



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LEILA MARIA RIBEIRO BRITO

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DA ENFERMEIRA
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SALVADOR
2010

LEILA MARIA RIBEIRO BRITO

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DA ENFERMEIRA
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa O cuidar em Enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Orientadora: Profa. Dra. Dora Sadigursky

SALVADOR
2010

Ficha Catalográfica

B862 Brito, Leila Maria Ribeiro

Análise das práticas de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensiva/ Leila Maria Ribeiro Brito. – Salvador, 2010.
79 f.: il.44

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Mestrado em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientação: Profa. Dra Dora Sadigursky

1. Cuidado – Enfermeira - Análise 2. Enfermeira – Unidade de terapia intensivo (UTI) – Salvador-BA 3. Cuidados de Enfermagem
I. Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem II. Sadigursky, Dora (Orient.) III. Título.

CDU 616-083(813.8)

LEILA MARIA RIBEIRO BRITO

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DA ENFERMEIRA
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, na Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em saúde, linha de pesquisa O cuidar em Enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Aprovada em 22 de Fevereiro de 2010

BANCA EXAMINADORA

Dora Sadigursky _____
Doutora em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem da UFBA

Zenilda Nogueira Sales _____
Doutora em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem da UESB

Álvaro Pereira _____
Doutor em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem da UFBA

Fernanda Carneiro Mussi _____
Doutora em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem da UFBA

***D**edico este trabalho à minha mãe Maria
Carvalho Ribeiro Brito que sempre acreditou
em mim e me incentivou para o alcance desta
vitória.*

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, pela vida, pela força de vontade que me impulsionou a submeter ao processo seletivo, à condução e conclusão do curso de mestrado. Agradeço a Deus por me permitir estar aqui nessa existência numa tentativa de crescimento e evolução. Chegar até aqui foi mais uma etapa de vida vencida.

À minha mãe Maria Carvalho Ribeiro Brito e ao meu irmão Tiago Edmundo Ribeiro Brito, pelo apoio, pelos pensamentos positivos a mim direcionados e, pelo entendimento da minha ausência em muitos momentos de encontros na família.

Aos demais familiares, tias, primos e primas que torcem pelo meu sucesso e, em especial à minha tia Maria Emília “Tia Bia”, bibliotecária de formação, pelas orientações e correções nas referências e citações e, elaboração da ficha catalográfica deste trabalho.

À minha “amiga irmã” Geovana Raimunda S. de Almeida que, mais que uma colega de profissão, está ao meu lado desde o curso de graduação, de especialização, nos plantões da UTI e, mais do que isso, me ajudando nos momentos importantes da minha vida.

À Luciana Queiroz, Ana Tereza Wolchover e Katucha Shields; pela amizade sincera e incondicional.

Agradeço à minha professora orientadora Dra. Dora Sadigursky pela paciência, objetividade e atenção na orientação desta dissertação, sempre presente às minhas solicitações.

Às demais professoras da Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFBA pelas ricas e elucidativas discussões dos conteúdos teóricos-filosóficos das disciplinas do curso de mestrado que, muitas vezes, abriram minha mente para novas possibilidades de entender o cuidar e as práticas de cuidado da enfermeira fora do contexto técnico tão valorizado pelo mercado de trabalho.

Às colegas de mestrado da turma 2008.1, Carla Damasceno e Laura Emmanuela, pelo compartilhamento dos momentos difíceis durante o curso e, em especial à Carina Marinho, parceira de orientação e de trabalhos acadêmicos. Muito obrigada pela ajuda durante minha coleta de dados.

Ao Hospital Santo Amaro/Fundação José Silveira, em especial à Gerente de Enfermagem Vivalnita Mendonça e à Supervisora de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Adulto Rosa Silvia de Almeida Bastos, pelo incentivo na realização deste trabalho.

Às colegas enfermeiras Carla Janaína Ralin, Diana Potira Ralin, Patrícia Mascarenhas, Jerciluze Cardoso, Luciana Mattos, Ana Carolina Lima e Ana Selma Proença pelas trocas de plantão a fim de que eu cumprisse as atividades acadêmicas do curso.

À Diretoria de Enfermagem e às supervisoras da UTI alas A, B e C do hospital campo de coleta de dado desta investigação, sobretudo, às enfermeiras e aos enfermeiros participantes, a fala de vocês deu voz à algumas reflexões minhas há tempos guardadas.

E, por fim, agradeço à vivência do lúdico em minha vida: a dança flamenca, na pessoa do meu professor Daniel Moura. A dança foi usada como mecanismo anti-estresse durante o curso de mestrado. A experiência de me mostrar nos palcos contribuiu para me mostrar neste trabalho.

Muito obrigada.

***Deus, nosso Pai, que sois todo Poder e Bondade,
dai força àqueles que passam pela provação, daí
luz àquele que procura a verdade, ponde no
coração do homem a compaixão e a caridade...***

Cáritas

(Parte da oração recebida na noite de Natal, 25/12/1873, pela médium Mme. W. Krill, num círculo espírita de Bordéus, França)

BRITO, Leila Maria Ribeiro. Análise das práticas de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensivo. 2010. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RESUMO

Este estudo teve como objeto de investigação, as práticas de cuidado da enfermeira em unidades de terapia intensiva, e teve como objetivos: descrever e analisar as práticas de cuidado da enfermeira às pessoas hospitalizadas em unidades de terapia intensiva. Foi um estudo de natureza qualitativa, do tipo analítico e descritivo, cujos sujeitos foram enfermeiras que atuam na assistência direta, numa unidade de terapia intensiva adulto de um hospital de grande porte, da cidade de Salvador-BA. Utilizou-se a técnica da entrevista semi-estruturada, gravada, e a observação não participativa da atuação das enfermeiras, em suas práticas na UTI; através de um roteiro de observação e um diário de campo. O método de análise de dados foi a Análise de Conteúdo temática de Laurence Bardin. Totalizaram 10 (dez) participantes desta investigação. Do material que foi analisado surgiu 3 (três) categorias: 1) concepção do cuidar assistencial; 2) Concepção do cuidar relacional; 3) Entendimento de práticas de cuidado como ações de enfermagem. Foi possível concluir que a compreensão sobre o que é cuidar e o que são práticas de cuidado para o grupo estudado não é uniforme e que a vigência de uma concepção de cuidar mais assistencial e, de práticas de cuidado menos humanizadora é um fenômeno multicausal. As enfermeiras do grupo estudado referem importar-se com as questões relativas à proximidade pessoa-pessoa, da alteridade e da compaixão, mas em suas práticas de cuidado predominam ações técnicas e rotineiras. A maneira como as enfermeiras cuidam das pessoas internadas numa UTI é mais técnica caracterizada pelo distanciamento e relacionamento interpessoal superficial. É preciso considerar aspectos como o modelo biomédico de assistência à saúde vigente mais focado na produtividade, o ambiente de uma terapia intensiva com a iminência de eventos súbitos com risco de morte, a multiplicidade de vínculos empregatícios que gera cansaço físico, mental e pouca disposição à interação com o outro, dentre outros fatores que interferem na maneira como as enfermeiras concebem o cuidar e executam suas práticas de cuidado.

Palavras-chaves: cuidar, cuidado, enfermagem, unidade de terapia intensiva.

BRITO, Leila Maria Ribeiro. Analyse of the practical ones of care of the nurse in intensive care unit. 2010. 79f. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing College, Federal University of Bahia, Salvador, 2010.

ABSTRACT

This study it had as inquiry object, the practical ones of care of the nurse in units of intensive therapy e had as objective: to describe and to analyze the practical ones of care of the nurse to the people hospitalized in units of intensive therapy. It was a study of qualitative nature, of the analytical and descriptive type, whose citizens had been nurses who act in the direct assistance, in an adult unit of intensive therapy of a hospital of great transport, of the city of Salvador-BA. It was used technique of the half-structuralized, recorded interview, and the not participative comment of the performance of the nurses, in its practical in the UTI; through a script of comment and a daily one of field. The method of analysis of data was the thematic Analysis of Content of Laurence Bardin. They had totalized 10 (ten) participant ones of this inquiry. Of the material that was analyzed it appeared 3 (three) categories: 1) conception of taking care like assistance; 2) Conception of relationary taking care of; 3) Agreement of practical of care as action of nursing. It was possible to conclude that the understanding on what it is to take care of and what they are practical of care for the studied group is not uniform and that the validity of a conception to take care like assistance more and of practical of care less human is a phenomenon with many causes. The nurses of the studied group relate to import with the relative questions to the proximity person-person, of to see in the other personal and the compassion, but in its practical of care actions predominate techniques and routine. The way as the nurses characterized for the distance and superficial interpersonal relationship take care of the people interned in a UTI are more technique. The come back effective health more in the productivity, the environment of an intensive therapy with the imminence of sudden events with death risk, the multiplicity of bonds of employment is necessary to consider aspects as the biomedical model of assistance that it generates physical, mental fatigue and little disposal to the interaction with the other, amongst other factors that intervene with the way as the practical nurses conceive taking care of and executes its of care.

Word-keys: to care, care, nursing, intensive care unit.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 O CUIDAR E AS PRÁTICAS DE CUIDADO AO LONGO DA HISTÓRIA	17
2.2 O CUIDAR E AS PRÁTICAS DE CUIDADO NA ENFERMAGEM	21
2.3 AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	27
3 METODOLOGIA	33
3.1 TIPO DE ESTUDO	33
3.2 CAMPO DE ESTUDO	33
3.3 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	36
3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
3.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA	40
3.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	40
3.7 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	42
4 DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	
APENDICE A – Roteiro de entrevista	
APÊNDICE B – Roteiro de observação	
APÊNDICE C – Carta convite aos enfermeiros(as)	
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Pós-Informado Livre Esclarecido	
ANEXO A – Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos	
ANEXO B – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer)	
ANEXO C – Autorização da organização hospitalar para coleta de dados	

1 INTRODUÇÃO

A forma como as enfermeiras¹ entendem o cuidar e executam as práticas de cuidado, na atualidade, é um reflexo das determinações políticas, sociais e econômicas sobre as ações de saúde ao longo da história da humanidade. No trabalho em enfermagem, este conteúdo histórico contempla também as relações de poder, a divisão social e técnica do trabalho e as questões de gênero.

Este cuidar também pode receber a denominação de método de cuidados, processo de cuidar, sistema de cuidados. Independente da denominação, o interesse em realizar este estudo está focado sobre a maneira como as enfermeiras desempenham suas atividades, voltadas para as pessoas hospitalizadas, no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva (UTI).

Muito são os estudos que procuram elucidar os conceitos de cuidar e de cuidado, como o de Zoboli (2004; p.22), que numa abordagem filológica aponta duas origens para a palavra cuidado. Uma derivada da palavra cura que é usada “... num contexto de relação de amor e de amizade, para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação”. E outra, originada da palavra cogitare “...que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação”.

Para Waldow (1992; 1998; 2007), o cuidar pode ser entendido como comportamentos e atitudes, tais como: preocupar, ajudar, orientar, proporcionar, prevenir, acautelar-se, considerar, interessar-se, reparar, aplicar atenção, responsabilizar-se, observar, relacionar-se, interagir com, crescer com, compromissar-se, proteger, compartilhar, motivar, assegurar, confiar, apoiar, assistir, facilitar, promover, preservar, valorizar; dentre tantas outras ações que expressem um sentido positivo de um ser para com o outro. Collière (1999) afirma que é a reciprocidade e o contato com o outro que imprimem o caráter relacional na concepção de cuidar e das práticas de cuidar.

O cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. (COLLIÈRE, 1999, p. 235-236).

¹ A predominância do gênero feminino ocorre pelo fato de o maior quantitativo desses profissionais serem de mulheres (PADILHA *et al*, 2006). Neste trabalho serão utilizados os termos enfermeira e enfermeiras para se referir aos profissionais com curso de graduação superior em enfermagem.

Neste sentido, todos os seres vivos animais são capazes de cuidar e, a produção de cuidados não fica restrita apenas ao aspecto profissional. O que diferencia o cuidar profissional do cuidar não profissional é a busca por resultados previsíveis, mensuráveis e reproduzíveis. No entanto, os resultados das práticas de cuidado não são sempre os mesmos, quando implementados, ainda que sob as mesmas condições, à diferentes pessoas e por cuidadores diversos. Assim, as práticas de cuidado são ações ímpares, como são os efeitos delas resultantes.

Na tentativa de entender o cuidar e as práticas de cuidado, é importante considerar que a forma como estes se apresentam está diretamente relacionado aos valores, à ética, como também ao contexto sócio-político-econômico vivenciado pelos povos. Segundo Mendes (2000), a humanidade se encontra imersa numa crise, principalmente em decorrência dos resultados da ciência moderna e da tecnologia... vive-se um momento de transição — dos valores da modernidade aos da pós-modernidade, buscando novos valores e uma sociedade de convivência mais humana.

Para Waldow (1995), na busca de um paradigma chamado holismo, surge um movimento contrário à esta crise tentando combater a violência e a desumanização. Esta crise de valores também afeta as profissões, e a Enfermagem, como um campo profissional da modernidade, também é atingida por essa situação. Silva (1997) afirma que a história do cuidar na Enfermagem é marcada pelo afastamento progressivo da enfermeira das fontes de sofrimento do doente, não do membro que sangra, mas, do sofrimento do humano.

Esse afastamento da enfermeira do ser cuidado é visível na lógica do modelo assistencial de saúde ainda vigente, o qual privilegia a relação sujeito-objeto em detrimento da relação sujeito-sujeito. A forma de exercer as práticas de cuidado torna-se menos existencial, relacional e ética quando comparada às práticas de cuidado, não profissionais, ocorridas na história do cuidar da humanidade.

Assim, é pertinente afirmar que qualquer disciplina ou profissão requer o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos (conceitos e teorias) que possa ser aplicado à sua prática. As teorias constituem uma forma sistemática de olhar para o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo (GEORGE, 2000). No entanto, é fundamental que este corpo de conhecimento esteja voltado para o propósito de valorização da vida, sobretudo na área de saúde, para apreender a pessoa cuidada como um ser bio-psico-sócio-espiritual e não apenas um conjunto de órgãos e sistemas.

A Enfermagem não poderia ocorrer de forma diferente, e foram nas décadas de 1960 e 1970, que no campo da pesquisa, emergiu o interesse em estudar a gênese do cuidar e das

práticas de cuidado, suas características e suas relações com a sociedade e com o mundo. Esta foi a fase das teorias de enfermagem, marcada pela busca de saberes próprios e pelo cientificismo da profissão.

Em 1978, na Conferência Nacional de Pesquisa, grupos de interesses nesta temática, passaram a se reunir anualmente nos EUA, culminando em 1987 na formação da Associação Internacional para o Cuidado Humano, cuja meta era servir de foro de estudos para enfermeiras promoverem e aprimorarem o cuidar e o cuidado (WALDOW, 1992; 2001; 2007).

Deste período, é importante destacar as figuras de Leininger e Watson; a primeira com a teoria Transcultural do cuidado, que além de traçar as bases do cuidado, distinguiu o cuidado genérico do cuidado profissional e do cuidado de enfermagem e ressaltou a importância do conhecimento obtido da experiência direta, onde povos de culturas distintas relacionam, essas experiências, às suas crenças e às suas práticas de saúde. A segunda, com a teoria Transpessoal do cuidado humano que difundiu o cuidado entendendo-o como ideal moral de valores humanos, referindo-se a este como uma relação intersubjetiva, de pessoa a pessoa (WALDOW, 2007; CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007).

Quase todas as teorias de enfermagem descrevem e tentam explicar a condição humana em termos do ambiente e da doença, embora sejam limitadas em sua capacidade de prever ou controlar uma situação de enfermagem (GEORGE, 2000), ou seja, uma situação inesperada, imprevisível, que aconteça no momento da relação pessoa a pessoa.

Boa parte dessas teorias encontra-se, ainda, ligada ao enfoque determinista e reducionista, típicos do modelo hegemônico da construção do conhecimento, e longe da verdadeira essência do cuidar humanístico. Isso nos leva a inferir que a profissionalização da enfermagem, muito contribuiu para que os tratamentos médicos se tornassem mais eficientes e eficazes, no entanto parece, também, ter contribuído para desviar a atenção da enfermeira para outros focos e não para o que deveria ser a essência do cuidar: a subjetividade tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado.

Segundo Terra *et al* (2006), por lidar com questões existenciais dos seres humanos que, cotidianamente cuida, é necessário que a Enfermagem mergulhe na subjetividade e essência destas pessoas, ainda que não possa esquecer a objetividade. A subjetividade é aquela a partir da qual emergem as características do sujeito, reforçando seu aspecto humano e, a essência significa a possibilidade de leitura da realidade, do fenômeno e da experiência vivida.

O crescimento e a alteridade, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado, são expressados por Collière (1999) quando afirma que os cuidados e a maneira de cuidar contribuem para aumentar ou reduzir o poder de existir, quer dizer, o poder de descobrir o mundo e de o apreender.

Diante da importância do cuidar e de suas práticas, na área de saúde, o interesse em estudá-los se deu por entender que o cuidar e as práticas de cuidado embora não sejam exclusividade da Enfermagem, é nela que estes conceitos se avolumam e se concretizam (BACKES *et al*, 2006; WALDOW, 2007), dado a proximidade da enfermeira com a pessoa cuidada, nas práticas de cuidados, assim como o envolvimento desta profissional com as questões emocionais e sociais devido ao grande tempo de convívio entre elas, quer seja no acompanhamento ambulatorial, quer seja na internação.

Os pressupostos balizados por premissas humanistas nortearam o desenvolvimento deste estudo, entendendo que a compreensão sobre o cuidar e execução de suas práticas, por enfermeiras de unidades de terapia intensiva, podem existir num sentido ético, relacional, de troca e crescimento entre as pessoas envolvidas: enfermeiras e pacientes.

A compreensão da necessidade de se desenvolver práticas de cuidados numa abordagem mais ética e relacional não se restringe à determinados ambientes, ela se faz necessário em qualquer espaço cuidativo, incluindo a unidade de terapia intensiva (UTI).

