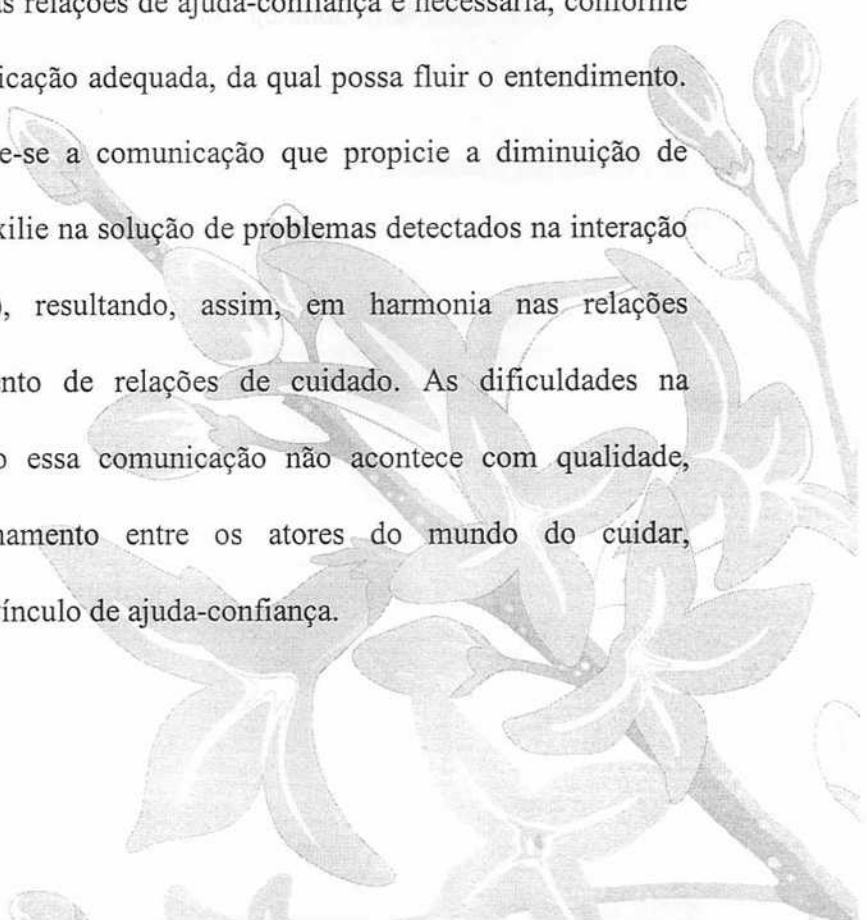
"Quando tu tem uma paciente que tem condições de conversar ,de trocar idéias contigo ou te contar uma coisa ,vai embora. Tu não tem aquela troca de vivência com o paciente que tu tem no andar. Eu senti muita falta disso"(Bromélia).

“Ontem entrou um familiar de uma paciente com pulmão de choque e ele – Tá mal, né?! Mas ela vai morrer, né?! (...) Ele olha que tá no respirador, em bomba de infusão, mas a gente tá trabalhando pra ela sair disso. Ele pergunta: Mas ela vai morrer, né? Se a gente disser que ela vai morrer, ele vai ter uma coisa...” (Girassol).

“É muito difícil conter a ansiedade, mas é muito difícil conter a ansiedade de um familiar que chega e pega um procedimento em andamento. Eles te bombardeiam de perguntas ... tu acaba dizendo alguma coisa - ou a enfermeira tá ocupada ou o residente - tu pede pra eles aguardarem um pouquinho, quando tu vê eles já tão ali de novo ...” (Bromélia).

Devido às condições de gravidade do paciente de UTI, muitas vezes a comunicação verbal fica prejudicada, seja por presença de cânula endotraqueal, seja por alterações no nível de consciência. Frente a essa situação, o cuidador refere sentir falta de uma interação de troca com os pacientes, o que gera nele uma certa insatisfação. O relacionamento com os familiares apresenta, por sua vez, dificuldades frente ao manejo da ansiedade apresentada por eles. Os participantes, nas falas acima, relataram situações em que perceberam desarmonia na relação, uma vez que se sentiram pressionados pelos familiares e incapazes de resolver a situação apresentada.

Para o desenvolvimento das relações de ajuda-confiança é necessária, conforme pontua esse referencial, uma comunicação adequada, da qual possa fluir o entendimento. Por comunicação adequada entende-se a comunicação que propicie a diminuição de conflitos e mal-entendidos e que auxilie na solução de problemas detectados na interação entre as pessoas (SILVA, 1996), resultando, assim, em harmonia nas relações intersubjetivas, e no estabelecimento de relações de cuidado. As dificuldades na comunicação revelam que, quando essa comunicação não acontece com qualidade, ocorrem dificuldades no relacionamento entre os atores do mundo do cuidar, prejudicando o estabelecimento do vínculo de ajuda-confiança.



No relacionamento entre a equipe de enfermagem, os participantes assim expressam essa dificuldade:

“Tem coisa pior do que quando foi colocado o 5S (programa de qualidade total) que não dava tempo de todos os turnos saberem? E parecia que era um rei aquele que sabia e caía em cima do outro coitado que não sabia ainda. Eu disse assim: Gente vocês tão fazendo coisas pra melhorar em vez de se unirem tão se pegando e não era essa a realidade. O negócio era pra melhorar, mas começou uma guerrinha de competição, que eu acho que não era pra existir, eu acho que tem que dar tempo de todos os turnos assimilarem e todo mundo saber pra depois, sim, ser cobrado”(Orquídea).

“Eu acho que não é nem motivo pra falar da chefia. Não é esse o problema né? Mas é uma coisa que reflete, a tendência na dramatização também foi de ser distante. Quem tava de fora viu. Assim as palavras curtas, respostas naquele vai-e-vem: curto e seco. Quanto mais longe melhor”(Tulipa).

“O pessoal da noite é assim, tá sempre por fora, porque tu sai daqui na segunda e só volta quinta. As decisões de terça tu só vai ficar sabendo na quinta, se tu não tiver um plantão muito corrido”(Girassol)

Em relação à equipe de enfermagem, percebe-se que a má comunicação gerou situações de intolerância e competitividade, que em nada colaborou para o estabelecimento do entendimento e cooperação na equipe. A falta de comunicação contribuiu para relações interpessoais desarmônicas, gerando mal-estar entre os seres humanos envolvidos.

Referindo-se à comunicação com a equipe médica, os cuidadores expressam as seguintes dificuldades:

“... o (médico) contratado faz bem o que o colega fez: só fala com o residente e olha lá. O residente pouco fala com o pessoal da enfermagem, mas mais que o contratado que não fala nada.”(Lírio)

“E às vezes eles complicam a gente também, eles mal comunicam a enfermeira do que vão fazer eles chegam :- prepara a bandeja pra tal coisa; então tu sabe que vai ter um procedimento, mas tu não sabe nem porque.”(Girassol)

A dificuldade de comunicação por parte da equipe médica com a equipe de enfermagem é vista como um fator negativo no dia-a-dia dos participantes, porque não aproxima os participantes da teia, não os faz parceiros no cuidado ao paciente, mantendo uma relação de verticalidade entre a equipe médica e a equipe de enfermagem.

Quanto à comunicação com os familiares, as dificuldades ficam bastante evidentes nas seguintes falas:

“Na verdade, a família quer saber é do paciente, se é grave ou não é, se vai morrer ou não. As pessoas fazem toda uma volta, mas não dizem o que eles querem saber naquela hora. Depois eles até vem te perguntar o que que têm que trazer, mas naquela hora não é isso que interessa”(Tulipa).

“Com o familiar, a gente não dá informação, a enfermeira e o médico é que dão. A gente conversa com o familiar, mas a gente não dá informação...E isso até passa uma determinada insegurança pro familiar ... É uma primeira impressão: Puxa! Tá cuidando e não sabe informar!”(Bromélia).

“No relacionamento, (...) eu acho o mais difícil é o familiar e o paciente, porque o familiar tu tem que ter um jogo de cintura muito grande, porque, conforme o familiar, ele faz muito jogo contigo:- ah ,mas a tua colega me disse isso; às vezes nem falou! Ah, o médico me disse isso! Coloca muito contra as informações e quando tu vê tá todo mundo envolvido numa coisa que nem é assim. O relacionamento mais difícil ainda é com o familiar”(Orquídea).

Ao observar o relacionamento com a família, os cuidadores denotam dificuldades referentes à comunicação, quer seja no fato de dar informações, que percebem desconectadas da necessidade sentida pelos familiares, quer seja pelo fato de não poder informar acerca das condições do paciente. Essas dificuldades acabam por prejudicar o estabelecimento de relações benéficas aos participantes no processo de comunicação.

* Percebendo o ser do outro

Esta subcategoria, emergida da categoria VIVENDO UMA TEIA DE RELAÇÕES, desvela de que forma os participantes conseguem perceber o outro.

“Nós colocamos ali as mãos, os sorrisos, um abraço, um olhar ...Tu pode perceber o ser humano com os sentidos”(Bromélia).

“Através do olhar, tu até conhece, se tu trabalha há mais tempo com o colega pode tá certa, não é nem um problema, hoje ela não tá, hoje ela acordou com o pé esquerdo e tu conhece tão bem alguns que a gente sabe :- até às 10h ela tá assim, mas depois já passou; esquece o que aconteceu na casa dela e volta ao normal”(Margarida).

“No toque, no olhar, num olhar do paciente que parece triste pra gente, até num aperto de mão sintam mais desconfortável ...”(Girassol).

“Através disso a gente conhece se a pessoa tá bem ou não. Tem uns que já chegam de cara amarrada :-bá o que que foi? -não tô legal hoje, tô com uns problemas!”(Girassol).

Os participantes desvelam a importância de escutar a voz do corpo para poder perceber o ser do outro com quem convivem na UTI. Valorizando o olhar, o toque, o sorriso, a manifestação através do abraço, estão vivenciando o aspecto estético da enfermagem. Segundo o referencial em estudo, a arte da enfermagem é a capacidade do ser humano de perceber a expressão de sentimentos de outro ser humano e senti-los como seus. Essa expressão artística inclui a percepção sensorial - o toque, o olhar, a escuta - e é vivida, expressa e criada no momento de cuidado.

Na teia de relações que se estabelece na UTI, a atenção dirigida ao outro de modo a percebê-lo em sua realidade única e singular é uma ferramenta importante para o estabelecimento de relações de cuidado. Ao focar o outro é necessário que não interpretemos os sinais não-verbais que ele nos envia sem que procuremos ter certeza de seu significado, sob pena de incorrer em falsos julgamentos. Nas falas acima, apresentam-se duas situações distintas: em uma delas, a pessoa percebe o sinal de mal-estar do outro

e, sem certificar-se de sua percepção, espera que o mal-estar passe sem que interfira positivamente nisso. Essa situação pode ser geradora de sentimento de abandono ou de não-cuidado por parte daquele que apresenta o mal-estar. Na outra situação apresentada, houve a preocupação em conferir o significado da observação feita, de forma que a pessoa que não estava bem pode perceber o interesse do outro em relação a ela.

* A interconexão

Nessa subcategoria evidenciam-se as conexões não-físicas entre os participantes da teia de relações, reveladas nos discursos que se seguem:

“Tem dias que as pessoas estão de mau humor, estão carregadas, não estão de bem com a vida passa a ser uma noite conturbada(...).Pode estar todo mundo alegre, faceiro, de bem com a vida, tu pode estar com quatro pacientes e a coisa flui, ela flui bem melhor. Tem dias que não dá, tu pode tá com um paciente leve, mas, se as pessoas estão de mal com a vida, elas transmitem pra todo mundo, estraga toda noite. Se um tiver, a carga fica pesada pra todo mundo. Conseguem destruir (...) o restante do grupo”(Girassol).

“Porque tu passa aquela energia pra eles, assim como eles passam pra gente. E tu decai conforme o caso”(Orquídea).

“Esses dias eu vi uma pessoa, uma colega, que chegou pra receber o plantão com uma energia tão ruim. Devia ter chegado mais calma. A gente passa uma noite numa boa, mas chega de manhã já sai assim...”(Hortência).

“quando eu descobri o problema da minha mãe, por mais que eu tentasse era uma coisa muito forte. Eu fiquei com uma paciente,(...) Ela pegou a minha mão e disse assim:- vai dar tudo certo com a tua mãe, porque essa bondade que tu tem com os teus pacientes Deus vai te iluminar e vai salvar a tua mãe .Eu não falei pra ela, mas ela sentiu”(Orquídea).

A existência de um campo de conexão entre os seres e também dos seres com o ambiente é muito enfatizada no trabalho de Watson (1996). Segundo a autora, o cuidador, ao desenvolver a habilidade de perceber essas conexões, poderá conectar mais profundamente com o outro de forma a estabelecer relações de cuidado transpessoal que

contemplem a multidimensionalidade do ser. Nas falas acima, os participantes desvelam a percepção da existência desse campo de conexão não-física entre os participantes da teia de relações, sentindo-se afetados e afetando os outros através desse campo. As emoções, tanto positivas como negativas, do outro são percebidas pelos participantes como influenciadoras de seu próprio bem ou mal-estar, denotando essa interconexão. Da mesma forma, percebem que também afetam os outros através desse campo, como evidencia-se nas duas últimas falas.

