



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

NAIANE ANDRADE SIMÕES

**FAMILIARES DE PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: PERCEPÇÕES DA ENFERMEIRA**

**SALVADOR
2011**

NAIANE ANDRADE SIMÕES

**FAMILIARES DE PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: PERCEPÇÕES DA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem; área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde; linha de pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a Dr^a Therezinha Teixeira Vieira.

**SALVADOR
2011**

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Maria Aparecida Neves, da Escola de Enfermagem e Nutrição, SIBI - UFBA.

S593 Simões, Naiane Andrade
Famíliares de paciente na Unidade de Terapia Intensiva:
percepções da enfermeira / Naiane Andrade Simões. – Salvador,
2011.
155 f.
Orientadora: Profª Drª Therezinha Teixeira Vieira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2010.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem - UTI. 3. Família. I. Vieira,
Therezinha Teixeira. II. Universidade Federal da Bahia. III.
Título.

CDU: 616-083

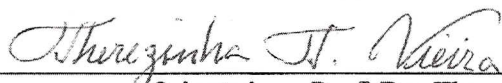
NAIANE ANDRADE SIMÕES

**FAMILIARES DE PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: PERCEPÇÕES DA ENFERMEIRA**

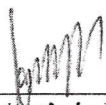
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 25 de fevereiro de 2011.

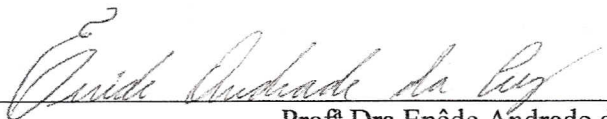
BANCA EXAMINADORA



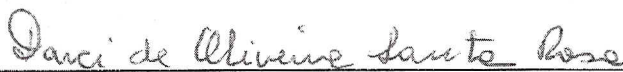
Orientadora: Profª Dra Therezinha Teixeira Vieira
Doutora em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - UFBA



Profª Drª Antônia Regina Ferreira Furegato
Doutora em Enfermagem da Universidade São Paulo de Ribeirão Preto – USP-RP



Profª Dra Enêde Andrade da Cruz
Doutora em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - UFBA



Profª Drª Darci de Oliveira Santa Rosa
Doutora em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - UFBA

AGRADECIMENTOS

Para o desenvolvimento deste trabalho, contei com o apoio de muitas pessoas, em vários momentos, às quais quero expressar meu agradecimento:

À minha mãe, pelo amor irrestrito, pelo incentivo em fazer o mestrado, pelos dias e noites perdidos junto a mim, sempre me apoiando nos momentos difíceis, guiando meus passos para que seguisse sempre em frente. Esse mestrado também é seu!

Ao meu pai, pelo amor, apoio e disponibilidade em ajudar sempre.

Ao meu irmão, pela irreverência e tranquilidade de viver a vida, deixando os momentos de estresse mais descontraídos.

À minha avó Dedé, pelo amor, pelas orações e torcida pelo meu sucesso.

A toda família (tios, primos), pelo apoio e compreensão em aceitar a distância, as ausências, os atrasos, o estresse e a indisponibilidade de tempo.

À Professora Dr^a Therezinha Teixeira Vieira, orientadora, mestre, guia e conselheira nesta longa e difícil caminhada. Pelo tempo despendido, pelo acolhimento, pelos ensinamentos de enfermagem e de vida a mim prestados com segurança, dedicação e carinho.

À Professora Dr^a Enêde Andrade da Cruz, pelo domínio metodológico e conhecimentos da Enfermagem passados a mim com carinho e extrema sabedoria. Pelo acolhimento em sua casa, disponibilidade de tempo a mim dispensada, pela confiança e palavras de incentivo.

À Professora Dr^a. Darci de Oliveira Santa Rosa, pelo incentivo, confiança e valiosas contribuições para que o trabalho seguisse em frente.

À Professora Dr^a Antônio Regina Ferreira Furegato, por aceitar participar da Banca Examinadora, pelo parecer com valiosas contribuições no exame de qualificação, pela indicação de referências e pela delicadeza em colocar-se à minha disposição.