A criticidade dos eventos orgânicos e a presença do risco iminente à vida, muitas vezes, impõe que as práticas de cuidado na UTI sejam impessoais, hábeis e extremamente técnicas. No entanto, não são em todos os momentos que uma pessoa internada, numa UTI, vivenciará o estado crítico do seu funcionamento orgânico, e são estes momentos, que possibilitam uma aproximação mais relacional dos profissionais de saúde, sobretudo das enfermeiras, com esta pessoa internada.

Estas reflexões emergem num contexto sócio-político-econômico caracterizado pelo avanço tecnológico que auxilia para que os diagnósticos e tratamentos médicos sejam mais rápidos e eficientes, contribuem para prognósticos mais seguros e menos sombrios, sobretudo nas unidades de terapia intensiva. No entanto, isto parece favorecer a um afastamento do cuidador do ser cuidado, com a supervalorização da tecnologia em detrimento do cuidado pautado em atributos humanos, como seus desejos pessoais, saberes, crenças e valores próprios.

Este modelo clínico de atenção à saúde é, predominantemente, hospitalocêntrico e preocupa-se com o atendimento do corpo doente, corpo este que é fracionado pelos diversos profissionais, que atuam na área de saúde, através da prestação de um atendimento pontual e

procedimental. Na realidade brasileira, este modelo assistencial biomédico ainda predomina nos espaços de cuidados como os hospitais, principalmente, nas unidades de terapia intensiva, apesar de existirem perspectivas promissoras de outros modelos onde as pessoas hospitalizadas são cuidadas sob um aspecto mais relacional.

Estas considerações foram se conformando através do exercício da enfermagem no ambiente da unidade de terapia intensiva, onde meu primeiro contato foi no curso de Especialização sob a forma de Residência e, posteriormente, como enfermeira em unidades de terapia intensiva de dois hospitais da cidade do Salvador.

Uma das unidades de terapia intensiva era num hospital de grande porte, provedor não somente dos meus conhecimentos técnicos, mas, principalmente, relacionais; onde eram atendidas, pessoas com quadro clínico extremamente grave, com afecções dos mais diversos órgãos e sistemas. A outra UTI, com características diferentes, pertencia a um hospital que possuía, também, maternidade, e cujas pessoas eram internados para cirurgias de médio e pequeno porte; ou por serem gestantes e/ou puérperas de alto risco.

Nestas oportunidades, aproximei-me das pessoas, criticamente enfermas, numa realidade de elevado nível de tensão emocional ambiental oriundo da carga de trabalho excessiva das enfermeiras e, do alto grau de responsabilidade delegada pela chefia às enfermeiras intensivistas, seja para garantir o cumprimento rigoroso das normas e rotinas, seja pela supervisão direta do trabalho executado pelos profissionais de nível médio, propiciando um contexto de trabalho exaustivo.

Tanto em uma realidade quanto em outra, havia de minha parte um incômodo quanto à forma de cuidar da enfermeira intensivista (e por vezes minha) muito mais voltada para a rotina do que para as necessidades expressas pelo próprio ser hospitalizado ou por seus familiares. Muitas vezes, não havia a possibilidade de uma maior interação minha, como enfermeira assistencial, com a pessoa a qual cuidava, no que se refere a conhecer sua história de vida, seus medos e dúvidas; ou de seus familiares, pois o quantitativo de atividades a serem executadas num período de tempo de um plantão de seis ou doze horas não permitia que tal proximidade ocorresse.

No entanto, é imprescindível para a Enfermagem que o cuidar envolva a interação da enfermeira com o cliente, o que exige, não somente o conhecimento técnico-científico, como também o autoconhecimento, a acurácia dos órgãos dos sentidos no tocar, no olhar, no ouvir, no saber sentir e captar as emoções de quem está sendo cuidado (CAMACHO; ESPIRITO SANTO, 2001), e não era isso o que eu observava, no meu cotidiano de trabalho como enfermeira numa UTI.

O distanciamento entre as concepções sobre o cuidar preconizadas pelos estudiosos do tema e o cuidar concebido e praticado pelas enfermeiras, nas unidades de terapia intensiva, despertou o meu interesse pela temática do cuidar e das práticas de cuidado e foi se conformando ao longo da jornada de treze anos como enfermeira especialista na área de terapia intensiva.

Este interesse vem sendo reforçado na medida em que observo algumas atitudes de enfermeiras intensivistas² que demonstram a distância da essência do cuidar, e das práticas de cuidado desenvolvidas, como a banalização das vontades dos pacientes; o excesso de preocupação com o cumprimento das rotinas em detrimento do atendimento às necessidades dos pacientes/familiares; a falta de esclarecimento e orientação aos pacientes/familiares acerca dos procedimentos e de sua situação clínica e, o afastamento das enfermeiras dos cuidados relativos aos aspectos emocionais das pessoas hospitalizadas naquelas unidades.

Independente da prática de cuidado ser executada por profissional ou não, ou ainda, desta prática ser implementada em ambientes mais ou menos críticos, em relação ao risco de morte, para ser de fato considerado cuidado é imprescindível a existência das dimensões éticas, estética e relacional nas ações daqueles que são considerados cuidadores.

É nesta direção, e em sintonia com estes desafios, que delimitou-se como objeto deste estudo, **as práticas de cuidado da enfermeira às pessoas hospitalizadas em unidades de terapia intensiva.**

Estas considerações, somadas às abordagens teóricas sobre o cuidar e a expressão de sua prática de cuidado, à minha experiência como enfermeira assistencial de UTI adulto, bem como à percepção de uma proximidade de outras profissões externas à área da saúde com a temática do cuidar, justificam o meu interesse pelo estudo como uma forma de legitimar um objeto que, apesar de não ser exclusivo da Enfermagem, é próprio deste campo de saber.

Apesar do significativo quantitativo de estudos sobre a temática do cuidar e das práticas de cuidados nas bases de dados nacionais, ainda são poucos os que estudam e descrevem, sob o aspecto relacional, o que as enfermeiras fazem para cuidar de pessoas, como executam e qual a natureza de suas práticas de cuidado numa UTI.

Assim, teve-se como questão norteadora: **Como ocorrem as práticas de cuidado da enfermeira às pessoas hospitalizadas em unidades de terapia intensiva?**

² Termo utilizado para adjetivar o profissional especialista em unidade de terapia intensiva por título acadêmico ou por tempo de atuação em UTI (NOTA DA AUTORA).

Este estudo trouxe como objetivos: **descrever as práticas de cuidado da enfermeira às pessoas hospitalizadas em unidades de terapia intensiva e, analisar as práticas de cuidado da enfermeira às pessoas hospitalizadas em unidades de terapia intensiva.**

Ao término deste estudo, espera-se que os resultados encontrados sirvam de motivação para enfermeiras assistenciais, docentes, discentes e gestores de unidades de terapia intensiva refletirem sobre as práticas de cuidado que estão sendo executadas no cotidiano das unidades de terapia intensiva.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Partindo do pressuposto de que a forma como se entende o cuidar e se executam as práticas de cuidado, pela enfermeira, é consequência de três aspectos relevantes, onde o primeiro é a modificação da concepção original sobre o cuidar e os fatores determinantes das ações de saúde, ao longo da história da humanidade. O segundo é a forma como foi constituída a Enfermagem profissional e, o terceiro aspecto as peculiaridades inerentes ao ambiente cuidativo de trabalho nas unidades de terapia intensiva. Esses aspectos constituem o arcabouço teórico deste estudo.

2.1 O CUIDAR E AS PRÁTICAS DO CUIDADO AO LONGO DA HISTÓRIA

O cuidar e as práticas de cuidado, além de refletirem as ações de saúde na história, também refletem a evolução da ciência e do conhecimento, os papéis sociais de mulheres e homens, e os interesses de grupos sócio-político-econômicos hegemônicos; o que é relevante para a compreensão de como o cuidar e suas práticas ocorrem, no cotidiano das enfermeiras, na atualidade.

Waldow (2001) afirma que o cuidar é inerente aos seres humanos, e por que não dizer aos seres vivos animais, onde são capazes de cuidar de suas crias, de cuidar de outros animais, e cuidar do seu ambiente, do cosmo, até de objetos inanimados. Em algum momento de nossas vidas, fomos cuidados, nos cuidamos e/ou cuidaremos de algo ou de alguém (COLLIÈRE, 2003).

Neste sentido,

Há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas, surgido há milhões de anos no processo evolutivo quando emergiram os mamíferos, dentro de cuja espécie nos inscrevemos: o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado. (BOFF, 1999, p.99).

Mesmo antes do aparecimento do ser humano, já era possível identificar, entre os animais, práticas que denotavam a intenção de cuidar e a ação de cuidado. O ato de nutrir, de reproduzir, de proteger (a si e aos outros) das intempéries da natureza praticados por animais

distintos em seus grupos, caracterizavam atos de cuidado; de auto-cuidado, de cuidados com a coletividade e com a espécie. Portanto, demonstra que o cuidar é inerente ao seres vivos. A prática de cuidado é a mais velha prática da história da humanidade (COLIÈRE, 1999).

O aparecimento do ser humano possibilitou identificar ações de cuidado, como as realizadas pelas mulheres ao proteger, nutrir e transmitir ensinamentos às crianças; e pelos homens como a proteção do grupo (mulheres, idosos e crianças) e provisão de alimentos, o domínio do fogo e a elaboração de artefatos para caça. As ações de cuidado eram tão instintivas que chegavam a imitar atos de outros animais, como a lambedura de corpos e de feridas (WALDOW, 2001).

A forma de cuidar se modificou quando os povos deixaram de ser nômades e passaram a viver em grupos num mesmo local. As mulheres continuavam detentoras das práticas do cuidar próprias dos dois pólos da vida: o nascimento e a morte, caracterizando um cuidar relacional. Elas incorporaram, também, o saber acerca da manipulação das plantas, preparo de alimentos e de medicamentos. Era um cuidar empírico. Aos homens cabiam as ações de cuidado mais gerais, e menos afetivas, voltadas para a coletividade, como a caça, a domesticação de animais e o aprimoramento dos artefatos (WALDOW, 2001).

Segundo a mesma autora (p.18), “....as mulheres parecem ter adquirido um comportamento diferenciado dos homens mas assemelhado entre elas, nas diferentes épocas, devido à maternidade”; e esta diferenciação, nas atribuições de homens e mulheres na prática de cuidado, é o início do que viria a ser a divisão sexual do trabalho que hoje está associada à importância que o cuidar e as práticas de cuidados recebem da sociedade.

Na antiguidade, período compreendido entre a consolidação da escrita e a queda do império romano, percebe-se um início de cuidar intencional, menos instintivo, com uma grande preocupação com o corpo, vivo ou morto; como por exemplo, o ato de massagear e as técnicas de embalsamento e mumificação, respectivamente.

O cuidar era ligado ao misticismo, às crenças em relação à natureza e aos espíritos que procuravam curar os males. Nascia a medicina baseada no saber das plantas e da magia. Neste momento, este saber antes pertencente às mulheres, foi aos poucos absorvido pelos homens; visto que era fonte de poder: o poder da cura (WALDOW, 2001).

Ainda na antiguidade, através dos princípios defendidos por Cristo, o cuidar tomou uma conotação de compaixão e caridade ao próximo. A igreja católica, organização estável e poderosa, reproduzia a idéia da prestação do cuidado para fortalecer a fé e obter a salvação da alma. Os ditos cuidadores eram religiosos (quando não religiosos, eram castos), que

desenvolviam cuidados ao administrar chás e porções, ofertar alimentos, prover abrigo, vestuário, realizar atividades de conforto, de limpeza de feridas a pobres, velhos e doentes.

As pessoas que desenvolviam as práticas de cuidado tinham como características, a humildade, a obediência, a paciência e a docilidade; adjetivos compatíveis com a idéia do altruísmo pregada por Cristo, mas também, compatíveis com a submissão à Igreja católica (WALDOW, 2001).

O poder da igreja, a valorização da terra com o sistema feudal, e o despertar para o interesse pelo material em detrimento do espiritual, modificaram os valores pregados por Cristo. O cuidar passa a ser necessário para alívio do sofrimento e ao interesse de troca, barganha (ao desempenhar práticas de cuidados, as pessoas melhoravam sua imagem junto à igreja católica). Este cuidar, então, deixa de ter um valor e um papel principal, e passa a ser atividade auxiliar do curar.

Assim, os dogmas e postulados da Igreja, que eram feitos por e para os homens (gênero masculino), destaca a figura de Deus (também masculina). A mulher, antes provedora das práticas de cuidar, além de perder este poder, torna-se submissa ao homem nestas práticas.

O corpo, visto como fonte de impurezas, não podia ser tocado; bem como tudo que fosse oriundo dele, como as doenças. Foi necessário exercer um controle sobre todos os que se aproximavam do corpo, todos que providenciavam cuidados, do nascimento até a morte: em particular as mulheres (WALDOW, 2001; COLLIÈRE, 2003). “... a história privilegiou os homens, principalmente na Idade Média, quando as mulheres eram perseguidas como bruxas...” (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSON, 2006, p. 295), com exceção das mulheres religiosas que faziam voto de abnegação e pobreza dedicando-se aos doentes.

Ainda de acordo com estas autoras, no séc. XIV a Europa foi devastada pelas doenças infecto-contagiosas. Logradouros e albergues (protótipos dos futuros hospitais) foram criados para prestar cuidados aos viajantes e guerreiros. As condições sanitárias e de higiene eram péssimas, e os clérigos (donos do saber) continuavam a negar, condenar e renegar o corpo, e os males decorrentes dele.

Porém, a religião já não conseguia responder às inquietações da humanidade. Aos poucos o teocentrismo perde o lugar para o antropocentrismo, reforçando mais uma vez o poder da figura masculina na história.

A era moderna, inicia-se com a grande expansão marítima e com o tráfico de escravos. Nesta época o poder da igreja estava sendo veementemente contestado, culminando no movimento da Reforma o qual condenava o abuso do poder e o acúmulo de riquezas pela Igreja. Os religiosos foram retirados dos hospitais, e, assim, faltaram pessoas para prestar

cuidados aos doentes. O cuidar e as práticas de cuidado, desvalorizados, considerados sem importância, foram, portanto, relegados aos criados e às criadas, pessoas subalternas, tidas como inferiores, de comportamento social duvidoso e desabilitadas para tal tarefa (WALDOW, 2001; COLLIÈRE, 2003).

A reação da Igreja (Contra-Reforma) provocou uma série de conflitos e perseguições àqueles que iam de encontro à religião católica, sobretudo àqueles que ainda praticavam atividades não religiosas, místicas de cura e de cuidado (WALDOW, 2001).

Ao fim da era moderna, de acordo com a autora, com o surgimento do pensamento iluminista, ocorreu a Revolução Francesa, e pouco se sabe sobre o cuidar e as práticas de saúde neste período. Sabe-se apenas que as condições sanitárias continuavam péssimas, e era grande o número de doentes, moribundos, famintos e vítimas das guerras.

A Revolução Industrial marca a chegada da era contemporânea, e muda o quadro de saúde das populações, que passaram a ser mais urbanas, porém mantendo os velhos problemas de saúde, somados agora às novas enfermidades trazidas pela vida nas cidades e pelo trabalho nas fábricas (WALDOW, 2001; COLLIÈRE, 2003). O cuidar e as práticas de cuidado norteados, também, pelo mercado econômico, supervalorizam a técnica em detrimento da essência humanística, e o corpo passa a ser fonte de lucro.

Em relação ao cuidar e as práticas de cuidado, toda a trajetória percorrida pela humanidade trouxe como resultado o momento vivido hoje: um cuidar associado às práticas tecnicistas e limitadas pelo modelo assistencial de saúde que ainda predomina: o modelo que não considera entre os sujeitos envolvidos (cuidador e ser cuidado) suas individualidades, suas diferenças, seus sentimentos e, cujas práticas são verticalizadas, fragmentadas e padronizadas.

Nessa trajetória histórica, Collière (1999) identifica o cuidado através de dois tipos de natureza distintos. Os cuidados de manutenção da vida e os cuidados de reparação. Os cuidados de manutenção são aquelas ações referentes à sustentação da vida (beber, comer, evacuar, locomover-se), ou de natureza psico-afetiva (relacionar-se); esses cuidados são fundados nos hábitos de vida, costumes e crenças. Os cuidados de reparação asseguram a continuidade da vida, têm como finalidade limitar a doença, lutar contra ela e atacar suas causas. Ela firma, ainda, que a ruptura entre o corpo e o espírito visível nas sociedades ocidentais somados ao crescimento tecnológico levaram à sobreposição dos cuidados de reparação sobre os cuidados de manutenção.

A instauração dos papéis profissionais daqueles que executam os cuidados fez perder a criatividade e a sensibilidade (próprios da essência do cuidar). A profissional enfermeira se

depara com os imperativos de servir ao doente, ao médico e à instituição hospitalar, com uma predominância destes dois últimos (COLLIÈRE, 2003); em detrimento da ajuda sensível e relacional à pessoa enferma.

Corroborando com Souza e Koerich (2008), concebo as práticas de cuidado como ações que preservam o potencial saudável dos cidadãos. Isto depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, por parte daqueles que executam estas práticas. Foi possível observar que ao longo da história as práticas de cuidado de manutenção perderam lugar de importância para as práticas de cuidado de reparação e, que toda tecnologia foi desenvolvida muito mais voltada para estes últimos do que para os primeiros.

Hoje, percebe-se a necessidade de resgatar a verdadeira gênese do cuidar e das práticas de cuidado, em qualquer que seja o ambiente cuidativo (organizações de saúde, comunidade, domicílio) sem, no entanto, retroceder nas conquistas permeadas pela ciência e pelo aparato tecnológico. Esse, talvez, seja o grande desafio do cuidar e das práticas de cuidado na pós-modernidade: unir aspectos subjetivos e objetivos aliando arte e ciência, para o bem do ser humano.

2.2 O CUIDAR E AS PRÁTICAS DE CUIDADO NA ENFERMAGEM

O cuidar e as práticas de cuidado, como inerentes aos seres vivos, não trazem consigo exigências para serem vividos e implementados. Segundo Collière (1999, p. 27)

... durante muito tempo os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão... elas diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida.

Somente com a profissionalização foi que as práticas de cuidado foram associadas como práticas de categorias profissionais, dentre elas as práticas de Enfermagem. As profissões identificadas pelos conhecimentos técnicos que aplicam ou utilizam, têm como finalidade servir às necessidades das populações e, precisam ser reconhecidas pela sociedade, pois, muitas delas surgiram primeiro, como ocupações ou semiprofissões (NÓBREGA-THERRIEN, 2007).