Watson (1996) estabelece uma relação entre a energia e a consciência para o cuidado pontuando a responsabilidade de cada um em manter-se vibrando em sistemas de altas frequências. Quanto maior a consciência do cuidador em relação ao cuidado, mais facilmente modelará sua própria emissão de energia, mantendo-a em patamares de alta frequência. Utilizando-se de conhecimentos da física quântica, são apresentados, nesse referencial, os pensamentos e as emoções como correntes de energia que podem ter diversas frequências, variando de baixa frequência – ódio e vingança – à alta frequência – o amor e compaixão, por exemplo. Quanto mais alta a frequência de vibração dos pensamentos e emoções for gerada num ambiente, maior bem-estar as pessoas que ali convivem perceberão, sendo o inverso também verdadeiro. Os participantes desse estudo puderam vivenciar essa realidade como bem revelam as falas acima.

TEMA “O CUIDADO NA UTI”

Compreendendo o cuidado como a razão de ser da enfermagem, busquei através do tema “**O CUIDADO NA UTI**”, investigar a percepção dos participantes acerca desse processo no seu cotidiano.

O cuidado humano é visto, nesse referencial, como um compromisso moral e ético da enfermagem que ocorre através de relações intersubjetivas buscando a transpessoalidade, a fim de promover a dignidade humana, restaurar a harmonia interna e potencializar a cura. Segundo Watson, para cuidar do outro de forma amorosa e comprometida é necessário primeiro cuidar de si mesmo da mesma forma, buscando o crescimento e ampliação de sua consciência. O processo de cuidado ocorre em um 'momento de cuidado' em que os seres estabelecem uma relação em que a ação e a escolha são possibilidades de ambos.

* CUIDADO COMO AÇÃO AMOROSA

Ao expressarem o seu cotidiano na UTI, os participantes manifestaram amorosidade na forma como desenvolvem esse processo de cuidar. Segundo Watson (1985), o amor e o cuidado são energias psíquicas primárias e universais e as mais fantásticas e misteriosas forças cósmicas. A enfermagem, profissão de cuidado, utiliza essas energias no seu dia-a-dia.

* Cuidando do outro

Nessa subcategoria é revelado de que modo os participantes utilizam essas energias para cuidar do outro em UTI, conforme expresso nas falas:

"...eu acho que tu tem que gostar, gostar do próximo que é teu colega, que é o paciente. Além de cuidar, tu tem que gostar! (Margarida).

"É carinho, gostar do que faz, porque não adianta se tu não gosta" (Hortênsia).

"...tu tem que ter bastante paciência, bastante dedicação e muito amor. Tu tem que chegar tranqüila e tentar te manter tranqüila o máximo possível.(...) "Tu tem que te doar: ação, com carinho" (Bromélia).

"...ao mesmo tempo que eu dou carinho e proteção, eu faço ele se auto-ajudar e consigo ser rígida com ele sem rispidez, sem ser agressiva . Que

daí depois, a maioria dos pacientes saem de lá pegam a minha mão, às vezes choram quando eu dou alta pra um paciente pro andar”(Orquídea).

Os participantes revelam, nas falas acima, como traduzem a energia amorosa e de cuidado no seu viver em UTI. O afeto, a paciência, a dedicação, o amor, a tranqüilidade, o carinho e a proteção aparecem como instrumentos para esse processo de cuidar. A ação surge como manifestação do cuidado, que deve ser emancipatória, ajudando o outro a buscar, também em si mesmo, a força para a cura e bem-estar.

O referencial em estudo aponta a importância dessa amorosidade no processo de cuidar, pois é essa a energia que nós seres humanos necessitamos em todo o processo de ser e viver. Da mesma forma, enfatiza, como um dos objetivos do processo de cuidado, a restauração do potencial de autocura do indivíduo, que pode acontecer a partir da emancipação do mesmo através de estímulos do cuidador, o que evidencia-se em uma das falas acima.

*** Cuidando de si**

Essa subcategoria emergida desvela o uso da amorosidade dos participantes no processo de cuidar de si, que, para Watson (1996) é fundamental para cuidar do outro.

“E tu ainda pega colegas que querem botar (o paciente) na cadeira no muque. (...) , mas eu tô há poucos anos e quero ficar tantos anos quanto ele, mas cuidando da minha saúde (...) Eu penso que quanto mais saúde eu tiver, quanto mais tranqüila eu tiver, mais eu vou ter a oferecer aos meus colegas, ao paciente e pra mim mesma”(Orquídea).

“Atualmente, estou levando as coisas mais ligth, estou evitando me estressar, não tô esquentando a cabeça”(Girassol).

“tenho procurado não me envolver muito com os problemas gerais do lugar ao qual trabalho e me voltado pra mim”(Orquídea).

“E essa noite, um médico veio com uma agulha pro meu lado, daí eu disse: – Olha doutor, eu acabei de fazer meu HIV e deu negativo, e não vai ser agora, então baixa essa agulha!”(Hortênsia).

"Tudo está indo tão bem no trabalho, estou fazendo o que gosto, tenho cuidado o horário..."(Lírio).

As atitudes de cuidado para consigo, seja quanto à saúde física, procurando preservar seu corpo, ou quanto à saúde mental e emocional, através de atitudes que minimizem o estresse, são atitudes que desvelam, através do cuidado, o amor que cada um nutre por si. As ações expressas pelos participantes desvelam o quanto cada um assume a responsabilidade por si, de modo consciente e determinado e respeitando o seu momento pessoal.

Como todos os aspectos da vida apresentam seu lado luminoso e sombrio, também o tema **"O CUIDADO NA UTI"** assim se apresenta, segundo o que expressaram os participantes desse estudo.

✿ PRESENCIANDO SITUAÇÕES DE NÃO-CUIDADO

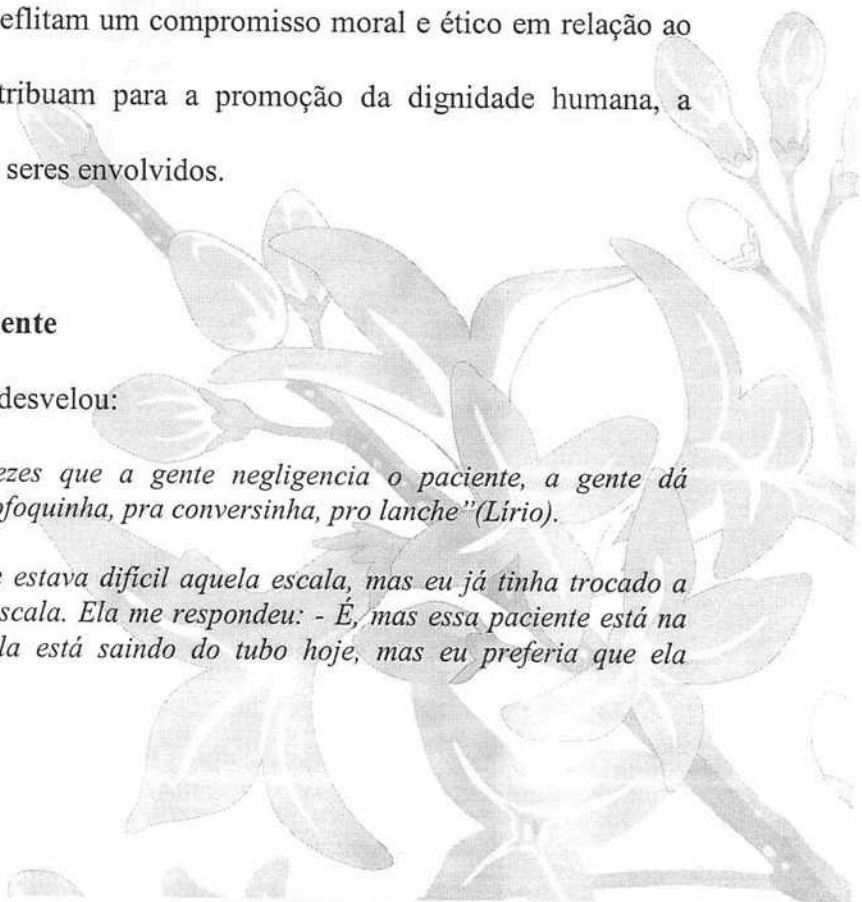
Essa categoria refere-se a atitudes que não condizem com o que está posto como cuidado, ou seja, atitudes que não reflitam um compromisso moral e ético em relação ao ser humano e à vida, e não contribuam para a promoção da dignidade humana, a restauração da harmonia interna dos seres envolvidos.

* O não-cuidado ao paciente

Esta subcategoria assim se desvelou:

"Tem muitas vezes que a gente negligencia o paciente, a gente dá prioridade pra fofoquinha, pra conversinha, pro lanche"(Lírio).

".. Eu sabia que estava difícil aquela escala, mas eu já tinha trocado a funcionária na escala. Ela me respondeu: - É, mas essa paciente está na minha escala, ela está saindo do tubo hoje, mas eu preferia que ela



estivesse no tubo! (...). Se fosse o teu familiar tu queria como é que ela tivesse? Eu só disse isso”(Margarida).

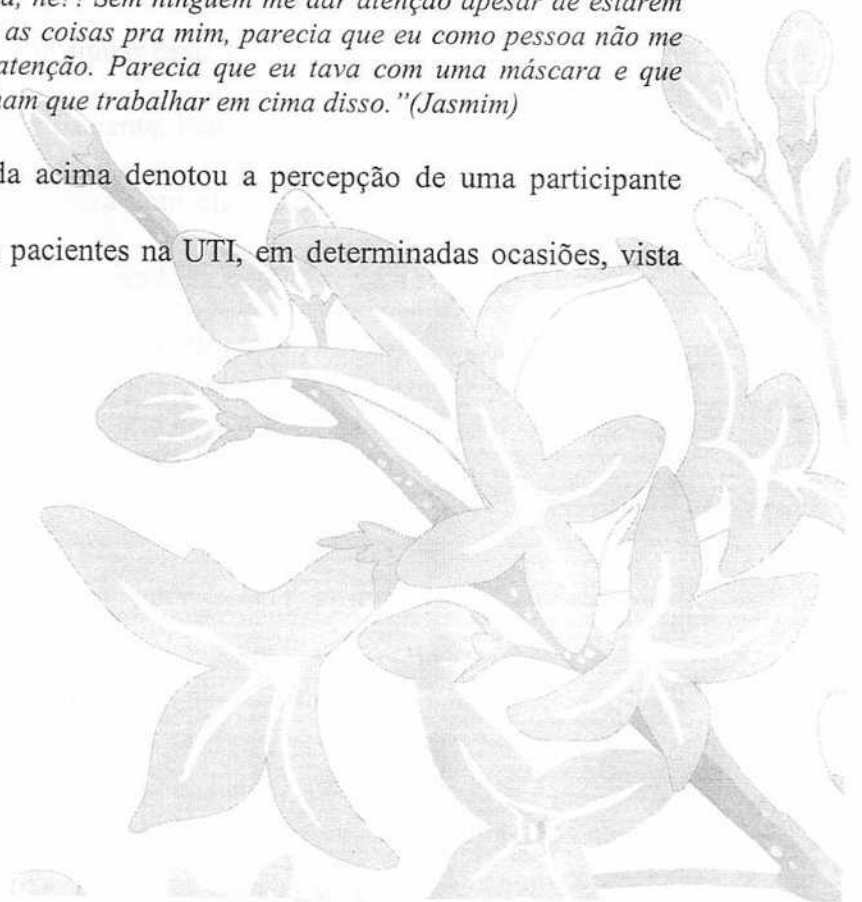
“...era uma senhora bem idosa mal mesmo. Ela tava mal, mas tava lá! Ai o médico disse: - Ai não tem nada mais pra fazer. Mas o que que é isso! Na frente dela!”(Orquídea).

A negligência, a desconsideração e desrespeito e a despersonalização do ser paciente aparecem claramente nas falas acima. Tais atitudes caracterizam-se por atitudes de não-cuidado, numa relação sujeito-objeto e não sujeito-sujeito como sugere esse referencial. Watson (1996) aponta o estabelecimento da relação sujeito-sujeito como um dos aspectos que alicerçam a relação transpessoal de cuidado e o compromisso moral, a intenção firme e a consciência necessária para promover e sustentar a dignidade humana. Esses aspectos, segundo as falas dos participantes, não se evidenciaram nas situações relatadas.

Na oficina em que realizamos a dramatização de uma situação na UTI, a participante assim relatou os sentimentos gerados ao vivenciar a experiência fictícia de ser paciente:

“Perdida, né?! Sem ninguém me dar atenção apesar de estarem fazendo as coisas pra mim, parecia que eu como pessoa não me davam atenção. Parecia que eu tava com uma máscara e que eles tinham que trabalhar em cima disso.”(Jasmim)

A experiência revelada acima denotou a percepção de uma participante sobre a forma como são tratados os pacientes na UTI, em determinadas ocasiões, vista como despersonalizante.