À Professora MsC. Rosa Lúcia Rodrigues Alves Cordeiro (Tia Rosa), pelo incentivo, conselhos, disponibilidade irrestrita, orações e apoio sempre.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA, na pessoa da Professora Dr^a Mirian Santos Paiva.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação da EEUFBA.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA pela presteza na avaliação do Projeto e liberação do Parecer para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos componentes do grupo de Estudos sobre Ética, Educação e Exercício de Enfermagem – EXERCE, pelas discussões e enriquecimento do conhecimento em pesquisa que me fizeram crescer nessa caminhada.

Aos funcionários da Pós-Graduação da EEUFBA, pela gentileza e ajuda.

À gerente de enfermagem do Hospital Geral do Estado, Enf.^a Maria Amélia Farias, pela cordialidade, disponibilidade e ajuda para a entrada e utilização do campo de pesquisa.

À direção do HGE, Dr. André Luciano Santana Andrade, pela disponibilidade de acesso ao campo para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às colegas de trabalho do HGE, pela ajuda, colaboração, trocas e desenrolar das escalas para que eu seguisse o caminho em busca deste mestrado.

Às amigas Carlinha, Nara, Milla, Suca e Moe, pelo carinho, compreensão, paciência, preocupação, dicas, palavras de apoio e incentivo, ou seja, pela Amizade.

Aos meus queridos amigos e amigas, pela paciência, compreensão, pelos ouvidos e ombro amigo para escutar os desabaços nos momentos de tensão, sempre encontrando meios de elevar minha confiança para encarar os obstáculos.

Aos colegas e às amigas de mestrado, por dividir os momentos de alegrias e conflitos.

Ao Bibliotecário do Hospital Geral do Estado, Alessandro, pela colaboração.

Às colegas, sujeitos do estudo, pela participação na pesquisa. A participação de vocês foi fundamental!

Àqueles que, de forma direta ou indireta, colaboraram com este trabalho e o fizeram ir em frente.

Compartilho com todos, a alegria da conclusão deste estudo.

Meu sincero, Muito Obrigada!

A persistência é uma idéia firme e constante de algo que se pretende fazer, mesmo na presença de incômodos ou dificuldades. Esta é uma virtude fundamental para o sucesso, pois fortalece a vontade e a atitude das pessoas.

(Autor desconhecido)

SIMÕES, Naiane Andrade. **Familiares de Paciente na Unidade de Terapia Intensiva: percepções da enfermeira**. 2011. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

O estudo objetivou analisar a percepção das enfermeiras atuantes nas UTIs de uma organização hospitalar pública de Salvador – Bahia, sobre a presença dos familiares/visitantes de usuários dessas Unidades, quando no desenvolvimento do cuidar/cuidado de enfermagem. É um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa, que teve como referencial teórico o Cuidar/Cuidado de Enfermagem e a Percepção. Para cuidar é preciso perceber o outro, conhecer as suas diferentes facetas, pois, assim como a percepção é distinta entre as pessoas, a depender de seus valores, o cuidar sofre as mesmas influências, sejam elas culturais, sociais, religiosas, políticas, dentre outras. Desta forma, a percepção e o cuidar/cuidado estão intimamente ligados. A pesquisa de campo foi desenvolvida em três UTI's de um Hospital Geral de Salvador, Bahia, prestador de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). As participantes foram dez enfermeiras intensivistas da Organização pesquisada. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semi-estruturada. Para a análise quantitativa foram utilizadas as frequências absolutas e relativas das unidades temáticas, dando uma visão do que foi destacado pelas participantes, mediante suas percepções. A análise de conteúdo seguiu as abordagens de Bardin, Vala e Amado. Esta análise evidenciou a percepção das enfermeiras participantes sobre o familiar/visitante na UTI, através do agrupamento dos núcleos de significados, pelas suas similaridades, organizados em quatro grandes categorias empíricas: Concepção da Percepção da Enfermeira; Valorização da Percepção da Enfermeira; Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira; Dimensão Ontológica da Percepção, com as suas respectivas subcategorias. Dentre as subcategorias, a Valorização da Percepção à Assistência relacionada ao Familiar, quanto aos aspectos favoráveis, foi a mais ressaltada pelas participantes. Os resultados desta subcategoria revelam que a maioria das enfermeiras aceita o familiar/visitante e percebe a importância de sua presença na UTI, embora, algumas tenham posições distintas ao se referirem à influência da permanência de familiares na Unidade. Nas percepções destas participantes, estes visitantes irão alterar as rotinas de trabalho e não trarão benefícios ao processo de cuidar dos pacientes, quando se trata de pacientes de evolução clínica crítica, sedados e entubados. Os resultados referentes às categorias, em geral, enfatizam a subjetividade e a individualidade da percepção que, influenciada por fatores internos e/ou externos, pode interferir no julgamento perceptivo dos indivíduos e, conseqüentemente, no cuidar/cuidado de enfermagem. Estes resultados permitiram o aprofundamento no conhecimento dos aspectos teóricos da percepção e sua expressão empírica nas falas das participantes quando de sua relação com os familiares/visitantes do paciente crítico na UTI. Estes possibilitaram, ainda, identificar o que é preciso ser desenvolvido pelo grupo de enfermeiras e pela própria Organização para que o familiar/visitante possa receber maior atenção e acolhimento na UTI.

