

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

KÁTIA REGINA BARROS RIBEIRO

O sofrimento do paciente na UTI: escutando a sua experiência

NATAL-RN

Fev/2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

KÁTIA REGINA BARROS RIBEIRO

O sofrimento do paciente na UTI: escutando a sua vivência

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem/ UFRN, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de concentração: Enfermagem na Assistência à Saúde.

Orientadora:
Prof^a. Dr^a Raimunda Medeiros Germano.

NATAL-RN
2009

BANCA EXAMINADORA

A Dissertação intitulada – **O sofrimento do paciente na UTI : escutando a sua experiência** –, apresentada pela discente Kátia Regina Barros Ribeiro, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de Concentração Enfermagem na Assistência a Saúde.

Aprovada em ____/____/2009

Profª Dra. Raimunda Medeiros Germano – Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profª Dra. Josineide Silveira de Oliveira – Titular
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte – UERN

Profª Dra. Elizabethe Cristina Fagundes Sousa – Titular
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profª Dra. Glauceia Maciel de Farias – Titular
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

A Deus que cobriu de bênçãos esse momento, confortando nos momentos de cansaço e permitindo, ao final dessa caminhada, o sucesso almejado.

Aos meus pais e minha família por completo que, na simplicidade, foram capazes de me educar para o mundo, tendo como pilares estruturais a humildade, o amor ao próximo e a honestidade diante das coisas, ensinando-me a buscar sempre o conhecimento dos fatos e a sabedoria da vida.

E aos pacientes que participaram desse estudo, pela confiança depositada e desejo em contribuir para uma prática mais humanizada.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Dra. Raimunda Medeiros Germano, minha orientadora, que acreditou no meu potencial e embarcou comigo nesta viagem em busca do conhecimento. Ela que, na sua sabedoria, guiou meus passos com maestria, satisfação, suavidade e alegria, incentivando nos momentos difíceis e compreendendo as minhas limitações.

Gostaria também de deixar meus agradecimentos ao Professor Dr. José Willington Germano, companheiro da minha orientadora, pela sua contribuição ao trabalho. Muito Obrigada.

AGRADECIMENTOS

Antes de iniciar gostaria de ressaltar que todos ocupam um lugar especial na minha vida.

Primeiramente agradeço aos meus pais, por todo amor, carinho e dedicação dispensados a mim. Pessoas que sempre me incentivaram e apoiaram, em todos os sentidos, durante a minha trajetória. Tenho a certeza que sempre estarão do meu lado.

Agradeço aos meus irmãos, que amo tanto. Duas pessoas importantes na minha vida, que me dão motivos para sempre seguir adiante.

Às minhas avós, pessoas especiais, que me aconchegam, me cobrem de cuidados e que nunca esquecem de agradecer a Deus por permitir viver mais um momento importante da minha vida. É maravilhoso tê-las comigo...

À toda minha família (tias, tios, primos e primas...) que sempre confiou na minha capacidade de vencer e que torce para o meu sucesso.

Às amigas Renata, Késsya, Wanessa, Guacyanna e Ritta de Kássia que estão presentes constantemente na minha vida, vivendo comigo momentos de alegria, tristeza, dúvidas e certezas, compartilhando conhecimentos e sentimentos, em busca de uma enfermagem mais humanizada.

Às amigas Cíntia, Alexandra e Hírlia, que mesmo distante e com pouco contato, demonstram grande carinho por mim. Pessoas especiais na minha vida.

Aos meus amigos do mestrado. Nos conhecemos há dois anos, aproximadamente, e fomos envolvidos por um sentimento de carinho e respeito um pelo outro, surgindo uma grande amizade. Obrigada pelo incentivo e apoio: Ariane, Érica, Gysella, Idanésia, Ildone, Luciane, Neyla, Máisa, Senei e Viviane.

À Viviane em especial, que os outros não fiquem enciumados, pela amizade incondicional, me fazendo sentir parte de sua família. Você e seus pais são muito importantes para mim.

Aos professores do Departamento, principalmente os da Pós-Graduação em Enfermagem, que atuaram como facilitadores desse processo.

Ao Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Instituição na qual trabalho, pelo apoio e torcida de todos que fazem a enfermagem, com um agradecimento especial a Neuma, diretora de enfermagem, pelo seu acolhimento e apoio na escala durante os momentos mais difíceis.

Gostaria de agradecer também a Lindinalva, Françoira e Érida, enfermeiras do HUOL, pessoas amigas pelas quais tenho imenso apreço e que estiveram sempre ao meu lado com pensamentos positivos, confiando na minha capacidade.

Ao Hospital PAPI, principalmente à gerente de enfermagem Márcia, que acredita no meu trabalho e sempre, na medida do possível, tentou atender minhas solicitações, facilitando a construção desse trabalho. Além disso é uma pessoa a quem tenho grande estima.

Gostaria de agradecer também às enfermeiras do PAPI, uma grande família e que tenho certeza que torcem pelo meu sucesso. Em especial, merecem ser citadas: Karine, Marlúzia, Guacyanna, Cláudia, Suelen, Michelle, Waleska, Sheyla e Heine. Pessoas companheiras de plantões, que me ajudaram e apoiaram durante este percurso.

Aos professores da FATERN que me deram suporte ao final dessa jornada um agradecimento especial ao professor Ricardo, pela compreensão, e aos professores da disciplina de Semiologia e Semiotécnica (Ana Luíza, Hamilton, Isabelle, Sara, Valéria, Jailson e Fernando) pelo bom relacionamento e amizade.

A todos aqueles de algum modo contribuíram para a elaboração desse trabalho e que não foram citados. Muito obrigada pelo apoio, incentivo e confiança.

Atulhados de aparatos tecnológicos vivemos tempos de impiedade e de insensatez. Sob certos aspectos regredimos à barbárie mais atroz (Leonardo Boff).

RESUMO

Na atenção terciária, é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na atualidade, um dos cenários de maior complexidade no atendimento ao paciente grave, podendo fazer a diferença em favor da vida. No entanto, o estigma da morte que permeia o imaginário da população - quando se fala em UTI -, a supervalorização da máquina, em detrimento do ser humano, terminam impondo algum sofrimento. Tendo como objetivo compreender o que sofre o paciente em uma UTI, esta investigação pautou-se no seguinte questionamento: O que sofre o paciente durante sua experiência na UTI? Trata-se, portanto, de um estudo de caráter analítico e reflexivo, inserido numa dimensão qualitativa de abordagem fenomenológica, com base em narrativas. Com este propósito, foram entrevistados cinco pacientes entre os meses de novembro e dezembro de 2008. Do material empírico, resultante das referidas narrativas, pudemos identificar vários fatores que geram sofrimento em paciente na UTI, dentre os quais destacamos: a certeza da gravidade e o medo da morte, o ambiente fechado, a iluminação em excesso, a solidão caracterizada pelo distanciamento dos familiares e entes queridos, a falta de comunicação com os próprios profissionais, o barulho, além da submissão aos procedimentos terapêuticos. Em síntese, mesmo reconhecendo a UTI como um espaço que leva ao sofrimento, em muitos aspectos, conforme a pesquisa, esse sofrimento pode e deve ser atenuado. Por outro lado, a proximidade da morte conduz a uma redefinição da vida, conforme expressaram os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva; Sofrimento; Cuidar.

ABSTRACT

In tertiary care, the Intensive Care Unit (ICU) is nowadays one of the most complex settings in providing care to critically ill patients and could make the difference in favor of life. Nevertheless, the stigma of death – which pervades the imagination when the ICU is mentioned – and the excessive importance placed on machines rather than on the human being end up by causing distress to some extent. As the purpose of this investigation is to understand the distress caused to a patient in an ICU, it has been grounded on the following question: What kind of distress does a patient go through during his/her experience in an ICU? This study has, therefore, an analytical and reflexive character embedded in a qualitative dimension of a phenomenological approach based on narratives. To this purpose, five patients were interviewed from November to December 2008. Out of the empirical material gathered from these narratives we were able to identify several factors that cause distress to ICU patients. Among them were: the certainty that they are critically ill and fear death, a closed room, too much lighting, a typical loneliness arising from being isolated from family members and dear ones, lack of communication with the professional staff, and noise; besides having to undergo therapeutic procedures. In summary, although the ICU is seen as a place of distress, in many aspects and in accord with this research, such distress can and should be relieved. On the other hand, being near to death leads them to a redefinition of life, said the patients.

KEYWORDS: Intensive Care Unit; Distress; to Care

LISTA DE SIGLAS

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

MS – Ministério da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

UTIs – Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 RESGATANDO O CUIDAR DIANTE DO SOFRIMENTO DO PACIENTE NA UTI	24
2.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	25
2.2 O RESGATE DO CUIDAR	30
2.3 O SOFRIMENTO	36
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	40
3.1 A FENOMENOLOGIA	41
3.2 CAMINHO PERCORRIDO	45
4 AS EXPERIÊNCIAS – AS NARRATIVAS	49
5 COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE PACIENTES EM UMA UTI	58
5.1 A VIDA POR UM FIO	59
5.2 ENTRE QUATRO PAREDES: O MUNDO DA UTI	64
5.3 A ESPERANÇA DA VIVER: A PERDA DA AUTONOMIA	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	90
APÊNDICE A	91
APÊNDICE B	92
ANEXO	93
ANEXO A	94

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, na atenção terciária, é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) um dos cenários de maior complexidade no atendimento ao paciente grave.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) não são recentes no mundo da saúde. Desde 1854, com a Guerra da Criméia (1854 - 1856), a enfermeira Florence Nightingale, separando os feridos da guerra com quadro grave daqueles com pequenos ferimentos, conseguiu diminuir os índices de mortes e infecções, prestando uma assistência mais cuidadosa àqueles que mais necessitavam.

Com essa atitude, Florence semeou a importância sobre a monitoração ao paciente grave, o que viria a idealizar as UTIs (MEDICINA INTENSIVA, 2004).

Naquela época o cuidado de enfermagem não era institucionalizado, sendo realizado voluntariamente por religiosos e leigos, permeado de atributos como abnegação, espírito de serviço e obediência, apresentando características de uma prática sacerdotal e caritativa.

Com o passar dos anos os recursos foram se aprimorando e o modelo inicial de UTI foi estabelecido nos Estados Unidos, por volta da década de 1930, pelo médico neurocirurgião Walter Edward Dandy. Esta unidade era composta por três leitos para pós-operatório neurocirúrgicos.

O primeiro médico intensivista foi Peter Safar, anestesiológico, na década de 1950. Mas é importante ressaltar que as UTIs tiveram sua origem nas salas de recuperação pós-anestésica, onde os clientes que se submetiam a procedimentos anestésico-cirúrgicos tinham monitorizadas suas funções vitais (MEDICINA INTENSIVA, 2004).

Conforme a Resolução 81/95 do Conselho Regional de Medicina do Estado São Paulo (CREMESP) as UTIs são unidades complexas dotadas de sistemas de monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistema orgânico, que com o suporte e tratamento intensivos têm possibilidade de se recuperar.

Guirardello et al. (1999, p. 123) revelam que as UTIs têm sido caracterizadas como um “ambiente complexo, decorrente do uso crescente de tecnologia que visa atender melhor o paciente”. Concordamos com os autores em sua afirmação, principalmente quando tratam da complexidade do assistir na UTI, merecendo

destaque os inúmeros procedimentos invasivos e agressivos realizados, perante a gravidade da doença, na intenção de promover saúde ou prolongar a vida.

Os recursos tecnológicos em uma UTI representam a possibilidade de uma assistência com qualidade e resolutividade, pois o uso da tecnologia, cada vez mais sofisticada, pode fazer a diferença a favor da vida, o que nos reforça a importância dessa tecnologia (SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005).

Todavia, mesmo reconhecendo ser inegável a importância das UTIs e toda sua tecnologia no mundo da saúde, sabemos que, pelas suas características de receber pacientes graves, esse tipo de unidade hospitalar carrega consigo o estigma da morte.

Alguns consideram tal local apenas um ambiente isolado em que se espera a morte iminente, o final do túnel, uma ida sem volta, o fim da vida. Essa idéia vem sendo cultivada há muitos anos, inclusive ainda persistindo no imaginário da população, nos dias atuais, apesar do grande crescimento e desenvolvimento da área da saúde.

Quando falamos em hospitalização, principalmente em UTI, inúmeros sentimentos afloram. Alguns estudos mostram que o paciente se sente isolado, despersonalizado e, por vezes, ignorado e desvalorizado na sua queixa. A doença é debilitante e a solidão pela distância dos entes queridos o faz entristecer-se a cada minuto que passa, podendo ser um empecilho na recuperação.

Tratando sobre o assunto Severo e Girardon-Perlini (2005, p.22) afirmam que a hospitalização pode ser caracterizada como uma situação de crise, na qual o “doente apresenta um estado emocional especial, marcado pela insegurança, perda de independência, perda do poder de decisão, perda da identidade, do reconhecimento social e da auto-estima”. Além disso, esse paciente pode sentir falta das tarefas exercidas diariamente e das relações sociais.

Considerando que o adoecimento e a hospitalização provocam ansiedade e estresse, supõe-se que se tratando de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), esses sentimentos se exacerbam, pois o nome “terapia intensiva” promove por si só, uma sobrecarga emocional, associando a esse tipo de unidade uma piora do estado geral do doente, colocando-o em proximidade com a morte.

Essa despersonalização do ser acontece porque o paciente se encontra inserido em um ambiente desconhecido e entregue aos cuidados de pessoas que

não são as suas, o que, por vezes, pode gerar situações de sofrimento. Para Guirardello et al. (1999), tal estado de coisa é uma característica marcante da UTI.

Outro aspecto que merece destaque nesta discussão, diz respeito ao profissional envolvido no cuidado a esse paciente. Ele, a princípio, é encarado como total desconhecido diante da experiência única de cada paciente, podendo a partir do primeiro contato estabelecer um vínculo com o outro, o que geraria segurança, conforto e tranqüilidade no enfrentamento da doença.

Muitos profissionais, porém, procuram não estabelecer esse vínculo, com o propósito de não se envolver com o outro e sofrer com o seu sofrimento. No cenário da UTI, este tipo de atitude pode ser facilmente assumida, pois a dinâmica e a alta tecnologia inseridas em tal setor mantêm o profissional assoberbado de atividades, o que lhe proporciona a desculpa de permanecer apenas na superficialidade das relações.

Zoboli (2003) afirma que o estado de saúde e o processo saúde/doença em cada pessoa são vivenciados como condição única, enquanto que para os profissionais dessa área as situações individuais são vividas como casos, de um pretense ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros supostamente racionais e científicos.

Compreendido como um setor de cuidados complexos, as UTIs exigem um profissional com habilidade e competência no desenvolvimento de sua assistência, com um preparo técnico-científico refinado.

Em alguns momentos esse cuidado complexo faz com que o profissional capacitado deixe transparecer uma imagem robotizada, preocupado em realizar as tarefas que lhe competem, de forma hábil e tecnicamente correta.

Diante das inúmeras exigências decorrentes do cuidado intensivo, muitos dos profissionais desempenham suas atividades de maneira apressada, sem se preocupar com a opinião, desejo ou até mesmo a necessidade do paciente. Este, por sua vez, representa o sujeito sobre o qual as ações se desenvolvem, sofrendo todas as limitações e imposições físicas e emocionais que envolvem o adoecer e uma hospitalização em UTI.

D'Amaral e Tavares (2000, p.70) ao tratarem acerca dessa temática revelam que:

o contemporâneo sofre a atração dos abismos e dos desertos – e tudo que é da ordem da identidade é afetado por uma quasidade tão rica quanto, no limite, estéril: o homem, animal quase-máquina; a máquina que pensa, quase-homem; a matéria que se individua, quase-ser-vivo; o vivo que se agencia segundo algoritmo cerebrais, quase-homem. A rede e sua mobilidade acentuada serão talvez hoje uma boa metáfora para o mundo e a cultura. Se forem uma metáfora; pode bem ser que o mundo, e o homem com ele, e a cultura e a natureza com ambos, já não sejam mais do que uma rede – um virtual. [...] No regime tecno-lógico que veio a ser nosso, não é impossível que estejamos vivendo num mundo de sinais – que assinalam disponibilidades de uso e consumo – e não mais dos sentidos – que implicam na partilha do comum entre dois e solicitam a verdade.

Boff (2000) nos alerta que diante de tanta sofisticação rumo-se para a estruturação de uma humanidade opulenta, controladora dos processos científicos e técnicos, bem como econômicos e políticos. De um lado os benefícios dos avanços, do outro a pressão, sobre a humanidade, de se viver um status consumista, pautado na marginalização e exclusão dos seres.

Na UTI, um ambiente munido de alta tecnologia, é fácil perceber o avanço tecnocientífico e a busca por uma medicina, cada vez mais, suprema e imperdoável às situações que impõe risco de morte. (BOFF, 2000).

Neste sentido, são necessários profissionais com conhecimento e experiência para o tratamento desses pacientes que vivenciam risco de morte, sendo, portanto, desse pessoal a responsabilidade pela qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA et al., 2003). Por isso mesmo, torna-se necessário ampliar e aprofundar o olhar acerca de tal paciente, para que no exercício do cuidar, o aparato tecnológico não se sobreponha à dimensão humana.

É importante que o profissional seja capaz de acolher o paciente para que ele possa se sentir confortável mesmo diante da dor e que possa perceber o ambiente do hospital como hospitaleiro, na tentativa de diminuir o sofrimento e o impacto do internamento.