A história de uma profissão apresenta variáveis distintas e contingentes (NÓBREGA-THERRIEN, 2007), e dessa forma ocorreu com a enfermagem. Houve uma evolução no

entendimento das práticas que passaram de atos de sobrevivência para atos místicos, depois para ações de cunho religioso, chegando, enfim, à cuidados fundamentados no conhecimento científico, pois os atos voltados ao re-establishment da saúde não poderiam ser implementados de forma rudimentar ou ainda por pessoas despreparadas (WALDOW, 2001).

Porém, Nóbrega-Therrien (2007) afirma que é a possibilidade de composição do processo global de produção através da divisão do trabalho e da mecanização que faz com que um grupo ocupacional siga para alas privilegiadas ou desfavorecidas de profissionais.

Assim, com a enfermagem “o cuidar assume características profissionais, obtidas de uma educação formal. É aí que o fazer e o sentir se conjugam com o aspecto do conhecimento formando uma totalidade”. (MEYER; WALDOW; LOPES, 1998, p. 73).

A enfermagem pautada por princípios científicos teve início no séc. XIX com Florence Nightingale, quando esta, em 1854, utilizou-se de conhecimentos de diversas disciplinas, associando-os à sua bagagem cultural e de mulher burguesa, para a provisão de cuidados aos feridos de guerra (WALDOW, 2001; KRUSE, 2006). Com a redução da morbidade dos soldados feridos decorrente da sistematização dos cuidados implementados, Florence destacou-se na Inglaterra, criou a primeira escola de enfermagem que disseminou para o mundo o modelo de enfermagem Nightingaleano. Modelo este com características de uma formação dualista: de um lado disciplina, autoritarismo e organização; do outro, servilismo, obediência e docilidade (WALDOW, 2007).

Esse modelo de enfermagem Nightingaleano também previa uma divisão de atividades desempenhadas pelas *nurses* e pelas *lady nurses*; e, nos dias de hoje esta divisão caracteriza a divisão técnica e social do trabalho da Enfermagem, identificando quem são os membros da equipe de Enfermagem, quais suas atribuições, bem como a relação hierárquica existente entre eles (WALDOW, 2001; 2007).

Neste sentido, a busca pela profissionalização, pela implementação de ações de cuidados, subsidiadas pela ciência, foi absorvida pela Enfermagem de forma vigorosa, pois não havia outra forma de conhecimento reconhecido que não fosse pelo método científico. Essa era a única maneira de se fazer existir como profissão e de buscar o prestígio e o reconhecimento já existentes em outra profissão da área da saúde, hegemônica sócio-político e economicamente, como a medicina.

Para Almeida (1986); Gomes; Backes; Padilha e Vaz (2007) a Enfermagem profissional ou moderna se caracteriza em fases distintas. Num primeiro momento, o foco da Enfermagem era saber o que fazer e como fazer; caracterizando assim a fase das técnicas. Nesta fase havia uma grande preocupação em se descrever minuciosamente as técnicas

desenvolvidas, que eram entendidas como ações de cuidado, não havendo nenhuma preocupação com a real necessidade do ser que era cuidado.

No segundo momento, a Enfermagem procurou fundamentar suas ações e, portanto, procurou responder ao por que fazer. Esta é a fase dos princípios científicos. Foi nesta fase que a enfermagem procurou absorver os princípios das ciências de base como anatomia, microbiologia, dentre outras.

E, no último momento, o qual ainda é vivenciado, a Enfermagem vem procurando identificar e legitimar qual é o seu saber próprio. Esta fase teve como início o desenvolvimento das teorias de enfermagem, as quais buscavam atingir o status de ciência própria da profissão.

Estas fases não são momentos históricos com divisórias rígidas, mas sim conjuntos de propósitos afins que marcaram a Enfermagem moderna, mas que se sobrepuseram em vários momentos (e ainda se sobrepõem).

Desde o início dos anos 60, a Enfermagem tem estado em uma era de examinação sistemática, refinamento e construção teórica. Questões, tais como a seguir tem sido perguntado. O que caracteriza a natureza essencial e a essência da enfermagem? O que constitui a natureza do conhecimento da Enfermagem? O que é diferente sobre o conhecimento de enfermagem com das outras disciplinas da saúde? (LEININGER, 1998, p.152).

Nesse sentido, as teorias de enfermagem que surgiram entre 1960 e 1970, em sua maioria, tinham ênfase no enfoque biomédico; apenas algumas poucas traziam o aspecto psicológico, seja do ser cuidado ou do cuidador (WALDOW, 2001). Em geral, essas teorias traziam em suas bases, métodos pragmáticos voltados à implementação de ações e desenvolvimento de processos com vistas a um resultado: o pronto re-estabelecimento da saúde, como uma lei de causa e efeito. “É comum, mesmo utilizando um enfoque positivista, considerarem-se holísticas, o que revela ambigüidade e, inclusive, contradições”. (WALDOW, 2001, p.60).

A profissionalização que exigia disciplina, cumprimento de normas, regras, padrões, horários, ações previamente planejadas e, igualmente executadas, pelos cuidadores às diferentes pessoas cuidadas, bem como a própria técnica do trabalho da enfermagem, colocavam a enfermeira mais distante do contato direto com a pessoa cuidada e mais envolvida com o planejamento e supervisão das ações de enfermagem.

Isso trouxe conseqüências para as práticas de cuidado que ainda hoje se apresentam. Um cuidar menos espontâneo, menos sensível e essencial; ações de cuidado padronizadas; menos individualizadas, buscando resultados previsíveis; impulsionadas e favorecidas pela

lógica de um modelo de atenção à saúde que é hegemônico e que se reproduz nesta enfermagem profissionalizada, como se as reações humanas, no processo saúde-doença, pudessem ser controladas.

Tanto o modo como ocorreu a profissionalização da enfermagem, quanto a busca pela cientificidade, apesar dos relevantes resultados dos cuidados de enfermagem prestados no período bélico, com o passar dos tempos, parece ter contribuído para afastar a enfermeira dos cuidados diretos, das ações de valorização da vida.

O conhecimento de enfermagem não se enquadra totalmente dentro do preconizado “conhecimento científico”... é freqüente, na enfermagem, as enfermeiras depararem-se com situações que requerem ações e decisões para as quais não há respostas científicas. (MEYER; WALDOW; LOPES, 1998, p. 56).

Portanto, é necessário outros conhecimentos, além do científico, para dar respostas às necessidades das pessoas cuidadas.

Segundo Collière (1999), a valorização da aproximação relacional ocorreu a partir das correntes oriundas da psicanálise e da psicologia que contestavam o uso de tecnologia pesada. Inicialmente a relação foi utilizada como suporte em terapias individuais e grupais, na área de psiquiatria, e, posteriormente (década de 1960), atinge a enfermagem, porém, mais voltados ao estudo de relações interpessoais na gestão e administração de serviços, do que na prática de cuidados.

Foi com a publicação de um relatório da Organização Mundial de Saúde sobre cuidados de enfermagem que houve uma propulsão em se questionar as práticas de cuidados (OMS, 1966 *apud* COLLIÈRE, 1999), mas foi nos anos 1970 que a corrente de revalorização da relação entre quem cuida e quem é cuidado se concretiza, devido à insatisfação gerada pelos cuidados muito ligados à técnica e à necessidade das enfermeiras reencontrar o sentido do cuidado (COLLIÈRE, 1999).

Estudos mais recentes, como os de Waldow (2001, 2007), vêm preconizando formas e dimensões de conhecimento voltadas para o cuidar e práticas de cuidado com enfoque humanístico³. Estas dimensões há muito tempo, foram abordados por Carper (1978) e procuravam determinar a maneira como o conhecimento da Enfermagem atuava sobre os fenômenos.

³ Segundo Deslandes (2006), a palavra ‘humanismo’ deriva do latim *humanus*; e para o humanismo a visão de mundo confere grande importância à vida e aos valores humanos, realçando a liberdade do indivíduo, a razão, as oportunidades e os direitos.

O primeiro padrão, ou primeira dimensão é a empírica⁴ que também é chamada ciência da Enfermagem. Ela reflete crenças, valores e *insights* da pessoa enfermeira e das pessoas com quem esta interage (MEYER; WALDOW; LOPES, 1998). Esse conhecimento é reconhecidamente válido, confiável, factual, descritível e generalizável e; é organizado em leis e teorias gerais para descrever, explicar e prever o fenômeno que preocupa a enfermagem (CARPER, 1978).

A dimensão estética compreende o significado subjetivo único e particular chamado de arte do cuidar. O conhecimento estético parte de uma percepção individual e envolve a criatividade, a inovação, a habilidade (manual e/ou técnica) voltada para oportunizar uma ajuda ao outro.

A dimensão pessoal compreende o terceiro padrão fundamental da Enfermagem. Segundo Carper (1978, p.16) é o “padrão mais essencial para a compreensão do significado de saúde em termos de bem estar do indivíduo ... envolve interações, relacionamentos e transações...”. Esta dimensão constitui uma experiência interior de tornar um todo, um *self* consciente, onde o encontro caracteriza-se pela reciprocidade, onde ambos (enfermeira e paciente) mutuamente se ajudam a crescer.

A quarta e última dimensão é a ética. Ela envolve confronto de valores, normas, interesses e princípios, salientando o que é bom, correto, a que interesse está servindo, e as ações pelas quais se é responsável (MEYER; WALDOW; LOPES, 1998; CARPER, 1978).

As dimensões ou padrões de conhecimento retratam os aspectos subjetivos do cuidar. No Brasil, no campo da Enfermagem, destacam-se alguns estudiosos, com publicações relevantes, apesar dos mais diversos enfoques, destacando a importância da subjetividade no cuidar e nas práticas de cuidado: Almeida *et al* (1996), Silva (1997), Erdmann *et al* (2007), Souza (2008), Waldow (2001; 2007), dentre outros. E, fora da Enfermagem, já apontam trabalhos que se interessam por estudar o cuidado em outros campos do saber, como os estudos de Boff (1999), Schimtt (2003), Santos e Bursztyn (2004).

Assim, outros estudiosos psicólogos, psicanalistas e filósofos preocuparam-se em estudar, definir e explorar, teoricamente, o cuidar e suas práticas, demonstrando o interesse de outras disciplinas e a relevância da temática (WALDOW, 1992), sempre ressaltando o aspecto subjetivo: o pensamento humanista; uma preocupação com o outro (o ser), um sentimento de alteridade nas práticas de cuidado entre quem cuida e quem é cuidado. A exemplo destes tem-

⁴ “Empírica”, adjetivo derivado do termo “empirismo”, escola epistemológica que afirma ser a experiência, principalmente o uso dos sentidos auxiliados, quando necessário, pelos instrumentos científicos, que afirma ser este o caminho para se chegar ao conhecimento (BUNNIN, TSUI-JAMES; 2002)

se Carl Rogers, psicólogo americano, que através da Terapia Centrada na Pessoa aponta a importância da relação terapeuta–cliente para o sucesso do tratamento e aposta no conhecimento que cada um tem de si como ferramenta para uma ajuda e crescimento mútuos (ROGERS, 1995; CENTRO DE REFERÊNCIA EDUCACIONAL, 2007).

Já Erik Erikson, psicanalista alemão, através da Teoria Psicossocial concebe a existência de fases, na vida, para o desenvolvimento do ser humano (VERÍSSIMO, 2002; ZOBOLI, 2004) afirmando que o reconhecimento destas fases é oriundo de interações psicossociais, apontando a necessidade de o cuidador compreender em qual fase o indivíduo se encontra para melhor entendê-lo e, conseqüentemente, melhor cuidá-lo (VERÍSSIMO, 2002).

Outro alemão, filósofo e teólogo, Martin Heidegger, contribuiu com os estudos sobre a Fenomenologia, uma filosofia que surgiu como meio de tornar acessível ao ser humano sua presença no mundo e que se difundiu nas pesquisas realizadas por enfermeiros, impulsionando-os a direcionarem sua atenção para a compreensão do ex-sistir⁵ do humano a quem lhes é confiado o cuidado. Para Heidegger, o cuidado retrata ao mesmo tempo angústia (devido à luta pela sobrevivência) e solicitude que “... significa voltar-se para, acalantar, interessar-se pela Terra e pela humanidade”. (ZOBOLI, 2004, p.23-24).

Este mesmo autor cita Milton Mayeroff, também filósofo, cuja abordagem ressalta a subjetividade e pressupõe o cuidado humano como: conhecimento, alternância, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e coragem. Mayeroff concebe o cuidar como uma forma de ajudar o outro a amadurecer, a se desenvolver conformando uma relação recíproca entre o cuidador e o ser cuidado; não importando se o outro é um ser, uma idéia, um ideal, uma obra de arte ou uma comunidade.

Neste aspecto dos pressupostos de Mayeroff, o cuidado necessita ser constantemente re-avaliado e pensado sob novas e melhores formas de ser implementado e não apenas implementado por ser uma rotina estabelecida, protocolo ou manual. A concepção de cuidar abrange o respeito ao tempo próprio das pessoas envolvidas; sendo preciso agir com franqueza e confiança, tanto admitindo as possíveis limitações, numa atitude muito mais de compartilhamento do que de autoridade, quanto acreditando na capacidade de cuidar e de cuidar-se entre quem cuida e quem é cuidado, respectivamente. Mayeroff, ainda, ressalta a importância do ser cuidado ter esperança no futuro e do cuidador ter coragem para enfrentar o desconhecido que é o outro ser, a pessoa a quem se cuida (REZENDE; SILVA, 2002).

⁵ Segundo LOPES; OLIVEIRA; DAMASLENO (1996), Heidegger reveste certos termos utilizados pela filosofia clássica de um significado especial, valorizando as raízes gregas e alemãs. Ex-sistir é estar fora da realidade e em direção à possibilidade.

Assim, o exercício das dimensões empírica, pessoal, estética e ética, pela Enfermagem profissionalizada, proporcionaria uma ligação entre o objetivo e o subjetivo do cuidar, ou seja, entre a tecnicidade das práticas de cuidado profissional e a essência holística do cuidar de seres humanos. “... o enfoque humanístico baseado em amor, aceitação, respeito por si e pelos outros deve ser iniciado e desenvolvido entre os próprios integrantes da profissão”. (WALDOW, 1992, p.34), sendo este processo de responsabilidade de todos sujeitos envolvidos na atenção e produção de cuidados, sejam eles, gestores, as próprias pessoas que recebem os cuidados e os profissionais dos serviços de saúde.

2.3 AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

A história da unidade de terapia intensiva (UTI) se confunde com a história das descobertas tecnológicas (REA NETO *et al* 2004). O advento dos aparelhos de ventilação mecânica após a epidemia de poliomielite em 1953, o uso do eletrocardiógrafo no manejo dos pacientes com infarto agudo do miocárdio e, a construção do primeiro cateter de artéria pulmonar, são alguns dos exemplos que podemos citar, demonstrando a proximidade entre as descobertas tecnológicas aplicadas à saúde e a gênese da unidade de terapia intensiva.

A primeira UTI do mundo de que se tem conhecimento foi inaugurada em 1904 num hospital da cidade de Nova York. O conhecimento adquirido nos longos períodos de guerras levou, na década de 1960 do século XX, à criação de unidades especializadas para o atendimento de pacientes graves. As primeiras unidades de terapia intensiva tinham por objetivo monitorizar as funções cardíacas, respiratórias e neurológicas das pessoas em recuperação após atos cirúrgico-anestésicos (REA NETO *et al* 2004). No Brasil, a primeira UTI foi inaugurada em 1971 no hospital Sírio-Libanês na cidade de São Paulo.

Para Barra *et al* (2006), no campo da saúde a introdução de instrumentos para o ato cirúrgico e o surgimento de equipamentos diagnósticos foram os movimentos mais evidentes da tecnologização da terapêutica.

A proximidade da Enfermagem com a unidade de terapia intensiva ocorreu com o princípio, trazido por Florence Nightingale, de que pessoas gravemente enfermas necessitam de um espaço próprio e de cuidados específicos e ininterruptos. Logo, é pertinente afirmar que Florence deu início à Enfermagem intensivista.

O desenvolvimento, a triagem e a observação intensiva foram introduzidos por Florence... proporcionando o modelo para o cuidado de Enfermagem ao paciente criticamente enfermo, atualmente concentrado em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A Enfermagem que atua nas UTI's acompanhou essa evolução tecnológica assumindo novas responsabilidades e, conseqüentemente, adquirindo maior respeito e autonomia. (BARRA *et al*, 2006, p.428).

Florence estabeleceu um sistema de cuidados que, uma vez implementado em 1854, reduziu de 47% para 2% a mortalidade dos soldados feridos na Guerra da Criméia demonstrando como a falta de cuidados refletia na morbi-mortalidade destas pessoas.

Hoje, a UTI caracteriza-se como uma unidade hospitalar complexa, dotada de sistema de monitorização contínua, com equipamentos sofisticados, e recursos destinados ao tratamento de pessoas em estado grave de saúde (ou potencialmente graves), com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, cujo suporte e tratamento intensivos possibilitam a recuperação da saúde.

Para Nascimento e Trentini (2004), o comprometimento orgânico (presente ou potencial) e o risco à vida contribuem para que a atuação dos profissionais da Enfermagem seja guiada pelo modelo assistencial biomédico nas unidades de terapia intensiva.

Já Almeida *et al* (1996) definem modelo assistencial como sendo, uma construção histórica, política e social, organizada num contexto dinâmico, para atender aos interesses de grupos sociais.

Nesse sentido, as grandes desigualdades sócio-econômicas, a globalização, competitividade da vida moderna a qualquer custo, o capitalismo selvagem, e a minimização dos direitos sociais, têm favorecido o estabelecimento deste tipo de modelo assistencial de saúde, mais preocupado com o lucro e com a produtividade do que com a valorização da vida das pessoas.

No modelo assistencial biomédico, as concepções são decorrentes da fundamentação metodológica-mecanicista, onde a formação e o exercício profissional são pautados no domínio do corpo-doença, tendo o corpo (fragmentado) como objeto da ação; os profissionais são controladores e controlados; as relações interpessoais são baseadas na hipervalorização do profissional; e, os instrumentos são voltados para a técnica (PÜSCHEL; IDE; CHAVES, 2005).