* O não-cuidado ao cuidador

Essa subcategoria emergida refere-se a atitudes percebidas pelos participantes como geradoras de mal-estar, de não-cuidado, seja por parte da chefia, da instituição ou por parte dos colegas.

Os participantes percebem algumas regras estabelecidas na UTI como geradoras de desconforto, enquanto seres humanos cuidadores, conforme expressam nas falas:

“nesse serviço é assim basta tu botar um atestado, tu ficar doente, tu não é mais válido”(Orquídea).

“Eu acho que é ridículo também, é que se tu tem atestado, tu não pode fazer troca. Se tu tem atestado, não é porque tu quer. É porque tu quebrou o pé, quebrou uma mão tu tá no momento doente, tu não tem condições de trabalhar (...) daí quando ela vai pedir troca - Não, tu teve atestado, então por dois meses tu vai ficar sem troca”(Tulipa).

“Também não é só com as trocas, tem as extras também Se tu tem atestado não pode fazer extra, não pode fazer trocas”(Girassol).

“Não é uma regra do hospital, cada setor faz a sua regra. Daí eu pergunto: Onde está a sensibilidade da chefia em ver que ali é uma unidade fechada?”(Orquídea).

Sendo a UTI uma unidade fechada, e por si só geradora de estresse, os participantes entendem que se pudessem juntar mais folgas estariam reabastecendo suas energias para cada vez melhor cuidar do paciente. Percebem as regras estabelecidas como injustas e carregadas de insensibilidade para com eles. Segundo eles, essas regras têm repercussão negativa no dia-a-dia do cuidado em UTI, como revela a seguinte fala:

“Então tem gente que vem trabalhar sem condições de estar trabalhando pra não colocar atestado, pra poder continuar com o direito de fazer trocas. E o que acontece - essa pessoa trabalha mal porque ela não tá em condições de trabalhar, ela não tá bem com ela, ela não tá bem com o colega...”(Girassol).

Ao expressarem de que forma são cuidados na UTI, assim se manifestaram:

“Acho que não estou sendo cuidado como deveria , até porque sou considerado apenas mais um(...) Na verdade o funcionário aqui dentro é considerado só mais um cartão ponto e não mais um funcionário, não é levado em conta o que ele faz, o que ele é” (Girassol).

“Nós somos muito cobrados na questão de humanidade com os pacientes, mas conosco ninguém tem humanidade” (Bromélia).

As falas denotam uma espécie de desabafo dos participantes em relação à necessidade de serem reconhecidos como um ser singular, com características e potencialidades próprias, merecendo receber a mesma qualidade de atenção que é esperada dele, enquanto cuidador. Transparece, acima, a percepção de uma incoerência entre o que é exigido e o que é oferecido ao cuidador, enquanto ser humano inserido no mundo do cuidado em UTI.

Sentindo-se não-cuidados pela chefia, assim se expressam

“Distante! Nós da noite, a gente não vê. A gente só vê (a chefia) se vem de dia. Ela não fica uma hora com a gente de noite” (Hortênciã).

“Faz tanto tempo que eu não vejo a nossa chefia, que olha...” (Girassol).

Esse distanciamento sentido pelos participantes é percebido como abandono, o que gera a sensação de não estarem sendo cuidados. A responsabilidade por si mesmos, enquanto cuidadores, em relação a manutenção de sua saúde manifestou-se acompanhada de um sentimento de desamparo e cobrança em relação a sua chefia, como expressa a fala a seguir:

“Uma coisa que me revoltou muito, há muito tempo atrás eu tive um problema de saúde muito sério e eu fiquei afastada do serviço. Quando eu voltei a minha chefia não me perguntou tu tá melhor ? tu tá pior ? O que me disseram foi assim: - Tu tem que te cuidar mais aí fora pra não ficar doente, porque o trabalho é importante e tá difícil. Como se dissesse assim para mim: se tu não te cuidar, se tu puser atestado, tem 10 pra entrar no teu lugar. Eu não adquiri problema de saúde porque eu quis. E assim a gente é tratado” (Bromélia).

O interesse autêntico pelo bem-estar do outro, segundo Watson (1989), é um dos aspectos que facilitam o estabelecimento de um vínculo de confiança entre os envolvidos no processo de cuidado. Na situação apresentada acima, os atores do processo são a chefia, no papel de cuidador, e o participante deste estudo, no papel de ser cuidado. A atitude do cuidador (chefia) não foi percebida pelo ser cuidado como uma atitude cuidadosa, capaz de gerar acolhimento e bem-estar.

Percebendo-se não-cuidados no dia-a-dia da UTI, os participantes referem ter a oportunidade de expressar seu descontentamento no momento em que são submetidos à avaliação funcional, que ocorre anualmente. Todavia, perceberam algumas dificuldades, como a descrita na seguinte fala:

"Quando a gente faz essa avaliação, (...) a gente tenta colocar assim que tá com esses problemas(...). Só que as avaliações terminam, começam no outro ano e aquilo fica, e aquilo morre e ninguém mais fala., Ai passou o ano inteiro, começam as avaliações, volta tudo de novo, sempre a mesma coisa . A gente até tem condição de colocar, mas não tem nada que melhore, nada! As coisas ficam como estão!"(Bromélia).

A sensação de não-resolutividade dos problemas que emergem de sua vivência diária gera frustração e a impressão de que não há esperanças de transformação, não há possibilidade de construção de um cotidiano diferente. A fé - esperança é citada, no segundo. *carative factor* proposto por Watson, como instrumento valioso na busca da harmonia e saúde. Acreditar na possibilidade da mudança da realidade que vivenciam seria, para os participantes deste estudo, uma maneira de manterem a motivação para o cuidado e promoverem seu bem-estar e equilíbrio.

Com base no sexto *carative factor* que preconiza o uso da criatividade na resolução de problemas, os participantes desse estudo foram estimulados a criarem

soluções para os aspectos do cuidado em UTI que os estavam incomodando. Essa atividade gerou a seguinte categoria dentro do tema “O CUIDADO NA UTI”:

* EXPRESSANDO O SONHO POSSÍVEL

O sonho traz, em si, a possibilidade de concretizar desejos. Ao construírem, na sexta oficina, um almanaque com soluções criativas para os problemas percebidos, os participantes desvelaram o seu desejo de contribuir com a construção de uma realidade em que pudessem se sentir mais cuidados e melhor cuidar.

* Descobrindo os desejos

Essa subcategoria desvela o anseio dos participantes diante do seu cotidiano, sendo ele o ponto de partida para a proposição de mudanças. Ao manifestar seus desejos, assim se expressam os participantes:

“Gostaria que meus colegas não tomassem iniciativas um contra os outros, mas que passassem a se ajudar mais” (Orquídea).

“Eu gostaria que as pessoas tivessem um pouco mais de humanidade com a gente, já que a gente é tão cobrado em relação a isso” (Bromélia).

“...eu acho que o mesmo respeito que eu tenho com todos os outros eu também tenho que ser respeitada, porque eu também sou um profissional” (Orquídea).

“... a gente queria é que fosse Natal o ano inteiro. O espírito de Natal! A alegria do amigo secreto teria que ser o ano inteiro...” (Margarida).

As manifestações dos participantes desvelam um profundo desejo de colaboração, humanidade, respeito e alegria nas relações interpessoais na UTI. Esse sonho faz parte do ideário desses seres.

*** Inovando o cuidado ao paciente**

Essa subcategoria compõe-se de sugestões dos participantes para tornar o cuidado ao paciente mais humano na UTI. Em relação a presença dos familiares junto ao paciente, assim sonham poder ocorrer:

"Quanto a família junto com o paciente na CTI, teria que avaliar o grau de ajuda do familiar, se ele vai realmente colaborar pra que o paciente melhore. Se for ficar em horário integral, que ele compartilhe mais da medicação, dos cuidados, Na parte de higiene, ajudar o paciente a fazer barba, ajudar no banho. Que houvesse uma integração como se ele estivesse em casa, só que ele tá ali com cuidados"(Orquídea).

Os participantes reconhecem a importância da presença do familiar na recuperação do paciente de UTI, desde que haja um critério para a permanência desse familiar em tempo integral: que seja capaz de colaborar para a recuperação de seu familiar doente. Essa colaboração, segundo eles, pode ser de apoio afetivo e passar também pela participação nos cuidados de higiene e medicações.

A presença do familiar junto ao doente em UTI é certamente fator de apoio afetivo, de manutenção do elo do paciente com seu mundo real, de alívio da ansiedade e do medo que costumam vivenciar nessa unidade. A participação do familiar nos cuidados é, para os participantes deste estudo, o diferencial da proposta de inovação do cuidado ao paciente, de modo a fortalecer os vínculos familiares e diminuir a ansiedade do familiar, no sentido de sentir-se útil ao seu doente.

Como inovação, os participantes fizeram referências ao ambiente da UTI, como as evidenciadas a seguir:

"...poder o paciente ficar num ambiente mais familiar possível, que o ambiente seja tão bom lá dentro que ele não enxergue só aquelas cores horríveis..."(Margarida).

"Também a gente podia ter um som ambiental! Ter um som ambiental pra todo mundo dentro da CTI, coordenado pela gente, por nós"(Jasmim).

“Pode ter uma mensagem de manhã. Todos os dias eles podem ter uma mensagem. É a coisa mais boa! Tu sai de manhã leve... e isso já localiza eles no dia: passou a noite, já é dia!” (Bromélia e Orquídea).

“Um ambiente mais claro, aí é muito escuro (...) tu não sabe se é dia, se é noite, se tá chovendo, se tem sol. Lá na cardíaca, tem aquele barulhinho do dreno. Às vezes tá um sol lindo, maravilhoso – mas tá chovendo? Tá frio lá fora? Tu não tem noção de como tá lá fora”(Jasmim).

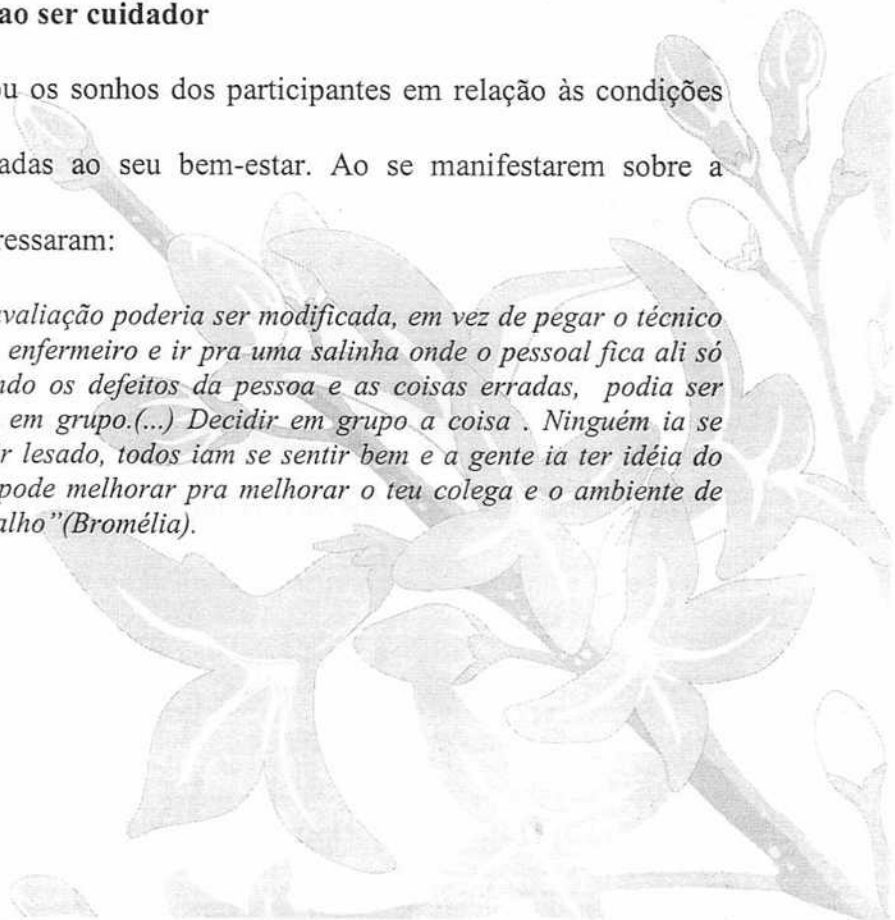
A proposição de modificações no ambiente da UTI traduz o reconhecimento da influência do mesmo no cuidado e na recuperação do paciente, e no próprio bem-estar dos cuidadores. O oitavo *carative factor*, apresenta-nos a importância da provisão de um ambiente corretivo, protetor e de apoio, como forma de minimizar as influências externas no ambiente interno do paciente.

Ao sonharem com um ambiente mais aconchegante, iluminado, que pudesse dar ao paciente a possibilidade de situar-se no tempo, com música ambiental e mensagens positivas, os participantes estavam acreditando na possibilidade de construir um ambiente terapêutico, capaz de estimular o processo de recuperação do paciente em UTI.