Para além de toda essa sofisticação e tecnicidade, comuns às UTIs, buscamos, ansiosamente, uma espiritualidade simples e sólida que tem como base os mistérios do universo e o ser humano, a ética, a solidariedade e a compaixão,

fundamentada no cuidado, no trabalho bem feito, na honestidade e na competência técnica, política e ética, bem como na transparência das intenções (BOFF, 2004).

Leonardo Boff (2004, p. 11), ao tratar dessa temática, afirma que o cuidado é “um suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. Nele encontramos o Ethos fundamental do humano e identificamos princípios, valores e atitudes que fazem da vida um bem viver e das ações um reto agir”.

A palavra Ethos tem origem grega e significa a toca do animal ou casa humana, ou seja, aquele lugar que escolhemos para cuidar e fazer dele nosso habitat. Esse nosso habitat é a terra, que é comum a toda humanidade e sua essência humana, mas que pela própria humanidade vem sendo modificado, se estruturando como um tipo mais opulento, dominador do progresso tecnocientífico, econômicos e políticos, deixando a solidariedade em segundo plano (BOFF, 1999).

Destaca-se a ética de ordem prática e não somente na teoria, capaz de responder aos desafios do nosso tempo. Desta forma se realizam de maneira eminente as várias expressões do ethos – o ethos que procura, que ama, que cuida, que responsabiliza, que se solidariza, que se compadece e o ethos que integra – que permitem ao ser humano bom senso e uma visão encantada do mundo, onde todos os elementos se transformam em valor e em sinal de um mundo de bondade (BOFF, 2003).

Nessa perspectiva, o cuidado humano envolve ética, princípios e valores que devem fazer parte do dia-a-dia, da nossa prática profissional, inerente a todas as atividades. Não pode ser prescrito, não segue receitas, é simplesmente sentido, exercitado e vivido com o outro (WALDOW, 2001).

Cada sujeito deve ser considerado único, com suas necessidades, valores e crenças. Manter e preservar a sua dignidade reflete um respeito aos princípios morais e éticos (SOUZA, 2004).

Para compreender o ser humano nas mais variadas situações de vida, no processo de cuidar, é preciso associar a tecnologia ao poder da comunicação, e transformá-los num instrumento imprescindível ao desenvolvimento da terapêutica qualificada e humanizada (MEIER; NASCIMENTO, 2001).

Assim, a humanização renasce para valorizar as características do gênero humano. É imprescindível no processo de humanização uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos limites a serem transpostos.

Carvalho (2003, p. 435) corrobora esta discussão afirmando: “[...] precisamos que o cuidado humanizado seja sentido, vivido e integrado ao nosso dia-a-dia. É preciso apreender, consentir e instituir que este cuidar faz parte de nós mesmos”.

O Ministério da Saúde (MS), por sua vez, também está inserido nessa busca pelo resgate de um cuidar mais humanizado, e há alguns anos vem tentando minimizar tal problemática com a elaboração, por exemplo, do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2000. Atualmente é instituído como política de saúde, lançando a proposta de uma nova organização dos serviços, centrada no respeito, solidariedade e cidadania, com a finalidade de promover a humanização em todos os contextos de atenção à saúde.

Neste contexto, é importante que a equipe esteja atenta e colabore para o trabalho interativo, contribuindo para o saber multidisciplinar e facilitando sempre o processo comunicacional. Para isso, a enfermeira e o enfermeiro apresentam papel fundamental perante a sua equipe, pois são aqueles capazes de motivar e educar para uma assistência mais humanizada. E quanto mais crítica a situação, maior torna-se a exigência no campo da competência técnica, ética e humana no âmbito interpessoal (SILVA; DOBBRO, 2000; SOUZA, 2004).

É necessário romper o estereótipo concentrado nos aspectos técnicos em assistência intensiva e voltar a atenção principalmente para a pessoa do doente, aliviar o seu sofrimento e manter sua dignidade. Precisamos enxergar o cuidar como uma característica humana, um imperativo moral, uma atitude de afeto, uma interação interpessoal, conseqüentemente, como um meio terapêutico. Precisamos cuidar do ser humano humanamente (WALDOW, 2001).

É importante ressaltar que o cuidar sempre esteve na história humana, figurado na forma de viver, de se relacionar e de cuidar em toda sua essência. Nele observamos compromisso e a responsabilidade, não se tratando de fazer apenas aquilo que satisfaz, mas contribuindo para a construção de uma sociedade com princípios éticos, em todas as esferas da vida.

Assim, diante de nossa experiência como enfermeira de UTI e de estudos aqui referidos, pressupomos que o paciente ao se internar em uma unidade desse tipo, sofre. Sofre emocional e fisicamente, seja pela doença, seja pela distância da família, pela alta tecnologia que faz dos profissionais pessoas mais distantes do cuidado na sua essência e, entre tantos outros motivos, até mesmo pelo próprio medo da morte.

Oliveira, Padilha e Kimura (1978) apresentam um relato interessante que pode ilustrar o sofrimento do paciente em seu internamento na UTI, no qual, muitas vezes, a própria circunstância da internação constitui um problema. Este, por sua vez, afeta vários setores da vida do homem, podendo ou não deixar seqüelas.

Isso pode ser identificado no fragmento de seu texto escrito em seu trabalho intitulado – Problemática do paciente na Unidade de Terapia Intensiva – (OLIVEIRA; PADILHA; KIMURA, 1978, p.33),

Talvez não tenha sido consultado sobre sua internação, talvez não saiba que tudo e todos estão ali para atendê-lo e protegê-lo. Frequentemente ele se acha mais doente do que realmente está, acha que está morrendo [e sofre por isso]. Assim o ambiente e o pessoal especialmente preparados para dar-lhe o máximo de segurança podem representar agentes agressores. Sua necessidade de segurança física se acentua, ainda pelo fato de se sentir ameaçado por falhas mecânicas e, talvez, por falhas humanas. (...) Sua ansiedade cresce quando vê seu corpo exposto, manuseado pelo pessoal médico e de enfermagem, que, no afã de atender pronta e eficazmente, se esquece de lhe dar uma explicação prévia ou de atuar com maior cuidado. É atingido em sua auto-estima quando se vê subjugado por todos que se aproximam do seu leito e que sem pedirem seu consentimento, executam suas tarefas, introduzindo-lhes sondas e cateteres, expondo seu corpo sem considerarem seu pudor.

Para alguns estudiosos, o sofrimento é considerado uma experiência aversiva com sua emoção negativa correspondente, geralmente associada a dor, tristeza ou infelicidade. Neste sentido, a medicina que desde seus primórdios tem como objetivo curar a doença, ainda se encontra em um estágio bastante primário quando se trata de lidar com o sofrimento (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

O sofrimento apresenta uma conotação mais subjetiva, ligada aos valores pessoais, sociais, culturais e espirituais do ser. Pessini e Bertachini (2004), em seu livro intitulado – Humanização e cuidados paliativos –, trazem as dimensões do sofrimento, distinguindo-as em dimensão física, decorrente do acometimento do corpo e sua deterioração, dimensão psíquica, referindo-se ao contexto da saúde mental do indivíduo, dimensão social, marcada pelo isolamento e solidão e, por fim, dimensão espiritual, quando há uma perda da esperança, do sentido de continuar se esforçando para vencer.

Schwartz (1999, p.30), ao tratar desta temática, entrelaça a dimensão física com as demais, afirmando que “quando se sofre uma lesão no corpo, tem-se uma tendência a considerá-la uma lesão no Eu”.

Daniel Callahan (1988 apud PESSINI; BERTACHINI, 2004. p.21) define o sofrimento como “experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada, situação de doença que leva a interpretar a vida como vazia de sentido”. Desta forma podemos entender que há uma diminuição na qualidade de vida do paciente e conseqüentemente interferência no processo de recuperação no binômio saúde/doença.

Outra dimensão que podemos destacar refere-se à evolução do indivíduo e à mudança no modo de pensar e viver a vida, desenvolvidos a partir do sofrimento. Não devemos esquecer que o sofrimento é inerente à condição humana e, por sua vez, faz o indivíduo repensar o seu modo de viver e ver a vida, bem como é capaz de mudar hábitos, comportamentos e pensamentos (VERGELY, 2000).

Para Pokladek (2004, p.27) “o ser em crise está em perigo, a sua integridade e sua sobrevivência existencial estão ameaçadas. Mas a crise também oferece a oportunidade de uma nova abertura, um leque de novos horizontes”. No momento de sofrimento o indivíduo é, neste sentido, considerado como o ser em crise, que ao ultrapassar esta experiência poderá ser capaz de despertar e redescobrir uma nova existência (POKLADÉK, 2004).

Conhecendo tantos significados e aprendendo que a subjetividade que envolve a palavra “sofrimento” não o limita a um simples conceito, concordamos com a Dra. Cicely Saunders, fundadora do moderno *Hospice*, quando diz que “o sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida”. E nós, que fazemos parte da enfermagem, somos os principais atores nesse processo, por vezes, causando o sofrimento, em outros momentos, aliviando-o, e em muitas vezes sofrendo com o sofrimento do outro.

Neste contexto, um dos fatores que nos motiva à realização deste estudo é o grande fascínio pela UTI e pela assistência ao paciente em estado crítico de vida, a quem dedicamos nossos cuidados. Essa paixão vem desde a Graduação e foi o que levou a uma das autoras a cursar uma Pós-Graduação na modalidade de Residência de Enfermagem em UTI, na cidade de Recife/PE, no Hospital das Clínicas, vinculada à Secretaria de Saúde do Estado. Foram dois anos de intenso aprendizado e treinamento em serviço.

Hoje, trabalhando com adultos e crianças em UTI, observamos muitos dos aspectos negativos, revelados anteriormente na prática.

Começamos a vivenciar a prática como enfermeira, com todas as responsabilidades que envolvem essa função. Não pensamos que fosse tão difícil e ao mesmo tempo tão gratificante exercer essa profissão.

A cada dia temos novos aprendizados técnicos e de vida, choramos, sorrimos, ficamos irritados, aliviados, impotentes, temos que pensar rápido, ter atitude, brigar constantemente pelo nosso espaço e pelo melhor para o paciente, trabalhar em equipe, ou melhor dizendo, insistir em trabalhar em equipe.

Talvez pareça radical quando dizemos isso, mas, em nosso cotidiano, lutamos constantemente para que haja melhor comunicação entre os profissionais multidisciplinares (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, bioquímicos, entre outros), principalmente entre a própria equipe de enfermagem. Porém, as barreiras são inúmeras e terminam por afetar o processo de cuidar.

Muitas vezes vivenciamos situações de extrema desvalorização do paciente, comentários infelizes, atitudes de descaso, pessoas que trabalham irritadas, não gostam do que fazem, ou estão trabalhando com o colega do qual não gostam e, por sua vez, não expressam uma atitude profissional diante da situação, mostrando-se rudes durante as atividades. Existem fofocas, risadas, cochichos, barulho, comentários pessoais e profissionais. O fato de se tratar de um setor fechado e com pacientes nem sempre conscientes leva muitos a achar que, por não estarem sendo observados, podem adotar atitudes anti-éticas e desumanas no cuidado ao outro.

Com relação aos equipamentos na UTI, embora reconheçamos serem estes instrumentos essenciais e indispensáveis para uma assistência mais rigorosa, percebemos que prendem muito a atenção da equipe, tornando, por vezes, o profissional “viciado”, totalmente dependente da máquina, a ponto de não poder imaginar o seu trabalho sem o equipamento. Por outro lado, também observamos, em alguns momentos, o sofrimento desse profissional pela própria natureza do trabalho a ser realizado na UTI.

Outras vezes o paciente é desvalorizado na sua queixa, simplesmente porque o monitor não está mostrando que ele realmente não está bem, conferindo-se, neste caso, uma maior credibilidade à máquina.

Vivenciando esse tipo de contexto, acreditamos que muito do que apresentamos são fatores potenciais para o sofrimento do paciente na UTI. Em

busca, portanto, de uma maior fundamentação teórica para a realização de um cuidado mais humanizado, ético e moral, decidimos, à luz da Fenomenologia, realizar um estudo com a finalidade de compreender o que sofre o paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva, com base no seguinte questionamento: O que sofre o paciente durante sua experiência na UTI?

A Fenomenologia busca os fundamentos. Ela se preocupa não só em responder às perguntas internas ao processo, mas pergunta pelo significado fundamental daquilo que está sendo observado. Através dela o homem pode compreender o seu cotidiano e expressar o seu existir (POKLADÉK, 2004).

De acordo com Capalbo (1996, p.64) a Fenomenologia é uma ciência do possível, visto que ela se refere à possibilidade enquanto modo de ser da existência humana que é um poder ser [...]. É uma ciência que não rotula, mas que permite se adaptar a essência humana”.

Assim, para a realização, desta pesquisa teremos como objetivos:

- Descrever a experiência do paciente acerca de seu internamento em UTI;
- Compreender as situações que lhe causam sofrimentos.

Resgatando o cuidar
diante do sofrimento do
paciente na UTI

2 RESGATANDO O CUIDAR DIANTE DO SOFRIMENTO DO PACIENTE NA UTI.

Este capítulo contém o referencial teórico desta investigação, compreendendo temáticas distintas e ao mesmo tempo interrelacionadas. É importante ressaltar que temos por finalidade contextualizar e proporcionar um embasamento teórico para melhor compreensão do estudo

Foram fundamentais para esta construção os estudos de David, Bertrand Vergely, Leo Pessini, Leonardo Boff, Waldow, entre outros que contribuíram. No capítulo seguinte acrescentamos o aporte teórico referente à fenomenologia.

2.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As Unidades de Terapia Intensiva, como já relatado anteriormente, são setores servidos por alta tecnologia, capazes de oferecer ao paciente uma assistência mais especializada e rigorosa diante da sua gravidade. Mas, para vir a ser o que hoje representa no ambiente hospitalar, esse tipo de unidade vivenciou inúmeras etapas que construíram a sua história no mundo e no Brasil.

Nos seu primórdios, conforme também já citado, merece destaque a enfermeira Florence Nightgale, que, na Guerra da Criméia, em 1854, quando Inglaterra, França e Turquia declararam guerra à Rússia, idealizou um sistema de maior monitoração ao paciente grave, mesmo que de forma rudimentar e inexperiente, organizando a assistência aos soldados com ferimentos mais graves separando-os dos demais e aplicando uma maior vigilância e cuidado.

Encontravam-se condições precárias, alta mortalidade entre os soldados, alcançando-se aproximadamente 40% de óbitos. Florence e mais 38 voluntários assumem a assistência no campo e a mortalidade cai para 2%. Ela torna-se uma figura de grande respeito, admiração e decisão nesse período (MEDICINA INTENSIVA, 2004).

Goldwalsser e David (2004, p.08) dizem que o “reconhecimento histórico de que pacientes com doenças agudas seriam mais bem atendidos se estivessem agrupados em áreas específicas no hospital já eram identificados por enfermeiros”,

sendo criados enfermarias de ressuscitação e cuidados mais intensivos aos soldados na Segunda Guerra Mundial.

Desta forma concordamos com Vila e Rossi (2002) quando relatam que as UTIs passaram a ser pensadas e construídas, diante da necessidade de recursos humanos e matérias específicos para o tratamento de pacientes graves.

As atuais UTIs, por sua vez, têm origem nas salas de recuperação pós-anestésica, onde os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, principalmente as neurocirurgias, tinham monitorizadas as suas funções vitais, merecendo destaque Walter Edward Dandy, neurocirurgião que estabeleceu o primeiro modelo de UTI nos Estados Unidos da América na década de 1930 e Peter Safar que foi o primeiro médico intensivista, participando da primeira UTI cirúrgica na cidade de Baltimore na década de 1960.

No Brasil, as Unidades de Terapia Intensiva surgiram mais tardiamente e o pioneiro foi o Hospital Sírio Libanez no ano de 1971, quando inaugurou a primeira UTI, com dez leitos dando início a uma assistência mais especializada com a incorporação contínua de alta tecnologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DA HISTÓRIA DA MEDICINA, 2007).

Vivemos um período de intensa mecanização e evolução tecnológica, principalmente na área da Saúde. As UTIs surgem progressivamente e ganham tecnologias pesadas, transformando a assistência prestada neste setor em algo técnico e específico, exigindo do profissional conhecimento e habilidade no manuseio da máquina e conseqüentemente no cuidado ao paciente crítico.

A finalidade dessas unidades eram reduzir a mortalidade e promover um cuidado mais rigoroso, observação contínua, integral e individualizada de acordo com a necessidade do paciente, vivendo situações de risco de vida (PIRES, 1998).

Barbosa (1999), no tocante ao grande desenvolvimento e crescimento da tecnologia, afirma que o surgimento da ventilação mecânica e a monitorização cardíaca, foram fatores de grande impacto na diminuição da mortalidade e um dos primeiros passos para o desenvolvimento de serviços especializados. No que diz respeito à enfermagem, esta prontamente inseriu em seu currículo conhecimentos sobre essas novas especificidades, ampliando a sua fundamentação teórica sobre este novo e específico campo de trabalho (BIAGI; SEBASTIANI, 2001).

Com o passar do tempo inúmeros conceitos foram atribuídos a esta unidade de cuidados intensivos, sempre retratando a sua imensa capacidade de trabalhar o cuidado a pacientes graves fazendo uso de tecnologias de ponta.