Palavras-chave: Enfermagem, Família, UTI, Percepção.

SIMÕES, Naiane Andrade. **Relatives of Patients in the Intensive Care Unit: perceptions of the nurse.** 2011. 155 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing College, Federal University of Bahia, Salvador, 2011.

ABSTRACT

This study examines the perceptions of nurses in the ICU of a public hospital organization in Salvador - Bahia, about the presence of family members / visitors of users of these units when the development of nursing cares. This is a descriptive, exploratory study with quantitative and qualitative approach that had the theoretical reference, the care, nursing care and Perception. Care is important to understand and perceive the other person, knowing their different facets. Thus like the perception is different between people depending on their values; the care suffers the same influences, whether cultural, social, religious, etc. So, perceptions and the nursing care are closely linked. The field research was developed in three ICUs of a general hospital in Salvador, Bahia, which serves users of the Unified Health System (SUS). Participated of the study ten intensivists nurses. The technique used to the collect of data was the semi-structured interview, with three open-question guide. For data analyses was used the frequency of thematic units, absolute and relative. The content analysis followed the approach of Bardin, Vala and Amado. This analysis revealed the nurses' perceptions about the study object, through the clusters of meanings organized into four categories: Conception of Nurse Perception; Conditions Required to Nurse Perception, Valorization of nurse perception; Ontological Dimensions of Perception and their respective subcategories. The results of the research show that nurses accept the family members / visitors of users and have realize the importance of its presence in the ICU. The meantime, some nurses have different positions when they refer to the permanence of family on the unit especially about their relevance for the clinical outcome of critically ill patients sedated and intubated. In the nurse perception, those visitors will modify the routines work and won't bring advantage or benefits to the patient. Nevertheless, the positive aspects of the subcategory, Valorization of nurse perception - family, were the most valorized by interviewees. The general results confirm that the perceptual subjectivity and of individuality, influenced by internal or external agents, may interfere the individual perceptual judgments and, consequently, in nursing care. These results allowed to make a profound study of perception, considering your connection with the family/ visitor of critical patients on ICU.

Key words: Nursing, Family, UCI, Perception.

LISTA DE SIGLAS

BVS –	Biblioteca Virtual em Saúde.
CEP –	Comitê de Ética em Pesquisa.
CN –	Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira.
COFEN –	Conselho Federal de Enfermagem.
CP –	Concepção da Percepção da Enfermeira.
DO –	Dimensão Ontológica da Percepção.
EEUFBA –	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.
PNH –	Programa Nacional de Humanização.
REDA –	Regime Especial de Direito Administrativo.
SESAB –	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
SUS –	Sistema Único de Saúde.
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UA –	Unidades de Análise.
UCSal –	Universidade Católica de Salvador.
UERJ –	Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
UFBA –	Universidade Federal da Bahia.
URCG –	Universidade Regional de Campina Grande.
UTI –	Unidade de Terapia Intensiva.
VP –	Valorização da Percepção da Enfermeira.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Síntese do Plano de Análise	51
Figura 2 –	Síntese da análise da Categoria 1 – Concepção da Percepção da Enfermeira com suas subcategorias e exemplos de unidades de análise – Salvador-Bahia, 2010	78
Figura 3 –	Síntese da análise da Categoria 2 – Valorização da Percepção da Enfermeira com suas subcategorias e exemplos de unidades de análise – Salvador-Bahia, 2010	96
Figura 4 –	Síntese da análise da Categoria 3 – Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira com suas subcategorias e exemplos de unidades de análise – Salvador-Bahia, 2010	106
Figura 5 –	Síntese da análise da Categoria 4 – Dimensão Ontológica da Percepção com suas subcategorias e exemplos de unidades de análise – Salvador-Bahia, 2010	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico das enfermeiras participantes. Salvador-Bahia, 2010	56
Tabela 2 – Distribuição da Pós- Graduação realizada pelas enfermeiras participantes. Salvador-Bahia, 2010	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das Categorias e Subcategorias empíricas sobre a percepção de enfermeiras sobre familiares/visitantes na UTI. Salvador-Bahia, 2010	61
Quadro 2 – Distribuição de Unidades de Análise Temática da Categoria 1 – Concepção da Percepção da Enfermeira e subcategorias. Salvador-Bahia, 2010	63
Quadro 3 – Distribuição de Unidades de Análise Temática da Categoria 2 – Valorização da Percepção da Enfermeira e subcategorias. Salvador-Bahia, 2010	80
Quadro 4 – Distribuição de Unidades de Análise Temática da Categoria 3 – Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira e subcategorias. Salvador-Bahia, 2010	97
Quadro 5 – Distribuição de Unidades de Análise Temática da Categoria 4 – Dimensão Ontológica da Percepção e subcategorias. Salvador-Bahia, 2010	107