*** Inovando o cuidado ao ser cuidador**

Essa subcategoria revelou os sonhos dos participantes em relação às condições de trabalho que julgam apropriadas ao seu bem-estar. Ao se manifestarem sobre a avaliação funcional, assim se expressaram:

“A avaliação poderia ser modificada, em vez de pegar o técnico ou o enfermeiro e ir pra uma salinha onde o pessoal fica ali só dizendo os defeitos da pessoa e as coisas erradas, podia ser feito em grupo.(...) Decidir em grupo a coisa . Ninguém ia se sentir lesado, todos iam se sentir bem e a gente ia ter idéia do que pode melhorar pra melhorar o teu colega e o ambiente de trabalho”(Bromélia).



Os participantes sonham com um processo de avaliação participativo, realizado pelo grupo, que colaborasse para o crescimento da equipe. Quanto ao manejo dos conflitos interpessoais, os participantes sugeriram maior abertura e autonomia:

“E quando acontecer assim alguma coisa entre e um colega e outro, resolver na hora não precisar esperar a reunião, não esperar a avaliação - resolver entre os dois colegas. Se precisar da interferência da chefia, tudo bem, se não, entre os dois resolve ali mesmo e pronto” (Bromélia).

O sonho de um relacionamento entre iguais, adulto e baseado no respeito aparece como uma realidade possível no ideário dos participantes deste estudo.

Ao reconhecerem a importância do ambiente e da alimentação no desempenho de suas atividades diárias, os participantes sugeriram modificações relativas ao lanche, que, acreditam, contribuiriam para o bem-estar dos cuidadores de enfermagem na UTI.

“Melhorar o lanche, pra gente ter vontade de comer. Melhorar a sala de lanche. Eu já reclamei dos banquinhos tem rodinhas, a gente não tem equilíbrio. Eu gostava até do bancão aquele que a gente sentava e podia relaxar. Além da comida não ser boa, tem a sala” (Hortênsia).

O momento do lanche é o momento em que os cuidadores procuram descansar, relaxar e repor energias para prosseguir sua jornada de trabalho. Os participantes acreditam na possibilidade da criação de um ambiente para o lanche mais confortável e acolhedor, com melhor qualidade da alimentação oferecida. Sentem-se merecedores dessas modificações. Durante a construção coletiva do almanaque, em que essas inovações foram sugeridas, pude perceber o envolvimento, a empolgação dos participantes nessas proposições, como se lhes fosse possibilitado ter esperança de modificar a realidade que vivem no mundo do cuidar em UTI.

Outra inovação proposta para o cuidado ao cuidador em UTI foi relativa ao uniforme usado pelos cuidadores nessa unidade. Os participantes acreditam que a sua

segurança e a de seus familiares seria maior com a inovação que propuseram, o que fica claro nas falas que se seguem:

“O uniforme, a sugestão é a gente não ter que levar roupa suja pra casa” (Hortênsia).

“Se o sangue, a roupa contaminada aqui é levada separada, imagina tu levar a tua roupa e lavar na mesma máquina que lava as roupas dos teus filhos! Tu tá levando roupa contaminada! A sugestão é roupa do bloco, o hospital que lave” (Orquídea).

“O vestiário do CTI a gente chega, coloca a roupa e o armário tem a sua chave, e o pessoal que sai, entra troca ali a roupa do bloco” (Bromélia).

O sonho expresso através das propostas de inovações no cuidado ao cuidador desvelam necessidades percebidas pelos participantes: necessidades integrativas e de busca de crescimento, evidenciadas ao falarem do processo de avaliação; necessidades de sobrevivência e funcionais, ao falarem da alimentação, do repouso e da segurança. Watson expressa claramente, em seu nono *carative factor*, que as necessidades humanas são aquelas percebidas pelo ser e que, quando atendidas, aliviam o sofrimento ou proporcionam bem-estar.

Percebe-se que os participantes sonharam com a implementação do oitavo *carative factor* ao sugerirem medidas de atenção ao meio-ambiente físico no que tange ao conforto, segurança e a aspectos estéticos do mesmo. Quando manifestaram seus desejos de respeito, colaboração, alegria, tratamento humano, os participantes estavam falando da provisão de um ambiente de suporte e proteção mental e sócio-cultural, capaz de trazer-lhes satisfação, bem-estar e equilíbrio em seu cotidiano na UTI.

Após terem expressado o sonho possível, houve a seguinte manifestação de um dos participantes:

“Me senti libertada de uma coisa que tava trancada” (Bromélia).

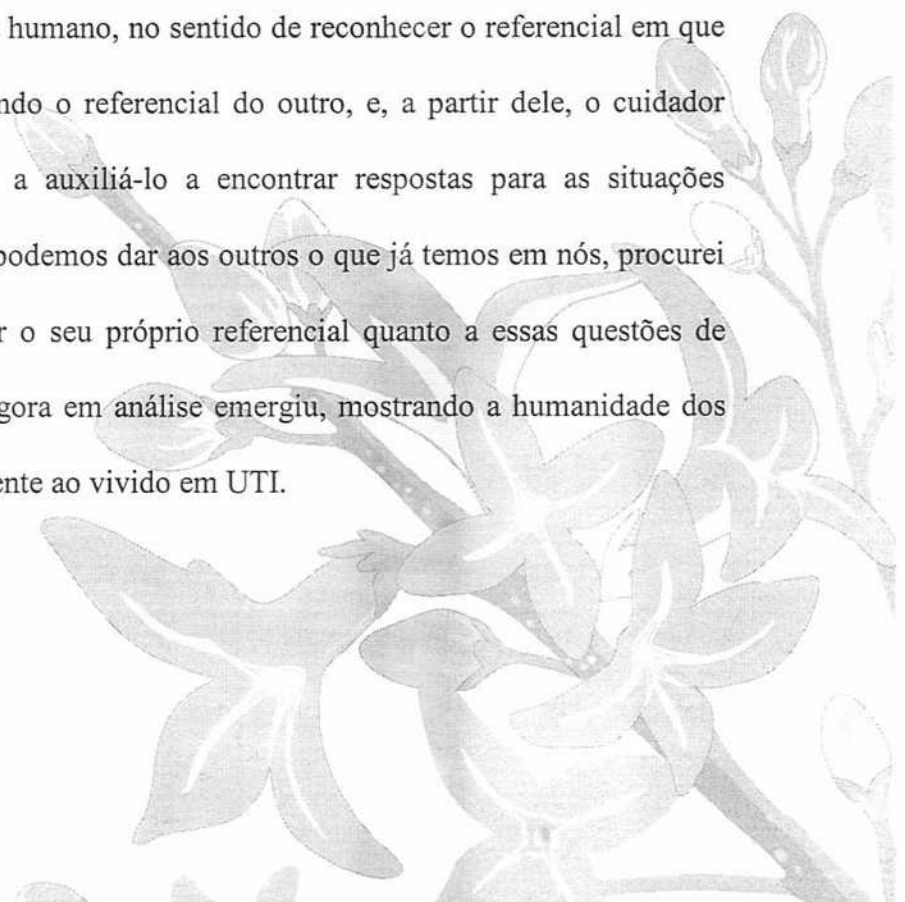
revelando o alívio percebido diante da possibilidade de expressão propiciada pela dinâmica utilizada neste estudo.

TEMA “QUESTÕES DE VIDA”

Sendo a UTI uma unidade que atende pacientes críticos, a convivência com a morte e sofrimento é diária, o que leva os atores desse mundo do cuidar a terem mais presente questões existenciais como o sentido da vida, da morte, do sofrimento e a existência ou não da dimensão espiritual. O tema “QUESTÕES DE VIDA” foi abordado de maneira a levar os participantes a refletirem sobre essas questões do seu dia-a-dia em UTI, abrindo um espaço para a expressão e para a busca da compreensão de suas vivências. Esse tema desdobrou-se nas categorias e subcategorias que passo a descrever.

✻ BUSCANDO SIGNIFICADOS

A busca de significados para as questões de vida é, nesse referencial, uma das forças que nos impele ao cuidado humano, no sentido de reconhecer o referencial em que o ser apóia a sua vida. Respeitando o referencial do outro, e, a partir dele, o cuidador torna-se mais instrumentalizado a auxiliá-lo a encontrar respostas para as situações vividas. Compreendendo que só podemos dar aos outros o que já temos em nós, procurei levar os cuidadores a reconhecer o seu próprio referencial quanto a essas questões de vida. Dessa forma, a categoria agora em análise emergiu, mostrando a humanidade dos participantes e sua inquietação frente ao vivido em UTI.



como fator de sensação de alívio, quando encerrava um processo de sofrimento prolongado de um ser cuidado.

"...um menino de 9 anos que ia doar os órgãos. Gente aquilo pra mim foi ...Sabe assim quando te passa e te deixa um vazio, e a intenção que tu tem é chorar e dar as costas, mas eu tinha que segurar aquele corpo até a hora que o bloco chamasse"(Orquídea).

"...eu me sinto mais tranqüila quando eu vejo em relação ao paciente que sofre muito, quando o paciente vai a óbito, eu me sinto mais tranqüila porque pelo menos aquele horror que tava ali parou, terminou"(Bromélia).

"Pra mim a morte é como uma perda, uma tristeza para as pessoas que ficam, mas ao mesmo tempo é uma hora de paz"(Margarida).

A morte, enquanto parte do processo de viver, é entendida, pelos participantes deste estudo, como desejável quando vem aliviar um sofrimento intenso do ser cuidado, sofrimento que passa a ser dos familiares e também dos cuidadores.

Ao refletirem sobre sua própria morte, houve manifestações de aceitação de sua finitude no plano físico pela maioria dos participantes. Todavia, a idéia de refletir sobre a morte trouxe, ainda, para alguns, um certo desconforto, como explicitam as seguintes falas:

"Pra mim a morte eu acho assim: que é perda, muita saudade e então é meio confuso, que às vezes as pessoas não pensam na morte . É difícil trabalhar, no meu caso, é difícil uma pessoa jovem morrer. Se é um velhinho já se conforma um pouco, mas jovem é difícil. Não tá claro pra mim"(Hortênsia).

"Morte, eu não tô preparada pra isso mesmo, eu não quero morrer ainda, eu tenho muita coisa pela frente.(...) Eu sei que eu vou morrer, mas eu não tô preparada ainda..."(Margarida).

A busca de significados implica repensar-se enquanto ser que está no mundo, estruturando-se em bases reais, descortinando os meandros das incertezas existenciais, o que, freqüentemente, gera ansiedades.

Os participantes desvelaram as dificuldades da equipe em aceitar a limitação frente a morte inevitável, e a sua inconformidade com essa não-aceitação. Depoimentos ilustram essa vivência:

“A pessoa não tem mais qualidade de vida e eles não estão preparados para isso. Ninguém quer deixar ninguém morrer, sempre um quer fazer mais uma coisinha. (...) Eu fico brava é atender uma parada e o cara já está morto e eles massageando, dando adrenalina... Eu brigo mesmo! Podiam escrever: mau prognóstico, medidas de andar. Dar conforto pra ele morrer com dignidade isso ninguém faz! Faz adrenalina! Sobe pro CTI! (...) Deixa ele morrer do lado da família dele que vai ser muito melhor pra ele!”(Margarida).

“ A gente sabe que não tem mais o que fazer. Ninguém quer assinar o atestado de óbito, um passa pro outro. (...) a morte pra essa pessoa seria a luz pra se libertar”(Hortênsia).

A cultura de preservação da vida, característica das UTIs, por vezes, dificulta a aceitação do limite do ser humano frente à morte. A morte costuma ser vista como inimiga a ser combatida a qualquer custo e não como parte da existência. Reconhecê-la como integrante do evento “existir” é criar possibilidades de cuidar de forma humanizada daquele que se encontra nesse momento de sua jornada vital. Os participantes expressam essa compreensão e esse desejo: permitir uma morte digna, que liberte o ser humano do sofrimento.

✿ EVOCANDO A DIMENSÃO ESPIRITUAL

Essa categoria revela de que forma, para os participantes deste estudo, as forças espirituais se fazem presentes no cotidiano da UTI. Reconhecer a dimensão espiritual do ser é, para Watson (1996), fazê-la aliada no processo de cuidado e *healing*. A essência mais profunda do ser é o espírito que transcende as limitações de tempo-espaco e que permite um nível de consciência de si, do mundo e das experiências vividas mais

ampliado. A referência à dimensão espiritual é um dos pontos marcantes do trabalho de Watson. Ela postula que a força interna do ser, sua força espiritual, é capaz de transformar, de curar. Cabe aos cuidadores de enfermagem estimularem o ser cuidado a mobilizar seu potencial interno de *healing*. Para que isso seja possível, os cuidadores devem reconhecer primeiro em si mesmos esse potencial, como uma postura filosófica, de forma a acreditarem na força interna de todo ser humano.

Os participantes, ao falarem sobre espiritualidade, assim se expressaram:

"...a espiritualidade (...) são coisas que a gente não pega, não palpa, que é a força que a gente tem pra continuar no caminho, pra continuar vivendo, trabalhando, pra dar força pros outros"(Bromélia).

"espiritualidade é um sentimento interior que a gente tem e que é colocado pra fora com amor, com harmonia, paz, tranqüilidade com os outros"(Margarida).

" espiritualidade é amor, não vem da matéria, vem do sentimento"(Hortênsia).