Neste sentido, Girardello et al. (1999, p. 123) se refere as UTIs como “um ambiente dotado de complexidade, decorrente do uso crescente de tecnologia que visa atender melhor o paciente”. O tratamento implantado nesse local é considerado agressivo e invasivo, traduzindo-se por uma alta intensidade e complexidade de eventos e situações.

Segundo Nascimento e Caetano (2003) a UTI é o ambiente para se prestar atendimento qualificado e especializado, independente do aparato tecnológico usado, pois quanto mais sofisticado e avançado se apresentar mais eficiente será o cuidado prestado. Neste sentido o Ministério da Saúde reforça que este setor devera ser constituído por um conjunto de elementos que agrupados sejam capazes de prestar assistência ao paciente grave, exigindo-se da equipe médica e de enfermagem conhecimento técnico-científico especializado.

Merhy (2002) nos adverte que a tecnologia tem um sentido mais amplo do que comumente é compreendida. Para ele, ela não se restringe à máquinas e equipamentos, mas igualmente a saberes que são constituídos na organização das ações no processo produtivo.

O mesmo autor classifica as tecnologias do trabalho em saúde como:

Leves (como no caso das tecnologias das relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar o processo de trabalho), leve-duras (como no caso dos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, clínica psicanalítica, a epidemiologia, o Taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo de máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, 2002, p.49).

A tecnologia, no contexto em que se encontra, representa a possibilidade de se prestar uma assistência com mais qualidade e resolutividade, fazendo a diferença a favor da vida. Mas a importância que vem sendo dada a ela vem transformando o local de cuidado intensivo num ambiente estranho e até mesmo ameaçador ao paciente, capaz de gerar sentimentos de angústia, medo, insegurança, solidão entre outros (SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005).

Para Hayashi e Gisi (2000) a tecnologia, por sua vez, intermedia a assistência imediata, possibilita um diagnóstico mais preciso, além de promove maior segurança ao profissional. Por outro lado, favorece ao processo de desumanização, tornando as relações frias e mais distantes.

Desencadeando inúmeras repercussões no cuidado, influenciando valores, papéis e padrões de trabalho no contexto da sociedade, o alcance de tão extraordinária tecnologia e avanço econômico e científico, diretamente relacionados, promoveu o desenvolvimento da humanidade marcado pela idéia do progresso técnico/industrial transformando em valor absoluto. Isso nos levou a observar uma disparidade entre as qualificações intelectuais e o conhecimento científico de um lado; e a sabedoria, espiritualidade e a ética do outro (TEIXEIRA, 1994).

Morin (2005, p. 25) revela que “o desenvolvimento técnico, inseparável do desenvolvimento científico e econômico, permitiu o hiperdesenvolvimento da racionalidade instrumental que pode ser posta a serviço dos fins mais imorais”.

De acordo com Esquirol (2008, p. 29) “a biotecnologia é a expressão máxima deste novo panorama; palavra repleta de possibilidades e de riscos, de esperanças e de angústias... que nos converte em autocriadores, ou seja em uma espécie de deuses”.

Para este mesmo autor esse poder técnico disponível ao homem ao longo da história, usado muitas vezes para a luta de povos, ou diante das inclemências da natureza e na transformação dela, vem revelando proporções desmedidas. A natureza vem sendo substituída pela técnica, por vezes mais forte que a necessidade (ESQUIROL, 2008).

Para Betinelli, Waskiewicz e Erdmann (2006, p. 89),

o progresso tecnológico está sendo fundamental para a resolutividade dos problemas e para a manutenção da vida das pessoas. [...] a tecnologia da vida ampliou, de maneira exponencial, a assimetria do poder e o conhecimento, tornando as relações totalmente desiguais. E criou possibilidades de uma interferência mais incisiva na vida humana por parte dos profissionais. Mas, ao mesmo tempo que propicia a esperança de uma vida melhor e com qualidade, impõe também questionamentos e apreensões quanto ao futuro dos seres humanos e da humanidade.

Predominam os valores do conhecimento científico apurado e da técnica eficiente, estando a maior parte da atenção voltada para a doença e a cura. Na falta do sucesso, ou seja, em caso de óbito, considera-se tudo um desastre, mas as energias se renovam com o desafio de outros casos também difíceis e que exigem cada vez mais do profissional. Os hospitais se orgulham de possuir tecnologia de ponta e buscam sempre novos aparatos tecnológicos. Segundo Martin (2006, p.34) “essa ênfase em ciência e tecnologia cria a necessidade de possuir nos quadros do hospital profissionais cada vez mais especializados”.

São inegáveis os muitos benefícios. Os avanços possibilitam o ampliado do conhecimento sobre o funcionamento do corpo humano e das doenças, trabalhando-se no prolongamento da vida e criando-se mais probabilidades de sobrevivência perante a gravidade dos casos.

Apesar de ter sido criada para oferecer uma assistência mais específica e rigorosa diante do quadro grave do paciente, as UTIs ainda são encaradas como o setor do hospital em que se vai para morrer, a última viagem, o fim do túnel.

Severo e Girardon-Perlini (2005, p.22) retratam bem esta situação quando dizem:

O adoecimento e a hospitalização causam ansiedade e estresse às pessoas, podemos supor, em se tratando em uma internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), esses sentimentos se exacerbam, pois o nome ‘Terapia Intensiva’ já provoca, por si só, uma sobrecarga emocional, pois, normalmente, associa-se a esta unidade uma piora das condições gerais do doente colocando-o em proximidade com a morte. Algumas pessoas não conseguem ver esta unidade como um ambiente para a restauração da vida, sendo a sua concepção permeada de preconceitos e considerada com um ‘local isolado em que antecede a morte’.

A internação em uma UTI pode gerar inúmeros conflitos ao paciente, refletindo em mudanças fisiológicas, comportamentais e psicológicas, podendo desencadear sofrimento e diversos sentimentos que poderão influenciar o processo de recuperação.

Sebastiani (1984 apud GUIARDELLO et al., 1999, p.124) nos afirma que “as características da UTI, como a rotina de atendimento mais acelerada, o clima constante de apreensão e as situações de morte iminente acabam por exacerbar o estado de estresse e tensão”, que tanto o paciente e a equipe vivem nas vinte e

quatro horas do dia. Esses aspectos somados a singularidade do sofrimento da pessoa internada – dor, medo, ansiedade, isolamento do mundo – promove a interação de fatores psicológicos que, muitas vezes, interferem na manifestação orgânica da doença.

O ambiente perfeito, tecnicamente preparado, porém frio e destituído de ternura humana, gera vulnerabilidade à pessoa doente, que deixou de ser o centro das atenções para ser instrumentalizada para o fim de um aprendizado ou como cobaia para o novo tratamento e tecnologia avançada em uso. Para Pessini e Bertachini (2004, p.12) “a manipulação, enfim, sutilmente se faz presente e rouba aquilo que é mais precioso na vida humana – sua dignidade”.

Esse contexto gera sofrimento ao paciente que enfrenta a doença, a solidão, a dor física provocada pela patologia, às vezes sem perspectivas de uma recuperação total, ciente de seqüelas que levará consigo pelo resto da vida. Muitos sofrem no seu imenso silêncio da comunicação limitada ou até mesmo ausente, incapaz de reclamar o que sente ou de agradecer pela atenção recebida. O cuidado de tal tipo de sofrimento é a chave para o resgate da dignidade do ser humano nesse contexto crítico (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

O cuidado precisa ser resgatado diante da realidade agressiva, desumana e brutalizada que vivemos, buscando garantir o seu lugar junto à tecnologia de ponta, por vezes apondo-se, inclusive, a ela, amenizando o sofrimento e garantindo uma assistência de qualidade, ética e moral ao ser humano (WALDOW, 2006).

Esse é o nosso maior desafio, visto que o cuidar do ser humano em sua totalidade, não depende apenas de uma categoria profissional, mas de uma equipe integrada e responsável com uma assistência mais ética e humanizada.

2.2 O RESGATE DO CUIDAR.

Quando os interesses se apresentam mais técnicos do que humanos, sente-se uma necessidade de resgatar cuidado fundamentado no afeto, respeito, compromisso, zelo, entre outros, que tem a intenção de oferecer ao ser humano uma atenção humanizada.

Para Habermas (1987 apud WALDOW, 2006, p. 13) “ os interesses se tornam mais técnicos do que humanos, se tornando oportuno resgatar o cuidado humano”.

Nas sociedades modernas, deparamo-nos com um fascínio cada vez maior pela ciência, pela técnica e pelo progresso, a ponto de se coisificar as pessoas e se endeusar as máquinas e a técnica. Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2006, p. 91) afirmam que:

convivemos com freqüência em ambientes pouco humanizados, cujo funcionamento é quase perfeito quanto à técnica, porém desacompanhado, muitas vezes, de afeto atenção e solidariedade. As pessoas deixam de ser o centro das atenções, com facilidade, transformadas em ‘objetos’ de cuidado e fonte de lucro, perdendo sua identidade pessoal, e ficando dependentes e passivas, à espera do poder científico que os profissionais de saúde julgam ter. isso repercute no ambiente hospitalar, transformando-o num centro tecnológico onde os equipamentos são facilmente reverenciados e adquirem vida, enquanto as pessoas são, por isso, coisificadas.

Neste contexto, busca-se incessantemente o resgate de uma visão mais humana do homem, um cuidado solidário que alie competência técnico-científica e humana, perante a dor e o sofrimento do outro, deixando-se tocar em nossa sensibilidade e humanizando o processo (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Houaiss e Villar (2001) enfatizam que a humanização é o ato ou ação de humanizar-se, se tornar humano, benévolo. Outros autores acreditam que se trata do processo de dar e ver a nova face do homem, escondido atrás do anonimato dos gestos aplicados mecanicamente (BACKES; MARTINS; DELLAZZANA, 2001).

Para Waldow (2006, p. 25), o cuidado humano e o cuidar são apreciados como um “ideal moral da enfermagem”. O Cuidado consiste de esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor e na existência (WALDOW, 2006).

Roach (1993 apud WALDOW, 2006) categorizou o cuidado em cinco “cês”: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento.

A compaixão compreende a relação vivida em solidariedade entre os homens. Por competência, entende-se o conhecimento e habilidade necessários para o bom desempenho profissional. A confiança, por seu lado, envolve o vínculo de segurança estabelecido no relacionamento, destacando-se o respeito entre os envolvidos. A

consciência envolve um estado de conhecimento moral. Por fim, o comprometimento, que se revela como um processo de aliança entre os desejos e obrigações, refletindo na ação em concordância com ambos.

Na visão de Watson (apud TALENTO, 1993) o cuidado é a essência da enfermagem e que não deve ser realizado apenas para reparar danos físicos, sugerindo ir mais além, adentrando-se nos aspectos pessoais, sociais, morais e espiritual do outro e de si mesmo. Vale ressaltar que, mesmo inserido numa dimensão transcultural, transpessoal, para Heidegger (1999, p.261) “ele significa um fenômeno ontológico – existencial básico”.

Neste sentido, compreendemos que o cuidado envolve aspectos éticos, humanos, sociais e culturais porque diz respeito à existência humana. E por estar diretamente relacionado ao ser humano, o ato de cuidar pode ser ou não cultivado no interior de cada pessoa, no entanto todo ser humano necessita de cuidado (WALDOW, 2005).

É complexo realizar esta discussão sobre a humanização do ser humano. É tanto que, por muitas vezes, nos perguntamos o que fazer para humanizar o homem, sendo ele humano por natureza. Alguns autores dizem que não se trata apenas de uma mudança de comportamento e sim de atitude diante do cuidado com o outro (SOUZA, 2004).

Até com os animais se observam manifestações de cuidado, notadamente com aqueles que são alvo de estima. O homem, por sua vez, em seu desenvolvimento, adquire formas e expressões de cuidar que se sofisticam (WALDOW, 2006).

Com o passar dos anos, porém, o homem foi evoluindo e o cuidado genuíno e essencial para a sobrevivência foi sendo substituído por egoísmo, ganância, guerras, maldades com o próximo, entre outros comportamentos esdrúxulos e por vezes inaceitáveis.

Waldow (2006, p.54) adverte que

o que se pode concluir é que o ser humano, infelizmente, em sua história, apresenta paradoxos e ambigüidades entre comportamentos de cuidado e não cuidado: as guerras, os progressivos e cada vez mais sofisticados arsenais para uso militar, verdadeira obsessão por parte do ser humano é responsável pela dizimação de milhares e milhares de pessoas. As descobertas científicas e o avanço industrial e tecnológico de um lado têm beneficiado populações no mundo inteiro, e, do outro, acarretam tragédias em função da incontrolável ganância e do prazer do ser humano em exercitar seu poder.

Neste sentido, apela-se para o resgate do cuidado em cada um de nós, em todos os setores, principalmente no âmbito da Saúde, sendo esse cuidado humano constituído por um imperativo moral e ético (WALDOW, 2006).

Betinelli, Waskiewicz e Erdmann (2006, p. 88), dizem, sobre essa temática, que “o ser humano e suas múltiplas dimensões integram espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar sua unidade, aparentemente imperfeita, insuficiente, inacabada, impossível de ser compreendida por ele mesmo”. Desta forma, é preciso que se valorizem os aspectos qualitativos dos fenômenos na vida humana e os significados que a eles são dados por aqueles que os vivenciam. Os mesmos autores revelam ainda que se deve ter a capacidade de perceber e compreender o ser humano, como ele está em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói a sua própria história de vida (BETINELLI; WASKIEWICZ; ERDMANN, 2006).

Martin (2006) destaca que, para o resgate de uma humanização, a ética é o fator motivacional. Uma ética fundamentada nos valores, normas, direitos e deveres. Sendo, neste sentido, capaz de orientar nosso comportamento em busca da humanização.

Martin (2006, p.32) ainda acrescenta que

a ética não se preocupa tanto com as coisas como são, mas com as coisas como podem ser e, especialmente como devem ser. A ética sonha com um mundo diferente e procura desvendar a lógica dos mecanismos que tornam realizável o sonho. O fato é que, muitas vezes, nossos hospitais são desumanos, lugares onde as pessoas se sentem diminuídas, despersonalizadas, isoladas. Na luta pela cura e na preocupação com a perfeição técnica o doente é transformado em mero objeto de cuidado e o seu conforto e bem estar físico e mental são subordinados às exigências do funcionamento de máquinas ou das restrições econômicas impostas pela administração hospitalar.

Na história da humanidade o cuidado sempre esteve presente, ou seja, presente na forma de viver, de se relacionar, como atividade leiga e religiosa. O cuidado tecnológico, por sua vez, se direcionava às práticas de cura.

Hoje, o fenômeno do cuidado promove novas reflexões, antecede um ação, passa a ser a maneira de ser, constitui a essência do ser. Está baseado nos valores e conhecimentos do ser que cuida para com o ser que é cuidado (WALDOW, 2006).

Ele se apresenta como um modo de ser, uma tarefa humana de ajuda mútua que resulta em crescimento, auto-realização, inserido numa dimensão ética e moral, como enfatizado anteriormente. Além disso, consiste em uma forma de conhecer, perceber, intuir e sensibilizar o outro e o ser-com-o-outro. Neste sentido, as relações de cuidado são apresentadas por Waldow (2004 apud WALDOW, 2006, p. 32-33) como “um compromisso do eu/self para com o outro e com o todo maior, o cosmos”.

É através do ato de cuidar que o ser se humaniza. A maneira de ser com o outro pode ser significativa quando expressa solicitude, denominando-se de cuidar do outro com consideração e paciência. Cuidar envolve atos e comportamentos humanos dotados de sentimento e fundamentado no conhecimento (CARVALHO, 2004).

Alguns comportamentos e atitudes são compreendidos como cuidado e Waldow (2006, p.87) destaca o “respeito, gentileza, amabilidade, consideração, compaixão, disponibilidade, responsabilidade, interesse, segurança e oferecimento de apoio, confiança, conforto e solidariedade”. Para esta autora, ao se conviver em um cenário robotizado, ilustrado por alta tecnologia e precisão, sofre-se uma adaptação em busca de uma aproximação com o mundo real, que se tornou um

mundo semelhante ao de ficção e luta-se pelo resgate humano de seu protagonistas (WALDOW, 2006).

De acordo com Waldow (2006, p. 89),

o processo de cuidar envolve crescimento e ocorre independentemente da cura. É intencional e seus objetivos são vários dependendo do momento, da situação e da experiência. Os objetivos de cuidar envolvem, entre outros, aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer. (...) na ausência de alguma enfermidade, no cotidiano dos seres humanos, o cuidado também é imprescindível, tanto como uma forma de viver como de se relacionar. O cuidado, de forma generalizada (...) consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar-no-mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento e da vida.

Neste sentido a autora considera que a finalidade do cuidar é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e aprender com as experiências (WALDOW, 2006).

Assim, o cuidado se desenvolve como uma ação dinâmica, resultado de reflexão e realizada com bastante desvelo. Quando presente desta forma, os pacientes percebem o cuidado com atenção, sentem-se seguros, e demonstram passividade nos procedimentos, que são feitos sem questionamentos (WALDOW, 2006).

O cuidado não deve ser tratado apenas como uma intervenção realizada no paciente. Esse relacionamento deve ser encarado como uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto, como observamos na maioria dos comportamentos. Segundo Boff (2004), a relação de cuidado não é de domínio, mas de *con-vivência*, não é intervenção, mas *inter-ação*. Para cuidar é preciso estar em sintonia com o outro.

Mas este é o grande desafio dos profissionais da saúde – cuidar do homem na sua totalidade, estabelecendo um vínculo com o outro, com respeito e empatia, priorizando a ação diante da dor e do sofrimento nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, atuando com competência tecno-científica e humana.