Este modelo é conseqüência de uma política de saúde baseada em um caráter emergencial, clientelista, assistencialista e profundamente excludente (JACOBINA, 1998), que pouco atende aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS de integralidade,

universalidade e equidade, e, muitas vezes, dificulta o exercício de práticas de saúde mais humanísticas.

Assim, é importante salientar que:

Na última década, muito tem sido discutido sobre a necessidade de mudanças na área de pediatria e em UTI quanto ao atendimento fundamentado no paradigma positivista, que é o que norteia o modelo médico, biologicista, cuja atenção está voltada principalmente para o órgão doente, para a patologia e para os procedimentos técnicos, em detrimento dos sentimentos, dos receios do sujeito-doente e seus familiares e da forma com vivenciam a situação saúde-doença. (NASCIMENTO, 2003, apud CUNHA; ZAGONEL, 2006, p. 295).

Nas unidades de terapia intensiva, a estrutura física e organizacional, o estresse vivenciado pelos profissionais, seja por falhas no processo de comunicação, seja pela iminência de eventos súbitos, o uso da tecnologia dura, as relações interpessoais frágeis e imediatistas entre os profissionais, bem como as questões éticas, geradas pelo próprio processo de trabalho e por estas relações, parecem fortalecer esse modelo assistencial biomédico.

Observa-se uma preocupação predominante com a capacitação técnica dos profissionais, que atuam nestes espaços, em detrimento da capacitação quanto à concepção do que é cuidar e do como cuidar e, sobretudo, quando se trata do cuidar de pessoas que se encontram numa condição de maior vulnerabilidade física e emocional com risco de vida iminente, como as pessoas hospitalizadas numa UTI.

Baseado no modelo assistencial vigente e nas características peculiares existentes em boa parte das UTI's, pode-se concordar com Silva (2002, p. 38) quando afirma que “a UTI oferece um ambiente habitualmente pouco humanizado, ...”

A vivência em UTI possibilita-nos afirmar que essas unidades possuem algumas características próprias, como: a convivência diária dos profissionais e dos sujeitos doentes com as situações de risco; a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para o atendimento biológico, com vistas a manter o ser humano vivo; a constante presença da morte; a ansiedade, tanto dos sujeitos hospitalizados quanto dos familiares e trabalhadores de saúde, as rotinas, muitas vezes, rígidas e inflexíveis; e a rapidez de ação no atendimento. (NASCIMENTO, TRENTINI; 2004, p.251).

O estresse vivenciado no ambiente de uma UTI se revela, principalmente, por dois fatos: o primeiro, pela unidade de terapia intensiva ser um local onde o estado crítico das pessoas, ali internadas, requer intervenções rápidas; o segundo porque, a criticidade do estado

de saúde, mobiliza nos profissionais que ali atuam, “emoções e sentimentos que freqüentemente se expressam de forma muito intensa”. (GUERRER, 2007, p. 22).

Desse modo, o trabalho com pessoas em estado de sofrimento, o fato de ser responsável pela vida de outras pessoas, o pouco reconhecimento profissional pela sociedade, a falta de autonomia e, a fragilidade legal quanto a esta autonomia, são alguns dos fatores estressores na Enfermagem (MENZIES, 1960; BAUK, 1985 *apud* GUERRER, 2007). E, o estresse pode influenciar na maneira como o cuidar é concebido e na maneira como suas práticas de cuidado são executadas.

Buscando entender como o cuidar e as práticas de cuidado ocorrem nas unidades de terapia intensiva, não se pode deixar de abordar as tecnologias⁶. Para muitos, a UTI representa o que se chama tecnologia em saúde, com seus aparelhos emitindo sons e luzes. Este ambiente tecnológico parece favorecer ao distanciamento do cuidar relacional e de práticas de cuidado mais humanizadas.

Segundo Bedin, Ribeiro e Miranda (2005, p.118),

... com o avanço científico, tecnológico e a modernização de procedimentos, vinculados à necessidade de se estabelecer controle, o enfermeiro passou a assumir cada vez mais encargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado do paciente, surgindo com isso a necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência de enfermagem.

As tecnologias devem ser utilizadas a favor do cuidar e para facilitar as práticas de cuidado, proporcionando, assim, otimização do tempo do profissional para que este possa estar mais próximo ao ser cuidado.

O distanciamento provocado pelo excesso de atenção dirigida às tecnologias pode explicar as dificuldades no processo de comunicação, como também a frieza e gelidez das relações interpessoais, construídas, nas unidades de terapia intensiva, identificadas como um dos fatores que influenciam na forma como ocorrem o cuidar e as práticas de cuidado.

No que se refere às falhas no processo de comunicação, Stefanelli (1993 *apud* CAMARGOS; DIAS, 2002) ressalta que a comunicação pode influenciar nos resultados dos trabalhos dos executores do cuidado, pois estes cuidados devem estar centrados nas necessidades comunicadas pelo ser cuidado, aproximando-os. Neste sentido, “ ...a comunicação tem a finalidade de permitir o entendimento do mundo, de interagir com o outro,

⁶ As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves, que são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo; leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados, e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo de máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2007).

de transformar a realidade e a si mesmo”. (SILVA, 2002, p. 28), o que favorece a ocorrência do cuidar e de práticas de cuidado sensíveis.

Segundo Fernandes *et al* (2000), as relações interpessoais vividas por profissionais de saúde em UTI's evidenciam conflitos, o que mostra o descompasso entre a excessiva valorização da competência técnica em detrimento da competência interpessoal. E, assim, caracterizam relações efêmeras, tênues, onde os cuidadores, de uma forma geral, não têm tempo para ouvir o outro, para perceber o outro, o que influi negativamente no cuidado prestado.

E, decorrentes dessas relações interpessoais aparecem as questões éticas. Os princípios da beneficência, autonomia e justiça nem sempre, no contexto das UTI's são devidamente atendidos. “... em se tratando do cuidar em CTI, torna-se difícil definir o que é bom para o paciente. São necessários discernimento, empatia, sensibilidade para avaliar cada situação”. (CORREA, 1998, p.299).

No entanto, esses atributos não são critérios de inclusão dos profissionais da terapia intensiva. Porém, as situações de tomada de decisão obrigam estes profissionais a colocá-los em prática constantemente. É difícil definir o que é realmente bom para a pessoa cuidada “Os procedimentos executados e os aparelhos utilizados respondem a algumas necessidades biológicas, mas não às necessidades da vida singular da pessoa humana.” (CORREA, 1998, p.299).

Outro aspecto de relevância, para o entendimento de como ocorrem o cuidar e as práticas de cuidado, nas unidades de terapia intensiva, são a formação acadêmica e a experiência profissional de cada um (ser cuidador).

Num estudo sobre o significado do cuidado para profissionais da equipe de enfermagem, Baggio (2006) afirma que a formação profissional deveria estar ligada ao desenvolvimento da criticidade para habilitar o cuidador a tornar-se um profissional ativo, capaz de articular idéias, voltadas para o ser cuidado, não apenas importando-se com a técnica e com a competitividade, mas, principalmente, com a excelência do cuidado.

Lucena e Crossetti (2004) buscaram compreender o significado do cuidar na visão das enfermeiras intensivistas e evidenciaram o cuidar como uma ação da enfermagem norteadas pela expressividade do ser humano. A UTI foi descrita como um lugar onde se desempenham atividades profissionais, técnicas e científicas, mas, também, um local aonde as pessoas têm a possibilidade de ser e de viver sob um contexto humanizado.

Assim, para Merhy (2007, p. 117)

O ato de cuidar é a alma dos serviços de saúde, pois o objeto da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se acredita ser possível atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar.

Não se poderia aqui esgotar as discussões acerca dos fatores que influenciam o cuidar e as práticas de cuidados na UTI, pois estes são inúmeros. No entanto, é de fundamental relevância saber identificá-los, nos espaços da terapia intensiva, pois, somente cientes de quais fatores prejudicam o cuidar e as práticas de cuidado, é que será possível traçar ações conjuntas para, senão eliminá-los, ao menos reduzi-los, com o objetivo de desenvolvermos ações de saúde (de enfermagem) condizentes com práticas mais humanísticas nas unidades de terapia intensiva.

Portanto, é possível prever que as práticas de cuidado nas unidades de terapia intensiva sejam voltadas para a valorização da vida num sentido mais amplo, onde haja interação dos profissionais com o meio em que vive, e não apenas no sentido de funcionamento perfeito do organismo. Isso, no entanto, depende de um compromisso conjunto entre gestores, profissionais e pessoas hospitalizadas que sejam co-participantes cientes do papel de ser cuidado, cabendo aos profissionais de saúde maior responsabilidade, pois foram capacitados formalmente, com o conhecimento que lhes outorga a execução direta das práticas de cuidado, para atender a um modelo que preconize práticas de cuidado integral, sensível, humanizada, ética e estética, sem, contudo, desmerecer os avanços tecnológicos e científicos.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa do tipo analítico e descritivo. Para a investigação do objeto, optou-se pela pesquisa qualitativa por dois motivos: primeiro, por esta ocorrer em um ambiente natural como fonte de dados e, segundo, por ter o investigador, como seu interpretador, devido ao fato de que muitas informações não podem ser quantificadas, mas sim interpretadas de forma mais ampla.

“A análise qualitativa é uma atividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo”. (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004, p. 359). Para Triviños (1987), na pesquisa qualitativa o pesquisador não consegue manter neutralidade da realidade que estuda ou à margem dela e dos fenômenos, aos quais, procura captar seus significados e compreendê-los.

Os estudos analíticos, por sua vez, são aqueles delineados para associar eventos, como causa e efeito (LIMA-COSTA, 2003), ou como um fato que pode determinar uma condição ou situação. “Os estudos analíticos podem ser de intervenção [...] onde o investigador controla a exposição a determinado fator nos dois grupos e analisa efeito de interesse [...], pode ainda ser observacionais, onde o investigador apenas observa o curso natural dos eventos...” (SILVA, 1998, p.1), como ocorreu nesta investigação. Já os descritivos permitem a descrição precisa dos fatos e fenômenos da realidade, com o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Este tipo de pesquisa se aplica ao objeto desta investigação porque busca a descrição dos fenômenos em cenários naturais procurando associar o observado no cotidiano da unidade de terapia intensiva com a maneira como as enfermeiras executam suas práticas de cuidado, e dessa forma, justifica a escolha da pesquisa de campo para atender aos objetivos propostos.

3.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma unidade de terapia intensiva adulto de um hospital de grande porte da cidade do Salvador, Bahia. Trata-se de uma instituição hospitalar pública estadual fundada em 1979, que é referência para o atendimento de urgência para todo o estado da Bahia. Tem sua gestão pela administração direta da saúde e como entidade mantenedora a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB.

Esta instituição tem tradição na prestação de serviços de assistência hospitalar, sobretudo na área de terapia intensiva, dispondo de equipe multidisciplinar, estrutura física, materiais e equipamentos, quantitativamente e qualitativamente, pertinentes ao alcance do seu objetivo que é a recuperação da saúde das pessoas que procuram seus serviços. Atende uma demanda espontânea e referenciada, nos níveis de atenção de média e alta complexidade, para serviços ambulatorial, de internação e de diagnóstico e terapêutica; nas especialidades clínica, cirúrgica e obstétrica; todas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

Possui aproximadamente 636 (seiscentos e trinta e seis) leitos ativos, e destes, 67 (sessenta e sete) leitos são destinados à terapia intensiva, sub-divididos em: 32 (trinta e dois) leitos adulto, 10 (dez) leitos pediátricos e 25 (vinte e cinco) leitos neonatal (BRASIL, 2009).

Para entendimento da análise relativa às práticas de cuidados, exercidas pelas enfermeiras, faz-se necessário um maior detalhamento sobre aspectos específicos da unidade de terapia intensiva, *locus* deste estudo, obtido pela observação do ambiente durante o período de coleta de dados:

3.2.1 Aspectos físicos da UTI

Os leitos destinados ao tratamento de pessoas adultas, criticamente enfermas, estão espacialmente divididos em alas A, B e C.

Geograficamente, os 22 (vinte e dois) leitos das alas A e B estão dispostos continuamente em formato de “L”. Sendo os leitos separados individualmente por cortinas que, nos momentos necessários garantem a privacidade das pessoas hospitalizadas num desses leitos. Existem 2 (dois) leitos na conformação de quartos individualizados destinados aos pacientes que necessitam de medidas de precaução de barreira e/ou respiratória por germes multi-resistentes.

Para atender aos leitos destas alas, existem 2 (dois) postos, com área para preparo de medicamentos e guarda mínima de materiais de consumo e, uma área com balcão com cadeiras para procedimentos de registros e guarda de documentos. A visualização dos leitos,

estando o profissional em um dos postos, é prejudicada, pois estes postos se localizam nas extremidades da conformação em “L”.

A ala C tem uma conformação quadricular, onde os 10 (dez) leitos estão distribuídos em 5 (cinco) quartos cada um contendo 2 (dois) leitos paralelos. A divisória entre estes leitos é feita por biombos à meia altura. No entanto, como faz-se necessária a visualização, ainda que parcial, dos leitos que estão posicionados secundariamente à porta dos quartos, estes biombos não garantem a privacidade das pessoas internadas nos momentos de determinados procedimentos, nem garantem a correta precaução de barreira e/ou respiratória quando esta é necessária.

Os leitos das três alas dispõem de modernos aparelhos de monitorização hemodinâmica e respiratória, invasiva e não invasiva. Porém, foi observado que existem outros equipamentos, como os mobiliários, que já estão desgastados pelo tempo e pelo uso, assim como foram visualizados problemas de infiltração em paredes e no funcionamento da refrigeração do ar condicionado na ala C.

Os aspectos físicos da UTI, campo deste estudo, foram explicitados pelo fato destes interferirem, em alguns momentos, na forma como as enfermeiras cuidam das pessoas hospitalizadas nesta unidade hospitalar.

3.2.2 Características das pessoas internadas na UTI

As pessoas hospitalizadas nas alas A e B não têm diferenciação quanto à gravidade ou especialidade das pessoas hospitalizadas na ala C; geralmente são pacientes muito graves com quadro clínico agudo e/ou em pós-operatório mediato e imediato de cirurgias gerais, vasculares e neurológicas. Os leitos das alas A e B também recebem pessoas com quadro de gravidade clínica advindas do setor de emergência ou das unidades de internação.

Já os pacientes que estão internados nos leitos da ala C, são pacientes em condições clínicas crônicas, de difícil e lento reestabelecimento e, geralmente já estiveram internadas anteriormente numa das duas alas A ou B, mas que ainda precisam de cuidados intensivos.

A ala C foi criada em 2001 para ser uma unidade semi-intensiva. E assim esta foi projetada, o que funcionou temporariamente. Porém, a demanda por leitos de terapia intensiva, na rede pública hospitalar de saúde e, o perfil de gravidade dos pacientes que necessitam de internação para estes leitos (instabilidade de um ou mais sistemas orgânicos, dependência de ventilação mecânica e infecções por germes multi-resistentes), levaram esta

ala a ser considerada, na prática, uma unidade de tratamento intensivo. E é desta forma, que a organização mantenedora a considera.

A maioria das pessoas internadas nas três alas da UTI encontra-se, quanto à condição neurológica, sedadas ou comatosas e, quanto ao quadro respiratório, entubadas ou traqueostomizadas sob ventilação mecânica. Estas condições, por si só, dificultam o contato relacional entre estas e os profissionais, porém não os exclui por completo dessa possibilidade.

O horário de visitação dos familiares e amigos, das pessoas que estão internadas, nos leitos das três alas desta unidade, ocorre no período das 11 às 12h (horário recentemente estabelecido) e das 15 às 17h. Adolescentes menores de idade recebem permissão do serviço sócia, para ter acompanhamento de um familiar, durante o período de internação, continuamente, conforme legislação específica.

As características das pessoas internadas na UTI, assim como os aspectos físicos da UTI interferem nas práticas de cuidado das enfermeiras na medida em que favorecem ou não a proximidade destas com as pessoas internadas.

3.3 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Inicialmente foi feito um contato preliminar com a enfermeira, diretora adjunta de enfermagem de ensino, pesquisa e extensão da organização escolhida como campo, a fim de divulgar a proposta da pesquisa.

Após leitura do projeto, houve o aceite por parte da organização mediante assinatura da folha de rosto, sendo então esta encaminhada anexa ao projeto e documentação específica para análise e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Durante o período em que o projeto estava no CEP, foram feitos contatos informais com as supervisoras de enfermagem da UTI alas A, B e C a fim de certificarmos do interesse destas em contribuir no desenvolvimento da pesquisa, nas respectivas alas da UTI, no caso de um parecer favorável. Cerca de 1 (hum) mês após, ocorreu a aprovação do projeto pelo CEP (ANEXO B) com sugestões de modificações no projeto. Estas alterações foram acatadas dando início então ao período de coleta de dados.

Em seguida, foi feito novo contato com a diretora adjunta de enfermagem em pesquisa, ensino e extensão, oportunidade em que foi entregue cópia do projeto de pesquisa e

parecer do CEP. A partir deste momento, houve o encaminhamento da pesquisadora ao setor de Recursos Humanos para confecção de crachá de identificação para circulação nas dependências da organização hospitalar. Em seguida, foram novamente contactadas as enfermeiras coordenadoras das alas da UTI, a fim de estabelecer os seguintes passos: apresentação da pesquisadora e do projeto ao grupo de enfermeiras intensivistas, a forma de inserção da pesquisadora no contexto de trabalho das enfermeiras para não prejudicar o cotidiano da unidade, os horários pertinentes para coleta de dados, e o tempo de permanência dentro da unidade campo do estudo.

Foi elaborada uma Carta Convite às enfermeiras (APÊNDICE C) dando todas explicações necessárias sobre a pesquisa (objeto e objetivos), convidando-os a participar voluntariamente e reforçando o anonimato, a isenção de riscos e possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa.

Este documento foi entregue às coordenadoras e foi divulgada em mural informativo das alas da UTI e nos Livros de Ocorrências de Enfermagem. Depois desta primeira apresentação, comecei a freqüentar as alas da UTI conversando individualmente sobre os mesmos pontos descritos na Carta Convite com cada enfermeira assistencial presente no plantão a cada dia.