" é luz, é espírito, é o bem, (...) tudo o que não é matéria, pra mim, é espiritualidade"(Girassol).

"isso aqui que a gente tem é matéria. O que vale é o que a gente tem dentro, isso pra mim é que é espiritualidade. A carne, o corpo, quando a gente morrer vai desaparecer, mas o que a gente vai levar para as próximas vidas é o espírito, por isso a gente vai procurando amadurecer cada vez mais"(Jasmim).

O reconhecimento da espiritualidade como parte de si, aspecto de seu ser, enquanto humano, é desvelada nas falas acima. A espiritualidade aparece como essência do ser, a propulsora de seu agir em relação aos outros. É, para os participantes deste estudo, imaterial. A idéia de imortalidade também desvela-se em uma das falas, levando-nos ao aspecto de não-limitação espaço-temporal do ser. As falas a seguir revelam, de modo mais próximo, a idéia de imortalidade associada à espiritualidade:

"...é uma passagem desse mundo frio materialista (...) é a passagem pelo portal aonde vai haver uma clareza, um equilíbrio harmônico do ar, do

mar(...) e uma certeza que lá é um lugar que não tem noção de tempo, não tem noção de nada, eu vou estar livre, mas a única certeza que eu tenho é que um dia eu vou encontrar as pessoas que eu amo, que eu vou me viver com elas um dia..."(Orquídea).

"morre e a tendência é subir pra algum lugar em forma de luz (...)um lugar que tu vai ser recebido por alguém que vai te encaminhar pra um lugar calmo(...), onde tu vai ter um acerto de contas. Talvez tu volte de novo pra começar tudo de novo num outro lugar, pra ajudar alguém ou pra terminar a tua tarefa, a tua missão"(Girassol).

"a morte é uma viagem, uma viagem bem bonita cheia de colorido, só que aqui na Terra, a gente vai deixar as pessoas que a gente gosta, a gente vai sentir saudade delas, mas lá na outra vida, no outro estágio a gente vai encontrar outras pessoas que também já morreram"(Jasmim).

Ao abordar conceitos de vida e ser humano, Watson (1985) apresenta a idéia de que o corpo físico adoece e pode morrer, todavia o espírito ou a essência do ser é imortal. Para ela, a crença da existência do espírito/alma deve ser considerada com profundo respeito em função de sua contínua e ainda desconhecida jornada através do tempo e do espaço - infinita e eterna.

Os participantes desvelam, ainda, de que forma se relacionam com a força transcendente da espiritualidade, com o aspecto divino da vida. As falas a seguir referem-se a essa ligação:

"A espiritualidade eu defino como Deus o criador de todo esse mundo e a centelha que tá em cada um de nós"(Tulipa).

"...quando eu consigo falar com alguém sabe, que as pessoas estão sofrendo pacas, a primeira coisa que eu digo é pra elas se aproximarem de Deus e deixar Ele resolver, porque Ele sabe a hora, e nós não temos direito nenhum de segurar alguém, por mais que a gente estude pra isso, por mais que tu né, te considere deus pra querer salvar aquela pessoa, nós não podemos. Só Ele mesmo pra iluminar as pessoas que trabalham nessa área prá continuar.."(Orquídea).

"E eu acredito e até sinto, não sei como transformar isso em palavras, acho que a gente nunca trabalha sozinho (...)eu sei que eu nunca trabalho sozinha. Entro acompanhada, por seres superiores, acredito nisso... Consigo perceber o quanto a luta deles é difícil que às vezes eles não conseguem nem entrar dentro daquele ambiente tamanha carga negativa. E acho que quando a gente abre canal fica bem mais fácil deles nos

ajudarem e atuarem, mas isso é uma coisa muito minha. Eu sempre oro antes de começar a trabalhar”(Tulipa).

“Eu até acho que tem coisas que dão certo, sei lá passar uma sonda difícil, alguém me ajudou, pra mim foi Deus que me ajudou. (...) Isso eu digo: -Deus me ajudou agora, é Deus que me ajuda”(Margarida).

A espiritualidade, para os participantes, apresentou também seu aspecto transcendente. A ligação com Deus ou seres superiores, manifestada nas falas, foi apresentada como uma força da qual os cuidadores se aproximam para enfrentar o cotidiano da UTI. Evidencia-se, no ideário dos participantes, a conexão com o divino trazendo auxílio e luz. Aparece, também, a possibilidade de “ser canal” para que os seres espirituais possam agir dentro da UTI, numa clara manifestação de percepção de forças sutis atuantes no mundo físico. Watson pontua em seu trabalho a reverência pela sacralidade da vida, o respeito por seus mistérios. Quando apresenta as palavras de Teillard de Chardin apud Watson (1996) “*Não somos seres humanos vivendo uma experiência espiritual. Somos seres espirituais vivendo uma experiência humana*”, Watson agrega em seu trabalho a idéia de que a dimensão espiritual dos seres humanos é a sua essência, sendo anterior a sua existência no mundo físico. Dessa forma, a idéia de interconexão do plano físico com o plano espiritual pode ser percebida pelos cuidadores, como relatado em um dos depoimentos acima.

Valorizar as forças existenciais, fenomenológicas e espirituais no cuidado humano, como preconiza o décimo *carative factor*, além de auxiliar o ser cuidado a transcender seu sofrimento e encontrar significados, faz os cuidadores focalizarem e buscarem significados para sua vida pessoal e profissional. Estar presente no momento de cuidado, pressupõe a valorização dessas dimensões.

As categorias emergidas, neste estudo, podem ser assim representadas:

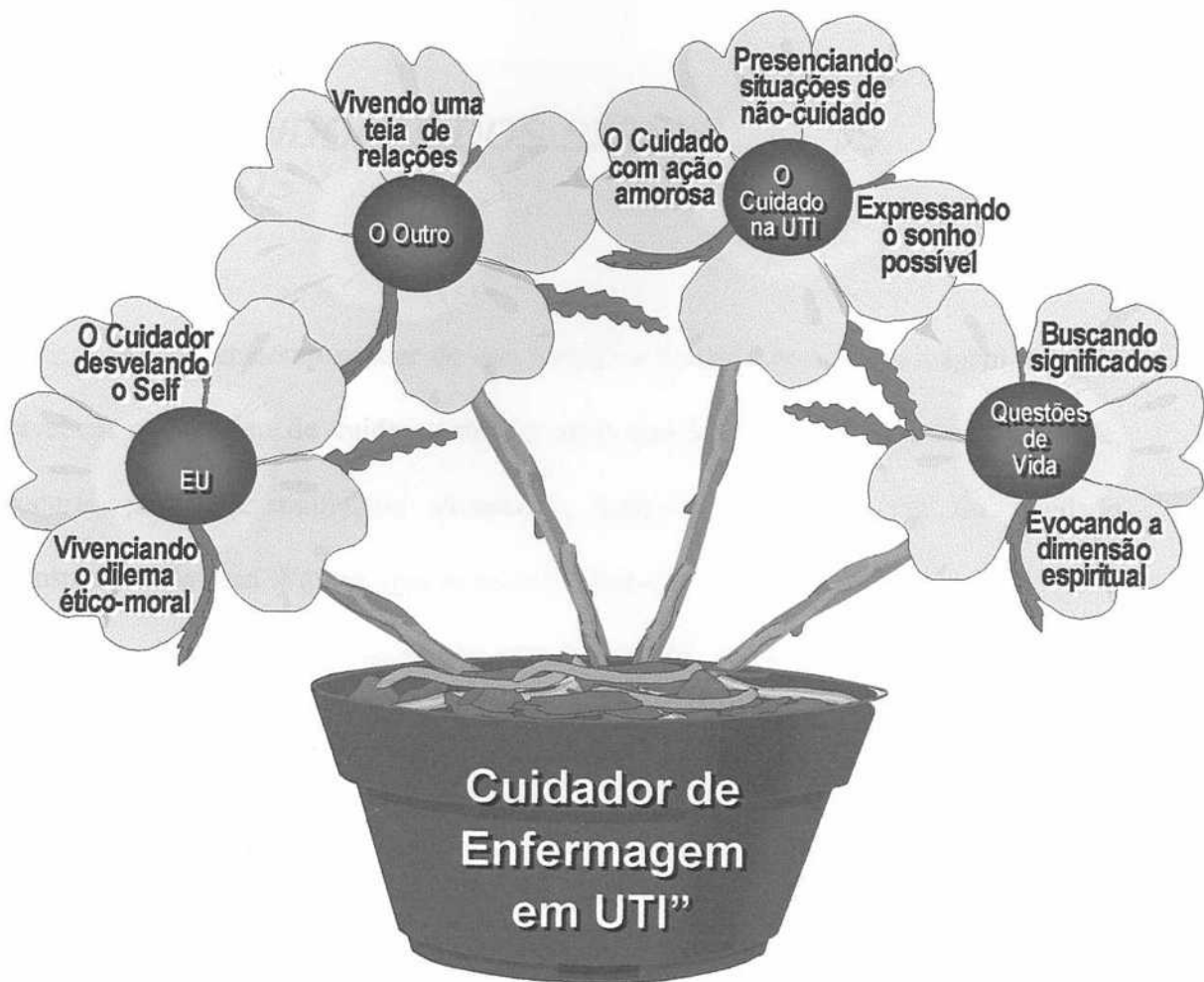


Figura 9 – Representação gráfica das categorias emergidas

5 APROPRIANDO-ME DOS SIGNIFICADOS EMERGIDOS

Ao buscar compreender de que forma os cuidadores de enfermagem em UTI percebem o processo de cuidar tanto do outro quanto de si mesmos nessa unidade, procurei propiciar momentos vivenciais baseados no referencial do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, que os levasse a desvelar esse mundo vivido.

A opção pela utilização de oficinas de arte e vivências para a coleta das informações, permitiu que, a cada encontro, o grupo estabelecesse vínculos, se dispusesse a caminhar junto, numa relação de cuidado. Viver esse processo mostrou-me o quanto é possível contatar com a essência do ser e também perceber como nos identificamos uns com os outros em nossa humanidade, apesar de únicos e irrepetíveis no Universo.

O processo de cuidar em UTI desvelou-se, neste estudo, multifacetado, como um cristal que, à medida que vai sendo lapidado, reflete a luz de forma a percebermos as cores que a compõem.

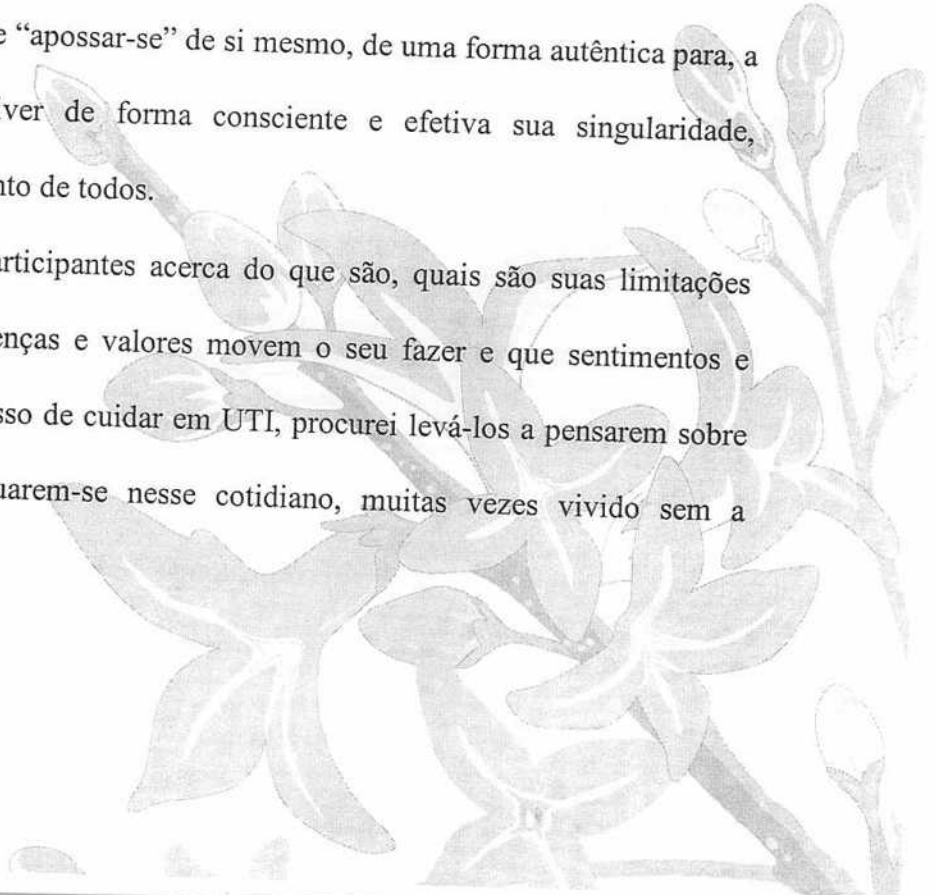
Através do referencial de Watson, foi possível transitarmos pelo mundo do cuidar em UTI vivido pelos participantes deste estudo, auxiliando-os a pensar acerca de si enquanto seres cuidadores, acerca do outro com quem compartilham esse mundo

vivido, acerca do cuidado que fazem acontecer e que presenciam e também a olharem para o aspecto mais sutil de seu cotidiano, ao abordarmos as questões de vida que permeiam o cuidar em UTI.