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 O CUIDAR /CUIDADO EM ENFERMAGEM	19
2.1.1 O cuidar /cuidado de enfermagem em seu sentido geral	19
2.1.2 O cuidar de enfermagem ao paciente na Unidade de Terapia Intensiva	24
2.1.3 O Cuidar na UTI e os familiares / visitantes	28
2.2 A PERCEPÇÃO E O CUIDAR	31
2.2.1 Fundamentos teóricos da percepção	32
2.2.2 A percepção e o cuidar de Enfermagem	36
3 METODOLOGIA	39
3.1 TIPO DE ESTUDO	39
3.2 CAMPO DE ESTUDO	41
3.3 POPULAÇÃO ALVO / PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
3.4 ÉTICA NA PESQUISA	45
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	48
4 RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÕES	53
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS PARTICIPANTES	54
4.2 PRESENÇA DO FAMILIAR VISITANTE EM UTI NA PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS INTENSIVISTAS	60
4.2.1 Categoria 1 – Concepção da percepção da Enfermeira	62
4.2.2 Categoria 2 – Valorização da percepção da Enfermeira	78
4.2.3 Categoria 3 – Condições necessárias à percepção da Enfermeira	97
4.2.4 Categoria 4 – Dimensão ontológica da percepção	106
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	120
APÊNDICE A – Informações aos colaboradores / termo de consentimento livre e esclarecido	129
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados	131
APÊNDICE C – Instrumento para registro de diário de campo	132
APÊNDICE D – Entrevistas	133
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia	154
ANEXO B – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos – Hospital Geral do Estado da Bahia	155

1 INTRODUÇÃO

“Uma longa viagem começa com um único passo.”
(Lao Tsé)

Os profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) trabalham, geralmente, no limite do estresse e qualquer interferência na rotina e no “caminhar” da assistência ao paciente crítico pode dar margem a desafios e desconforto para a equipe como um todo.

Ser enfermeira intensivista é uma tarefa, quase sempre, cansativa, não apenas do ponto de vista físico, mas, também, psicológico, desde que trabalhamos com seres humanos em estado grave, que necessitam de suporte e atenção constantes. Além disso, estamos em contato direto com os familiares, repletos de angústias, aflições e expectativas.

Quando no processo saúde-doença predomina o aspecto mórbido, poderá haver o rompimento da homeostasia, o que significa uma ameaça à integridade pessoal, com extensão à família. Este fato é mais exacerbado quando há hospitalização que traz para o paciente e seus familiares, uma sensação de perda, medo e ansiedade, uma experiência estressante.

Souza (1994) afirma que, geralmente, o paciente e a família consideram a doença e a hospitalização situações extremamente disruptivas, que causam estresse, desequilíbrio e desajustamento de seus membros.