Uma vez havendo o interesse voluntário do profissional em participar da pesquisa, eram reiterados os objetivos da pesquisa, os aspectos éticos e, aberta a possibilidade de agendamento da entrevista em dia, horário e local da conveniência deste. Quase todos os participantes solicitaram fazer a entrevista no mesmo dia em que foi feito o contato de apresentação, bem como, também, solicitaram que esta fosse realizada na sala de conforto de enfermagem das respectivas alas. Apenas um participante agendou para o seu próximo plantão, pois considerou que, naquele dia em que houve à aproximação, sua demanda de atividades na assistência não lhe permitia a concessão de um tempo para realizar a entrevista.

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes desta pesquisa constituíram-se de enfermeiras que atuam nos cuidados diretos às pessoas hospitalizadas em unidade de terapia intensiva adulto. Não foram incluídos como participantes desta pesquisa as enfermeiras que ocupavam cargo administrativo na unidade hospitalar, ou que estavam, temporariamente, exercendo tal função

no período da coleta de dados. Esse critério justifica-se pelo fato do objeto desta pesquisa ter requerido a descrição de um fenômeno vivenciado no período em que os dados estavam sendo coletados que são as práticas de cuidado da enfermeira.

Os critérios de inclusão para os participantes foram: ter feito curso de especialização em UTI, ou estar atuando em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva há mais de 1 (hum) ano, por entender que estes critérios davam aos participantes subsídios para se expressarem com mais segurança sobre o objeto em estudo. A vivência em um curso de pós-graduação ou mesmo um tempo mínimo de atuação profissional proporciona um acúmulo de informações, tanto técnicas quanto relacionais, que permitem ao profissional uma maior segurança na execução de sua prática laboral cotidiana, o que os leva a refletir e elaborar uma concepção sobre o cuidar e, ao mesmo tempo, expressar esta concepção sob a forma de práticas de cuidado.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a coleta de dados foi encerrada quando ocorreu a saturação dos dados coletados. A saturação é o evento referente à coleta dos dados onde o pesquisador percebe que esta parou de produzir novas informações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) podendo, portanto, ser encerrada.

Das 44 (quarenta e quatro) enfermeiras das alas A, B e C da UTI, 29 (vinte e nove) são lotadas na ala A e B, e 15 (quinze) na ala C. Do total, 2 (duas) enfermeira exercem o cargo de supervisoras, as demais são enfermeiras assistenciais. Como esta organização é, também, um hospital escola, 5 (cinco) enfermeiras das alas A e B não ficam escaladas na assistência direta das pessoas internadas na UTI. Elas exercem a função de ensino, como preceptores, supervisionando a assistência de enfermagem prestada pelas enfermeiras residentes de um curso de pós-graduação sob a forma de residência em enfermagem, conveniado com a UFBA e a SESAB.

Nesse sentido, para as pessoas internadas na ala B, um quantitativo de 11 leitos, as funções cuidativas são desempenhadas pelas enfermeiras residentes. Essa condição somente é modificada em dois períodos durante a semana: o plantão noturno das quintas-feiras e o plantão diurno (de 12h) das sextas-feiras, pois nas sextas-feiras pela manhã e pela tarde as enfermeiras residentes estão desempenhando suas atividades teóricas na universidade. Portanto, nesses períodos de plantões, a prestação dos cuidados é desenvolvida pelas enfermeiras preceptoras.

Foram excluídas de participar da pesquisa as enfermeiras supervisoras, preceptoras, residentes e aquelas que encontravam-se de férias ou algum tipo de licença das atividades laborais (licença prêmio, licença gestação, licença de saúde), durante o período de coleta de

dados. Totalizou-se 10 (dez) profissionais como participantes desta pesquisa, pois estes demonstraram interesse, se voluntariaram e, atenderam aos critérios de inclusão.

Os profissionais participantes desta pesquisa são dimensionados na prestação de cuidados diretos às pessoas hospitalizadas na seguinte proporção: na ala A são de 3 a 4 enfermeiras para cuidar de 11 pessoas; e na ala C são 2 a 3 enfermeiras para cuidar de 10 pessoas.

Por tratar-se de uma unidade de terapia intensiva de um hospital público, são dois os tipos de vínculos empregatícios. O primeiro é através de concurso público, cuja carga horária é de 120h/mensais, aproximadamente 10 plantões/mês, havendo a possibilidade de extensão de carga horária para 240h/mensais a pedido do profissional com autorização da Diretoria de Enfermagem e da entidade mantenedora SESAB. O segundo tipo de vínculo é através do REDA (Regime Especial de Direito Administrativo). Neste, o profissional desempenha suas funções cumprindo uma carga horária de 120h/mensais, através de um contrato de trabalho temporário de 2 anos, renovável por mais 2 anos e, tem todos os direitos trabalhistas previsto em lei.

Algumas profissionais possui 2 (dois) vínculos trabalhista na UTI e, dessa forma, acumulam 2 (duas) cargas horárias. Ou ainda, possuem um único vínculo nesta organização, mas compram plantões de outros profissionais que têm interesse em vendê-los. As duas situações levam os profissionais a dispensarem boa parte do tempo de suas vidas pessoais às atividades laborais.

A duplicidade de carga horária e a compra de plantões, por um lado, fazem com que os profissionais dêem mais plantões na UTI o que favorece a estes profissionais conhecerem melhor a história e a evolução clínica das pessoas internadas. Por outro lado, estes profissionais podem ter suas práticas de cuidado mais expostas ao estresse ambiental, às falhas no processo de comunicação, ao uso excessivo da tecnologia em saúde, ao relacionamento interpessoal conflituoso e à banalização das questões éticas; o que incorre em riscos potenciais tanto para quem está sendo cuidado, quanto para o serviço.

Mesmo com a duplicidade de vínculos (SESAB e REDA) existe o déficit de enfermeiras para composição da escala de trabalho, sobretudo nos meses de férias dos enfermeiros residentes ou em situações de licenças trabalhistas. O que pôde ser observado durante o período de coleta de dados através de situações cotidianas comentadas pelas participantes (ocorrências de dobra de plantões e dificuldade para elaboração de escala de trabalho para o período festivo).

Em relação ao dimensionamento das enfermeiras na UTI e suas práticas de cuidado, é importante considerar que na UTI a prestação de cuidados diretos, pelo quadro de saúde grave dos pacientes, obriga a uma relação quantitativa da enfermeira com um menor número de pacientes, ou seja, um melhor dimensionamento de pessoal de enfermagem, o que significa menor número de pessoas a serem cuidadas por cada enfermeira. Nesse sentido, esse dimensionamento poderia favorecer uma maior aproximação entre a pessoa que cuida e o ser cuidado, tomando por base o processo de trabalho destes profissionais em outros setores do hospital; no entanto, na realidade estudada isso não vem ocorrendo.

3.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para cada entrevista individual foram lidas as orientações aos participantes e o Termo de Consentimento Pós-Informação Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) havendo em seguida a assinatura deste em duas vias. Foi garantido aos participantes o sigilo, o anonimato das respostas, a inexistência de benefícios financeiros e a liberdade de desistência da participação na pesquisa a qualquer momento se assim achassem adequado, garantindo, dessa forma, o princípio da autonomia (BRASIL, 1996).

Nesse sentido, esta pesquisa respeitou as normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/ 96 (BRASIL, 1996), pois a participação nesta ocorreu livre de risco de danos físicos, psicológicos, sociais, morais e econômicos atendendo ao princípio ético da não maleficência.

No que se refere aos princípios da justiça e da beneficência, é importante salientar que as práticas de cuidado se apresentaram de várias maneiras, portanto, esta pesquisa não pretendeu constranger nem trazer nenhum dano, nem aos participantes, nem à unidade campo, nem tão pouco avaliou competências técnicas dos participantes, mas sim, procurou descrever e analisar o(s) tipo(s) de práticas de cuidado utilizadas naquela UTI.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizadas duas técnicas para coleta de dados: a técnica da entrevista semi-estruturada e da observação não-participante. Segundo Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é um procedimento importante de investigação porque ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

O roteiro de entrevista (APÊNDICE A) foi composto de duas partes. A primeira parte constou de dados sócio-demográficos como: idade, sexo, estado civil, religião, filhos, tempo de formação, curso de especialização, número de vínculos empregatícios, carga horária total semanal, tempo de atuação em UTI e tempo de atuação no local do estudo.

A segunda parte do roteiro de entrevista constituiu-se de três questões: a) O que é cuidar para você? b) O que você considera como práticas de cuidado? e c) Fale um pouco sobre as práticas de cuidado desenvolvidas por você na UTI.

Para o alcance dos objetivos propostos, foi realizada, também, a observação das enfermeiras, no período de trabalho destas, na execução de suas práticas de cuidado na UTI e, para tal coleta, foram feitos diários e anotações de campo (APÊNDICE B).

Uma das vantagens dos métodos de coleta de dados observacionais é que “... as técnicas de observação podem ser utilizadas para mensurar uma ampla gama de fenômenos. Tantos comportamentais globais quanto aspectos minúsculos da atividade humana podem ser usados como unidades de observação, ...” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 178). Nesta investigação foi observada, especificamente, a maneira, o comportamento dos participantes na execução de suas práticas de cuidado numa UTI. Para esta observação não foi salientado o aspecto de cumprimento de normas técnicas e/ou de controle de infecção hospitalar, mas sim no que se refere à dimensão pessoal/relacional entre as enfermeiras e a pessoa cuidada.

A escolha por duas técnicas de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada e a observação não participante, teve o propósito de enriquecer o trabalho e de torná-lo mais fidedigno, pois, pela técnica da observação foi possível perceber as emoções, preconceitos, atitudes, valores, interesses, comprometimento pessoal, dissimulação e reatividade demonstradas por parte do observado.

A coleta de dados iniciou-se imediatamente após aprovação do projeto pela CEP, ao qual foi submetido para apreciação e, ocorreu durante os meses de setembro a novembro de 2009.

A entrevista gravada foi realizada na própria organização hospitalar, em local determinado pela coordenação de enfermagem da unidade pesquisada ou pelo próprio participante, individualmente, e transcritas posteriormente, pela pesquisadora, após a coleta.

Já a observação não participante ocorreu na própria unidade de terapia intensiva e foi registrada num diário de campo. Os momentos de observação ocorreram de acordo com a escala de trabalho dos participantes a fim de não comprometer o cotidiano da unidade escolhida como campo desta pesquisa ao longo de vários períodos matutinos. O turno matutino foi priorizado para observar as práticas de cuidado da enfermeira, pelo fato de ser nele que boa parte das decisões multidisciplinares são tomadas, relativas às condutas terapêuticas para as pessoas internadas, o que oportunizaria mais momentos de proximidade da enfermeira com a pessoa a quem cuida.

Durante a técnica de observação, procurei manter uma certa distância para não interferir na execução das práticas a fim de conseguir apreender o quê e como estava sendo feito cada prática de cuidado. Em nenhum momento da observação houve qualquer solicitação por parte do observado para que esta fosse interrompida inclusive durante a execução de práticas que necessitavam garantir a privacidade da pessoa sob cuidados.

Somente foram entrevistadas e observadas as práticas de cuidado daqueles participantes que voluntariamente consentiram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Pós-Informação Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

3.7 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

O método de análise dos dados escolhido foi a Análise de Conteúdo que se constitui num conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2009).

Este método esteve presente desde as primeiras tentativas da humanidade de interpretar antigos escritos (SILVA, GOBBI, SIMÃO, 2004), mas, somente foi sistematizada como método no início do século XX nos EUA para analisar material jornalístico (CAREGNATO; MULTI, 2006; BARDIN, 2009). E, em 1977, foi publicada a obra sobre análise de conteúdo, onde o método foi configurado em detalhes por Laurence Bardin (SILVA, GOBBI, SIMÃO, 2004).

O domínio de aplicação ou campo da análise de conteúdo é vasto pois todo tipo de comunicação é susceptível à análise de conteúdo. A crescente utilização da análise de

conteúdo na área de enfermagem é evidenciada em muitos trabalhos publicados em revistas de circulação nacional e internacional.

O tratamento da informação ou descrição analítica pode ser dos significados da mensagem (a análise temática), ou dos significantes (a análise lexical). Para esta investigação a análise de conteúdo temática se propõe a superar a incerteza sobre a maneira como as enfermeiras desenvolvem suas práticas de cuidado tendo como diretriz os aspectos relacionais.

A técnica de análise utilizada se propõe, também, ao enriquecimento da leitura das mensagens coletadas, neste caso, procurando extrair e observar a maneira com que as enfermeiras executam as práticas de cuidado na UTI, pois a análise de conteúdo não se limita ao conteúdo das mensagens, mas também, abrange o contexto em que estas são veiculadas.

Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam aos discursos (conteúdo e continente) extremamente diversificados e que oscila entre os dois pólos, do rigor da objetividade e o da fecundidade da subjetividade. E organiza-se em três fases: a) a pré-análise; b) a exploração do material e c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na medida em que as entrevistas iam sendo realizadas, estas foram sendo ouvidas e transcritas pela pesquisadora. Esta primeira fase teve por objetivo a organização com leituras do conteúdo das falas e constituição do *corpus*⁷, uma pré-preparação do material para a análise propriamente dita, o que corresponde a uma edição das falas com leitura e transcrição destas.

O material transcrito passou para a segunda fase do método de análise que consistiu, essencialmente, de operações de codificação do material organizado, com seleção das unidades de análise (as falas), recortes, classificação, categorização e descrição das categorias.

Por fim, a terceira fase que se constitui do tratamento dos resultados, da discussão, da inferência e a interpretação dos conteúdos que emergiram, encontra-se no capítulo seguinte.

⁷ “O *corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. (BARDIN, 2009, p. 122)

4 DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo trata da análise discussão e apresentação dos resultados obtidos através de entrevista semi-estruturada e da observação não participante.

Os participantes deste estudo, em número de 10 (dez) estavam na faixa etária variando entre 26 e 50 anos de idade; com tempo de formação oscilando entre 2 anos e 3 meses a 25 anos. Em sua maioria, os participantes desta investigação foram mulheres – (8), das quais cinco (5) eram casadas, e quatro (4) possuíam filhos. Quatro (4) participantes possuem mais de um vínculo empregatício, no entanto, muitos dos que possuem apenas um vínculo empregatício, trabalham horas extras para equilibrar a renda familiar. Quanto à fé, os participantes se declararam católicos (5), espíritas (3) e evangélicos (2).

Os discursos dos participantes versaram por duas concepções distintas sobre o cuidar: a primeira, o cuidar como atendimento das necessidades humanas⁸ e, a segunda, o cuidar como sendo uma elaboração interna mais relacional (sentimentos).

É importante salientar que uma concepção de cuidar assistencial não é diametricamente oposta a uma concepção de cuidar relacional. No cuidar profissional concebido numa UTI é imprescindível que ambas co-existam e, seu ponto de intersecção é a maneira como a assistência é executada. Ou seja, a execução de práticas de cuidados técnicos, desempenhadas de uma forma mais interativa, participativa entre o cuidador e a pessoa cuidada. Neste sentido, esteja lúcido, comatoso, sedado, em risco de morte ou mesmo em morte encefálica, o cliente da UTI não deixa de ser uma pessoa que exige cuidados complexos e medidas que considerem sua subjetividade (FIGUEIREDO, 2006).

Das entrevistas foi possível evidenciar 3 (três) categorias com 7 (sete) subcategorias: A) concepção de cuidar assistencial, B) concepção de cuidar relacional e; C) concepção de prática de cuidado como ações. (QUADRO 1).

Da categoria A emergiu 2 (duas) subcategorias: 1- cuidar sob o ponto de vista técnico-científico; 2- cuidar com uma visão bio-psico-espiritual. E da categoria B, também emergiu 2 (duas) subcategorias: 1- cuidar como um sentimento de doação e, 2- cuidar como uma preocupação holística. (QUADRO 1).

⁸ Entende-se necessidades humanas “como estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. [...] As necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la”. (HORTA, 1979, p. 39).

Da categoria C, prática de cuidados como ações de enfermagem, emergiu 3 (três) subcategorias: 1-ações técnicas/rotineiras; 2-ações técnicas rotineiras e humanísticas e, 3-ações mobilizadoras/motivadoras. (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Concepção de enfermeiras de UTI sobre o que é o cuidar e o que são práticas de cuidado. Salvador-BA, 2009.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
A - CONCEPÇÃO DO CUIDAR COMO ASSISTÊNCIAL	1- Técnica-científica
	2- Bio-psico-espiritual
B - CONCEPÇÃO DO CUIDAR COMO RELACIONAL	1- Doação
	2- Preocupação holística
C- PRÁTICAS DE CUIDADO COMO AÇÕES	1- Técnicas/rotineiras
	2- Técnicas/rotineiras e humanísticas
	3- Mobilizadoras/motivadoras

FONTE: Pesquisa direta.

CATEGORIA A – CONCEPÇÃO DO CUIDAR COMO ASSISTENCIAL

Subcategoria 1 – Concepção do cuidar como assistência técnico-científica.

A maioria dos participantes concebe o cuidar como uma assistência técnico-científica, sem conseguir expressar uma concepção de cuidar fora do ambiente profissional, o que implica no entendimento de que todo cuidar está dentro deste contexto. Segundo Leininger (1991 *apud* WALDOW, LOPES, MEYER; 1995), o cuidar profissional significa a forma a que as pessoas são expostas nos sistemas de saúde por profissionais de enfermagem ou outros.

Tanto as práticas observadas, quanto as falas oriundas das entrevistas, levam a uma percepção de que existe, de fato, uma dificuldade de entendimento, do que seja cuidar, o que traz, como consequência, o estabelecimento de práticas muito mais administrativas, do que de cuidados, por parte das enfermeiras. Na realidade estudada, tanto por parte de quem estabelece as normas e rotinas, quanto por quem as cumpre, não foi percebido qualquer mobilização voltada para restrição das ações burocráticas por parte dos enfermeiros assistenciais e prioridade para a execução de práticas de cuidados mais relacionais.