Através das oficinas de arte e vivências, as percepções dos cuidadores de UTI em relação ao seu mundo vivido foram-me sendo reveladas. O modo de expressão do cuidado e não-cuidado consigo e com o outro mostraram-se graças às possibilidades que o referencial de Watson oferece de olhar para si mesmo, buscando o autoconhecimento e auto-reconhecimento. Dessa forma, cria-se a disposição e a abertura para o mesmo movimento em relação ao outro. O fato de Watson reconhecer o ser humano como não restrito ao aqui e agora e tampouco restrito ao seu aspecto físico, propiciou abertura dos participantes deste estudo, durante as oficinas, favorecendo o colocar-se autenticamente diante de si, dos outros e do mundo do cuidar em UTI.

Acredito que os seres humanos são ricos em possibilidades e potencialidades, porém, muitas vezes, por não se conectarem com seu ser mais profundo (*self*), não as desenvolvem em plenitude, vivendo aquém de sua capacidade. Através do autoconhecimento, o ser pode “apossar-se” de si mesmo, de uma forma autêntica para, a partir desse movimento, viver de forma consciente e efetiva sua singularidade, contribuindo para o crescimento de todos.

Ao questionar os participantes acerca do que são, quais são suas limitações para cuidar em UTI, que crenças e valores movem o seu fazer e que sentimentos e emoções vivenciam no processo de cuidar em UTI, procurei levá-los a pensarem sobre si mesmos, de modo a situarem-se nesse cotidiano, muitas vezes vivido sem a consciência plena do EU.



Ao olharem para si, enquanto seres cuidadores em UTI, revelaram-se integrais e multidimensionais, sensíveis, em um processo constante de vir-a-ser. Mostraram-se autênticos, uma vez que perceberam suas limitações e as integraram como suas. Revelaram a capacidade de identificação com o ser que cuidam, identificação essa que os leva à empatia e à solidariedade. Perceberam-se como seres que buscam aliviar o sofrimento do outro, e que todavia, em alguns momentos, geram nele sofrimento através das medidas terapêuticas aplicadas.

O cuidador de enfermagem em UTI mostrou-se um ser humano que apresenta seu modo próprio de ser e estar no mundo do cuidado, possuindo crenças e um sistema de valores humanístico-altruístico que reverencia a vida, o amor, o respeito ao ser humano, à liberdade de escolha, base sólida, segundo Watson, para o cuidado humano. Esse sistema impulsiona o agir e baliza essa forma própria de experienciar o cotidiano.

O cuidado profissional - opção consciente dos cuidadores em UTI - vem acompanhado do cuidado expressivo, revelando uma profunda sensibilidade desses seres.

Nesse mundo de cuidar em UTI, em que a precisão, a agilidade, o distanciamento emocional são culturalmente desejáveis frente à iminência da morte e à presença constante do sofrimento, o cuidador passa a ser visto com uma engrenagem desse processo de “salvar vidas”, sendo esquecido enquanto ser sensível, com necessidades próprias e merecedor de cuidado humano. Todavia, ele tem a consciência de que precisa cuidar de si, sente as pressões do meio, sofre com o sofrimento do outro e clama por atitudes de cuidado que o ajudem a sustentar o cuidado humano nessa unidade.

Acredito que as emoções e os sentimentos são forças que nos movem em direção às realizações. Ao focarem as emoções e sentimentos vivenciados na UTI, os

cuidadores desvelaram o quanto esse mundo do cuidar é permeado por vivências de sofrimento sobre as quais não costumam refletir em conjunto. A expressão dos sentimentos positivos e negativos faz parte do processo de cuidado, uma vez que leva à compreensão das situações vividas.

Os participantes desvelaram uma gama de sentimentos que não encontram, no ambiente de UTI, ressonância, para que possam ser trabalhados, melhor compreendidos e possibilitem maior instrumentalização desses seres para o enfrentamento das situações geradoras de sofrimento.

Referiram alguns mecanismos de proteção que desenvolvem para enfrentar o sofrimento, como “colocar-se numa redoma” (Girassol), “ficar de conversinha” (Lírio). O afastamento em relação ao ser cuidado não os impede de sofrer, conforme ficou evidente na análise das falas. Parece-me que a dificuldade está em separar o seu sofrimento pessoal do sofrimento do paciente, por não estarem amparados e instrumentalizados nem para falar sobre ele. Pedem ajuda para lidar com o que chamam de “sofrimento psicológico”, numa tentativa de manterem-se inteiros, equilibrados, em condições de continuar cuidando do outro que está em sofrimento. O caminho do autoconhecimento, da conexão com o *self* pode ser estimulado em encontros da equipe de enfermagem em que haja espaço para a expressão e discussão dessas dificuldades.

Sendo a vida, a dignidade humana, o cuidado valores manifestos pelos participantes, as situações vividas no mundo do cuidar em UTI em que, de alguma forma, esses valores não sejam respeitados, geram, nos cuidadores de enfermagem, dilemas ético-morais e que também são pouco socializados na realidade estudada.

Quando questionados acerca de quem é o outro com quem convivem na UTI, formas de percebê-lo e os relacionamentos que ocorrem no mundo do cuidar em UTI,

foi possível perceber os vínculos que buscam estabelecer e a importância deles no processo de cuidado. Como participantes da teia de relações na UTI, os cuidadores desvelaram de que forma a parte afeta o todo e é afetada por ele.

A estética do cuidado evidenciou-se no cotidiano dos cuidadores como forma de atentar para o outro, como percebê-lo, como poder relacionar-se de forma autêntica.

Do discurso dos cuidadores, desvela-se a importância de relacionamentos permeados por colaboração, cumplicidade, ajuda-confiança para o bem-estar de cada um e para o estabelecimento do processo de cuidado, reconhecendo a sua ocorrência no cotidiano da UTI.

Todavia, reconhecem que quando os relacionamentos não acontecem dessa forma, são geradores de efeitos negativos em seu bem-estar e no processo de cuidado na UTI. Percebem que, em algumas ocasiões, os relacionamentos apresentam-se com características de competitividade, de não-colaboração, desigualdade e intolerância, permeados por cobranças e dificuldades na comunicação, mantendo distância entre os atores desse mundo, tornando o ambiente da UTI desgastante.

Ao reconhecer as interconexões não-físicas entre os atores do mundo do cuidar em UTI, nas experiências vividas, os participantes passam a ampliar a sua consciência em relação a possibilidade de influenciar e ser influenciado pelo outro e pelo ambiente. Essa consciência gera a possibilidade de controlar essas influências, e a co-responsabilidade na geração de um ambiente saudável e cuidador para si e para os outros.

Ao dirigir o foco da atenção para a ação de cuidado na UTI, os cuidadores vislumbram o aspecto dual de sua prática, seja em relação a atitudes de cuidado e não-cuidado que presenciam, seja em relação ao duplo papel de cuidador e de ser que

necessita de cuidado nessa unidade. A dualidade não é excludente; ao contrário são as faces complementares da mesma realidade.

Os cuidadores reconhecem o cuidado como ação que revela comprometimento com o ser, com a amorosidade, com a dignidade humana na UTI. Os participantes identificam esses aspectos como integrantes de seu viver nessa unidade.

Acredito que o amor é a energia mais poderosa e transformadora do Universo e que em muitos momentos os seres humanos têm dificuldade em conectar-se com esta energia, limitando sua aplicação aos relacionamentos familiares e mais próximos. Todos os seres humanos e, acredito, até a natureza - reagem positivamente à amorosidade. Acreditar na força transformadora do amor é abrir possibilidades de aplicá-la no dia-a-dia do cuidado em UTI, buscando utilizá-la cada vez mais para a construção de um ambiente de relações capaz de auxiliar a todos que nele transitam a crescerem e a se realizarem enquanto humanos que são.

Acredito que só poderemos cuidar do outro em plenitude, se o fizermos com envolvimento afetivo, e por que não dizer, com amorosidade. A amorosidade implica respeito, acolhimento, presença, toque, compreensão, estímulo para o crescimento, expressão da afetividade.

Todavia, as ações de não-cuidado também estão presentes no dia-a-dia desses cuidadores. O não-cuidado ao paciente é percebido mais intensamente nas ações dos outros profissionais que atuam na UTI. O reconhecimento de atitudes de não-cuidado exercidas conscientemente pelos participantes foi manifestada de forma discreta, com pouca ênfase no decorrer das oficinas. Reconhecê-las, parece-me, os levaria a negar os valores que preconizam como sustentáculo de seu agir. Nesse momento, os participantes mostraram-se de forma inautêntica, expondo algumas fragilidades que ainda não

conseguem enfrentar. Creio que necessitam de um suporte para poderem trabalhar suas fragilidades e transformá-las em fatores de crescimento.

Há maior facilidade do reconhecimento de ser alvo de atitudes de não-cuidado do que agente das mesmas. Os participantes enfatizaram o aspecto de despersonalização, a sujeição a regras que não concordam, a falta de acolhimento que sentem em seu ambiente de trabalho. Percebem-se como engrenagens de um todo que podem ser substituídas facilmente em caso de avaria. Reconhecem a responsabilidade que têm em cuidar de si para que possam continuar cuidando na UTI. Todavia essa responsabilidade manifesta-se acompanhada de certo ressentimento: **“Se eu não cuidar de mim quem cuidará ?”** Essa pergunta pairou nas entrelinhas do dito.

O ser humano cuidador está necessitando ser mais cuidado na UTI! Watson (1985), em seus pressupostos acerca do cuidado humano, diz claramente que o cuidado consigo mesmo deve necessariamente ser anterior ao cuidado com os outros. Esse pressuposto nos leva a enfatizar a necessidade de darmos mais atenção ao ser que cuida.

Acredito que à medida que o cuidador sente-se acolhido, valorizado, escutado em suas necessidades percebidas, ele terá mais condições de acolher, valorizar e escutar as necessidades percebidas pelo outro. O cuidador de UTI, ao sentir-se cuidado terá mais condições para cuidar do outro, pois acredito que só damos aos outros, através de nosso agir, aquilo que aprendemos e temos dentro de nós, como uma forma de “transbordamento”.

Quando Watson (1996), apresenta o conceito de transpessoalidade introduz uma nova forma de relacionamento entre os atores do mundo do cuidar. As relações adquirem nova dimensão, a dimensão da união dos *selves*, onde, através da presença, estabelece-se o compartilhar dos mundos internos de ambos - cuidador e ser cuidado. A

transpessoalidade depende da consciência, da intenção e do desejo dos participantes da relação. A liberdade de escolha da qualidade da relação, a ser vivenciada num dado momento de cuidado, vai determinar o estabelecimento ou não da relação transpessoal.

Através das manifestações dos participantes deste, pude inferir que, em poucos momentos, houve evidências do estabelecimento de relações de cuidado transpessoal, seja em relação ao ser cuidado, seja em relação ao cuidador. Creio que a dificuldade para o estabelecimento do cuidado transpessoal na UTI, esteja vinculada à superficialidade das relações, à não-valorização do mundo interno do ser. Através de intervenções junto aos cuidadores, seja em oficinas vivenciais, seja em reflexões sobre o seu cotidiano, é possível despertar a consciência em direção à transpessoalidade.

Os participantes mostraram estarem embuídos do desejo de estabelecer relações de cuidado entre si e com os pacientes com quem convivem. Reconhecem a importância da cooperação, do respeito pelo ser para o estabelecimento de um ambiente harmônico e cuidadoso. Manifestam claramente o desejo do reconhecimento de sua humanidade, da valorização de sua singularidade, do respeito a suas necessidades. Através do referencial de Watson, propicie ao ser cuidador a manifestação desses desejos. É possível estabelecer momentos de cuidado em UTI: basta a consciência do valor do ser humano, esteja ele na posição de cuidador ou de ser cuidado.

Ao serem levados a sugerir inovações do cuidado em UTI, os participantes propuseram soluções criativas, revelando que os seus desejos têm resposta em coisas simples do dia-a-dia.

Para se sentirem mais felizes e cuidados, e para cuidarem de forma mais humana, os participantes encontraram estratégias viáveis. Mostraram alegria e esperança

de poderem participar no estabelecimento de um ambiente mais eqüânime, solidário e harmonioso na UTI.

Quando se fala em cuidado, de acordo com esse referencial, fala-se em auxiliar o outro a buscar dentro de si a força necessária para a sua cura ou bem-estar. Isso pressupõe atitude ativa do ser cuidado e comprometimento do cuidador em acolher a resposta do mesmo.

Os participantes, quando se imaginaram na posição de ser cuidado, mobilizaram dentro de si, a partir de sua criatividade, possibilidades de buscar soluções que aumentem seu bem-estar. Essa participação ativa gerou no grupo uma sensação positiva de poder transformar a realidade, que de certa forma os incomoda. Creio na possibilidade daqueles que estão na posição de cuidadores nessa situação, procurarem acolher e discutir a viabilidade das soluções propostas.