Quando a hospitalização se verifica na UTI, a ameaça à vida parece ser maior. Para Hudak e Gallo (1997), a internação na UTI traz conflito e medo aos pacientes e familiares, pois indica, para muitos, uma ameaça à vida e ao bem estar daqueles que são ali admitidos. Por um lado, as enfermeiras intensivistas, geralmente, tendem a ver a Unidade como um local onde vidas frágeis são vigilantemente observadas, cuidadas e preservadas. Por sua vez, os pacientes e familiares, em geral, percebem a internação na UTI como um risco de morte iminente, devido às experiências próprias ou às de outros. Por estas visões, presentes no binômio família/paciente e profissionais, falhas de comunicação devem ser previstas, aumentadas pelo estresse da internação e os significados do novo ambiente.

Para Hudak e Gallo (1997, p. 5) “o paciente internado em uma UTI necessita de cuidados de excelência dirigidos, não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas, também, para questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam interligados à doença física.”

O profissional de saúde, em meio às inovações tecnológicas e ao volume de trabalho, nem sempre leva em conta o ser humano como dotado de sentimentos e sentidos e, ao cuidar do corpo - máquina, tende a voltar a atenção aos alarmes dos equipamentos e à manutenção de rotinas do que à maneira de pensar e agir do ser que está sendo cuidado, como pessoa única,

que possui sua individualidade.

Na UTI, a máquina pode ocupar um lugar antes destinado ao encontro interpessoal, à palavra ou quaisquer outras formas de comunicação não verbal, dotadas de significados afetivos e indispensáveis ao sucesso terapêutico. Os aspectos psicológicos e sociais são, geralmente, esquecidos ou tidos como menos importantes (ROMANO, 2008).

Neste sentido, Waldow (2001) afirma que o cuidado, muitas vezes, é desenvolvido de forma mecânica, orientado por tarefas, seguindo normas e prescrições. As relações nesses ambientes são frágeis, encobrem hostilidades, tensão, indiferença. O contato com a clientela é cada vez menos frequente, por vezes frio e, até mesmo, grosseiro.

Porém, em sua prática cotidiana, a enfermagem tem como foco central o cuidar. Este se apresenta de forma ampla, não discriminatória, atingindo todos os seres humanos, em seus aspectos individuais, familiares e coletivos. O cuidar humano implica liberdade, criatividade, bem estar, respeito, estética e ética (MOREIRA *et al.*, 2001).

Comumente, o familiar, ao chegar à UTI, encontra seu ente querido, em geral, sedado, desacordado, edemaciado, desfigurado, com fios de monitorização, dispositivos conectados a aparelhos e contenções. Para a maioria dos familiares, este é um momento chocante e assustador, percebido, por alguns, como repleto de ações desumanas e/ou agressivas àquela pessoa querida e acamada.

Essa suposta desumanização interfere nas relações interpessoais, gerando conflitos, dúvidas, expondo o paciente e, algumas vezes, mostrando aos familiares, de forma equivocada, o trabalho da enfermeira no que se refere a condutas inadequadas e rotinas desnecessárias (MALAGUTTI, 2007).

O confronto com a condição humana envolve as relações interpessoais e cada parte atingida encontra uma forma de lidar com a situação conforme sua própria história, suas expectativas, possibilidades e o momento de vida. Portanto, profissionais e familiares devem trabalhar as emoções emergentes neste encontro, de modo a se protegerem e poder oferecer um cuidado mais qualificado.

O enfrentamento desta situação de crise pode causar repercussões emocionais devastadoras, não apenas no paciente, mas em seus familiares, e devem, deste modo, ser reconhecidas por toda a equipe cuidadora (ROMANO, 2008).

Cabe à equipe de enfermagem e aos demais profissionais ali presentes explicar aos familiares e ao próprio paciente, quando possível, o que se passa durante o processo de cuidar, o porquê e a necessidade dos procedimentos e equipamentos, comuns aos profissionais, porém estranhos e assustadores aos leigos.

A inclusão do profissional de saúde na atenção à família é de grande relevância para o cuidado do paciente crítico. A criação de vínculos de confiança entre equipe cuidadora e família poderá produzir um ambiente de trabalho mais saudável, contribuindo, de algum modo, para a redução do estresse e de conflitos entre ambas as partes.

Estas reflexões me levaram a pensar: Por que trabalhar com enfermeiras intensivistas e os familiares/visitantes dos pacientes críticos? Como surgiu meu interesse por esta temática?

Desde o curso de graduação, busquei estar próxima dos familiares de pacientes por mim cuidados. No trabalho de conclusão de curso, estudei os sentimentos das mães que tinham seus filhos internados, pesquisa bastante enriquecedora e gratificante.