A concepção sobre o que é o cuidar como uma assistência técnico-científica foi a que mais apareceu no grupo estudado e é oriunda do entendimento do cuidar, apenas, como profissional. Nesta concepção, alguns participantes do grupo estudado vêem o cuidar como

uma ação para atender às necessidades das outras pessoas, exclusivamente, sob o aspecto clínico. Isto denota o cuidar como algo factível, ou seja, como sendo o próprio cuidado técnico, conforme a seguir:

“ É assistir o paciente nas suas necessidades básicas. Fazendo a prevenção de riscos, fazendo a recuperação da saúde e protegendo também sua saúde, né? [...] Priorizar suas necessidades,... Eu faço uma avaliação das necessidades, né?[...] principais do paciente [...] e [...] vou, vou priorizando os pacientes que necessitam de maior atenção[...] e vou prestando os cuidados, né? Seria mais ou menos isso”. (P1)

“Cuidar pra mim é observar o outro em todas as suas necessidades, das mais simples às mais complexas, e tentar estar atuando de forma a complementar, né? o que ainda está faltando, ou corrigir o que ainda está errado, de forma a melhorar a qualidade de vida da outra pessoa que a gente está prestando cuidado. [...] Seria basicamente uma idéia do cuidar que eu tenho” (P5)

[Cuidar] *“[...] pra mim, cuidar é assistir a pessoa em todos os níveis de suas necessidades humanas, que não só, as básicas, mas todos os níveis de necessidades, sejam elas espirituais, sejam elas emocionais, [...] De eliminação, de alimentação, de nutrição, [...] dentro das minhas práticas de UTI eu procuro tentar preencher todas essas necessidades humanas.” (P9)*

Foi possível perceber a partir das falas da categoria A que existe uma subestimação da amplitude das necessidades humanas e, conseqüentemente, da concepção sobre o cuidar. A terminologia necessidades humanas básicas foi inserida na literatura da Enfermagem por Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979) que se pautou nos estudos de Maslow e João Mohana para explicá-las e adaptá-las à Enfermagem. As necessidades humanas são hierarquizadas (necessidades fisiológicas, necessidade de segurança, necessidade de amor, necessidade de estima e necessidade de auto-realização), onde “um indivíduo só passa a procurar satisfazer as do nível seguinte após mínimo de satisfação das anteriores”. (HORTA, 1979, p.39) e; ao mesmo tempo são classificadas em psicobiológicas, psicossociais e

psicoespirituais, sendo as duas primeiras classes, inerente a todos os seres e, a última, exclusiva do ser humano.

Nascimento e Trentini (2004, p. 252) já afirmavam sobre a pessoa internada numa UTI que “devido ao grau de gravidade de seu estado, geralmente não é considerado capaz de escolher, decidir, opinar, dividir, com direito à expressão e à informação”. Considerando o aspecto ético da autonomia, a pessoa internada numa UTI, muitas vezes, está submetida à terapêuticas que as impedem de manifestar suas vontades e, ao mesmo tempo, considerando o afastamento da família na veiculação destas vontades, é possível inferir que seja pouco provável que a enfermeira, ou qualquer outro profissional, consiga atender às necessidades humanas das pessoas internadas numa UTI, pois, muitas destas necessidades não estão explícitas e nem foram ditas para a equipe.

A linguagem do cuidado humano mostra, também, que os doentes não são passivos, e que hoje estão mais exigentes [...] eles ousam intervir na sua condição de paciente (WALDOW, 1995) e, quando estão impossibilitados de intervirem devido as suas condições clínicas, muitos de seus familiares intervêm na conduta terapêutica e, por vezes, veiculam os desejos e vontades de seus entes. No cenário estudado não foi identificado durante o período de observação, em momento algum, maiores esforços de qualquer membro da equipe multidisciplinar para aproximar os familiares de seus entes, ou ainda, aproxima-se eles mesmos, dos familiares.

“... A lógica da ação do cuidar é mais próxima dos pacientes pois os fundamentos do cuidado associam-na ao alívio da dor e do sofrimento, ao conforto e até mesmo à preservação da dignidade e ao morrer da melhor maneira possível”. (WALDOW, 1995, p.164); do que a lógica de prestar assistência.

O cuidar envolve conhecimentos, valores, habilidades e atitudes no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (WALDOW, 1995).

Práticas de cuidado da enfermeira que em sua maioria, não correspondem às vontades e desejos das pessoas internadas numa UTI, ou de seus familiares, e, que não estão voltadas à promoção de crescimento destas pessoas, não conseguem atender às necessidades humanas. Isso reflete uma concepção limitada do cuidar evidenciado nesta categoria de análise.

Subcategoria 2 – Concepção do cuidar como assistência bio-psico-espiritual

Ainda partindo de uma concepção assistencialista, existiram aqueles participantes que conseguiram se importar com aspectos que favorecem ao bem estar e a auto-estima das pessoas internadas numa UTI, além dos parâmetros hemodinâmicos, respiratórios e neurológicos, comumente valorizados neste ambiente.

Segundo Lima (2005, p.143),

o retrato do paciente crítico, na sua maioria das vezes, é o de um indivíduo limitado ao leito, contido, com vários fios e cabos presos ao corpo e ligados a equipamentos, usando sondas e tubos para se alimentar, urinar e respirar... geralmente inconsciente pela sedação, não reagindo a estímulos, podendo permanecer dias neste estado, a depender da evolução da doença e das respostas do tratamento.

Este quadro tende a direcionar os profissionais de saúde, muito mais para os cuidados de reparação do que para os cuidados de manutenção, conforme a classificação de Collière (1999).

No entanto, a aparência física, um corte de cabelo, barba e unhas, sensações de dor, sede, frio ou calor, até mesmo um posicionamento mais confortável no leito também foram destacados como aspectos que devem fazer parte das práticas de cuidado da enfermeira, mesmo numa UTI, o que favorece a auto-estima das pessoas que recebem estes cuidados, bem como de seus familiares.

“É importante? É! você saber os parâmetros normais, dos alterados, do cliente, mas o cuidar da gente é: ver o paciente, chegar junto, olhe deixe eu ver porque minha funcionária que estava escalada com ele não virou ele direito, ele ficou mal acomodado, ele tem uma lesão de pele, ele não penteou o cabelo, ele não escovou os dentes direito [...] Então, você estar bem, pra mim hoje o cuidar, incorpora isso tudo.” “[...] fazer a barba do paciente, aí que ele fica tão bem, sente mais disposto [...]” (P6)

“Porque a gente tem que está preocupado se ele está sentindo dor, se tá com sede [...]” (P7)

Nesta mesma categoria, outros participantes, mantendo a concepção de cuidar como atendimento às necessidades do outro, além das necessidades biológicas, conseguiram visualizar a possibilidade de atender, também, às necessidades psicoespirituais, como é possível verificar nas falas a seguir:

“O cuidar para mim é [...] uma ciência” “Apoio psicológico, atenção, né?” (P3)

“Cuidar é[...] quando dou assistência” “[...] tem essa parte de realizar exames, a gente encaminhar pra exames [...]” “[...] a parte [...] psicológica, o apoio psicológico, né? E até às vezes espiritual, né?” (P4)

“... na verdade o trabalho psicológico com o paciente também [...]” “[...] aquela técnica de procedimento [...] também é cuidar” “A gente também se preocupa com o cuidar psicológico desse paciente que está sedado[...]" (P7)

“[...] pra mim, cuidar é assistir a pessoa em todos os níveis de suas necessidades, humanas, que não são só as básicas, mais todos os níveis necessidades, sejam elas espirituais, [...] emocionais, [...] necessidades humanas básicas, [...] de eliminação, de alimentação, de nutrição, [...] Às vezes a gente se depara com muitos pacientes sedados, que não nos respondem, mas, a gente tem que perceber quais são essas outras necessidades dos pacientes que estão lúcidos, [...] a gente tem paciente lúcido que exigem da gente somente, [...] uma atenção, [...] um olhar, coisas desse tipo, [...]” (P9)

Waldow (1995) ressalta a importância da preocupação com outros aspectos que não sejam apenas uma assistência biológica, para o funcionamento do corpo, mas que busque a sensação de bem-estar da outra pessoa, quando afirma que

... estimular a alimentação ou alimentar alguém, escolher um vaso sanguíneo adequado, a posição confortável para transfundir o paciente, prevenir complicações, evitar a contaminação, conhecer e observar a sintomatologia, sinais de depressão, entre outros, fazem parte de um cotidiano dinâmico, pleno de iniciativa da parte do coletivo de enfermagem [...] A vida emocional do doente ganha importância central na ação do cuidar [...] Essas constatações ... interpelam o saber de enfermagem e

recolocam o paciente globalmente no centro das ações ... se propõe a repensar o cuidado. (WALDOW, 1995, p. 163).

Nesta categoria foi observado que começa a surgir nas falas, uma certa preocupação em relação aos aspectos além do biológico, facultando a presença de um olhar, também, para as questões subjetivas do ser cuidado. Porém, essas questões subjetivas não são consideradas como concepção principal. É como se estas questões estivessem presentes na forma de conceber o cuidar por estes profissionais, mas, ainda, não atendidas em sua integralidade, ficando num segundo plano, em relação ao atendimento das questões biológicas.

CATEGORIA B – CONCEPÇÃO DO CUIDAR COMO RELACIONAL

Subcategoria 1 – Concepção do cuidar relacional num sentido de doação

Foram poucas as falas que demonstraram a apreensão do cuidar como uma produção de elaboração interna, pessoal e singular. O cuidar como uma forma de pensar, que não se normatiza, não se sistematiza, nem se mensura quantitativamente, e está presente dentro e fora do contexto profissional, pois é uma mobilização intrínseca de cada pessoa, neste cenário da pesquisa, de cada enfermeira.

Essa concepção de cuidar exclusivamente relacional é a que mais se aproxima daquelas trazidas no referencial teórico deste trabalho, pois o expressa sob a forma de sentimentos para com a pessoa cuidada e ressalta o aspecto subjetivo, a relação pessoa a pessoa, neste caso, enfermeira-paciente como foco prioritário da concepção de cuidar.

“Cuidar é doar. Porque quando você cuida, você doa cuidado, você doa amor, você doa carinho, você doa solidariedade, você doa ombro amigo. Então acho que cuidar é doar, é doação. Cuidar é doação” (P2)

Apesar de poucas falas trazerem este enunciado, esta categoria foi elencada devido ao caráter subjetivo e relacional expressado por este conteúdo, foco desta investigação. A perspectiva de cuidar concebido como doação está contemplada na dimensão ética do conhecimento da enfermeira, ou melhor, da relação desta com a pessoa cuidada. Não existe

uma concepção sobre doação fora do contexto das relações interpessoais, da ética e da alteridade.

Puggina e Silva (2005, p. 574 e 576) afirmam que,

A alteridade é isso, a representação do outro dentro de nós e a capacidade de conviver com outro diferente, de se proporcionar um olhar interior a partir das diferenças. Significa que eu reconheço o “outro” também como sujeito de iguais direitos. [...] A falta de alteridade pode deixar marcas profundas em quem vive a experiência de ser “paciente”.

Segundo Collière (1999), o cuidado encontra sua individualidade através de sua identidade, onde essa identidade apresenta como características a complexidade, o antagonismo e a alteridade. A identidade do cuidado é complexa por ser uma unidade composta por interconexão única e singular de diversas variáveis (sexo, idade, e valores culturais); é antagônica porque se funda em dois pólos contrários, mas complementares (a continuidade e a mudança) e, é concebida em relação com a alteridade porque é o que distingue o aspecto original, particular e singular de um indivíduo em relação ao outro.

Subcategoria 2 – Concepção do cuidar relacional como uma preocupação holística

A concepção do cuidar como uma preocupação holística surgiu com destaque no conteúdo das falas de alguns participantes do grupo estudado, como é visto a seguir:

[o cuidar] *“É um crescimento [...] não só pro paciente, mas pra família [...]”* (P3)

“[...] a gente procura ver o paciente de uma forma holística” “As práticas que o enfermeiro tem durante sua profissão [...] que envolve [...] outros aspectos como respeito, [...] sensibilidade [...]” (P7)

“Pra mim o cuidar é você promover a saúde, [...] o bem estar, [...] da pessoa que está necessitada no momento [...] O cuidar é [...] fazer com que a pessoa se sinta melhor, daquele momento que ela está passando. Se for uma questão de doença, você cuidar da doença promovendo saúde, se for uma outra questão psicológica, você cuida da parte psicológica. Pra mim o cuidar é você promover uma coisa melhor.” (P10)

Segundo Lopes Neto e Pagliuca (2004, p. 827),

A enfermagem holística abraça toda prática de enfermagem, cuja premissa é a de cuidar da pessoa inteira, reconhecendo que há duas visões relativas ao holismo: aquela em que o holismo estuda e entende os interrelacionamentos das dimensões biopsicossocialespirituais da pessoa e reconhece que o todo é maior que a soma de suas partes; aquela em que o holismo entende o indivíduo como um todo integrado, interagindo com outrem através de ambientes internos e externos.

Para o cuidar, sob a visão holística, acontecer é necessário que aquele que se propõe a cuidar se permita conhecer o ser cuidado. Conhecer sua história pregressa àquele momento pontual que é a hospitalização numa unidade de terapia intensiva. No entanto, habitualmente a admissão de uma pessoa criticamente enferma na UTI ocorre num contexto de prestação de cuidados técnicos, de forma ágil e precisa como monitorização multiparamétrica, procedimentos médicos invasivos e administração de fármacos; e a obtenção de informações acerca da história de vida daquela pessoa quase sempre fica negligenciada.

Foi observado no grupo estudado que, no decorrer da internação, o comprometimento do nível de consciência dos pacientes, a limitação da presença dos familiares destes e, o cumprimento dos cuidados rotineiros, que absorvem as enfermeiras, contribuiu para o distanciamento das informações inerentes às histórias de vidas das pessoas que cuidam. Este cenário favorece para que as enfermeiras tenham poucas informações a respeito daqueles que cuidam e, boa parte destas informações são relativas aos eventos clínicos mais recentes que desencadearam a internação na UTI.

Para que de fato a concepção das práticas de cuidado numa visão holística fosse implementada, as enfermeiras precisariam, em algum momento no cotidiano da UTI, se aproximar daqueles que cuidam no sentido investigativo para poder melhorar a promoção de suas práticas de cuidados.

Os cuidados de enfermagem são marcados pelas concepções, crenças e valores [...] importa compreender melhor o fundamento das crenças, a sua natureza, modo de transmissão e modificação, a fim de tomar consciência da multiplicidade dos sistemas de crenças e de valores que podem influenciar a concepção dos cuidados de enfermagem e a sua incidência sobre a prática. (COLLIÈRE, 1999, p.283).

Assim, para este grupo estudado, a concepção de práticas de cuidado como uma preocupação holística não se reflete na prática observada. O mesmo foi observado no estudo de Oliveira (2003) que buscou a representação social do cuidar da saúde de indivíduos

hospitalizados, e concluiu que os enfermeiros assistenciais apreenderam o cuidar de forma pragmática.

CATEGORIA C – PRÁTICAS DE CUIDADO COMO AÇÕES

Subcategoria 1 - Concepção das práticas de cuidado como ações técnicas/rotineiras

Houve uniformidade no pensamento manifestado pelo grupo de enfermeiras estudado no que se refere à concepção de práticas de cuidado. Todos os participantes entendem práticas de cuidados como ações, atividades executadas no seu cotidiano de trabalho. Ações estas que refletem na prática o que cada enfermeira tem como concepção do cuidar. Essa concepção de práticas de cuidado corrobora com a concepção defendida por este estudo, que trás o cuidado “...entendido como o fenômeno resultante do processo de cuidar”. (WALDOW, LOPES, MEYER; 1995, p.30).

Dessa forma, se o cuidar for concebido apenas como assistência, possivelmente as práticas de cuidado serão expressas por ações técnicas/rotineiras, conforme ocorreu com algumas enfermeiras que tiveram o entendimento de que práticas de cuidado são ações de enfermagem, atitudes desempenhadas no seu cotidiano de trabalho. O que pode ser verificado nas seguintes falas:

“... curativo, é medicação, prevenção de lesão, é ... sondagem, ... a orientação da equipe ...” (P1)

“...é você fazer um, o procedimento necessário.. ... pra atender a uma necessidade daquele paciente....” (P6)

“Bem já o que eu falei mesmo em relação as técnicas...de enfermagem, propriamente ditas,... as inúmeras técnicas...que a gente desenvolve em terapia intensiva, ..., pra mim são essas práticas ...” (P7)

Corroborando com a concepção do grupo investigado de que práticas de cuidados são ações, foi possível perceber durante o período de observação que parece haver uma maior participação e envolvimento por parte das enfermeiras nas ações referentes à administração de medicamentos e aos cuidados com a pele dos pacientes. E, dentro deste último, no que se refere às práticas de curativo das lesões, mais do que em relação às práticas de prevenção da integridade cutânea (mudança de decúbito rigorosa, alívios das áreas de tensão tissular, hidratação tópica da pele com produtos adequados); quer seja na execução, quer na orientação, supervisão e avaliação dos auxiliares de enfermagem no desenvolvimento destas.

Ainda que não tenha sido objetivo desta investigação, mas comparando o significado das práticas de cuidado que emergiu das falas, com as práticas de cuidado observada no campo, foi possível perceber momentos de aproximação e de afastamentos entre ambos. Por exemplo, a passagem de plantão foi considerada como uma prática de cuidado, conforme vê-se na fala seguinte:

“...o cuidado envolve tudo, envolve desde quando você chega no plantão que você dá bom dia a um paciente ao final do plantão que você passa o plantão pro colega...”
(P7)

Porém, foi observado que na prática, esse cuidado, não acontece efetivamente entre os profissionais de enfermagem de um período de trabalho para o outro. Esta prática ocorre individualmente, tanto nos postos das alas da UTI, quanto como na sala de conforto de enfermagem, durante a troca de roupa dos profissionais (os que estão saindo do plantão e os que estão chegando para o plantão).

E, da mesma forma, ocorre com os auxiliares de enfermagem, que separadamente das enfermeiras implementam a passagem de plantão, sem a supervisão destas e sem qualquer formalidade.