Neste sentido Pessini (2002), ao tratar do tema, diz:

Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros.

Neste contexto, o Ministério da Saúde implantou a política Nacional de Humanização, dentre outros programas, com o propósito de melhorar a qualidade das relações de trabalho na saúde, envolvendo a clientela e a equipe multiprofissional inserida neste processo.

Esta iniciativa não é recente, sendo trabalhada indiretamente desde a elaboração e promulgação da Constituição de 1988, quando a saúde da população passou a ser assegurada pelo Estado e o novo conceito de saúde, envolvendo o bem-estar físico, psíquico, social e econômico, passou a definir a terminologia saúde, através da lei 8080, em um contexto de articulação política, social e econômica através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este novo cenário e a necessidade de uma assistência mais humanizada, implica em mudanças. Desta forma, no ano de 2000 o Ministério da Saúde elaborou e pôs em prática o Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHAH) que sofreu algumas mudanças no decorrer dos anos e atualmente é uma Política Nacional de Saúde denominada Humaniza SUS (BRASIL, 2004).

Esta política têm como principais diretrizes: ampliar o diálogo entre os profissionais de saúde, defender o inter relacionamento pessoal profissional/paciente/família, entre a administração e os profissionais fundamentada numa gestão participativa, atendendo os três níveis de complexidade (BRASIL, 2004).

Apesar da humanização da assistência ser trabalhada através de várias iniciativas, ainda buscamos e brigamos por um cuidar mais humanizado, pois esta mudança deve partir de cada um de nós, uma mudança de atitude com relação ao outro e comportamento perante a vida, valorizando a comunicação e o

relacionamento pessoal, visto que as coisas do mundo só se tornam humanas quando intermediadas pelo diálogo entre os semelhantes (BETTS, 2006).

Boff (2005, p. 169) defende que “dialogar é entrar em reciprocidade e intercambiar. Todo ser humano é um ser dialogal (...) precisamos uns aos outros para ser humanos”. Além disso precisamos firmar e reafirmar os conceitos de dignidade, respeito, solidariedade transparência, não violência e a reverência para a construção da história de um mundo globalizado da humanidade humanizado (BOFF, 2005).

2.3 O SOFRIMENTO.

Durante o período de internação na UTI, o paciente passa por uma experiência extremamente marcante. São inúmeros procedimentos invasivos, setor fechado que não permite a presença constante do familiar, tecnologia de ponta, ruídos durante 24 horas, entre outros fatores considerados, por muitos autores, estressores nesse ambiente. Para Sebastiani (1984),

as características intrínsecas da UTI, como a rotina de atendimento mais acelerada, o clima constante de apreensão e as situações de morte iminente, acabam por exacerbar o estado de estresse e tensão (...) esses aspectos adicionados a singularidade do sofrimento da pessoa internada, medo, ansiedade e isolamento do mundo- trazem fatores psicológicos [...].

A forma como a doença se instalou, o seu comprometimento físico e o distanciamento dos familiares acarretam mudanças na vida do paciente e isso gera sofrimento. O sofrimento físico ocasionado pela dor e alterações orgânicas e o sofrimento psíquico, emocional, decorrente das perdas e medos gerados pelo internamento na UTI.

Para Cassel (apud PESSINI, 2006, p. 20), o sofrimento ocorre quando existe a possibilidade de “uma destruição iminente da pessoa, continua até que a ameaça de desintegração passa ou até que a integridade da pessoa é restaurada novamente

de outra maneira”. Para ele, o sofrimento, na doença, pode ser definido como sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda do controle e ameaça da integridade do eu.

Vergely (2000), estudioso sobre o tema, em seu livro intitulado *O sofrimento*, apresenta um estudo mais aprofundado e revela que o sofrimento tem aspectos diversos e não um único rosto. Para ele a dor faz parte da sensibilidade e apesar dos seus inconvenientes também encontramos vantagens ligadas à reversibilidade das coisas. É diante do sofrimento que conhecemos nossos limites, valorizamos nosso estado de vida, entre outros fatores.

Por outro lado, o sofrimento também é por muitos considerado primordial para a salvação divina. Vergely (2000, p. 48) diz que “o sofrimento desempenha duplo papel no seio das trocas sociais: um papel de restauração e um papel de instauração da troca social através do fato de pagar com sua pessoa”.

Mas a sua ênfase está voltada para o sofrimento como situação determinante para um repensar a vida, atitudes e comportamentos. Para ilustrar esta afirmação, Vergely (2000, p. 42) revela que “não é porque há sofrimento que a vida não tem sentido, mas é antes porque o sofrimento existe que a vida deve ter ainda mais sentido”. Desta forma, a dor é o primeiro sentimento que faz com que se perceba a vida.

O sofrimento se insere, portanto, em várias dimensões da vida, é existencial e, por sua vez, se reveste de uma teia de complexidade. Para Pessini (2006, p.22) “ele inclui as dimensões psíquicas, psicológicas, sociais e espirituais”. E mesmo citados anteriormente, merece destaque essas dimensões à medida que serão importantes para a nossa pesquisa. Sendo assim, falaremos um pouco de cada uma a seguir.

A dimensão física, a primeira a ser citada, está relacionada à patologia em si e todas a todas as alterações orgânicas que surgem. Ela surge de um ferimento, de uma doença ou da deterioração do corpo (...) impedindo o funcionamento físico e o relacionamento com os outros (Pessini, 2006, p. 23).

Na dimensão psíquica, Pessini (2006, p. 23) afirma que é “a dimensão do sofrimento, que pode ter múltiplos fatores causais num capítulo de alta complexidade na área da saúde mental”. Afloram inúmeros sentimentos como alteração de humor, perda do controle sobre o processo de morrer, sonhos e até necessidade de se redefinir perante o mundo.

A dimensão social é caracterizada pelo isolamento, relacionada à dificuldade de comunicação e introspecção do paciente, distanciando cada vez mais o profissional do seu cuidado. Nesse momento a presença solidária é fundamental no processo do cuidar e na recuperação da vontade de viver (PESSINI, 2006).

Por fim, temos a dimensão espiritual que surge da perda do significado, sentido e esperança. Nessa dimensão, é comum se dizer que “dói a alma”. É preciso de uma razão para lutar e viver, buscando-se aconselhamentos espirituais (PESSINI, 2006).

Esta questão do sofrimento humano, segundo Pessini (2006, p.28-29) “numa perspectiva ética filosófico-teológica (...), sempre exige um cuidado que alie competência técnico-científica e humanismo”. Este mesmo autor revela que:

O sofrimento suscita compaixão, isto é, empatia traduzida em ação solidária e não somente uma exclamação anestesiadora de consciência: ‘que pena’, ‘que dó’. A indiferença simplesmente é um fator desumanizante que aumenta mais a dor e o sofrimento. O sofrimento suscita respeito também. Em quem muito sofre acabamos criando uma auréola de sacralidade [...]. O sofrimento igualmente nos infunde temor, medo, porque nos vemos como num espelho: nossa fragilidade, nossa vulnerabilidade e nossa mortalidade, dimensões de nossa existência humana que nem sempre gostamos de ver lembradas. É procurando traduzir em gestos concretos o valor da pessoa humana em termos de autocuidado que estaremos melhor preparado para cuidar da vida com humanismo e competência técnico-científica.

Acreditamos no resgate do cuidado, capaz de refletir toda a sua essência, portador de uma visão holística, *multi, inter* e transdisciplinar. O ser humano é único e, na sua unicidade tem um corpo, um coração e um psiquismo que precisam aprender a conviver com o outro e seus limites, cultivando a esperança, compaixão, solidariedade, para crescer na perspectiva de fé em valores humanos (PESSINI, 2006).

Trajetória Metodológica

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A pesquisa é uma atividade das ciências que envolve o questionamento e a descoberta de uma realidade que nunca se esgota, concatenando a teoria e os dados obtidos. Polit, Beck e Hungler (2004, p.20) a definem como “investigação sistemática que usa métodos para responder às questões ou resolver os problemas”. Sua meta final é desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimento.

Neste capítulo, trataremos especificamente da trajetória metodológica que será aplicada para a realização deste estudo. De acordo com Minayo (2004, p.22), a metodologia “é o caminho instrumental próprio de abordagem da realidade”. Esse processo inclui as concepções teóricas, as técnicas utilizadas para apreensão da realidade, bem como os instrumentos utilizados e métodos para a interpretação do material captado.

Trata-se aqui de um estudo analítico e reflexivo, inserido em uma dimensão qualitativa, apresentando como característica observar, contar, descrever e classificar os fenômenos, além de investigar sua natureza complexa e os fatores aos quais se relaciona (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Como enfoque metodológico trabalhamos com narrativas sob a ótica da Fenomenologia, que segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.205), “tem suas raízes disciplinares tanto na filosofia quanto na psicologia, preocupa-se com as experiências vividas pelos seres humanos”. Dessa forma, para um melhor entendimento sobre o nosso percurso metodológico, faremos breves considerações sobre o referencial teórico-metodológico que direcionou este estudo.

3.1 A FENOMENOLOGIA

A Fenomenologia tem o seu significado derivado da palavra “fenômeno”, que se origina da expressão grega “*fainomenon*”, derivada do verbo “*fainestai*”, que significa “mostrar a si mesmo”. É uma ciência do possível, já que faz referência à

possibilidade enquanto modo de ser da existência humana, sem rotular, mas permitindo a adaptação à essência humana (MARTINS; BICUDO, 2003).

Este termo surgiu por volta de 1764 com Lambert em seu livro intitulado *Novo Organom – teoria da ilusão –*, mas somente em 1807, com Hegel, a Fenomenologia passa a ser conhecida no meio filosófico – a Fenomenologia do Espírito – não com força total, pois o Positivismo predominava e dominava o saber, sendo considerado como o único modo de fazer ciência.

No final do século XIX, mais precisamente por volta da década de 1880, o pensamento positivista, bem como toda sua confiança e onipotência que repercutia na ciência, sofre uma fase de crítica e crise, na qual coloca-se em questão a verdade e a relatividade da ciência, buscando-se restaurar a exigência de um conhecimento crítico e um sujeito pensante que o Positivismo queria eliminar. Exige-se uma filosofia que dê conta do sujeito concreto na sua vida cotidiana e no seu compromisso histórico (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

A crise surge e abala a estrutura de uma ciência plena, metódica e rigorosa na sua maneira de fazer ciência. Mas a crise oferece a oportunidade de uma nova abertura, de um leque para novos horizontes (POKLADÉCK, 2004).

Neste contexto, Edmund Husserl, apaixonado pela Matemática e pelas ciências, rende-se à Filosofia, na busca de compreender para além das técnicas, tentando ligar a Filosofia à ciência. Nessa inquietação intelectual, o seu encontro com Franz Brentano foi uma revelação e, sob sua influência, Husserl converte-se à psicologia descritiva dos atos que constituem os objetos matemáticos, imprimindo uma nova direção e aplicando a descrição dos fenômenos em questão (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

Surge então a Fenomenologia fundada com Husserl, perante uma crise filosófica. Este propõe o retorno às coisas mesmas, a descrição da consciência pura e imaginária, a análise daquilo fundamentalmente anterior a toda e qualquer relação ou explicação científica, tendo como ponto de partida a própria realidade (DARTINGUES, 1992).

O seu ideal era construir uma filosofia/ciência que fosse base para toda e qualquer ciência. Desta forma, Husserl (2000, p.22) diz que “a fenomenologia é a doutrina universal das essências, em que se integra a ciência da essência do conhecimento”.

Este método, apesar de surgir no início do século passado com Edmund Husserl, na Alemanha, influenciado pelos pensamentos de Platão, Descartes e Brentano, posteriormente foi ocupando seu espaço no mundo das ciências e influenciando pensadores como Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, dominando a Europa, com repercussão nos Estados Unidos e, na atualidade, em todos os continentes (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

É na direção da experiência que a pesquisa fenomenológica caminha, uma vez que tal perspectiva enfatiza a dimensão existencial do viver humano e os significados vivenciados pelo indivíduo no seu estar-no-mundo (DUTRA, 2002).

Boss (apud COLTRO, 2000, p.03) retrata a Fenomenologia como um método que possui uma abordagem que não se apega somente às coisas factualmente observáveis, mas que tem a intenção de “penetrar seu significado e contexto com um refinamento e precisão sempre maiores, enfatizando-se a relação de sujeito/sujeito em detrimento da relação sujeito/objeto”.

Husserl, por sua vez, defendia que o ser humano valoriza e busca a compreensão do sentido das coisas, mas nem todas as coisas são imediatamente compreensíveis. Porém compreender o sentido das coisas é uma possibilidade humana, não há importância o fato existir, mas sim o sentido desse fato.

A Fenomenologia, deste modo, enraizada por uma tradição filosófica desenvolvida por Husserl, é uma maneira de pensar sobre as experiências de vida dos indivíduos, dando-se destaque a interpretação e compreensão da experiência humana em direção à abertura do ser (DUTRA, 2002; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Essa filosofia tinha como finalidade a investigação direta e a descrição dos fenômenos experienciados pela consciência, livre de regras e teorias pressupostas, consistindo em uma ciência descritiva das essências e dos seus atos (DARTINGUES, 1992).

Várias discussões foram realizadas sobre essa nova forma de fazer ciência, voltada para o ser no mundo e na sua realidade, e a Fenomenologia foi se fortalecendo e crescendo no campo da ciência. Então inúmeros conceitos foram formulados, na intenção de compreender tal método. Capalbo (1990) defende que a Fenomenologia é uma forma de fazer ciência de maneira particular, substituindo as estatísticas pelas descrições individuais, e as causais por interpretações

provenientes das experiências vividas, revelando-a como uma ciência descritiva, rigorosa e preocupada com o mundo vivido.

Diante desta discussão, Giorgi (2000) refere que essa descrição do fenômeno desvelado através da experiência vivida/ mundo vivido permite a investigação científica fundamentada na abordagem fenomenológica, que se apresenta como método científico.

Para Demo (1995), a Fenomenologia primeiramente tenta compreender a realidade social na sua mais profunda intimidade, reconhecendo o existencial, irreduzível à realidade natural, sem, todavia, se deixar aprisionar por esta. Masini (1989), por sua vez, acredita que não há um método e sim uma postura fenomenológica capaz de compreender o que se mostra.

Bicudo (2000, p.72) considera que “a pedra angular da fenomenologia é a intencionalidade: e a atitude dela decorrente não é a mais natural, porém a fenomenológica”. O centro dessa atitude é a própria consciência e está diretamente relacionada à percepção e neste sentido a intencionalidade é o aspecto essencial da consciência (GIORGI, 2000).

Husserl (1965) tem como proposta a busca direta do mundo vivido, a experiência da consciência. Assim, entendemos que existe uma relação entre o sujeito e o mundo, sendo aquele dotado de consciência que se dirige ao objeto, que será sempre objeto para essa consciência.

Neste sentido, a Fenomenologia Husserliana caracteriza-se como a ciência das essências, preocupada em descrever o fenômeno como ele é, incluindo todas as formas pelas quais este se apresenta.

Revelada como um método científico inserido na pesquisa qualitativa, a fenomenologia, tem como propósito desvendar os fenômenos que se manifestam nas consciências dos sujeitos, buscando compreendê-los. Deste modo, o fenômeno pode ou não ser vivido pelo pesquisador, considerando-se que os dados devem ser obtidos através de relatos, entendendo-se que a nossa consciência não é única (MOREIRA, 2002).

Neste contexto, destacam-se duas linhas na Fenomenologia como método científico: a Husserliana ou descritiva da essência do fenômeno; e a interpretativa de Heidegger, que propõe a busca dos significados do fenômeno (LOPEZ; WILLIS, 2004).

Na perspectiva descritiva da essência do fenômeno, a experiência é apresentada da forma como ela é. Utiliza-se da focalização sobre a experiência vivida e sua significação. Trata-se da descrição exaustiva do fenômeno com a finalidade de apreender a sua essência. Bicudo (2000, p.77) afirma que “a descrição é um protocolo que se limita a descrever o visto, o sentido, a experiência como vivida pelo sujeito”. E para chegar ao fenômeno utiliza-se da redução fenomenológica, denominada por Husserl de *epochè*. Neste processo suspende-se todos os recursos e qualquer saber que não é dado no seu sentido puro (HUSSERL, 2000).

A outra linha da Fenomenologia se revela como a Fenomenologia Hermenêutica aplicada por Heidegger, com a finalidade de, além de descrever o fenômeno, refletir sobre aquilo que se mostra, tentando interpretá-lo e compreendê-lo.

Esta fenomenologia busca descobrir, analisar e descrever, indo mais a fundo na experiência relatada, com a intenção de desvelar sentidos ocultos (MOREIRA, 2002). Neste sentido, para este estudo, tal linha foi de fundamental importância como base metodológica, visto que buscamos não somente descrever a experiência acerca do internamento em uma UTI, como também nos propusemos a identificar e compreender as situações que causam sofrimento nesta experiência.

3.2 O CAMINHO PERCORRIDO

Para compreender melhor o fenômeno revelado a partir das experiências captadas nos depoimentos, utilizamos-nos da técnica de narrativas.