Posteriormente, ao concretizar o curso de especialização (Residência em Terapia Intensiva Adulto), passei a atuar em Unidades de Tratamento Intensivo, quando tive a oportunidade de observar as reações dos familiares diante de pacientes críticos e a postura dos profissionais frente a estes visitantes.

Assim, o interesse pela temática surgiu da minha prática como enfermeira de UTI, a partir da observação de familiares/visitantes e profissionais da Unidade. Nesta oportunidade, pude perceber a aflição dos familiares em ter seus parentes em uma UTI, com contenções pelo corpo, aparelhos, fios, sem uma justificativa ou explicação prévia da equipe cuidadora, além de presenciar atitudes de distanciamento de componentes desta equipe.

Trabalhar na UTI por cinco anos, como profissional, permitiu-me muitas observações e inquietações acerca dos equipamentos, das tecnologias e rotinas da UTI e, para problematizar estas situações, alguns questionamentos vieram-me à mente, tais como: Como as enfermeiras percebem os familiares/visitantes no momento da visita? Como a enfermeira se comporta diante destes familiares/visitantes? Como os familiares percebem a necessidade da internação na UTI? Como os familiares veem os seus entes queridos internados em uma UTI? Os familiares/visitantes estão sendo devidamente orientados quanto aos porquês do uso dos diversos tipos de equipamentos, tratamento e cuidados?

Com este Curso de Mestrado, surgiu-me a oportunidade de aprofundar os conhecimentos na temática. Fazendo o estado da arte, constatei, nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e BVS – Enfermagem, um reduzido número de produções científicas de enfermagem brasileira quanto à percepção da enfermeira e à presença da família na UTI. Para fazer esta investigação, utilizei os descritores enfermagem, família, UTI e percepção. Foram encontradas 6692 referências com os descritores enfermagem e família; 2282 referências com enfermagem e UTI.

Refinando a pesquisa, ao utilizar os descritores enfermagem, família e UTI foram

encontradas 296 publicações entre artigos e teses. Entretanto, quando acrescido o descritor percepção, este valor caiu a nove, dentre eles duas teses e sete artigos. Ao considerar estas produções, verifiquei que estas pouco se referiam à percepção da enfermeira e, quando o faziam, não abordavam a percepção quanto à presença do familiar/visitante na UTI.

Esta constatação deixou clara a necessidade de desenvolver estudos acerca do tema, com sua respectiva divulgação para a comunidade brasileira de enfermagem, na expectativa dos benefícios à sociedade usuária dos serviços de saúde.

Frente a estas considerações, delimitamos como objeto deste estudo: a enfermeira e os familiares/visitantes de usuários de UTI de um hospital público de Salvador–Bahia, quando de sua presença no desenvolvimento do cuidar/cuidado de enfermagem.

Partimos do pressuposto que a percepção da enfermeira intensivista é de que a presença do familiar/visitante pode interferir no cuidar/cuidado dos usuários nesta unidade, de modo favorável ou não à qualidade da assistência prestada.

Assim, a questão que norteou a pesquisa foi: De que maneira as enfermeiras atuantes nas UTI's pesquisadas percebem os familiares/visitantes de usuários desta Unidade, durante o desenvolvimento do cuidar/cuidado de enfermagem?

Diante do exposto, é objetivo do estudo: Analisar a percepção das enfermeiras atuantes nas UTI's de uma organização hospitalar pública de Salvador–Bahia, sobre a presença dos familiares/visitantes de usuários dessas unidades, quando no desenvolvimento do cuidar/cuidado de enfermagem.

A percepção refere-se ao que se apreende pelos sentidos, considerando as experiências de vida prévia (MORA, 1998). É através dos cinco sentidos que se produz a ligação entre o mundo exterior e o chamado mundo interior, explicando, desta maneira, a parte sensorial da percepção. No entanto, existe diferença entre o que o sujeito percebe e aquilo que é percebido, fazendo com que em toda percepção haja algo adicionado ao que se percebe (SANTAELLA, 2001).

Deve-se, portanto, ao lidar com as(os) enfermeiras(os) e os familiares/visitantes, considerar este fenômeno, entendendo que a percepção está na dependência de vários fatores e expectativas.

O termo visita, geralmente, refere-se ao ato de visitar alguém, por dever ou por solidariedade. Então, o termo visitante, usa-se para a pessoa que visita.