As transmissões (passagens de plantão) são interações características do trabalho de enfermagem. As 24h de presença junto ao doente são asseguradas pela justaposição de tempo entre uma equipe que sai e outra que entra. [...] as transmissões representam a continuidade da ação do cuidar, sendo momentos que intervêm na manutenção das relações entre as equipes que se entrecruzam. Expressar e trocar impressões sobre as ocorrências é ação

constitutiva das relações sociais que definem o cuidar enquanto complexo e interacional. (WALDOW, 1995, p. 176 e 181).

Desse modo, quando ocorre esta passagem de plantão indevida, as informações são exclusivamente, referente às condições da hemodinâmica, do padrão respiratório, do quadro neurológico e da realização e/ou pendências de exames e procedimentos. Em nenhum momento da observação foi ouvida transmissão de informações quanto ao aspecto emocional e/ou social das pessoas internadas. O que reforça o aspecto de uma prática incompleta, assistemática, irregular abordando apenas os aspectos técnicos/rotineiros.

Apesar dos estudos acerca da configuração de uma concepção das práticas de cuidado, voltada para os aspectos humanos e relacionais, Puggina e Silva (2005, p.576) afirmam que “...a prática ainda se dá quase que exclusivamente, com base em ações profissionais despersonalizadas, na qual o ser se torna a doença, o objeto passivo da investigação e do tratamento”; sobretudo nas UTI’s.

Subcategoria 2 - Concepção das práticas de cuidado como ações técnicas/rotineiras e humanísticas

Outros participantes, além das ações técnicas/rotineiras, conseguiram evidenciar comportamentos mais sensíveis, ações mais próximas e simples para com as pessoas internadas numa UTI, ainda que timidamente.

[prática de cuidado] *“É por exemplo: paciente que esteja... ansioso, com medo no ambiente estranho pra ele ali como recém chegado na UTI, tá lúcido e orientado; é chegar até ele explicar porque ele está ali, conversar com ele, tentar diminuir a sua ansiedade, né? Um cuidado simples.”* (P5)

“[...] nossas práticas diárias, [...] que às vezes são tão diárias, caem no conformismo e na mesmice [...] aquelas coisas que a gente faz todos os dias, medicações, curativos, evoluções de enfermagem, a, implementação do nosso plano de cuidado e avaliação. [...] os nossos pacientes são graves, [...], eles exigem muitos cuidados, e [...] podem instabilizar, e pode modificar seu quadro em apenas alguns instantes, em apenas

alguns minutos dentro da UTI. Então a gente deve que ter muito cuidado para que, o nosso cuidado não seja rotineiro, mas sim, ..., adequado às necessidades daquele cliente [...] a cada dia o que você pode melhorar pro seu paciente, o que é que você pode fazer de melhor, pra diferenciar e pra que ele atinja um nível de conforto dentro desse processo de internação[...] em UTI [...]” (P9)

Ainda que não tenha sido objetivo desta investigação, o que pôde ser identificado é que o conteúdo deste enunciado pouco foi visualizado durante o período de observação. O desempenho de ações administrativas, como arrumação de prontuário, ida à farmácia para buscar medicamentos, às providências relativas a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos (FIGUEIREDO; SILVA; SILVA, 2006) e, dentre outras ações, observadas nesta investigação, e reforçadas pela literatura; parecem contribuir para afastar a enfermeira da sua essência real que é o cuidar relacional com práticas de cuidado sensíveis.

As inúmeras atividades diárias de responsabilidade da enfermeira como, coleta e acompanhamento dos resultados de exames; mensuração, anotação e avaliação dos sinais vitais; fechamento do balanço hídrico, realização de curativos diários (ou mais vezes ao dia); auxílio aos procedimentos médicos como instalação e troca de cateteres, supervisão e troca de soluções venosas; administração e checagem de medicamentos de 2/2 horas, elaboração das etapas da sistematização da assistência de enfermagem (conforme a rotina) dando ênfase ao registro legal em prontuário visando a justificativa dos custos de materiais dispensado nos cuidados (SILVA; PIRES; RODRIGUES, 2008), em detrimento de outras atividades como explicações aos pacientes sobre sua situação clínica e/ou procedimentos invasivos, educação para o auto-cuidado, palavras estimulantes, no reconforto, no respeito e, ainda, na priorização e manutenção de funções vitais como alimentação, mobilização, equilíbrio psico-emocional, dentre outros (WALDOW, 1995); demonstram a afirmação supracitada.

CATEGORIA C – PRÁTICAS DE CUIDADO COMO AÇÕES

Subcategoria 3 - Concepção das práticas de cuidado como ações mobilizadoras/motivadoras do potencial humano

Na medida em que o cuidar for sendo concebido como também relacional, consequentemente, as práticas de cuidado serão expressas por ações mais humanizadoras. Esta terceira subcategoria surgiu em decorrência da concepção de prática de cuidados sob a vertente de ações mobilizadoras, ações que motivam o paciente a reunir forças em busca da sua melhora de saúde potencializando o seu crescimento como ser humano:

[prática de cuidado]“... é o que você vai executar pra você poder ajudar o outro...”
 “... a estratégia que você vai estabelecer pra você ...poder... suprir essas necessidades do outro” “... os mecanismos...” (P8)

Tal perspectiva é reafirmada por Figueiredo (1995 apud SOUZA *et al*, 2005, p. 269)

A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o ‘fazer com’, a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano, o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado.

É desta forma que as práticas de cuidado da enfermeira devem ser concebidas, mesmo num ambiente da terapia intensiva, pois, concordando com SOUZA (2001, p. 82) “... os pacientes demonstram capacidade de autonomia... revelando a sua capacidade de serem pessoas antes de serem pacientes...”.

No entanto, além das situações já discutidas que, se não afastam a enfermeira da pessoa cuidada, pouco as aproximam, existe, ainda, outras condições que também reforçam essa dificuldade uma delas são as condições clínicas, específicas de alguns pacientes, como as infecções.

É grande o número de pessoas internadas nesta UTI, que necessitam de precauções de barreira respiratória e/ou de contato por germes multirresistentes. Na ala C, este número chegou a mais de 50% (cinquenta por cento) dos pacientes internados. Esta realidade implica

em um maior tempo dispensado na paramentação das enfermeiras com os EPI's⁹ cada vez que se aproximavam de alguma pessoa para prestar cuidados.

Somado ao tempo dispensado na paramentação das enfermeiras, na execução dos cuidados aos pacientes sob medidas de precaução, parece haver, também, um pensamento de otimização dos recursos materiais, isso inclui os EPI's. As enfermeiras terminam por se aproximar cada vez menos daquela pessoa, ou procuram realizar todas suas práticas em um único momento, a fim de não ter que ir e vir várias vezes na prestação de cuidados ao longo de um período de trabalho, o que implica em tempo e custo, pois, cada aproximação para prestar cuidados novos EPI's são utilizados.

Outra condição que favorece ao afastamento da enfermeira da pessoa cuidada nesta UTI é o grande número de pessoas sob sua responsabilidade que exigem sua supervisão. Por se tratar de um hospital escola, nas alas A e C existem a presença de alunos de enfermagem, de cursos de graduação e de pós-graduação. Alguns destes alunos não ficam sob responsabilidade de um professor, mas sob responsabilidade das enfermeiras assistenciais que terminam por absorver mais esta atividade.

Neste sentido, o quantitativo de alunos pode interferir negativamente nas práticas das enfermeiras, pois, em muitos momentos durante o plantão, elas retardam suas atividades a fim de explicar e demonstrar suas práticas aos estudantes, muitas vezes, sem terem o devido perfil para o exercício de atividade acadêmica e, ainda, responsabilizando-se ética e civilmente por estes alunos. Isto para afastá-las do seu real papel que é cuidar.

Assim, neste trabalho, pudemos evidenciar que a concepção de cuidar e as práticas de cuidado expressas pelas enfermeiras desta UTI, ainda são limitadas, voltadas para o modelo biomédico evidenciado pela tecnologia de ponta e pelo atendimento aos aspectos orgânicos, em detrimento de práticas que possam atender, também, as pessoas de forma holística embora, evidências de modificações, deste modelo, mesmo que de forma ainda incipiente têm sido pensadas pelas enfermeiras desta UTI.

⁹ EPI's – Equipamento de proteção individual (por exemplo: gorro, máscara descartável, óculos de proteção, luvas, capa, avental etc.)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise das falas e da observação realizada foi possível apreender que a concepção sobre o que é cuidar e o que são práticas de cuidado para o grupo estudado não é uniforme. As enfermeiras do grupo estudado parecem, teoricamente importar-se, em alguns momentos, com as questões relativas a proximidade pessoa-pessoa, à alteridade e à compaixão, mas isso não está internalizado no cotidiano destas. Tanto no discurso, quanto na observação há predominância da concepção das práticas de cuidado como ações técnicas e rotineiras.

Durante as horas de observação das práticas de cuidado das enfermeiras, foi possível perceber que há uma demanda grande de ações implementadas pela enfermeira para com o paciente. Muitas oportunidades de aproximação existem entre o profissional e o ser cuidado. Mas, o que foi observado e registrado no diário de campo, foram práticas em sua maioria silenciosas, ou práticas discutidas entre a enfermeira e outras pessoas terceiras, na maioria das vezes, sem qualquer envolvimento com a pessoa cuidada, ainda que esta estivesse fora de possibilidade de comunicação verbal naqueles momentos.

A maioria do grupo de enfermeiras estudado parece entender o que significa cuidar e cuidado de forma muito particular sem aprofundamento nas dimensões pessoal, ética, estética e relacional do cuidar. Ao analisar o conteúdo das entrevistas, algumas participantes que expressaram uma concepção de cuidar mais relacional, ao mesmo tempo expressaram uma concepção de cuidado mais técnico/rotineiro. O que demonstra uma contradição nas concepções entre o grupo estudado.

Boa parte deste grupo adota uma concepção sobre o cuidar baseada nas necessidades afetadas das pessoas internadas na UTI, privilegiando o olhar para as necessidades biológicas. Outras enfermeiras deste grupo até salientaram em seus discursos as necessidades psicológicas, sociais e espirituais, mas não conseguem converter isso em práticas de cuidados, ou seja, de atitudes observáveis no seu dia-a-dia.

As enfermeiras aproximam-se dos pacientes para administrar medicamentos, supervisionar e/ou ajudar nas práticas de higiene corporal, realizar troca de curativos, realizar procedimento de sondagens, para observar o funcionamento dos aparelhos e equipamentos diversos. Mas, não foi observado, em cada uma dessas cuidadoras, o contato físico ou verbal mais relacional, ainda que oportunizado por estas práticas.

A observação sistemática mostrou que a demanda de ações da enfermeira é enorme, porém, o que a enfermeira desempenha em suas práticas de cuidado não satisfaz ao desejo do

paciente e/ou seus familiares. A enfermeira parece estar atendendo mais às rotinas e instâncias fiscalizadoras, do que realmente às necessidades expressas pelo paciente e seus familiares.

Não se pretende ser determinista em afirmar que a maneira como as enfermeiras cuidam das pessoas internadas numa UTI seja decorrente, apenas, de uma questão individual. Através da análise das falas se pôde concluir que, para o grupo estudado, não há uma uniformidade na concepção de cuidar e de cuidado, além da vigência de uma concepção de cuidar mais técnico e de práticas de cuidado menos relacionais é um fenômeno multicausal. É preciso considerar os aspectos como o modelo biomédico de assistência a saúde vigente mais focado na produtividade, o ambiente de uma terapia intensiva com a iminência de eventos súbitos com risco de morte, a multiplicidade de vínculos empregatícios que gera cansaço físico, mental e pouca disposição à interação com o outro, dentre outros fatores que interferem na maneira como as enfermeiras concebem o cuidar e executam suas práticas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. **O saber da enfermagem e a sua dimensão prática**: um enfoque prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ALMEIDA, M. C. P., SILVA, E. M., MISHIMA, S. M., VILLA, T. C. S. Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1996. São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEN-SP, São Paulo, 1996. p.142-149.

ANDRADE, J. S. de, VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 3, n. 58, p.261-265, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a02v58n3.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

BACKES, D. S., SOUSA, G. M., MELLO, A. L. S. F. de, ERDMANN, A. L., NASCIMENTO, K. C., LESSMANN, J. C. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, p. 71-78, 2006. Edição especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea08.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2008.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 09-16, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm>. Acesso em: 04 jun. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BARRA, D.C.C., NASCIMENTO, E. R. P. do, MARTINS, J. de J, ALBUQUERQUE, G. L., ERDMANN, A. L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 422 – 430, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 18 out. 2008.

BEDIN, E., RIBEIRO, L.B.M., MIRANDA, R.A.S.S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia. v. 7, n. 1, p. 118-127, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.htm>> . Acesso em: 18 out. 2008.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**, v. 4, n. 2, p.15-25, 1996. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNESNET. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**: Secretaria de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: DATASUS, 2009. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2927400004294> Acesso em: 29 jun. 2009.

BUNNIN, N., TSUI-JAMES, E.P. (Org). **Compêndio de filosofia**. São Paulo: Ed. Loyola, 2. ed., 2002. 984 p. Disponível em: <http://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=hFbwg9U2Q3IC&oi=fnd&pg=PA401&dq=empirismo&ots=L6LjBvrpKL&sig=ICVU8YHEHp4ReiRIEP7U7XBq9l8#PPP1,M1> . Acesso em: 12 mar. 2009.

CAMACHO, A.C.L.F., ESPIRITO SANTO, F.H.do. Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem. **Revista Latino-Americana**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p.13-17, jan., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11525.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

CAMARGOS, A. T., DIAS, L. O. Comunicação: um instrumento importante para humanizar o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. **Anais eletrônicos...** Ribeirão Preto: EERP, 2002. Disponível em: <<http://www.pcarp.usp.br/acsi/anterior/742/mat20.htm>>. Acesso em: 28 jun. 2008.

CAREGNATO, R. C. A., MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2008.

CARPER, B. A. Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advances in Nursing Science**, v. 1, n. 1, p. 13-23, Oct., 1978.

CENTRO DE REFERÊNCIA EDUCACIONAL. **Carl Rogers**. Atualizado em set. 2007. Disponível em: <<http://www.centrorefeducacional.com.br/carl.html>>. Acesso em: 23 nov. 2008.

COLLIÈRE, MF. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 1. ed. Lisboa: Lidel, 1999. 388 p.

COLLIÈRE, MF. **Cuidar... a primeira arte da vida**. 2. ed. Lisboa: Lusociência, 2003. 440 p.

CORREA, A. K. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.32, n. 4, p. 297-301, dez. 1998. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/445.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2008.

CRIVARO, E. T., ALMEIDA, I.S., SOUZA, I.E. de O. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 2, p. 248-254, abr./jun., 2007. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reuerj/v15n2/v15n2a15.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2008.

CUNHA, P. J. C., ZAGONEL, I. P. S. A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 292-297, 2006. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a14.htm>. Acesso em: 21 jun. 2008.

DESLANDES, S. F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 414 p.

ERDMANN, A. L. , SOUSA, F. G. M. de, BACKES, G. S., MELLO, A. L. S. F. de. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 180-185, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a11v20n2.pdf>> Acesso em: 15 out. 2008.

FERNANDES, J. D. et al. Relações interpessoais no contexto organizacional: representações sociais de profissionais de saúde. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 68-75, jan./jul. 2000.

FIGUEIREDO, N. M. DE, SILVA, C. R. L, SILVA, R. C. L. **CTI: Atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2006, 329p.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: ARTES MÉDICAS, 4. ed., 2000, 338p.

GOMES, V.L. de O., BACKES, V.M.S., PADILHA, M.I.C. de S., VAZ, M.R. de C. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Investigación y Educación en Enfermería. Medellín**, v. 25, n. 2, p. 108-115, set., 2007. Disponível em: <<http://enfermeria.udea.edu.co/revista/v25n2/pdf/v25n2a10.pdf>> . Acesso em: 18 out. 2008.

GUERRER, F. J. L. **Estresses dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensivas no Brasil**. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-20042007-102303/>>. Acesso em: 05 abr. 2008.

- HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1979. 99p.
- JACOBINA, R. R. Globalização e o impacto na saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., 1998. Salvador. **Anais...** Salvador: ABEN-BA, Salvador, 1998. p. 367-379.
- KRUSE, M.H.L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, p. 403-410, 2006. Edição especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea04.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2008
- KUCGANT, P. (Coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1991. p. 237
- LEININGER, M. M. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. **Nursing Science Quarterly**, Detroit, v.1, n. 4, p. 152-160, 1988.
- LIMA, A. B. **O sentido de vida do familiar do paciente crítico**. 2002. 207f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2002.
- LIMA-COSTA, M.F., BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos – conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Belo Horizonte, v.12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2artigo_tipos_estudos_epidemiologicos.pdf> . Acesso em: 11 dez. 2009
- LOPES, R. L. M., OLIVEIRA, I. E. de, DAMASLENO, M. M. C. Divulgando a fenomenologia ontológica – hermenêutica de Martin Heidegger. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 53-56, jul./dez. 1996. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/8758/6074>> . Acesso em: 21 jan. 2009.
- LOPES NETO, D., PAGLIUCA, L.M.F. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 825-830, nov-dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a12.pdf>> . Acesso em: 20 jan. 2010.
- LUCENA, A.de F., CROSSETTI, M.G.O. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 243-56, ago. 2004. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/eenf/revista/revista-2004/2004 \(2\)/SIGNIFICADO %20DO%20CUIDAR.pdf](http://www.ufrgs.br/eenf/revista/revista-2004/2004%20(2)/SIGNIFICADO%20DO%20CUIDAR.pdf)> . Acesso em: 11 jun. 2008.
- MENDES, I. A. C. Editorial. O resgate do cuidar na enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p.1, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12392.pdf>> . Acesso em: 22 mar. 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 187 p.

MEYER, D. E., WALDOW, V. R., LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: ARTMED, 1998. 241 p.

NASCIMENTO, E.R.P., TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 12, p.250-257, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a19.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

NÓBREGA-THERRIEN, S. M. **Enfermeira, profissão, limites e possibilidades**. Fortaleza: EdEUCE, 2007, 321p.

OLIVEIRA, N. A. de. **Cuidar à saúde do paciente hospitalizado: representações de enfermeiras da assistência e da docência**. 2003. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2003.

PADILHA, M.I.C. de S., VAGHETTI, H.H., BRODERSON, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro. v.14, n. 2, abr./jun., 2006, p. 292-300. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reuerj/v14n2/v14n2a21.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2008.