A narrativa é o procedimento que contempla a experiência contada pelo narrador e ouvida pelo outro, o ouvinte. Este, por sua vez, ao contar aquilo que ouviu, transforma-se ele mesmo em narrador, por já ter incorporado à sua experiência a história ouvida. O relacionamento deste modo de pensar a experiência e a narrativa como a sua expressão, leva-nos a caracterizar a narrativa como uma técnica metodológica apropriada aos estudos que se fundamentam nas idéias fenomenológicas e existenciais. Através desta técnica podemos nos aproximar da experiência como ela é vivida pelo narrador (DUTRA, 2002).

Dutra (2002, p. 374), ao tratar das narrativas, afirma que:

O autor, na sua forma de ver a narrativa, reconhece-a, legitimando-a como expressão de uma dimensão fenomenológica e existencial. Supõe que, de uma certa maneira, o ato de contar e ouvir uma experiência envolve um estar-com-no-mundo, uma relação de intersubjetividade, que se dá num universo de valores, afetos, num passado que se articula com o presente e apoiado numa situação que reflete, revela, conserva e transcende o mundo em que esses personagens estão inseridos.

Por outro lado, a vivência do processo saúde/doença/hospitalização faz a pessoa ter uma história para contar, história essa que não é separada do processo de viver, mas que pode ser convergente à maneira de ver o mundo e de viver nele, passando também a fazer parte desse mundo. São relatadas várias situações vividas, que, no seu todo, têm um sentido que as transforma em histórias acessíveis aos outros (SILVA; TRENTINI, 2002).

Castiel (1999 apud SOUZA, 2003, p. 19) revela que “as narrativas retratam a vida humana, que por sua vez é impregnada de narrativas”. O nosso cotidiano é o retrato dos papéis que desempenhamos, damos forma e sentido diariamente e que são narradas. O passado, por sua vez guardamos sob forma de narrativas, assim como podemos prever o que nos aguarda no futuro, também sob forma de narrativas. Desta forma, ela é essencial à sabedoria prática e individual.

Para Labov (1977 apud SILVA; TRENTINI, 2002, p.61), a narrativa compõe “o passado, o presente e o futuro articulados. No relato de sua experiência, a pessoa “re-vive” e “re-conta” todos os eventos sob o olhar do presente, além de poder projetar atividades e experiências para o futuro”. Esse processo proporciona novas reflexões e a possibilidade de encontrar explicações e novos significados para os acontecimentos. Isso implica estados intencionais que aliviam ou que ao menos tornam familiares as experiências e sentimentos que confrontam a vida cotidiana (SILVA; TRENTINI, 2002).

Narrar as narrativas, eis o nosso papel diante da história contada de cada participante. Conforme Souza (2003) é desse material que surgirão evocações que nos convocarão a tematizar e analisar aquilo que, muitas vezes, deixamos passar pela pressa de nosso tempo, pelos limites de nossa razão, conceitos interiorizados e outros aspectos.

Nesse contexto, para chegarmos ao alvo desta investigação, que consiste na compreensão das situações que causaram sofrimento às pessoas que vivenciaram uma experiência em UTI, utilizamos o aparato teórico e científico que envolve a técnica da narrativa fundamentada pela Fenomenologia.

Assim, para ouvir as narrativas aplicamos a técnica de entrevista, norteadas por um questionamento básico – como foi a sua experiência durante internamento na UTI? –. Além disso, fizemos uso do gravador, com autorização dos participantes, para melhor captação das referidas narrativas.

A entrevista gera situações de interação e, portanto, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na sociedade, por isso deve ser incorporada ao seu contexto, o que justifica vir acompanhada e complementada pela observação (MINAYO, 2004). A autora afirma que além da fala mais ou menos dirigida, apreendem-se as relações, as práticas, os gestos e cumplicidade e a fala informal sobre o dia-a-dia.

A entrevista, por sua vez, é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional, tendo como objetivo principal a obtenção de informações do entrevistado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os sujeitos participantes do estudo foram selecionados de forma intencional, correspondendo aos seguintes critérios: ter vivenciado uma internação na UTI, de forma consciente, no intervalo mínimo de 48 horas, por meses de novembro e dezembro de 2008, período destinado às entrevistas. Vale salientarmos que, sendo a autora da pesquisa, profissional que trabalha em UTI, a busca dos participantes foi efetuada logo após a alta do paciente para a enfermaria ou apartamento, embora a entrevista somente tenha sido realizada uma semana após sua alta da UTI, visto que no momento da alta ainda se encontrava um tanto debilitado.

Após cada entrevista, com total aquiescência dos participantes e obedecendo ao estabelecido pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, demos prosseguimento ao estudo pormenorizado das narrativas para proceder à análise propriamente.

Para esse procedimento, trabalhamos com a análise de conteúdo, que, segundo Bardin (1979 apud MINAYO, 2004, p. 199), trata-se de:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção desta mensagem.

Na busca de compreender a experiência narrada, no contexto da análise de conteúdo, utilizamos a técnica da análise temática. Essa técnica, de acordo com Minayo (2004, p.208), “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja a presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico visado”. Essa estratégia é composta por três etapas, definidas como pré-análise, exploração do material e interpretação.

Segundo Minayo (2004, p. 210) “[...] nessa fase pré-analítica determina-se a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos técnicos gerais que orientarão a análise”. Na exploração do material temos a codificação, que conforme Bardin (1979 apud MINAYO, 2004, p. 210) “realiza-se na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto”.

Por fim, tratamos da interpretação, momento de colocar em destaque as informações obtidas, apresentando inferências e interpretações sobre as narrativas.

Destarte, gostaríamos de ressaltar que os participantes da pesquisa foram denominados com nomes fantasias para manter anonimato, sigilo e privacidade no estudo. Para essa identificação, elas expressam os sentimentos de cada um, conforme foram emergindo por ocasião de suas narrativas.

As experiências -
as narrativas

4 AS EXPERIÊNCIAS – AS NARRATIVAS

Antes de dar início à análise com todas as suas propriedades, decidimos contar um pouquinho da experiência de cada um dos participantes deste estudo, na intenção de proporcionar uma maior aproximação, daquele que lê, com os nossos personagens, acreditando ser de grande importância para a compreensão do proposto pelo estudo.

Foram cinco histórias ouvidas, vivenciadas de formas diferentes, mas que trazem consigo a experiência do internamento na UTI e todas as suas características. Além disso, é importante destacar que o fato de conhecer e participar indiretamente do cuidado, não nos deu a liberdade de interferir no conteúdo apresentado, mas sim de perceber as expectativas, sentimentos, angústias, esperanças, medos e a alegria da vida nova revelada, entre outras descobertas.

Durante a realização da entrevista, cada participante fez transparecer uma característica que nos envolveu, tornando-se o título de cada narrativa e o seu codinome, denominados como: Amor, Generosidade, Coragem, Compaixão e Simplicidade.

O amor

Para Comte-Sponville (1999, p.241-311) em livro intitulado – pequeno Tratado das Grandes Virtudes –, conta que o amor “é uma espontaneidade alegre (...) é essa alegria que se soma ao prazer, que ilumina, que o reflete como no espelho da alma, que o anuncia, o acompanha ou o segue, como uma promessa ou um eco de felicidade”.

O amor é o sentimento mais puro e sincero que o homem um dia sonha em viver e não sabe ele que a cada segundo o experimenta... seja no sorriso que vem do coração, seja na confiança em quem mesmo ausente está sempre ao lado, ou nos desafios que enfrentamos receosos, mas que com nossa sabedoria conseguimos vencer com maestria, além de outros inúmeros momentos que passam

despercebidos. Mas o amor desta história tem 80 anos de vida, é do sexo feminino, solteira e tem formação universitária completa. Por um momento de sua vida, teve que se submeter a um procedimento cirúrgico de urgência.

Era um dia de domingo, quando começou a apresentar uma dor no peito que não passava e, em casa, ligou imediatamente para a irmã, que a orientou a ir ao Pronto-Socorro imediatamente.

Lá no hospital privado demorou a ser atendida, apresentando, no decorrer do tempo, uma piora do quadro, chegando a vomitar sangue, aumentando, assim, a sua angústia. Colocaram-na em uma sala, fizeram exames laboratoriais, radiológicos e Ultrassonografia e, mais tarde, depois de algum tempo, foi que se definiu que iria ser realizada uma cirurgia, pois *amor* estava com hérnia de diafragma e não poderia esperar mais.

Relembrando todos os seus momentos, após um pequeno silêncio, *amor* revela:

- Passei um dia de muito sofrimento.

Não se sabe a hora, porque tudo acontece tão rápido que se perde a noção do tempo. A única coisa que se pensa nesse momento é em recuperar a saúde. É como diz: - *A pessoa não vê quase nada (...) Eu me entreguei a Deus e o que acontecesse tava tudo bem, tudo que fizesse comigo eu ia aceitar.*

Mas tudo transcorreu bem. Finalmente *amor* realizou a sua cirurgia e foi encaminhada para a UTI. Chegou lá ainda sonolenta e quando acordou não sabia dizer se era segunda ou terça-feira, dia ou noite e nem sabia que lugar do hospital era aquele, só sabia que estava num lugar estranho. Faltou informação, comunicação, - *porque você imagine, eu estava no hospital e daqui a pouco estou numa cirurgia, mesa de cirurgia, fico na UTI, acordo e não sei onde estou -*, além disso também tinha a iluminação acentuada, segundo ela era *aquele clarão, porque [a UTI] é toda muito iluminada, e eu não sabia, para mim era meio dia.*

Hoje, diz a todos que precisam ir para a UTI que não precisa ter medo porque lá é um lugar de ajuda. Nesse lugar é mais bem assistido, tem médico, enfermeiro, todos por perto. Só não tem os familiares, e isso é que dá saudade, - *a gente fica isolado de todo mundo seu.* Por isso é importante que se estabeleça um vínculo entre o paciente e o profissional, que haja comunicação, orientação sobre a doença e o tratamento aplicado.

Apesar de ser bem atendida, *amor* diz que lá na UTI ficou totalmente entregue, segundo ela – *não sabia se ia ou se vinha*–, ficava observando a rotina de trabalho esperando que alguém viesse conversar. Mas todos eram muito atarefados, estavam diante de um trabalho árduo, dia e noite e no final o cansaço. É uma missão bonita e espinhosa, mas - *Está tratando do ser humano e o ser humano precisa de carinho. Ninguém me olhou com cara feia de jeito nenhum, mas a gente sente aquela necessidade daquela palavrinha de estímulo... a gente precisa conversar mais para entender o outro, isso é importante.*

E foi assim que relatou a sua experiência na UTI. Foi uma experiência difícil, na qual a solidão pela distância dos familiares e pela pouca comunicação entre a equipe e o paciente foram fatores geradores de sofrimento durante o tratamento.

Generosidade

A generosidade é a virtude do dom, subjetiva, singular, espontânea, afetiva, plenamente do coração e se encontra completamente integrada às exigências do amor, da moral e da solidariedade (COMTE-SPONVILLE, 1999).

Nesta narrativa, *generosidade*, 51 anos, sexo feminino, tem o ensino superior completo e em um momento crítico de sua vida vivenciou uma experiência em UTI de forma completamente consciente.

Ela não é de falar muito, é tanto que ao perguntarmos sobre a sua experiência na UTI, no início, isso gerou um certo silêncio na sala e depois uma respiração profunda. Ela desviou o assunto, perguntando se eu gostaria de tomar água, pediu para sua sobrinha abaixar a televisão e então começou a contar a sua experiência.

Tudo começou quando ela precisou se submeter a uma cirurgia para redução de estômago como terapêutica para diabetes e hipertensão severa que vinha apresentando, de forma descompensados. O seu médico indicou este procedimento com a orientação de realizar o pré-operatório e o pós-operatório na UTI.

Para ela uma experiência de UTI nunca é boa, pois se sabe que só vai para lá quando se está bastante doente. Mas desta vez a UTI foi um conforto. Ela disse: - *A UTI pra mim foi um conforto, a gente tem tudo à mão e à hora, as pessoas que*

estavam presentes lá, todos os componentes eram uma pessoa de um atendimento bem humano, eu não tenho nada a reclamar.

Mesmo sendo um conforto, *generosidade* reclamou do barulho existente nesse setor, a conversa constante entre a equipe, os equipamentos com os alarmes apitando o tempo todo, entre outras coisas. O paciente está ali doente e precisa de repouso, de silêncio, às vezes passa a noite toda sem dormir e aí quando vai pegando no sono vem o barulho. *Tem horas que colocam uma televisão para dois pacientes e não se pergunta se um ou o outro quer ou não assistir. Eu acho até que é bom, que é para a terapia para a cabeça de está num período difícil ali dentro, ver televisão, você ver alguma coisa, você não fica totalmente distante, porque a gente tá ali, a gente não sabe o que é dia o que é noite, a gente não sabe de nada, não tem relógio não tem nada né? e a TV lhe dá, mas tem que ter bom senso.*

Sobre a sua internação essa foi a única reclamação e o que Lhe gerou mais sofrimento, pois tinha muita dificuldade para dormir, descansar. Elogiou a equipe e ressaltou o tratamento bastante humano, mas que precisa ser mais trabalhada na intenção de proporcionar mais conforto ao paciente.

Coragem

A coragem, por Comte-Sponville (1999, p. 51) “é a mais universalmente admirada. (...) é a virtude dos heróis; e quem não admira os heróis?”.

Neste contexto, *coragem* é uma mulher batalhadora, 36 anos, ensino médio completo, dona de casa e no momento pretende cursar uma faculdade particular. É casada, ainda não tem filhos e há algum tempo vem enfrentando uma doença que vem Lhe causado muito sofrimento.

Ela é portadora de uma doença cardíaca chamada fibrilação atrial crônica e há muitos anos freqüenta pronto-socorros, indo mais de uma vez para a UTI. Além disso a sua mãe faleceu com o mesmo problema.

Mas a primeira vez que soube que ia ficar na UTI ela chorou muito e, quando conta sobre isso, revela que: - *tinha aquela impressão assim de que você vai para UTI porque tá muito mal, tá muito mal, aí eu comecei a chorar e começar a lembrar de todo mundo de casa, aí comecei a ligar antes de ir para a UTI. Quanto mais eu*

ligava mais chorava, aí o médico suspendeu o celular, aí a menina foi me explicando que era porque eu precisava de um tratamento mais intensivo.

É nesse momento que mais precisamos daqueles que amamos, mas quando se vai para a UTI os familiares não podem ir junto, então a pessoa se sente como se estivesse isolado de todos, gerando sofrimento naquele que já está enfrentando as dores e limitações da doença. - *Teve um dia que veio minha família me visitar, que eu não queria que viesse ninguém, só meu esposo, nesse dia eu achei muito ruim porque o tempo que passou o pessoal entrando eu passei chorando, eu gostei de ver, mas sei lá, me deixou mais deprimida, era com se eu não fosse mais sair dali.*

O seu último internamento foi de quatro semanas, com a impressão que não sairia mais daquele lugar. Foi cardiovertida por seis vezes, não resolvendo o problema. Fez medicamentos na veia por todos esses dias, furada várias vezes, braços doloridos, banho no leito e no final teve que realizar um implante de marcapasso. Foi uma experiência dolorosa.

O que me ajudou muito é vir sempre para a mesma UTI, porque aí eu já conhecia todos, aí é como se passasse mais segurança. Quando eu entro aí todo mundo já diz: de novo?

Neste sentido, o fato de procurar sempre o mesmo serviço ajudou bastante o enfrentar da doença e os vários internamentos em UTI, pois ela acabou conhecendo e se familiarizando com os profissionais do serviço, facilitando o seu tratamento, por se sentir mais segura. Em relação a isso ela diz: - *A outra UTI que eu já fiquei tem mais conforto, mas assim a equipe não interage com você e a daqui não eu achei muito boa, tanto as enfermeiras chefes como as outras, se preocupam, quando vê que você tá meio assim triste vem conversar, tão sempre atentas à medicação, a tudo.* Essa segurança gera conforto, tranqüilidade e esperança ao paciente que passa a entender que, mesmo estando grave, vai ficar bom.

E foi assim que *coragem* revelou sua experiência na UTI. Ela sabe que ainda vai ter que se submeter a procedimentos cirúrgicos, a outros internamentos, mas ela nunca perde as esperanças, apesar de chorar, ter pensamentos negativos quando vai se internar e falar como se fosse uma criança indefesa, procura erguer a cabeça, deseja não passar por tudo novamente, mas se tiver de ser que seja.

Compaixão

Mulher, 52 anos, bom emprego, nível superior, solteira. Expressão forte, fala pausada, impressionou durante seu depoimento e nos fez sentir como se também tivéssemos vivido a sua experiência.

“A Compaixão é a simpatia na dor ou na tristeza, [...] é participar do sentimento do outro.(...) é recusar-se a considerar um sofrimento, qualquer que seja, como um fato indiferente, e um ser vivo, qualquer que seja, como coisa” (COMTE-SPONVILLE, 1999, p. 117-118).

Ela entrou na UTI de forma consciente, vindo transferida de outro hospital e não sabia que ia ficar por tanto tempo. O seu problema era no pulmão e não se sabia do que se tratava, pois os médicos ainda estavam investigando.

Para *compaixão* a experiência em UTI foi complicada, difícil. Lá ela viu muita coisa, viu gente morrendo, um senhor que teve o seu caso complicado e que acabou falecendo ao seu lado, deixando-a muito triste. Tudo isso esperando realizar uma cirurgia para investigação do seu problema.