Enquanto indivíduos inseridos nesse contexto de cuidado, em que a vida e a morte são presenças constantes, os participantes puderam expressar os significados dessas situações que presenciam em seu cotidiano. As questões de vida abordadas nas oficinas, permitiram que os participantes refletissem sobre as dimensões existencial, fenomenológica e espiritual do cuidado que permeiam o seu viver em UTI.

Através das vivências propostas nas oficinas, os participantes refletiram e expressaram o significado dessas dimensões do cuidado na UTI. A valorização da dimensão espiritual do ser desvelou-se, sinalizando a adequação desse referencial para o cuidado em UTI.

Esse referencial inova ao incluir o aspecto espiritual do ser humano em sua definição de saúde. Apesar da UTI ainda se caracterizar por um ambiente de cuidar mecanicista e tecnológico, logo, muitas vezes, um ambiente impessoal e pragmático, as

dimensões espirituais, existenciais e de significados podem ser pensadas e vivenciadas simplesmente por serem dimensões do humano. Repensar a vida e sua significação pode ser mais fácil onde ela está fortemente ameaçada - a UTI é um local onde isso ocorre.

Os cuidadores de enfermagem desvelaram a importância da dimensão espiritual, seja frente à morte, seja ao buscar significados para as questões existenciais que permeiam o seu cotidiano na UTI. Reconheceram-se com uma essência imaterial, que sobrevive à morte e que tem em si a possibilidade de transcender o sofrimento.

Ao identificarem, em si, o que Watson chama de “dimensão existencial-fenomenológica e espiritual”, os cuidadores tornam-se mais conscientes da presença dessa dimensão no ser cuidado. Com isso, creio que haverá maior possibilidade de procurarem atender o ser humano em sua integralidade e nas suas diversas dimensões.

Com este estudo, acredito estar contribuindo para a compreensão das percepções dos cuidadores acerca de seu cotidiano, desvelando as necessidades sentidas por esses seres humanos. Foram desveladas algumas lacunas referentes ao cuidado do cuidador em UTI. Acredito que isso foi possível por ter utilizado um referencial teórico com bases humanitárias e metafísicas, em que há um olhar abrangente para o ser humano, vendo-o em sua complexidade e em sua interconexão com o todo - com o outro, com o ambiente, com a natureza e com o Cosmos.

A valorização e resgate da dignidade humana, a re-sacralização da vida, enfatizadas no referencial de Watson, remeteram-me a reconhecer o cuidador também como esse ser humano merecedor da atenção e cuidado. Sendo o cuidado uma relação intersubjetiva, há que valorizarmos os agentes dessa relação. Durante o processo vivido de construção deste estudo, surgiu em mim uma profunda reverência ao ser cuidador.

Ao desvelarem-se tão sensíveis, apontando necessidades tão claras de cuidado, e um comprometimento com o ser humano de quem cuidam, percebi que o referencial de Cuidado Transpessoal é um caminho possível na construção do mundo de cuidado em UTI, que contemple o cuidado de todos os que o fazem acontecer.

Surgem desse estudo algumas sugestões que poderão contribuir para essa construção:

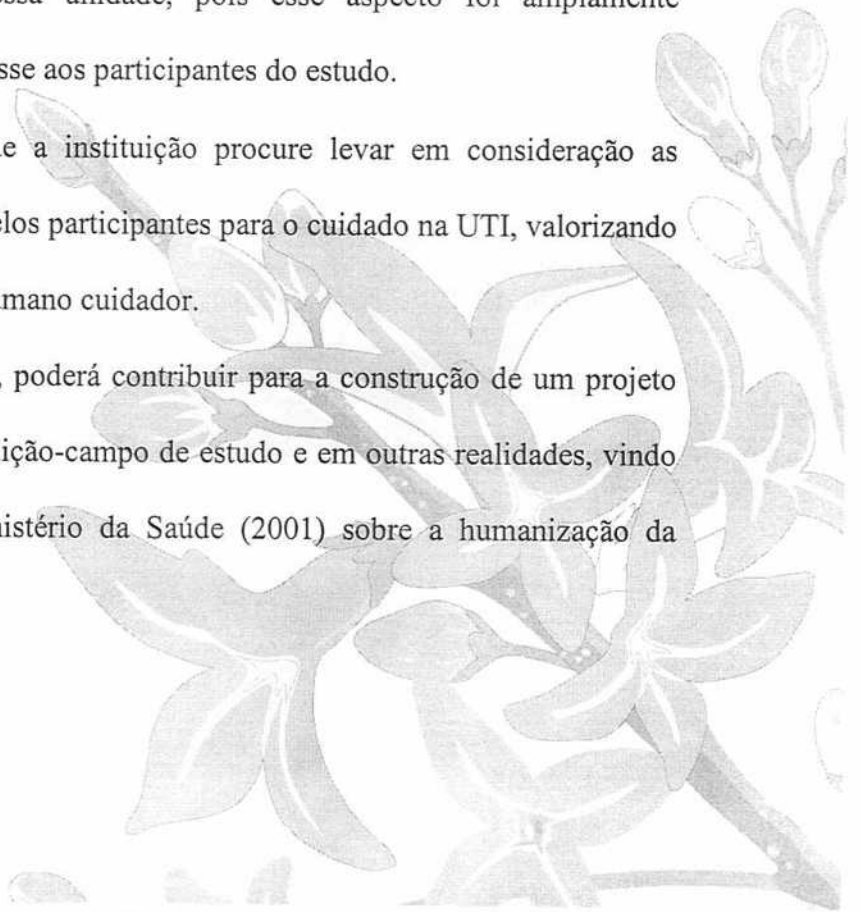
- Criação de um grupo de estudos da Teoria Transpessoal de Watson, com os cuidadores de UTI, visando o seu conhecimento e abrindo possibilidades de aplicá-la no cotidiano de UTI.

- Desenvolvimento de um programa de cuidado ao cuidador, através de encontros grupais, com base no referencial de Watson, que permita a expressão de sentimentos e desejos, o autoconhecimento e a ampliação da consciência para o cuidado.

- Redefinição da filosofia do cuidado adotada na UTI no que se refere aos relacionamentos estabelecidos nessa unidade, pois esse aspecto foi amplamente mencionado como gerador de estresse aos participantes do estudo.

- Dentro do possível, que a instituição procure levar em consideração as sugestões de inovação propostas pelos participantes para o cuidado na UTI, valorizando assim o potencial criativo do ser humano cuidador.

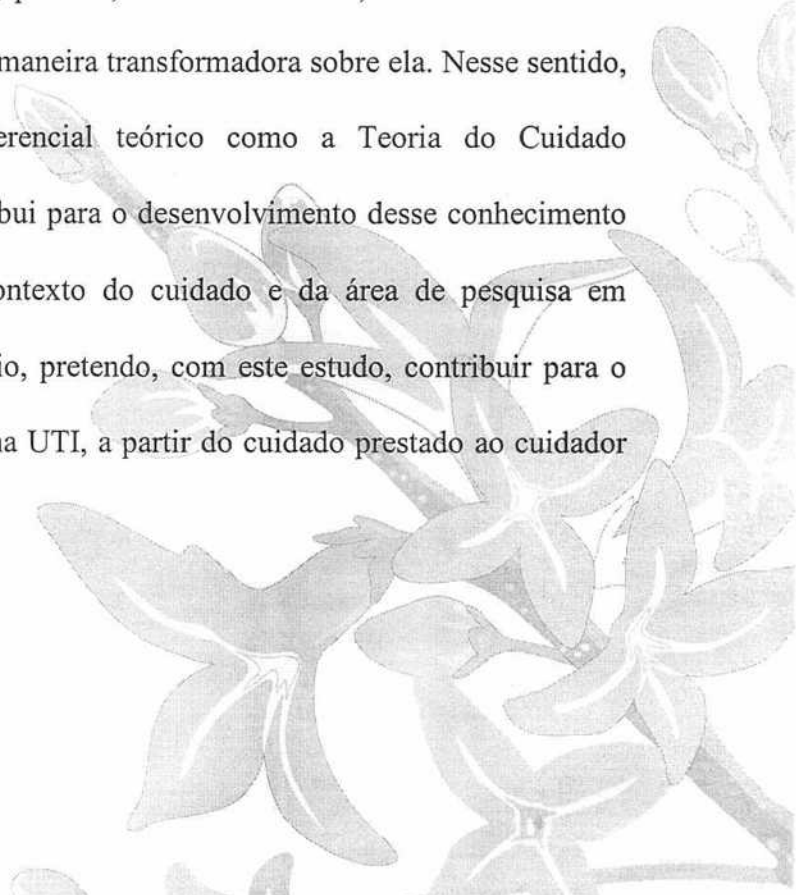
O desvelado, neste estudo, poderá contribuir para a construção de um projeto “Cuidando do Cuidador”, na instituição-campo de estudo e em outras realidades, vindo ao encontro do programa do Ministério da Saúde (2001) sobre a humanização da assistência hospitalar.



A utilização da Teoria do Cuidado Transpessoal no desvelar do mundo do cuidado em UTI vivido pelos participantes deste estudo, despertou-me o desejo de realizar outros estudos nesse ambiente. Creio que sua aplicação no cuidado ao cuidador evidencia-se como viável. Vislumbro, também, a possibilidade de aplicar esse referencial - através das práticas avançadas de cuidado de enfermagem propostas por Watson (1996) - no cuidado direto ao paciente de UTI, ao paciente terminal, ao portador de dor crônica, entre outros.

Expressos no não-dito, mas no desvelado e por mim apreendido neste estudo, creio que os construtos **autoconhecimento, amorosidade, espiritualidade, sensibilidade, teia de relações, ética, comunicação, participação, consciência, singularidade, sonho, empatia, sofrimento** podem subsidiar modelos de cuidado ao cuidador de enfermagem em UTI.

Entendo que a pertinência e a relevância deste estudo encontra-se no fato de ele procurar compreender a realidade vivida e percebida pelos cuidadores de enfermagem de UTI, para que, refletindo sobre ela, possam, nesse movimento, crescer como seres criativos e com capacidade de atuar de maneira transformadora sobre ela. Nesse sentido, penso que a utilização de um referencial teórico como a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (1996), contribui para o desenvolvimento desse conhecimento teórico e de sua aplicabilidade no contexto do cuidado e da área de pesquisa em enfermagem. Considerando esse cenário, pretendo, com este estudo, contribuir para o desenvolvimento do cuidado humano na UTI, a partir do cuidado prestado ao cuidador de enfermagem dessa unidade.



REFERÊNCIAS

- AQUARIUS. Porto Alegre, n.38, ano5, p.1, set.1999.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1991.
- BEAL, George & cols. *Liderança e dinâmica de grupo*. 6 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1972.
- BENNER, Patricia. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. San Francisco: Addison-Wesley Publishing Co., 1984.
- BETTINELLI, Luiz Antônio. *Cuidado solidário*. Passo Fundo: Pe. Berthier, 1998.
- BRENNAN, Barbara Ann. *Mãos de luz: um guia para a cura através do campo de energia humana*. São Paulo: Pensamento, 1987. Traduzido por Octávio M. Cajado.
- CABRAL, Ivone Evangelista. O Método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem In: GAUTHIER, J.H.M. et all. *Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.177-203.
- CAPRA, Fritjof. *O Ponto de mutação*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARPER, B. A. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv. Nurs. Sci.*, 1(1):13-23, oct., 1978.
- CASTRO, Denise Silveira. *Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva- análise fenomenológica*. Ribeirão Preto, 1990. 137p. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.
- CHINN, Peggy; WATSON, Jean. *Art and aesthetics in nursing*. New York: National League for Nursing Press, 1994.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996.
- CREMA, Roberto. *Holística, uma mutação de consciência*. In: UNIPAZ-SUL. *Formação holística de base: manual do aprendiz*. Porto Alegre: 2000.

CROSSETTI, Maria da Graça O. *Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem*. Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 1997.164p. Tese (doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina - REPENSUL UFRGS.

FRITZEN, Silvino José. *Exercícios práticos de dinâmica de grupo e de relações humanas*. 3 ed., vol 2, Petrópolis: Vozes, s/d.

KRIEGER, Dolores. *Therapeutic touch*. Santa Fé: Bear & Co. 1997.

MILITÃO. Albigenor; MILITÃO, Rose. *SOS Dinâmica de grupo*. Fortaleza: Qualitymark, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O Desafio do conhecimento*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.881, de 19 de junho de 2001. Instala o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar para hospitais conveniados com o SUS. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil], Brasília.

PARKER, Marilyn E. The Healing art of clay. In: GAUT, Delores A.; BOYKIN, Anne. *Caring as healing renewal through hope*. New York: National League for Nursing, 1994. P.135-145.

PARSE, Rosemarie Rizzo et al.. *Nursing research - qualitative methods*. Baltimore: BradyCommunications, 1985.

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

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

SANTOS, Beatriz Regina L. *Análise de conteúdo: significado, possibilidades limites e sistematização*. Polígrafo da disciplina de Abordagens Qualitativas de Pesquisa do Curso de Mestrado EEUFRGS, [s.d.].

SANTOS, Lulu. *Como uma onda no mar*. Focus, CD O Essencial de Lulu Santos, São Paulo, 1999.