POLIT, D.F., BECK, C. T, HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004. 488 p.

PUGGINA, A.C.G., SILVA, M.J.P. A alteridade nas relações de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n.5, p.573-579, set.- out., 2005.

PÜSCHEL, V.A. de A, IDE, C. A. C., CHAVES, E. C. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e á familiar na assistência domiciliar: bases conceituais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n.2, p. 261-268, jan. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/14.pdf>> . Acesso em: 07 jul. 2008.

RÉA NETO, A., MENDES, C. L., REZENDE, E. A. de C., DIAS, F. S. **Monitorização em UTI**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2004. 392 p.

REZENDE, M. A., SILVA, C. V. Cuidado em creche e pré-escolas utilizando os pressupostos de Mayeroff. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v. 15, n.4, p. 73-78, out./dez. 2002. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2002/15_4/pdf/art8.pdf> . Acesso em: 09 jan. 2009

ROGERS, C. R. **A way of being**. Collaborator Arvin D. Yalom. Boston: Houghton Mifflin, 1995, 395 p.

SANTOS, M., BURSZTYN, I. (Org.). **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: SENAC RIO, 2004. 108 p. Disponível em: <http://books.google.com/books?id=a9kxjX9tvQkC&printsec=frontcover&vq=enfermagem&dq=Associa%C3%A7%C3%A3o+nacional+para+o+cuidado+humano&lr=&hl=pt-BR&source=gbp_summary_r&cad=0#PPA45,M1> . Acesso em: 18 out. 2008

SCHMITT, C.A. **Concepções e práticas de cuidado humano no cotidiano de uma organização: uma configuração Ética e Estética de vida no espaço laboral**. 2003. 171 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/11218.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2008.

SILVA, R.M. de O. **Comunicação com pacientes impossibilitados de falar: concepções de enfermeiras intensivistas**. Salvador: EGBA, 2002. 124 p.

SILVA, C. R., GOBBI, B. C., SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. Rurais agroindustriais**, Lavras, v.7, n.1, p. 70-81, out. 2004.

SILVA, I. A. S. **Trabalho em unidade de tratamento intensivo: representações sociais de enfermeiras**. 2007. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SILVA, M. G., PIRES, C. G. da S., RODRIGUES, G. R. S. Cuidado de enfermagem no ambiente de terapia intensiva: uma reflexão. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador; v.32, p. 42-50, out., 2008. Suplemento 1.

SILVA, M.J.P. da. Editorial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.3, p.1, jul. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3/v5n3a01.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2008.

SILVA, E.M.K. Principais tipos de pesquisa clínica. In: ATALLAH, A.N., CASTRO, A.A. (Ed.). **Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica**. São Paulo: Lemos-Editorial, 1998. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/mestrado/Profissional/programas/tiposEstudo.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2009.

SOUZA, J. G. de. **Resistindo ao poder da enfermagem: uma prerrogativa do paciente**. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2001.

SOUZA, M. de L. de, SARTOR, V. V. de B., PADILHA, M. I. C. de S., PRADO, M. L. do. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v.14, n.2, p.266-270, 2005.

SOUZA, F.G.M. de, KOERICH, M.S. (Org). **Cuidar – Cuidado**: reflexões Contemporâneas. Florianópolis: Papa-Livro, 2008. 109 p.

TERRA, M. G., SILVA, M. C. da, CAMPONOGARA, S., SANTOS, E. K. A. dos, SOUZA, A. I. J. de, ERDMANN, A. L. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-678, out./dez.2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71415416.pdf>> . Acesso em 29 jan. 2009.

TRIVIÑOS, A N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 335 p.

VERISSIMO, R. **Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)**. Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 2002. 28 p.

WALDOW, V. R. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.13, n. 2, p.29-35, jul. 1992.

WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar** – a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 203 p.

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão semântica? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.20-32, jul. 1998.

_____. **Cuidar humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001. 202 p.

_____. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petropolis: Vozes, 2. ed., 2007, p. 190.

WATSON, R., LEA, A. The caring dimensions inventory (CDI): content validity, reliability and scaling. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, n. 25, p. 87-94, January, 1997.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações.
Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, mar. 2004.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/03.pdf>> . Acesso em: 05 fev. 2009

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - I		
TÍTULO DA PESQUISA: <i>Análise das práticas de cuidado da enfermeira na unidade de terapia intensiva.</i>		
PESQUISADORA (MESTRANDA): <i>Enfa. Leila Maria Ribeiro Brito</i>		
IDENTIFICAÇÃO DA COLETA:	CODNOME:	Nº DA COLETA:
DATA DA COLETA: / /		HORA:

ENTREVISTA			
I - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS			
IDADE:	SEXO		
ESTADO CIVIL:	RELIGIÃO:		
POSSUI FILHOS:	Sim		Não
SE POSITIVO, QUANTOS?			
TEMPO DE FORMAÇÃO (graduação):			
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO:	Sim		Não
SE POSITIVO, QUAIS?			
VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS: TOTAL		EM UTI:	
CARGA HORÁRIA TOTAL SEMANAL:			
TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI:			
TEMPO DE ATUAÇÃO NO LOCAL DO ESTUDO:			
II – QUESTÕES ESPECÍFICAS DO ESTUDO			
A) O que é cuidar para você?			
B) O que você considera como práticas de cuidado?			
C) Fale um pouco sobre o cuidar e as práticas de cuidado desenvolvidas por você na UTI.			

APÊNDICE B – Roteiro de observação

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - II		
TÍTULO DA PESQUISA: <i>Análise das práticas de cuidado da enfermeira na unidade de terapia intensiva.</i>		
PESQUISADORA (MESTRANDA): <i>Enfa. Leila Maria Ribeiro Brito</i>		
IDENTIFICAÇÃO DA COLETA:	CODNOME:	Nº DA COLETA:
DATA DA COLETA: / /		HORARIO: das às

PRÁTICAS A SEREM OBSERVADOS	
1) Passagem de plantão: São transmitidas informações acerca de aspectos emocionais, espirituais das pessoas internadas na UTI e/ou de seus familiares?	SIM ☐ NÃO ☐
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	
2) Atitude relacionada à abordagem: A enfermeira aborda a pessoa internada com um diálogo cordial, se apresentando e investigando qual seu estado clínico e emocional, independente de ter se aproximado para realizar algum procedimento?	SIM ☐ NÃO ☐
A enfermeira pede permissão para realizar algum procedimento?	SIM ☐ NÃO ☐
A enfermeira dá ao paciente a opção de escolha quanto aos procedimentos?	SIM ☐ NÃO ☐
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	
3) Atitude relacionada à necessidade humana fisiológica: A enfermeira realiza, auxilia ou está presente supervisionando cuidados como alimentação, higienização, eliminação, sono e repouso?	SIM ☐ NÃO ☐
A enfermeira é resolutiva no atendimento a desejos particulares em relação à alimentação, higienização, eliminação, sono e repouso?	SIM ☐ NÃO ☐
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	

(CONTINUAÇÃO)

4) Atitude relacionada à necessidade humana emocional: A enfermeira dialoga, auxilia ou está presente nos cuidados relativos ao estado emocional (choro, medo, angústia, apatia, histeria, ansiedade) ?	SIM ☐ NÃO ☐
A enfermeira facilita/permite a presença de acompanhantes mesmo fora dos horários de visita?	SIM ☐ NÃO ☐
A enfermeira orienta os téc/aux. de enfermagem quanto ao estado emocional das pessoas hospitalizadas e/ou familiares ?	SIM ☐ NÃO ☐
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	
5) Atitude relacionada à necessidade humana espiritual: A enfermeira dialoga, auxilia ou está presente nos cuidados relativos à espiritualidade favorecendo incentivando o diálogo sobre sua crença religiosa e/ou visita de membros/líderes religiosos ?	SIM ☐ NÃO ☐
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	
6) Atitude relacionada ao conhecimento da pessoa internada sobre sua condição clínica: A enfermeira dialoga sobre a condição de saúde-doença da pessoa internada interessando-se em saber o que ela conhece e explicando em linguagem não técnica o que ela não conhece?	SIM ☐ NÃO ☐
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	

APÊNDICE C – Carta convite aos enfermeiros (as)

CARTA CONVITE AOS ENFERMEIROS(AS)

Prezados(as) Colegas Enfermeiros(as)

Após apreciação da Diretoria Adjunta de Enfermagem de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital geral Roberto Santos, bem como, aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Ana Néri, venho por meio desta convidar-lhes a participar da pesquisa intitulada “Análise das práticas de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensiva”, que tem como objetivos: 1º) descrever e analisar as práticas de cuidado da enfermeira às pessoas hospitalizadas em unidades de terapia intensiva adulto. Trata-se de uma atividade do curso de Mestrado em Enfermagem da UFBA, do qual sou aluna regular, e que para ser desenvolvida necessita da sua participação voluntária.

O interesse em estudar as práticas de cuidado executadas pelos(as) enfermeiros(as) em unidades de terapia intensiva surgiu: primeiro pela importância que o cuidar e as práticas de cuidados têm para o(a) Enfermeiro(a), onde sendo estas senão exclusivos, mas próprios da Enfermagem, legitimam o conhecimento deste campo do saber. E em segundo, foi a pouca presença na literatura nacional de trabalhos científicos que abordassem o aspecto relacional das práticas de cuidado do enfermeiro(a) no ambiente da terapia intensiva, como se propõe esta pesquisa. A idéia é entender o que os enfermeiros(as) fazem para cuidar numa UTI e como fazem. Não cabe nesta pesquisa quaisquer julgamento do ponto de vista técnico, mas sim entender o aspecto relacional destas práticas de cuidado neste espaço cuidativo que é a UTI.

Sua participação é voluntária, sua identidade e os dados coletados serão mantidos em sigilo, garantindo assim o anonimato. A utilização dos dados coletados terá fins, **exclusivamente científicos** e, sua participação não lhe conferirá nenhuma retribuição monetária e/ou privilégios outros. Ao final dessa investigação, a dissertação de mestrado será disponibilizada nessa organização hospitalar, assim como nas bibliotecas universitárias e periódicos da área para consulta, como uma forma de contribuir para reflexão acerca das práticas de cuidado da enfermeira e melhoria da qualidade dos serviços de saúde à população. **Sua participação não conferirá risco de danos físicos, psicológicos, sociais, morais e econômicos. Será garantida a liberdade de desistência da sua participação nesta investigação a qualquer momento, sem penalidade.** Neste sentido, esta pesquisa atende aos princípios éticos emanados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Salvador, 01 de setembro de 2009

Leila Maria Ribeiro Brito

(Enfermeira, Aluna do Curso de Mestrado da EEUFBA, COREN-BA 69781)

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Pós-Informado Livre Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

TEXTO DE ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa é intitulada “Análise das práticas de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensiva”, e tem como objetivos: 1º) descrever as práticas de cuidado da enfermeira às pessoas hospitalizadas em unidades de terapia intensiva adulto; e 2º) analisar as práticas do cuidado da enfermeira às pessoas hospitalizadas em unidades de terapia intensiva adulto. Trata-se de uma atividade do curso de Mestrado em Enfermagem da UFBA que para ser desenvolvida necessita da sua participação voluntária, uma vez que o(a) Sr(a) atende aos critérios de inclusão como participante nesta pesquisa.

Para o alcance dos objetivos propostos, após ciência, entendimento e assinatura deste termo, será agendada uma entrevista com o(a) Sr(a) em dia e horário que mais lhe convier, num ambiente reservado no seu local de trabalho, dentro da sua carga horária ou, se preferir, num outro local de sua conveniência. Concluído o período das entrevistas, eu (pesquisadora responsável) estarei presente no seu local de trabalho, por um período de tempo acompanhando e observando o seu cotidiano, como outra técnica de coleta dos dados para esta pesquisa. Vale ressaltar que esta técnica tem a devida autorização dos responsáveis pela unidade onde o(a) Sr(a) desenvolve suas práticas laborais. As falas da entrevista serão gravadas em fitas e em MP4 e, o conteúdo obtido pelas observações no campo será registrado num diário de campo. Tanto as gravações das falas quanto os registros das observações são de responsabilidade da pesquisadora, no que se refere à sua guarda, sigilo e autenticidade por um período mínimo de 5 (cinco) anos e; estarão disponíveis para o(a) Sr(a) consultar, complementar ou retirar informações que julgar necessárias ao final da coleta.

Sua participação é voluntária, sua identidade e os dados coletados serão mantidos em sigilo, garantindo assim o anonimato. A utilização dos dados coletados terá fins, exclusivamente científicos e, sua participação não lhe conferirá nenhuma retribuição monetária e/ou privilégios outros. Ao final dessa investigação, a dissertação de mestrado será disponibilizada nessa organização hospitalar, assim como nas bibliotecas universitárias e periódicos da área para consulta, como uma forma de contribuir para reflexão acerca das práticas de cuidado da enfermeira e melhoria da qualidade dos serviços de saúde à população. Sua participação não conferirá risco de danos físicos, psicológicos, sociais, morais e econômicos. Será garantida a liberdade de desistência da sua participação nesta investigação a qualquer momento, sem penalidade; sendo possível retirar este consentimento. Neste sentido, esta pesquisa atende aos princípios éticos emanados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO LIVRE ESCLARECIDO

Eu recebi os esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “Análise das práticas de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensiva”, li o conteúdo do texto deste **Termo de Consentimento Pós-Informação Livre Esclarecido** e entendi as

informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa. Declaro que não tenho dúvidas de que não receberei quaisquer benefícios e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízo, ou perda. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido(a) à coação, indução ou intimação.

Salvador, _____ de _____ de 2009

Assinatura do participante da pesquisa

Leila Maria Ribeiro Brito
Mestranda de Enfermagem da UFBA
Contato: (071)3335-1153, 9978-6076
lmrbrito@hotmail.com

Dra. Dora Sadigursky
Professora Orientadora

Obs.: Este documento deverá ser assinado em duas vias (01 via fica com a pesquisadora e 01 via com a participante)

ANEXO A – Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos

- Planos de Saúde - Servidor

Page 1 of 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

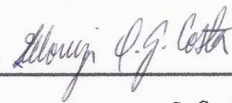
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					FR - 274995
Projeto de Pesquisa					
Análise das práticas de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensiva					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Cuidados, Enfermagem, Unidade de terapia intensiva					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 10	Total Brasil 10	Nº de Sujeitos Total 10	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Leila Maria Ribeiro Brito			CPF 759.416.605-10	Identidade 577581074	
Área de Especialização ENFERMAGEM ENFISIVISTA			Maiores Titulação BACHAREL ENFERMAGEM	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço AV. CARDEAL DA SILVA, N. 120, AP. 204 - EDF. MARÍTIMA RESIDENCE			Bairro RIO VERMELHO	Cidade SALVADOR - BA	
Código Postal 40231-250	Telefone 071-3339-5383 / 071-3335-1153	Fax	Email lmrbrito@hotmail.com		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <i>Leila Maria Ribeiro Brito</i>					
Data: <u>02/09/2009</u> Assinatura					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS			CNPJ 04.475.727/0001-86	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Unidade de terapia intensiva			Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço RUA SILVEIRA MARTINS S/N			Bairro CABULA	Cidade SALVADOR - BA	
Código Postal 41180-780	Telefone 71-3387-3420	Fax 71-3372-2978	Email hgrrs@sesab.ba.gov.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <i>Leila Maria Ribeiro Brito</i> Diretora Adjunta de Ensino Pesquisa e Extensão					
Data: <u>02/09/2009</u> Assinatura					
Vinculada					
Nome Universidade Federal da Bahia			CNPJ 15.180.714/0001-0	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Escola de Enfermagem			Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO	
Endereço Avenida Ademar de Barros s/n			Bairro Ondina	Cidade Salvador - BA	
Código Postal 40170110	Telefone 71 32636824	Fax 71 32636383	Email sad@ufba.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: _____					

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/folha_rosto.cfm?vcod=274995

2/9/2009

Data: ____/____/____

Assinatura



O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 29/06/2009. Não o entregar nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

Heloniza O. G. Costa
DIRETORA E. E. UFPA
COREN 10087

[Voltar](#)

IMPRIMIR

ANEXO B – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer)

Salvador, 25 de agosto de 2009.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / HAN /UFBA

Ofício Nº 28/09

Ref. Projeto de Pesquisa - n.º 28/09

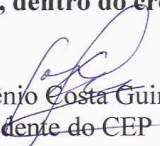
TÍTULO DO PROJETO: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO DA ENFERMEIRA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Pesquisador: LEILA MARIA RIBEIRO BRITO

Orientador: Dr^a Dora Sadigursky

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Néri, após análise do processo de nº.28/09, acima citado considera que o mesmo atende aos princípios éticos em pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP CNS –MS). Diante do exposto julga o processo **APROVADO.**

Lembramos à necessidade do envio de relatório anual do andamento da pesquisa, dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.


Dr. Armênio Costa Guimarães
Presidente do CEP

Ilm^a Sr^a.

Enf^a Leila Maria Ribeiro Brito

NESTA

ANEXO C – Autorização da organização hospitalar para coleta de dados

Governo do Estado da Bahia
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
Hospital Geral Roberto Santos
DIRETORIA DE ENFERMAGEM
DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO



n.033

COMUNICAÇÃO INTERNA

De: Diretoria Adjunta de Enfermagem de Ensino, Pesquisa e Extensão – Aldacy Ribeiro
CC: Unidade de UTI GERAL e Semi-intensiva- Enfas Laura Lacet e Walquiria
Para: Recursos Humanos - Cláudia Guimarães

Encaminho a aluna Leila Maria Ribeiro Brito, da Universidade Federal da Bahia, para realização de coleta de dados cujo projeto de pesquisa, já foi apreciado por esta diretoria e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Ana Néri, intitulado “Análise das práticas de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensiva”. A coleta de dados será a partir de 02/09/2009 a 21/11/2009.

Solicito confecção do crachá de pesquisador pelo Recursos Humanos.

Atenciosamente,


Aldacy G. Ribeiro
Diretoria Adjunta de Ensino
Pesquisa e Extensão
COREN: 83596

Aldacy G. Ribeiro
Diretora Adjunta de Enfermagem de Ensino, Pesquisa e Extensão