Nesses dias, teve dificuldade respiratória, tendo que colocar uma máscara para ventilação não-invasiva, o que não era nem um pouco confortável. Tinha dias que olhava para o relógio e a hora não passava. Não dormia lá dentro, dormia muito pouco e muitas vezes ficou atordoada por ficar tanto tempo ali dentro. Além disso, ela também revelou comentários impróprios feitos pela equipe, como na sua fala: - *Teve uma enfermeira lá que disse o que não era verdade, que minha família não estava ligando para mim lá dentro, e minha irmã ia lá todo dia, duas vezes por dia, só que ela não tava lá, e ela falou isso para o cara do raio x e eu escutei, eu ia revidar mas decidi me calar. Tinha uma enfermeira lá, ela não me dava atenção, ela chegava, olhava de longe, mas não chegava perto.* Isso gerava sofrimento, além dos causados pela doença.

Mas, apesar de ter sido uma experiência difícil e dolorosa, trouxe ensinamentos para ela viver melhor, *trouxe uma crença melhor na vida.* Como revelou em seu depoimento, *compaixão* passou a acreditar mais na vida e nas pessoas, mudou completamente a maneira de ver o mundo, enriqueceu a maneira de viver

Foi uma experiência dolorosa e contá-la novamente fez *compaixão* reviver todos os momentos e nos levar junto com ela. Narrar sua história nos faz refletir sobre todas as nossas atitudes diante da vida.

Simplicidade

A Simplicidade não é uma virtude que se some à existência. Ela é a própria existência. É liberdade, leveza e transparência. Para Comte-Sponville (1999, p. 170) “é quietude contra inquietude, alegria contra preocupação, ligeireza contra seriedade, espontaneidade contra reflexão, amor contra amor-próprio, verdade contra pretensão”.

Simplicidade tem esse nome não é por outro motivo, é que diante de toda sua simplicidade transmite a todos que estão ao seu redor muita alegria e força de viver.

É mulher de 80 anos, mas parece menina com tanta vitalidade, ensino fundamental incompleto e inculcada de muita sabedoria.

Seu internamento se deu devido a uma dor de cabeça uma tontura e um desmaio em seguida. Ela estava sozinha em casa com a sua netinha e quando isso aconteceu ela pediu ajuda, sua netinha ligou para a mãe e quando ela chegou levou *simplicidade* para o hospital. É impressionante que, quando sentiu que estava muito doente, prontificou-se em arrumar uma bolsa com alguns materiais de higiene e roupas.

Chegou na UTI inconsciente e depois de um dia começou a acordar, mas não reconhecia ninguém. Quando recebeu a visita de uma amiga que viveu na sua casa desde os onze anos de idade foi que começou a reconhecer as pessoas.

Ela gostava muito do tratamento dispensado, como chegou a dizer no seu depoimento: - *As meninas chegavam para cuidar de mim, pra mudar fralda, pra tudo, elas eram muito boa, muito gentil, elas... minha querida, meu amor. Era ótimo lá, num sabe?*

Mas a princípio ela não percebeu que estava no hospital, só depois que começou a conhecer as pessoas foi que notou que estava cheia de fios, *cheia de coisas*, mas ainda não tinha uma consciência do local. Além disso, foi a própria família que disse a ela que estava na UTI.

Para *simplicidade* estava tudo bom, às vezes a consciência lhe fugia, mas logo em seguida recuperava. Para ela era como se nada tivesse acontecido, como se não tivesse ninguém. E ela terminou sua história dizendo: - *Era como se eu não tivesse filho, não tivesse ninguém, eu sei que eu tava assim num espaço muito bonito, lá era uma coisa branca, uma paz, uma tranquilidade. Você não fica mais nesse mundo não vai embora direto pro outro, que foi o que eu pensei, que já estava no outro, mas depois foi passando tudo, graças a Deus.*

Compreendendo a experiência de pacientes em uma UTI

O ser humano é capaz de adaptar-se ao meio ambiente desfavorável, mas esta adaptação não ocorre impunemente (Levi, 1971).

5 COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE PACIENTES EM UMA UTI

A partir do material empírico resultante das histórias de pacientes participantes deste estudo, temos a pretensão de apresentar neste espaço o que nos foi revelado. Torna-se importante assinalar que buscamos registrar as revelações da forma mais fidedigna possível, embora reconheçamos a intersubjetividade que se interpõe entre o pesquisador e seu interlocutor, no caso, o paciente.

Foram cinco histórias marcantes, que representaram a experiência de cinco pacientes que se internaram na UTI por mais de 48 horas e lá permaneceram de forma consciente. Dessas histórias emergiram três categorias, as quais denominamos:

- A vida por um fio: o medo da morte;
- Entre quatro paredes: o mundo da UTI;
- A esperança de viver: a perda da autonomia.

5.1 A VIDA POR UM FIO: O MEDO DA MORTE

A hospitalização causa estresse, ansiedade e outros inúmeros sentimentos. Quando se fala em UTI, esses sentimentos se exacerbam, pois o nome *Terapia Intensiva* já provoca por si só uma sobrecarga emocional tamanha, pelo fato de associar-se a esta palavra uma piora das condições gerais do doente, colocando-o, por vezes, em proximidade com a morte (SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005).

Receber a informação de que vai se internar em uma UTI faz o sujeito trazer à tona todos os seus pensamentos, conceitos e medos, bem como outros sentimentos que florescem devido ao desconhecimento da UTI e porque trazem consigo a visão de terminalidade, não sendo visto como um local de tratamento e recuperação para a vida.

De acordo com Severo e Girardon-Perlini (2005, p.24), evidencia-se a associação de UTI como sinônimo de morte e doença grave e que ao ter

conhecimento que será internado na UTI, imaginam que o seu quadro clínico é mais grave do que supunham. Em muitos momentos, o paciente não tem a percepção acerca da gravidade do seu caso e quando recebe a notícia de que precisa de cuidados intensivos passa a se sentir mais doente do que realmente, surge o desespero e o pensamento que está morrendo.

Na história de uma das participantes do estudo podemos observar que no momento em que ela soube que ia para a UTI chorou muito e na sua fala disse:

Tinha aquela impressão assim de que vai para UTI porque tá muito mal, tá muito mal, aí eu comecei a chorar... (coragem)

Gomes (1988), em seu trabalho sobre o paciente na UTI, comenta que a doença em si, a maneira como se instalou e a sua repercussão na estrutura física, bem como as mudanças causadas na vida do indivíduo, retratadas pelo internamento na UTI, são fatores responsáveis por grandes tensões emocionais.

Outra entrevistada revela que:

A experiência de UTI nunca é boa, você sabe que vai para lá quando se tá bastante doente. (generosidade).

Concordamos com os autores quando afirmam se tratar de uma experiência dolorosa, estressante, ímpar na vida de alguém. Além do enfrentamento da própria doença, estando consciente, o indivíduo acaba se tornando espectador não só do seu tratamento, mas também daquele que está ao seu lado, vivenciando situações de emergências e mortes, levando-o a sentimentos de tristeza, aumento de sua ansiedade e ao pensamento de que poderá ser o próximo. Para ilustrar vejamos o que *compaixão* nos conta em sua experiência.

Eu vi muita coisa ali, vi gente morrendo, vi um senhor... [silêncio] é... que eu fiquei triste pra caramba, e eu não achei que fosse passar tanto tempo dentro da UTI, consciente, é, vendo tudo que eu vi, passando tudo que eu passei... (compaixão).

É claro que em todas as UTI's o paciente não fica, necessariamente, exposto e nem participa de tudo que acontece com o seu companheiro ao lado. Isso está, em grande medida, relacionado à estrutura física do local e isso ocorre, a equipe se encarrega de proteger o paciente, colocando biombos ou cortinas. Apesar desses cuidados, não tem como evitar o barulho, o corre-corre, toda movimentação que envolve a condição de se tentar reverter uma situação iminente de morte.

Ao tratar desta temática, em seu trabalho sobre a percepção dos pacientes quando internados em uma UTI, Severo e Giraron-Perlini (2005, p.26) relatam que nas UTIs “os pacientes geralmente permanecem juntos, no mesmo espaço físico ou com divisórias que possibilita aos internos ver uns aos outros, ouvir e perceber tudo que acontece ao seu redor”. Havendo por vezes relatos de ansiedade e sofrimento por ter que permanecer no mesmo local que outros doentes, desconhecer o que está ocorrendo com eles, despertando sentimentos de angústia, dúvidas e medos.

Com relação a este sentimento, observamos na fala de *amor* a sua preocupação, solidariedade e compaixão com o outro, justificando o corre-corre dentro daquele ambiente e transformando o seu problema em algo menor, pois alguém que está do seu lado se encontra mais grave e necessita de maiores cuidados.

*Eu não sei se toda UTI é daquele jeito, eu estava numa cama que assim no meio ficava os enfermeiros de La estavam vendo todo mundo(...) as pessoas que estão ali são muito carentes, né! E eu entendia, todos que eu olhava, todo mundo estava precisando de ajuda (*amor*).*

Entendemos o sofrimento do paciente que vivencia essa experiência, mas não podemos deixar de reconhecer que não são somente os momentos de morte o que vivenciamos. Observamos a luta pela vida que acontece com sucesso e o paciente é encaminhado para a enfermaria ou apartamento e, logo em seguida, para casa.

Embora cada paciente relate a sua experiência ao seu modo e de forma diferente, observamos que após a alta há uma mudança sobre a percepção em relação à UTI, que passa a ser vista como sinônimo de vida. Para Severo e Giardon-Perlini (2005, p.25), “após viver o impacto de estar internado em uma UTI, começam

a perceber este lugar como um ambiente para recuperar a saúde e reencontrar a vida”.

Quando isso acontece, surge uma nova visão sobre a UTI: passa de um lugar para onde se vai para morrer, para o ambiente de boa assistência, mais seguro, no qual se é melhor cuidado, como podemos ler nos seguintes recortes

Lá é o lugar de ajuda. Eu acho que lá a gente fica mais bem assistido (...) e o tempo passou e eu fui muito bem atendida, toda hora tinha médico para mim, estava sempre cuidando de mim, tirando minha pressão, a medicação, essa coisa toda. Eu acho que foi uma coisa para mim, uma experiência (...) nem acho que é a pior coisa não. Eu acho que é uma maneira de você chegar a uma situação melhor. Foi lá então que eu me restabeleci e estou aqui, firme e forte (amor).

A UTI pra mim foi um conforto, a gente tem tudo à mão e à hora (generosidade).

Diante desses sentimentos, podemos depreender que, apesar do medo de estar em uma UTI, a segurança e o fato de se sentir bem cuidado pela equipe profissional aparecem como pontos positivos que vêm ajudar no tratamento e na recuperação, bem como na formação de um novo conceito sobre a terapia intensiva (BRANDÃO; BASTOS; VILA, 2005).

Cabe, igualmente, reforçar a importância do cuidado e o vínculo estabelecido entre a equipe e o paciente, na promoção de uma assistência humanizada, por ser esta imprescindível em toda e qualquer situação que envolva enfermidades, incapacidades, recuperação e, principalmente, durante o processo de morrer. Pois como lembra uma das participantes

...é uma missão bonita e espinhosa. Está tratando do ser humano e o ser humano precisa de carinho (amor).

Mas, mesmo depois da vida por um fio e de vencer o medo da morte, essa experiência também trouxe um aprendizado que não podemos deixar de descrever, revelado por uma participante do estudo.

Eu passei a acreditar melhor na vida, é... eu acreditei melhor na vida e nas pessoas, mudei completamente na maneira de ver o mundo, essa doença... não sei onde eu peguei, acredito que tenha sido aqui na cidade de natal, (...) foi complicado, sabe, foi complicado. Mas a experiência, foi o que eu te falei, (...) enriqueceu a maneira de viver, é não sei... é eu fique melhor como pessoa (...) (compaixão).

Uma nova visão de mundo, além de um novo conceito sobre a UTI. O sofrimento e a dor faz o homem pensar e repensar as suas atitudes, comportamentos, conceitos, maneira de lidar com o outro e viver a vida. Vergely (2000, p.45) cita o sofrimento como sinal e como saber, dizendo:

A dor é o primeiro sentimento que nos faz perceber a vida; ela mistura-se a todos os momentos de sua duração curta demais e dir-se-ia que a natureza precisava opô-la ao prazer (...). A dor não é nossa inimiga e esse fruto amargo da natureza esconde o germe de um grande benefício; é um esforço salutar, um grito da sensibilidade pelo qual nossa inteligência é advertida do perigo que nos ameaça, (...) amiga sincera, fere-nos para melhor servir.

Este mesmo autor reforça que a presença do sofrimento não é o que não dá sentido à vida, mas que diante do sofrimento é que se tem que buscar e atribuir ainda mais sentido à vida (VERGELY, 2000).

Partindo desta forma de pensar o sofrimento, concordamos com o autor quando ele diz que, a partir dessa experiência, o ser humano é capaz de se transformar e construir novos conceitos para a sua vida. Acreditamos que o fato de se estar internado em uma UTI poderá ser uma experiência capaz de proporcionar tal reflexão, no entanto, não temos o direito de impor o sofrimento ao outro, mas ao contrário, é nossa missão tentar aliviá-lo. Devemos cuidar e temos como dever buscar amenizar todos os fatores causadores de sofrimento, já que o próprio adoecer, na maioria das vezes, contribui para transtornar o ritmo da vida.

5.2 ENTRE QUATRO PAREDES: O MUNDO DA UTI

A UTI é caracterizada como um setor fechado, provida de equipamentos sofisticados e equipe multiprofissional presente durante as vinte e quatro horas do dia. O serviço desenvolvido nesse setor é considerado de alta complexidade, sendo os profissionais, comumente, devidamente treinados e capacitados para o seu exercício, na intenção de oferecer ao paciente um melhor atendimento e em busca de sucesso na luta pela vida.

Mas, neste ambiente, alguns fatores são capazes de promover incômodo, ansiedade, estresse, gerando sofrimento durante o internamento, como pudemos identificar nas narrativas. Dentre eles merecem destaque: o ambiente fechado; o barulho; o excesso de claridade; a solidão e a falta de comunicação.

Embora tenhamos conhecimento dos aspectos abordados pelos participantes, em relação ao ambiente da UTI, achamos conveniente destacá-los pelo fato de representarem condições que, muitas vezes, não são devidamente valorizadas pelos profissionais, no entanto, contribuem para aumentar o sofrimento do paciente.

Nesse sentido, discutiremos cada uma a seguir, pela importância dos depoimentos de quem passou pela experiência da UTI e dela tem vivas memórias que lhes fazem sofrer.

O ambiente fechado

Nesta subcategoria, enfocamos a estrutura física da UTI e os sofrimentos gerados durante o período de internamento, buscando identificar, no fazer cotidiano de seus profissionais, aspectos que possam causar sofrimentos aos pacientes.

Trata-se, realmente, de um ambiente fechado, com restrições para a entrada de familiares, regrada por horários e normas a serem obedecidas de forma rigorosa, para melhor funcionamento do setor e organização do serviço. Além disso, a circulação de profissionais e equipamentos é bastante intensa e os pacientes, em sua maioria, são dispostos lado a lado. Muitas têm a forma de círculo, com o posto

de enfermagem localizado ao centro, enquanto outras têm o formato retangular, com o posto de enfermagem, também localizado ao centro, em frente aos leitos.

Nas narrativas pudemos destacar alguns destes fatores citados em situações nas quais percebemos sofrimento e decidimos começar a falar da própria característica de ser um setor fechado, que muitas vezes é fator de sofrimento para o paciente, principalmente quando ele diz ter claustrofobia. Foi o que aconteceu com *coragem*, a qual, quando contou sua experiência, revelou que o fato de ser encaminhada para um setor fechado a angustiou muito, ficando mais aliviada ao ver que seu leito ficava em frente à porta de circulação.

A primeira vez que eu vim para a UTI, eu também fiquei imaginando de ficar num canto fechado sabe, eu tenho pavor, mas aí a primeira vez por sorte eu fiquei bem de frente a porta, aí quando eu entrei que fiquei bem de frente a porta aí já deu um alívio, fiquei mais tranqüila (coragem).

Além disso, também identificamos como sofrimento causado ao paciente o fato de vivenciar não só a sua experiência, mas também a do outro, pois, como já descrito anteriormente, os pacientes ficam lado a lado, separados por biombos ou cortinas, escutando, em grande medida, o que acontece com o outro e participando de toda a movimentação da equipe.

Geralmente os pacientes permanecem juntos ou com divisórias que possibilitam ver uns aos outros, ouvir e perceber o que acontece no ambiente. Desta forma, as pessoas que estão conscientes participam não só do seu tratamento como também daquele que está ao seu lado. Ele ouve conversa e fragmentos de conversas, podendo isso ser motivo de distração ou de incômodo, levando-os a imaginar e tirar suas próprias conclusões, muitas vezes errôneas sobre os fatos, gerando sofrimento.

Sobre isso, trazemos uma passagem de uma narrativa, na qual a paciente conta sobre algo que escutou e que a fez sofrer bastante.

Teve uma enfermeira lá que disse o que não era verdade, que minha família não estava ligando para mim lá dentro, e minha irmã ia lá todo dia, duas vezes por dia, só que ela não tava lá, e ela falou isso para o cara do Raio X e eu escutei, eu ia revidar mas decidi me calar (compaixão).

Observem que mesmo escutando algo que a fez sofrer, ela decidiu se calar e não revidar. Este é um sentimento predominante, pois o paciente se sente impotente e receoso. Impotente no sentido de não ter forças para discordar do que está sendo dito, visto que neste momento se encontra bastante debilitado e dependente. Receoso, pelo fato de não querer ir contra aquele que lhe presta o cuidado, pois tem medo de qualquer atitude que venha lhe causar mais sofrimento.