Neste estudo, será utilizado o termo familiar/visitante para designar as pessoas próximas aos usuários internados na UTI, que os visitem com frequência e que compartilhem das suas vidas. É definida como família, a pessoa indicada como parente do usuário, tendo ou não

laços de consanguinidade, que com ele mantenha relacionamento estreito (mãe, pai, tios, irmãos, filhos, esposa, marido e amigos próximos) e a quem a enfermagem possa se dirigir em termos de orientações.

Segundo Hudak e Gallo (1997), é considerada família qualquer pessoa que compartilhe da vida íntima e rotineira do paciente, ou seja, aquela pessoa cuja homeostasia social é modificada pela entrada do paciente na área de doença ou lesão grave, ou, ainda, aquele que tenha um papel significativo na vida deste.

Os termos usuários, pacientes e utentes serão utilizados como sinônimos neste estudo para designar os indivíduos internados nas Unidades pesquisadas e que são visitados por pessoas que têm participação em suas vidas. Ferreira (2010) diz de usuário aquele que tem direito de uso ou usufruto; indivíduo que faz uso de um serviço de utilidade pública.

O Programa Nacional de Humanização (PNH), Humaniza SUS, do Ministério da Saúde, chama atenção, no caso da instância instituição de saúde, que a aproximação entre usuário e trabalhador da saúde promove um encontro. Este “estar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas, em situação de habilidades e expectativas diferentes, onde um - o usuário - busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro - um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo, cria-se um vínculo, isto é, um processo que une, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2009).

Em enfermagem, a interação entre as pessoas tem uma finalidade, ou seja, realizar o atendimento das necessidades de um – o usuário – através das ações do outro – o trabalhador de enfermagem (OLIVEIRA, *et al.*, 2003).

Assim, este estudo se justifica pela necessidade de aprofundar as reflexões sobre o assunto e oferecer novas publicações que contribuam e enriqueçam a literatura da enfermagem nesta temática. Frente à realidade da presença de familiares/visitantes nas UTI's, estes precisam estabelecer uma relação com os profissionais que desenvolvem o cuidar na unidade, para que se mantenham informados ou orientados sobre o porquê de determinados procedimentos e cuidados. Deste modo, eles se sentirão mais acolhidos e assistidos.

Por sua vez, é relevante que a profissional enfermeira conheça, com profundidade, as suas próprias percepções sobre os familiares/visitantes de usuários da UTI, de modo a se sentir científica e humanamente mais apta a qualificar o processo de cuidar, ao considerar o binômio paciente – família.

A melhoria na qualidade da assistência trará benefícios, não só aos usuários do serviço,

mas aos seus familiares e ao trabalho da equipe multiprofissional da Unidade. A organização, com certeza, estará mais apta a atender sua filosofia de trabalho. Ela poderá ter maior visibilidade e reconhecimento da população, dos profissionais de saúde e das empresas a ela ligadas.

Certos de que a enfermagem ocupa um importante espaço junto à equipe multiprofissional, especificamente neste estudo, no que se refere ao cuidar do paciente crítico e do seu familiar, é nossa expectativa que este trabalho possa contribuir para o crescimento e aperfeiçoamento de profissionais inseridos e comprometidos com este cuidar, em consonância com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A partir desta introdução, o trabalho constará de um referencial teórico voltado para o cuidar/cuidado e para os aspectos teóricos da percepção, seguidos da metodologia, análise e discussão dos resultados e das considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

“O cuidado imprimiu sua marca registrada em cada porção, em cada dimensão e em cada dobra escondida do ser humano. Sem o cuidado, o humano se faria inumano.”

(Leonardo Boff)

Para fundamentar o estudo, optamos por um referencial teórico voltado para os sentidos do cuidar/cuidado e da percepção. O referencial do cuidar abrange o cuidar/cuidado em seu sentido geral, o cuidar do paciente na Unidade de Terapia Intensiva e o cuidar/cuidado de enfermagem à família do paciente crítico na UTI. Os fundamentos teóricos da percepção referem-se aos aspectos gerais dentro de uma visão histórica, filosófica, fisiológica e psicológica, bem como sua relação com o cuidar em enfermagem.