SILVA, Alcione Leite da. O Modelo homeodinâmico: uma abordagem para o processo de cuidar em enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.14, n.1, p.25-33, jan.1993.

_____. *Cuidado transdimensional: um paradigma emergente*. Pelotas: Ed. Universitária, 1997.

SILVA, Maria Júlia P. da, et.al. Entendendo o toque terapêutico. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, 44(4): 69-73, out./dez.1991.

SILVA, Maria Júlia P. da. *Comunicação tem remédio: a comunicação na relações interpessoais em saúde*. 2 ed. São Paulo: Editora Gente, 1996.

_____. *O Amor é o caminho: maneiras de cuidar*. São Paulo: Editora Gente, 2000.

WALDOW, Vera Regina. Desenvolvimento do pensamento crítico na enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia; MEYER, Dagmar E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WATSON, Jean et al. *A Model of caring: na alternative health care model for nursing and research*. Clinical and Scientific Sessions, Kansas City: American, 1979.

WATSON, Jean. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: University Associated Press of Colorado, 1985.

_____. *Nursing: Human science and human care*. New York: National League for Nursing, 1988.

_____. Philosophy and theory of human caring in nursing. In: RHIEL-SISCA, J.(Ed). *Conceptual models for nursing practice*, 3d. Norwalk : Appleton & Lange, 1989. P. 219-236.

_____. Watson's Theory of transpersonal caring. In WALKER, P.H & NEUMAN, B. *Blueprint for use of nursing models: education, research, practice and administration*. New York: National League for Nursing Press, 1996.p. 141-184.

WEIL, Pierre. *A Arte de viver em paz: por uma nova consciência e educação*. 6 ed. São Paulo: Editora Gente, 1993. Traduzido por Helena R. Taveira e Hélio M. da Silva.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, cuidador de enfermagem em UTI, que está disposto a participar deste estudo, cujo título é “CUIDANDO DE SI E DO OUTRO: UM OLHAR A PARTIR DA TEORIA TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON”, manifesta o consentimento, através da assinatura deste documento, em participar de encontros de grupo, a serem desenvolvidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em que serão realizadas oficinas de artes e vivências, reflexões e troca de experiências entre os participantes, com objetivo de compreender, sob a ótica da Teoria Transpessoal de Jean Watson, de que modo os cuidadores de enfermagem, em UTI, percebem o processo de cuidar de si e do outro.

Ao assinar este documento, você estará afirmando ter recebido da Enfermeira Pesquisadora Ana Cristina de Araújo Vianna, autora desta pesquisa, os seguintes esclarecimentos:

1. A pesquisadora não detém nenhum vínculo empregatício com essa instituição. Assim, as informações emergidas, neste estudo, serão conhecidas pela instituição quando da publicação do relatório final desta pesquisa, no qual estará assegurado o anonimato dos participantes.
2. A participação no grupo é de caráter voluntário, ficando garantida a possibilidade de desistência na participação a qualquer momento.
3. Os encontros grupais terão duração de 1h30min a 2h, sendo realizados dentro da instituição.
4. Os encontros serão gravados em fita K7, para posterior transcrição. As produções artísticas serão fotografadas. Após a transcrição, as fitas serão inutilizadas. O destino das produções artísticas será definido pelo próprio grupo.
5. Os materiais e informações emergidos, nesses encontros, serão utilizados para pesquisa científica e redação de artigos para publicação.

6. A participação nessa pesquisa não implicará riscos relativos à avaliação de desempenho profissional nem em relação à permanência na instituição.
7. Fica garantido o direito de requerer esclarecimentos acerca dos encontros de grupo, dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à investigação.
8. Caso necessite de algum esclarecimento sobre sua participação no estudo, poderá contatar com a pesquisadora responsável pelo projeto através do telefone (54) 9972-2537 ou com a orientadora dessa pesquisa Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti pelos telefones 99717189/ 249-2918

Agradecendo sua participação neste estudo, na certeza de que estará contribuindo para a prática de uma enfermagem mais humana, deixo minha saudação.

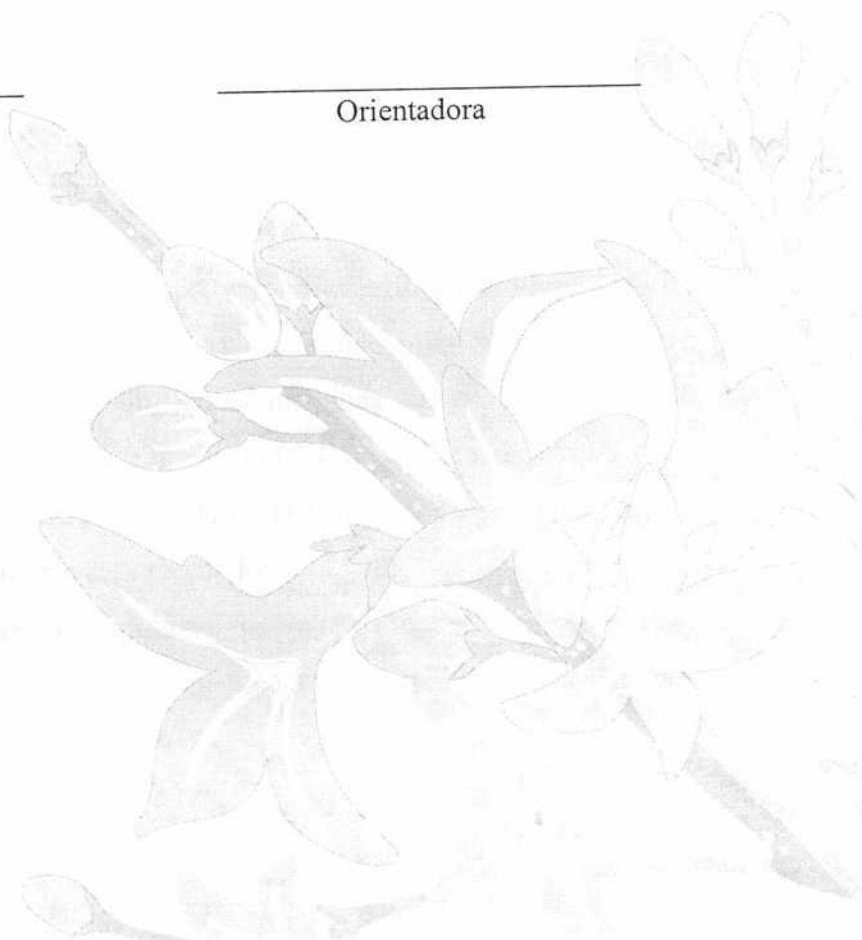
Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Pesquisadora

Orientadora



Você quer mesmo ser saudável, próspero e feliz?

Se você quiser ser saudável, próspero e feliz, olhe para sua **criança interna** e perceba se ainda sofre por antigas **dores, carências, ressentimentos e mágoas**. E faça sua parte assumindo sua responsabilidade por suas escolhas, sentimentos e atos passados e presentes, admitindo suas falhas e reparando-as. Permita que a “má-água” vá embora e deixe fluir a água límpida da cachoeira de **Luz Divina**, que tudo sabe e **tudo coloca em seu devido lugar**. Veja se existem conflitos e peça com humildade **que o Ser Infinito integre** todas as diferenças e ambigüidades e lhe permita dar um passo a cada dia **em direção à Luz de onde viemos**. Pode então encontrar uma forma de dar sua criança internalizada tudo o que ela precisa para **sentir-se amada e feliz**. Tão feliz que possa **criar vínculos sadios** com os outros, ajudá-los a serem felizes e assim **construir um mundo de paz** onde todos se queiram bem.

Perceba se existem inibições, medo da desaprovação ou de não ser aceito, medo do ridículo ou de não satisfazer determinadas expectativas de outros, padrões rígidos ou limitantes, e vá, libertando-se deles pouco a pouco, **reencontrando a sua identidade e resgatando a sua espontaneidade e alegria de viver**. E indo mais na raiz, em seu inconsciente, perceba quais são as **crenças limitantes** que ainda traz do passado e que ainda o impedem de alcançar a **excelência** e a plenitude. Caso não consiga fazer isto sozinho, você pode pedir auxílio a quem pode ajudá-lo. **O Universo é rico de recursos**. Basta que você tenha uma **atitude aberta** para recebê-los.

Se você realmente quiser ser saudável, próspero e feliz, olhe para seus pensamentos e sentimentos e perceba a cada momento a sua natureza. E, consciente de

O Centésimo Macaco

Nos anos cinqüenta, os cientistas estavam estudando o comportamento dos macacos na ilha de Koshima, Japão. Eles se alimentavam de batatas doces sem lavá-las. Um dia, um macaco lavou as batatas no rio e percebeu que ficavam mais saborosas. Outros o imitaram.

Quando cem macacos, espalhados por toda a ilha, aprenderam a lavar as batatas para comer, aconteceu uma coisa estranha e misteriosa. Naquele instante, em dezenas de ilhas vizinhas, centenas de outros macacos passaram todos a fazer a mesma coisa...

Os cientistas desenvolveram teorias para explicar esse fenômeno e chegaram à conclusão de que quando um certo número de indivíduos de uma mesma espécie atinge um certo estado de consciência, cria-se um campo energético que eleva a espécie toda.

(The Hundredth Monkey, Ken Keyes Jr., 1983)

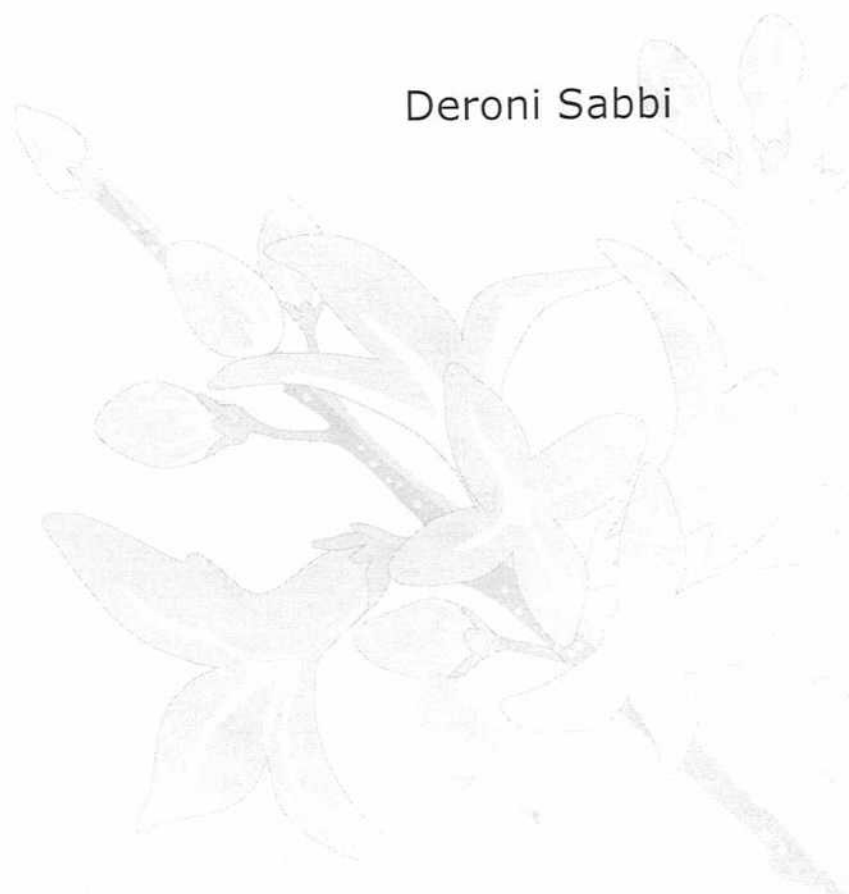
sua **força criativa**, separe o joio do trigo e esteja sempre atento ao que **estes estão criando**, e mais, **conscientemente, recrie suas atitudes** e uma forma de pensar e sentir mais positiva, aberta, amorosa e construtiva.

Com o **coração limpo e a mente livre**, estará mais aberto à força criativa e às realizações e pode abrigar uma imensa gratidão por ser **filho da Força Infinita**, que tudo criou e que tudo lhe dá. Pode aprender, com o que vivenciou até agora, mesmo com as dificuldades, sabendo que a cada dia Ela lhe presenteia com as experiências que lhe permitem crescer como **espírito em evolução** nessa forma humana.

Para ser realmente saudável, próspero e feliz, lembre-se de **quem verdadeiramente é**, da sua verdadeira natureza essencial, **de onde vem e para onde vai**. Reservando tempo, todos os dias para conhecer a si mesmo e ampliar suas possibilidades e realizações, pode descobrir **qual o seu verdadeiro lugar no Universo, qual a sua missão** para que o mundo fique melhor com a sua passagem. Reconheça os **recursos** que você já possui e os que pode adquirir, em conjunto com as outras pessoas, e com eles **construir algo grandioso e harmônico**. Assim, poderá manifestar através de seus sentimentos, pensamentos, palavras e atitudes criativas e saudáveis as sementes do mundo com que tanto sonhamos, pleno de **paz, harmonia, luz e amor**.

Deroni Sabbi

Fonte: Sabbi, 1999



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](#)