Neste contexto, o vínculo paciente-profissional é quebrado, proporcionando medo, ansiedade, insegurança, gerando-se dúvidas quanto à competência e dificultando a realização do cuidado na sua essência (SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005).

Mesmo diante desses fatores geradores de sofrimento, devemos levar em consideração a importância das características deste setor e sua estrutura física no desenvolvimento da assistência no tratamento intensivo, devendo-se sempre procurar tornar esse ambiente acolhedor e seguro para aquele que precisa recuperar a sua saúde.

O barulho

O barulho é outro fator que está diretamente relacionado ao ambiente, principalmente no que diz respeito aos equipamentos e à equipe profissional. Os monitores e seus alarmes, conversas indevidas entre os profissionais da equipe, visitas, os inúmeros procedimentos, rotina dinâmica, tudo isso são fatores responsáveis pelo desconforto ao paciente quando ele está precisando de repouso e silêncio.

Generosidade revelou que o que mais lhe provocou desconforto e sofrimento foi a “zuada”, ilustrada aqui pelo recorte de seu depoimento:

A única coisa que eu gostaria que melhorasse um pouquinho é um pouco da zuada, porque às vezes todo mundo conversa ao mesmo tempo e o paciente tá doente, tá impaciente, não tá querendo escutar zuada (generosidade).

Trabalhar esse ponto, este aspecto de não falar todo mundo ao mesmo tempo, procurar andar mais devagar, quando traz aqueles instrumentos, trazendo aquele instrumento (carro com material para o banho ou higiene íntima) faz zuada, o paciente às vezes não dormiu a noite toda, quando vai dormindo chega aquela zuada arrastando aquelas divisórias, então tudo isso eu acho que incomoda uma pessoa que não está num estado bom (generosidade).

Na sua história também relata sobre o uso da TV, que, apesar de achar importante para distrair o paciente, acredita ser dispensável, pois o que se quer durante o tratamento é descansar, principalmente quando o uso desse equipamento é aplicado para dois pacientes, pois um pode querer assistir enquanto, o outro, não.

Neste aspecto achamos de fundamental importância o uso de aparelhos que orientem o paciente consciente com relação ao tempo e ao espaço, sendo a televisão, relógios e janelas importantes nesse processo. É claro que deve ser de uso individual respeitando aquele que quer permanecer no seu repouso.

Brandão, Bastos e Vila (2005) concordam e afirmam que o barulho, seja ele proveniente de conversas entre os profissionais da equipe, seja decorrente dos ruídos dos equipamentos, é um fator estressante e causador de sofrimento ao paciente.

Gois e Dantas (2004) revelam que “a complexidade do atendimento prestado, bem como a estrutura física, o barulho dos equipamentos e a movimentação das pessoas são tidos como fontes geradoras de estresse”.

Devemos acrescentar que no nosso trabalho cotidiano em UTI, há uma reclamação constante dos pacientes, em geral, acerca dos ruídos, impedindo-os, por vezes, de descansar e mesmo de dormir.

Assim, entendemos que o barulho é uma fonte de sofrimento para o indivíduo enfermo e que durante o cuidado a este paciente é preciso diminuir os ruídos presentes, principalmente aqueles desnecessários, contribuindo para o repouso e recuperação.

A falta de comunicação

O termo “comunicar” provêm do latim *communicare*, que significa “colocar em comum”. A partir da etimologia da palavra compreendemos que comunicação é a troca compreensiva de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal (ORÍÁ et al., 2004).

Alguns autores afirmam que a essência do cuidado reside na dimensão comunicativa, no sentido da busca do entendimento e reconhecimento mútuo dos sujeitos envolvidos. Nesse encontro intersubjetivo, cabe ao profissional no exercício de seu trabalho, aplicar a técnica na medida justa da especificidade da necessidade do paciente, e fazê-lo por meio de relações de continência, acolhimento e vínculo (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Nesta subcategoria, identificamos que a ausência ou pouca comunicação estabelecida entre o paciente e o profissional de saúde, durante o internamento em UTI, é fator causal de sofrimento, principalmente pela ansiedade que permeia a doença, o próprio ambiente e seu tratamento.

Para ilustrar a discussão, trazemos uma fala que diz:

As pessoas não conversavam assim comigo. Aí eu não sabia nada, não sei se é assim com todo mundo, comigo não teve muita comunicação. Apesar das pessoas chegarem e tal, mas não tinha essa coisa assim de... não você está bem... não sei o que, estimulando e eu acho que é necessário (amor).

Está tratando do ser humano e o ser humano precisa de carinho. Ninguém me olhou com cara feia de jeito nenhum, mas a gente sente aquela necessidade daquela palavrinha de estímulo... a gente precisa conversar mais para entender o outro, isso é importante (amor).

É interessante que após o seu relato sobre a falta de comunicação, a participante procurou justificar esta ausência que lhe gerou sofrimento, relacionando a não-comunicação à dinâmica da UTI, como ilustra o depoimento:

Mas eu vi que todo mundo era muito ocupado, lá na UTI ninguém tem tempo para nada porque as pessoas que estão ali são muito carentes, né! E eu entendia, todos que eu olhava, todo mundo estava precisando de ajuda. Então, as pessoas que estão ali são muito atenciosas. (...) mas a única coisa, como eu lhe disse, o que falta é isso, a comunicação (amor).

A comunicação é entendida como importante ferramenta no processo do cuidado, visto que é a responsável pela construção do vínculo e o desenvolvimento de sentimentos como confiança, segurança, esperança, entre outros que são fundamentais para uma boa recuperação ou morte com dignidade.

Severo e Girardon-Perlini (2005, p.27) afirmam que, diante da comunicação, “se fornece as orientações necessárias de acordo com as expectativas do paciente, realizando a educação dos mesmos, conseqüentemente ele passará a colaborar para o seu cuidado e a aliviar sua ansiedade”.

Waldow (2001), por sua vez, ressalta que a abordagem carinhosa, interessada, com respeito, esclarecendo e educando o paciente, são elementos-chave para a tranquilidade, segurança, conquista da confiança e a colaboração e participação no cuidado.

Neste contexto, a figura do enfermeiro é muito importante para este relacionamento, mas às vezes ele fica distante pela sobrecarga de tarefas que lhes são destinadas. Em algumas instituições, esse profissional exerce não só assistência, mas também todo o trabalho burocrático que envolve o plantão, sendo o responsável pela resolubilidade dos diversos problemas que surgem durante o horário. Neste sentido acaba se distanciando da cabeceira do leito do paciente.

Sentindo-se diferente, uma participante do estudo destacou o distanciamento de alguns profissionais. Muitas vezes desconhecemos o motivo desse distanciamento e terminamos tirando nossas próprias conclusões. Como exemplo, podemos observar o depoimento a seguir:

Tinha uma enfermeira lá, ela não me dava atenção, ela chegava, olhava de longe, mas não chegava perto. Não sei se é porque eu tava ali isolada, aquele canto ali, não sei (compaixão).

Observamos neste excerto de narrativa que a atitude do profissional gerou sentimento de tristeza, o que nos leva a inferir que a partir desse sentimento haja sofrimento. Desta forma, sabendo que o cuidado é realizado com o outro, precisamos aprender a nos comunicar corretamente com o ser cuidado.

Nesse cuidado ao paciente o olhar atento é uma valorosa fonte de observação. De acordo com Chauí (1988, p.33) “é, ao mesmo tempo, sair de si e trazer o mundo para dentro de si e a escuta se revela minucioso processo de compreensão”. Então da união do olhar e da escuta surge uma ação que necessariamente se faz compartilhada, agregando-se o poderoso vínculo da solidariedade, transformando a intervenção que afeta todos no processo, revelando uma práxis na qual a teoria e a prática são determinantes da existência humana como elaboração da realidade.

Assim, é tarefa do profissional de Saúde decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem enviada pelo paciente, sendo de fundamental importância interagir, ouvir o paciente e permitir que ele se expresse a seu modo, para então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades (SILVA, 1996; LEAL et al., 2006). Além disso, no contexto da terapêutica, a comunicação é um fato que promove saúde (MENDES et al., 1991).

Então, na certeza de que a comunicação promove conforto, segurança e saúde ao paciente, em um momento tão delicado, acreditamos que o profissional de saúde envolvido com o cuidado deve procurar transformar a realidade na qual está inserido e realizar o cuidado em toda sua plenitude.

Excesso de clareza

As Unidades de Terapia Intensiva são bastante iluminadas, e isso foi identificado na narrativa de uma paciente como algo capaz de provocar desorientação, como podemos confirmar a seguir

Era aquele clarão, porque [a UTI] é toda muito iluminada, e eu não sabia, para mim era meio-dia (amor).

A ausência de janelas e a iluminação artificial contribuem para a desorientação do paciente com relação ao tempo, além disso, também pode interferir no sono (SEVERO; GIIRARDON-PERLINI, 2005).

É verdade que há uma perda de noção do tempo e também do espaço conforme nos revela *simplicidade*:

Eu sei que eu tava assim num espaço muito bonito, lá era uma coisa branca, uma paz, uma tranquilidade (...) você não fica mais nesse mundo não vai embora direto pro outro, que foi o que eu pensei, que já estava no outro, mas depois foi passando tudo, graças a Deus (simplicidade).

Girardello et al. (1999) associam essa perda de noção do tempo à alteração no ciclo do sono – vigília. Vale ressaltar que alguns pacientes não têm noção de quanto tempo estão ali ou se já é outro dia, enquanto outros começam a se basear na rotina do setor e percebem que a equipe muda, voltando sempre a mesma equipe no outro dia, passando a se sentir mais orientado e melhor, como nos conta *amor*.

(...) a pessoa fica meio desorientada, num mundo diferente, entravam mais eu nem percebia muito não.(...) mas aí eu olhava e eu não sei se toda a UTI é daquele jeito, eu estava numa cama que assim no meio ficava os enfermeiros. De lá estavam vendo todo mundo, até aprendiam o nome das pessoas, sabiam que era fulano, quem era cicrano, e o tempo passou, foi melhorando (...) (amor).

Esse tempo vivido pelo paciente na UTI pode ser um tempo que tem um fim, que pode ser o fim, que não passa ou que não tem mais tempo, recebendo de cada um o seu significado intimamente relacionado ao olhar para si e toda sua vida vivida.

Partindo desse novo olhar, surge então uma nova categoria que será discutida a seguir.

O tempo vivido na UTI e a solidão

Ao realizar uma leitura cuidadosa das experiências narradas, percebemos que o tempo vivido na UTI também é um fator que provoca sofrimento, como podemos ler nos trechos a seguir:

É uma sensação de que não sai mais dali, que vai ficar ali direto, a última vez, que se passou dias para reverter a arritmia eu já estava impaciente (coragem).

Eu entrei e não sabia que ia ficar tanto tempo (...) fiquei assim... atordoada, sabe... é... de ficar tanto tempo ali dentro (compaixão).

Quanto mais o tempo passa, afloram sentimentos de desespero, angústias, tristeza, pensamento de morte, diminui a esperança e aumenta a desesperança. Passa-se a acreditar que não há mais jeito e que a morte está cada vez mais próxima.

É importante que o profissional procure olhar com mais atenção o paciente na sua individualidade, sendo fundamental o respeito e cuidado dispensados, principalmente aos aspectos emocionais, no enfrentamento desses momentos de angústia e sofrimento (BRANDÃO; BASTOS; VILA, 2005).

Associado a esses sentimentos, acreditamos que o distanciamento dos familiares e entes queridos potencializa o sofrimento, pois, além do adoecimento, tempo de internação em UTI, permeiam no imaginário do doente as incertezas quanto ao tratamento e sua recuperação.

Severo e Girardon-Perlini (2005, p. 25), em relação à temática afirmam que durante a hospitalização “a pessoa doente sente-se mais carente, frágil e insegura. Estar distante dos familiares, de sua casa e de suas coisas deixa-os sem referência afetiva, e os faz sentir sozinhos, desprotegidos e a mercê de qualquer mal”.

O que eu acho ruim é ficar longe da família (coragem).

Você fica num lugar muito isolado mesmo, principalmente da sua família, né (amor).

Silva (2000) ressalta que a separação da família, dentre outros fatores, são problemas sentidos na área expressiva, que se sobrepõem àqueles relacionados aos recursos materiais e procedimentos invasivos.

Por outro lado, destacamos na narrativa de esperança a expressão de que o tempo vivido dentro da UTI e a solidão a faziam sofrer, quando no momento de visita muitos de seus familiares estão presentes e nesse momento o pensamento da morte iminente sobressai e lhe causa sofrimento.

Teve um dia que veio minha família me visitar, que eu não queria que viesse ninguém, só meu esposo, nesse dia eu achei muito ruim porque o tempo que passou o pessoal entrando eu passei chorando, eu gostei de ver, mas sei lá, me deixou mais deprimida, era com se eu não fosse mais sair dali, naquela hora a impressão num sabe, de já fazer dias (coragem).

A família ao lado do cliente aumenta a autoestima, traz segurança e conseqüentemente sua recuperação é mais rápida. A presença do familiar durante a internação, junto ao paciente deve ser uma fonte de segurança e apoio, pois nessa relação existe o vínculo afetivo e de confiança consolidado (SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005; PROCHET; RUIZ; CORREA, 2006).

É inegável a importância da família na vida de cada um de nós, mas como norma na UTI essas pessoas não podem permanecer ao lado do paciente continuamente, apenas nos horários de visita. Além disso, a maioria dos familiares não está preparada para vivenciar a rotina de uma UTI, principalmente quando é necessária a aplicação de procedimentos invasivos naquele a quem amamos, vendo-o correr risco de morte.

Esta é uma problemática que vem sendo discutida, principalmente em debates sobre a humanização, nos quais se propõe uma maior participação da família junto ao paciente internado na UTI. Recomendam que seja incluído maior número e tempo de visitas, salas de espera confortáveis, entre outras propostas,

que têm como finalidade proporcionar maior conforto, segurança ao paciente e seus familiares, bem como uma recuperação mais rápida.

5.3 A ESPERANÇA DE VIVER: A PERDA DA AUTONOMIA.

Nesta última categoria, tratamos da submissão dos pacientes aos procedimentos, bem como a perda de sua autonomia, na esperança de obter a saúde novamente.

Identificamos nos depoimentos a declaração de entrega a Deus, um resgate da fé, e, em seguida, a submissão ao profissional que irá cuidar, para que seja feito qualquer ato, desde que venha promover, posteriormente, maior bem-estar.

Eu passei por um momento bastante difícil. Eu me entreguei a Deus e o que acontecesse tava tudo bem, tudo que fizesse comigo eu ia aceitar. (amor)

É triste viu (...) me entreguei a Deus e tudo que fizesse tava bom, era pro meu bem (simplicidade)

Eu estava na mão de Deus, na dos médicos e enfermeiros, eu só queria ficar boa (generosidade).

Diante dos depoimentos, primeiramente discutiremos sobre a importância da religião no enfrentamento do internamento em UTI, pois, como podemos observar nos discursos, sempre Deus vem citado primeiro. Em seguida trataremos sobre a submissão diante daquele que cuida.

O homem procura na religiosidade as explicações que a biomedicina não é capaz de oferecer. O sistema religioso oferece explicações para a aceitação da doença inserindo-a no contexto social mais amplo do ser humano. É importante ressaltar que as pessoas não buscam na religião somente apoio para enfrentar angústia existencial, abandono, sofrimento diante da doença, mas também justificativas sociais para os acontecimentos (BOURDIEU, 2005; SIQUEIRA 2007).

Assim, acreditamos que a crença em um ser superior, capaz de tomar a melhor decisão para a sua vida, se exacerba nos momentos em que o ser se sente impotente no contexto que o envolve. É na dimensão espiritual que se encontra a totalidade e identidade humana de forma infinita, se descobrindo e fortalecendo a esperança e a fé (LUNARDI; CELICH, 2006).

É no aporte espiritual que se vence as mais difíceis barreiras. Integrar a espiritualidade e a fé é nos dias atuais um componente essencial no cuidado ao paciente que se encontra debilitado e em estado grave de doença (BREITBART, 2004).

A dimensão espiritual é considerada uma das necessidades do ser humano. Trata-se de um reencontrar a sua própria existência, sentido à vida. Larson (2000) considera que a religiosidade e a espiritualidade são significativas para a maioria da população na promoção do seu bem-estar.

Para Bourdieu (2005) a religião funciona como um símbolo que funciona como princípio de estruturação e contribuição para a imposição dos fundamentos que constroem a experiência vivida.

Não temos a pretensão de realizar um estudo aprofundado sobre essa temática, mas trazer alguns conceitos que contribuirão para uma melhor compreensão desta categoria. Dessa forma, a espiritualidade pode ser definida como algo que possibilita a vivência de um sentido capaz de transcender a vida. Neste mesmo ângulo surge a fé que é reflexo da crença em um ser superior e o sentido, por sua vez, é o julgar a própria vida e compreender o seu propósito a sua responsabilidade (KARASU, 1999; BRADY et al., 1999).

A fé em um ser superior ajuda o paciente a construir o sentido, ou dar significado, ao sofrimento diante da doença e do seu tratamento, facilitando a sua aceitação, colaboração e participação no cuidado.

O bem-estar espiritual influencia de forma positiva o paciente e o protege da depressão, do desespero, do sofrimento, do pensamento negativo, quando se enfrenta uma situação delicada, principalmente quando envolve a saúde do indivíduo e o coloca em frente com a morte (BREITBART, 2004).

Levin (2004) nos propõe um resgate à religiosidade no cuidado da saúde, haja visto que as transformações culturais ocorridas revelam a dimensão religiosa do ser humano, evidenciando, cada vez mais, a importância da fé e do bem-estar espiritual no tratamento.

Além disso, após essa entrega a um ser maior o paciente se sente preparado para enfrentar qualquer situação que envolva o seu tratamento, pondo-se nas mãos da equipe profissional.

Dessa forma, é necessário que o cuidador leve em consideração toda essas manifestações religiosas e de fé com bom senso e respeitando a cultura do paciente, sendo preciso uma aproximação do mundo daquele que é cuidado com o cuidador, incluindo as crenças religiosas às inúmeras maneiras de cuidar (COLLIÈRE, 2003).

No tocante à submissão aos procedimentos, vale ressaltar que os pacientes entrevistados permaneceram conscientes durante seu internamento e participaram do tratamento. A compreensão sobre os procedimentos a ser realizados, nesse contexto, é bem melhor. Por outro lado, acreditamos que a sua vivência é mais dolorosa e marcante, causando-lhe sofrimento.

Mesmo diante do sofrimento, ao final encontramos o reconhecimento por tudo que foi feito para a sua recuperação, bem como o agradecimento à equipe.

Todos estavam me ajudando e as pessoas foram muito boas (...) as pessoas que estão ali são muito atenciosas. Estavam cuidando de todo mundo (amor).

As pessoas que estavam presentes lá, todos os componentes eram pessoas de um atendimento bem humano (generosidade).

A equipe muito boa, (...) muito excelente. Me deram atenção, me fez passar aqueles momentos até que eu aguardasse essa cirurgia (compaixão).

Por fim, diante de tantas contradições que marcam o ambiente de uma UTI, ouvir dos próprios pacientes palavras de tamanho reconhecimento, alimenta e fortalece o espírito daqueles que ali trabalham e contribui para reforçar a importância do cuidado prestado ao outro com atenção, zelo, paciência, conhecimento tecnocientífico e ético. São trocas e vínculos que marcam profissionais e pacientes por toda a vida apesar dos sofrimentos que lhes possam causar.

Considerações Finais

O sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida (Saunders).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final de mais uma etapa trabalhada, mas que não significa o fim dessa trajetória. E cabe-nos aqui trazer algumas considerações sobre a pesquisa realizada.

Na fase de definição do objeto de estudo sabíamos que queríamos investigar sobre a experiência do paciente na UTI, mas faltávamos definir a direção. Olhar para o paciente e ver o quê?

Diante da preocupação com um cuidado mais ético e humanizado, além da vivência da autora na assistência em UTI, decidimos realizar um estudo direcionado para o que sofre o paciente em seu internamento na UTI, em uma época na qual se discute a *reumanização* do homem.

As UTIs, munidas de alta tecnologia, oferecem uma assistência complexa aos pacientes em estado grave, na luta contra a morte e em busca da vida, e seus profissionais são, comumente, bem preparados com um conhecimento técnico-científico especializado. Mas pela a nossa experiência, todo esse aparato tecnológico e tamanho preparo para o desempenho das atividades nesse setor, transforma-se, de alguma maneira, na supervalorização da máquina e desvalorização do ser humano.

Buscamos incessantemente a reumanização do homem procurando estabelecer vínculos e fortalecer os já existentes, na intenção de reaproximá-lo, cada vez mais, do “ser humano” e promover o cuidado na sua essência, mais ético e humanizado. Daí a importância de resgatarmos, em nossa prática cotidiana, os cinco cês do cuidado revelados por Roach: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento.

Além disso, estar internado na UTI, pensar sobre o próprio prognóstico, ser colocado entre emaranhados de fios e máquinas, estar distante de casa e dos seus familiares, além de presenciar a dor dos que estão no leito próximo, entre outros fatores, fazem com que o paciente perceba esse setor como um lugar de sofrimento.

Então, parar para repensar a nossa prática e perceber que algumas de nossas atitudes provocam o sofrimento de outro ser semelhante, que enfrenta um momento doloroso de adoecimento e luta pela vida é inquietante.

Portanto, após a realização desta investigação, podemos compartilhar o que foi para nós escutar as experiências narradas, identificando as condições que causaram sofrimento ao paciente que viveu o internamento em uma UTI. Foi uma experiência nova, desafiadora e capaz de nos levar mais além. Proporcionou-nos um novo olhar.

Trabalhar com narrativas, sob a luz da Fenomenologia, nos permitiu reviver junto com o paciente a sua história, as suas angústias, a sua luta, momentos de solidão, desespero, dor e alegria pela recuperação.

A Fenomenologia proporcionou o saber e a compreensão do fenômeno, valorizando o ser na sua individualidade, singularidade, preocupando-se com o que se manifesta, fundamentada com rigor e levando-nos a explorar a experiência humana, na intenção de uma reflexão sobre a prática.

Foram cinco narrativas distintas que revelaram aspectos semelhantes em alguns momentos. Mas, observamos que cada um conta a sua história ao seu modo e transparece nas falas o sofrimento e a dor de viver essa experiência.

Na análise do material empírico, inúmeros foram os fatores identificados que consideramos geradores de sofrimento durante o internamento na UTI, sendo identificados nos depoimentos e agrupados em categorias e subcategorias, discutidas anteriormente.

Saber que vai se internar em uma UTI, ciente de que a sua condição não é simples, que realmente se trata de um estado grave, além do forte pensamento de que a UTI é o local que se vai para morrer, foram fatores que provocaram sofrimento, revelados pela maioria das participantes do estudo. Neste sentido, merece destaque o medo da morte, da finitude, responsável por mudanças de comportamento e pelo repensar a vida, a partir destas experiências.

Devemos admitir que o próprio ambiente da UTI, no que diz respeito a sua estrutura física e a assistência prestada, também promove sofrimento. Foram destacados: o ambiente fechado, o excesso de claridade, o barulho e a falta de comunicação entre o paciente e o profissional como algumas das condições que causam sofrimento ao paciente.

O sofrimento, por sua vez, é capaz de mudar condutas diante da vida, ensinar lições e fazer o homem repensar suas atitudes, comportamento e maneira de viver. Acreditamos que este é o aprendizado adquirido com o sofrimento, mas não temos o direito de, como profissionais de saúde, levar, causar ou aumentar este sofrimento

naqueles de quem cuidamos. Temos, ao contrário, o dever de amenizá-lo, aliviá-lo, promovendo o cuidado.

Defendemos o resgate do cuidado fundamentado na competência técnica, permeado de compaixão, solidariedade, atenção, respeito, comunicação, entre outros aspectos que complementam a ação do cuidar. Sabemos que a tecnologia (e aqui nos referimos à tecnologia dura da qual nos fala Merhy) tem a sua importância e não queremos depreciá-la, porém não concordamos que ela seja supervalorizada em detrimento do ser cuidado. Sua grandeza está justamente em ser um veículo a serviço do homem.

Realizar o resgate do cuidar na UTI é um desafio, devido a tantos fatores condicionadores de sofrimento presentes, mas a medida que os identificamos e refletimos sobre eles, abrem-se perspectivas de revisarmos nosso próprio comportamento como enfermeiros de UTI. Esse processo vai além da técnica e do saber científico, adentrando em campos desconhecidos que envolvem o eu de cada personagem desse cotidiano.

Nessa perspectiva, não tivemos a pretensão de trazer a palavra final com esta pesquisa. Acreditamos que ela pode ser o começo de uma longa caminhada em busca do repensar a prática de enfermagem, reforçando a intenção de contribuir e fortalecer a discussão sobre a reumanização do homem.

Vale ressaltar que, apesar de ser uma tarefa difícil, não devemos deixar de buscar realizá-la. Acreditamos que um dia iremos reconquistar essa característica que está por natureza inseparavelmente ligada ao ser humano.

Por fim, gostaríamos de registrar, nestas considerações finais, o nosso imenso aprendizado com este estudo, apesar de nossa vivência como enfermeira de UTI. Possibilitou-nos descrever, identificar e compreender situações que causam sofrimento ao paciente em seu internamento e que antes nos pareciam tão simples naquele ambiente da UTI. Além disso, representa uma importante reflexão sobre a práxis de enfermagem, bem como um convite à realização de outros estudos nessa área, com aprofundamento da temática.

Referências

REFERÊNCIAS

BACKES, S. D.; MARTINS, D.; DELLAZZANA, A. R. É possível humanizar o cuidado no CTI? In: COSTENARO, R. G. S. (org). **Cuidando em enfermagem**: pesquisas e reflexões. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001. p.35-52.

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

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A.. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006. Cap 5. p. 87-100

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humano e humanizar**. 2006. Disponível em: <www.portalhumaniza.org.br/ph/> . Acesso em 25 ago 2008.

BIAGI, T. D.; SEBASTIANI, R. W. **A atuação do psicológico hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva – adultos**: serviços de psicologia hospitalar. São Paulo: Nêmeton, CEPPS, 2001.

BICUDO, M. A. V. **Fenomenologia – confrontos e avanços**. São Paulo: Cortez editora, 2000

BRADY, M. J. et al. A case of including spirituality in quality of life measurement in oncology. **Psycho-oncology**, v.8, p. 417-428, 1999.

BREITBART, W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. Cap. 13, p.209-228.

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. Petropolis:Editora vozes, 1999.

_____. **Princípio de compaixão e cuidado.** Petrópolis: vozes, 2001.

_____. **Ética e moral** – a busca dos fundamentos. Petrópolis: vozes, 2003.

_____. **Saber cuidar** – ética do humano – compaixão pela terra. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Virtudes para um outro mundo possível, hospitalidade:** direito e deveres de todos. Petrópolis: Vozes, 2005.

BOURDIEU, P. **Razões práticas:** sobre a teoria da ação. 7 ed. São Paulo: Papyrus, 2005.

_____. **A economia das trocas simbólicas:** sobre a teoria da ação. 6 ed. São Paulo: perspectiva, 2005.

BRANDÃO, E. S. B.; BASTOS, M. R. C. M.; VILA, V. S. C. O significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes internados em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v 07, n. 03, p.278-284, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista>> Acesso em 25 de agosto 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, nº 106-E, p. 9-18, jun. 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** política nacional de humanização. Brasília, DF, 2004.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas.** Londrina: Ed.UEL, 1996.

_____. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Revista Enfermagem da UERJ.** Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.192-197, out. 1990.

CARVALHO, M. V. B. O cuidar de enfermagem hoje: uma arte que se renova, uma ciência que se humaniza. **Rev. Tec.- cient. Enfermagem**. v.1, n.6, p. 435-442, 2003.

_____. A morte – a arte de cuidar na despedida. In: POKLADEK, D. D. **A fenomenologia do cuidar**. São Paulo: vetor, 2004

CHAUÍ, M. Janela da alma, espelho do mundo. In: NOVAES, A. (Org). **O olhar**. São Paulo: Cia das letras, 1988.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar...** a primeira arte da vida. Portugal: Lusociência, 2003.

COLTRO, A. A Fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. **Caderno de pesquisa em administração**. São Paulo, v.1, n.11, p. 37-45, 1ºtrim., 2000.

COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeno Tratado das Grandes Virtudes**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 392p.

DARTINGUES, A. **O que é fenomenologia?** 3 ed. São Paulo: Ed. Moraes, 1992

D'AMARAL, M. T. Sofrimento, ética e clínica. **Cad. Psicanal.** CPRJ. Rio de Janeiro, vol.21, n.24, p. 67-74, 2000.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**. v. 7, nº2, p.371-378, 2002.

ESQUIROL, J. M. **O respeito ou o olhar atento**. Uma ética para a era da ciência e da tecnologia. Tradução de Cristina Nunes. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

GIORGI, A. Concerning the application of phenomenology to caring research. **Scand J. Caring Sci**, p. 11-15, dezembro, 2000.

GOIS, C. F. L.;DANTAS, R. A. S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v.12, n.1, p. 22-7, jan/fev, 2004.

GOMES, A. M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2 ed. São Paulo: EPU, 1988.

GUIRARDELLO, E. B., et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.2, p.123-9, jun. 1999.

GOLDWALSSER, R; DAVID, C. M.. Educação em medicina intensiva. In: DAVID, C. M. **Medicina Intensiva**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2004. Cap.2, p.08-16.

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

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUSSERL, E. **A idéia da fenomenologia**. Lisboa: Edições70, 2000.

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

KARASU, B. T. Spiritual psychotherapy. **American Journal of Psychotherapy**, v. 53, p. 143-162, 1999

LARSON, D. A busca de Shalon. **Contac**. n. 120, p. 3-9, 2000.

LEAL, M. I. I. et al. Percepções da equipe de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva sobre o cuidado humanizado. **Revista Nursing**, v. 94, n.9, mar. 2006.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde**: explorando a conexão espiritualidade-cura. São Paulo: Cultrix, 2004.

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

LUNARDI, Z. M.; CELICH, K. L. S. Convivendo com a morte e o morrer no cotidiano de cuidado da Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Nursing**, v.92, n.9, jan. 2006.

MARTIN, L. M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006. Cap 2, p.31-50.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**. 3 ed. São Paulo: Centauro, 2003.

MASINI, E. F. S. O enfoque fenomenológico de pesquisa em educação. In: FAZENDA, I. (org.). **Metodologia de Pesquisa Educacional**. São Paulo: Cortêz, 1989.

MEDICINA INTENSIVA. **UTI História**. 2004. Disponível em: www.medicinaintensiva.com.br. Acesso em 18 de jul. 2008.

MEIER, M. J.; NASCIMENTO, S. R do. Comunicação e tecnologia: instrumentos para o cuidado. **Rev. Tec.-enfermagem**, v.1, n.3, p. 219-223, maio/jun, 2001.

MENDES, I. A. C. et al. Comunicação com o paciente: o teórico e o concreto na enfermagem de âmbito hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.44, n.2/3, p.98-102, abr/ set.,1991.

MERHY. E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: _____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. cap. 2, p. 41-66.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento** - pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MORIN, E. **Método 6** – ética. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NASCIMENTO, A. R.; CAETANO, J. A. Paciente de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 57, p.12-17, fev. 2003.

OLIVEIRA, F. P. T., et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na UTI. **Revista Nursing**. v.60, n.6, maio, 2003.

OLIVEIRA, C.; PADILHA, K. G.; KIMURA, M. Problemática do paciente na Unidade de Terapia Intensiva. In: GOMES, A. M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: EPU, 1978. Cap.4, p. 31-35.

ORIÁ, M. O. B. et al. - A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n. 02, 2004. Disponível em: < www.fen.ufg.br >. Acesso em 16 de jul. 2005.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L.. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v 55, n 4, p 392-398, jul/ago, 2002.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, v. 10, n.2, p. 51-72, 2002.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

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

POKLADEK, D. D. (Org.). **A fenomenologia do cuidar**. São Paulo: Vetor, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** – Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: ARTMED 2004.

PROCHET, T. C.; RUIZ, T.; CORREA, I. A humanização do atendimento ao idoso: o que o idoso hospitalizado sente, percebe e deseja? **Revista Nursing**, v. 4, n. 9, p. 713 – 718, mar. 2006.

SCHWARTZ, M. **Lições sobre amor e viver**. 5 ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1999

SEBASTIANI, R. W..Atendimento psicológico na UTI. In: CAMON, V. A. A. (Org.). **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no context hospitalar**. 2 ed. São Paulo: Traço, 1984.

SEVERO, G.C.; GIRARDON-PERLINI, N. M. Estar internadoem uma Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Scientia Medica**. Porto Alegre, v.15, n.1, jan/mar. 2005.

SILVA, M. J. P. da. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 1, p. 1-11.

SILVA, Y. F. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde-doença. In: SILVA, Y. F.; FLORENÇO, M. C. **Saúde e doença: uma abordagem cultural em enfermagem**. Florianópolis: Papa Livros, 1996. p.75-96.

SILVA, M. J. P.; DOBRRO, E. R. L.. Reflexões sobre a importância da mente na recuperação do paciente em coma. **Mundo Saúde**. São Paulo, ano 24, v 24, n 4, p 249 – 254, jul/ ago, 2000.

SILVA, J. M. de O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Fenomenologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília,DF, v. 61, n.2, p. 254-7, mar/abr. 2008.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. n.10, p.423-32, 2002.

SIQUEIRA, V. L. **Razão e fé: estudo do grupo de oração como prática complementar na promoção à saúde**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFRN. Natal, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DA HISTORIADA MEDICINA. **Hospital Sírio Libanês**. 2007. Disponível em: <www.sbhm.org.br>. Acesso em 18 de jul. 2008.

SOUZA, E. C. F de. **Boca, Cancer e subjetividades**. Patografias em análise. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP [s. n.], 2003.

SOUZA, R. P. de. Humanização da UTI. In: DAVID, C.M. **Medicina Intensiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004, cap.6, p 41-51.

TALENTO, B. Josephine Paterson e Loretta T. Zederad. In: GEORGE, J. B. (col.) **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: artes médicas, 1993.

TEIXEIRA, F. L. C. **A espiritualidade do seguimento**. São Paulo: Paulino, 1994.

VERGELY, B.. **O Sofrimento**. São Paulo: EDUSC, 2000. Coleção filosofia e política

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v.10, n.2, mar/abr. 2002.

WALDOW, V. R.. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis/RJ: Vozes, 2006

_____. **O cuidado a saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmo. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa de saúde da família. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

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](#)