Os fundamentos que regem o cuidar/cuidado e a teoria da percepção serão os marcos teóricos que darão maior clareza ao objeto de estudo e servirão de base ao desenvolvimento da pesquisa. Para o cuidar/cuidado foram adotados, com mais especificidade, Collière (1999, 2003) e Waldow (2001, 2003, 2005, 2007, 2008); para a percepção, Austin (1993), Mora (1998), Santaella (2001), Davidoff (2001) e Abbagnano (2007).

2.1 O CUIDAR / CUIDADO EM ENFERMAGEM

2.1.1 O Cuidar/Cuidado em enfermagem em seu sentido geral

A construção do cuidar, ao longo da história humana, sofreu influência da época, cultura, povo e evolução tecnológica, agregando a si a herança de cada um desses momentos, uns mais fortes, que permanecem até hoje, e outros que foram sendo transformados e adaptados à realidade dos dias atuais (VAGHETTI *et al.*, 2007).

O termo cuidar surgiu do latim *cogitare* que significa pensar profundamente, cuidar. A partir desse termo surgiram várias definições que foram se adaptando ao momento histórico.

Ferreira (2010) descreve cuidar como cogitar; imaginar; julgar; supor; pensar; refletir; trabalhar pelos interesses de alguém; preocupar-se com alguém; atentar; aplicar atenção; tratar de; ter cuidado em; ter-se por.

Collière (1999) ressalta que cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis a esta. Os termos velar, cuidar e tomar conta representam um conjunto de atos que têm por fim permitir e, por função, manter a vida dos seres vivos.

Seguindo esta linha de pensamento, Collière (2003) comenta, ainda, que cuidar é, primeiro e antes de tudo, um ato de vida, pois representa infinitas atividades que objetivam manter e sustentar a vida.

Esta mesma autora traz, em suas definições de cuidar, a diferenciação entre os cuidados de sustentação ou manutenção e os cuidados de reparação. Para fazer a diferenciação destes, a autora utiliza os termos *Care* e *Cure*.

O verbo *To care* do inglês, significa tomar conta, cuidar. Está ligado aos cuidados cotidianos e habituais, às funções de manutenção e continuidade da vida. Ele representa todos os cuidados permanentes que não têm outra função além de sustentar a vida, sejam atividades de alimentar-se, beber, evacuar, movimentar-se, relacionar-se com outras pessoas, dentre outras.

Já o termo inglês *Cure*, vem do verbo *To Cure* e significa curar, tratar. Está ligado aos cuidados de reparação ou tratamento da doença, assegurando a continuidade da vida ao deparar-se com obstáculos como fome, doenças, acidentes ou guerras (COLLIÈRE, 1999, 2003).

Alguns autores diferenciam as definições de cuidar e cuidado. O cuidar estaria ligado a reflexões e à aplicação intelectual das ações em níveis imediato, mediato e tardio. Enquanto que o cuidado é a ação imediata prestada por uma pessoa em um curto espaço de tempo, desenvolvida em vários momentos (COELHO *et al.*, 2005).

Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001) acrescentam que a primeira noção fundamental é que cuidar traduz uma ação de tratar alguém, atender alguém, e cuidado é o tratamento e a ação dispensada.

Waldow (2005, 2007) diz que o cuidado pode ser entendido como uma maneira de ser e de se relacionar, compreendendo o aspecto moral e a ética da profissão. Esse cuidar do paciente remete à ideia de controle, exercício sobre algo. Deve-se pensar no cuidar para o paciente; cuidar o paciente, com o paciente, quando possível.

Todo aquele que vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver (BOFF, 2008). Neste sentido, a prática de cuidados é, segundo Collière (1999), a mais velha prática da história. Sua primeira finalidade foi permitir a continuidade da vida, pois garantir a sobrevivência estava vinculado ao cuidado que os indivíduos dispensavam uns aos outros dentro do grupo.

O ser humano, ao longo de seu desenvolvimento, adquire formas e expressões de cuidar que se sofisticam. Ao fazer um “mergulho” na história, em busca da gênese do cuidar, é possível identificar momentos que retratam costumes e comportamentos das diversas culturas

que, no contexto geral, significam o cuidado humano, seja ele na busca da sobrevivência, na relação com o meio ambiente e/ou com os próprios seres humanos (WALDOW, 2001).

Nos primórdios, o cuidar caracterizava-se por instinto de preservação e uma atividade própria da mulher, sendo a proteção materna a primeira forma de manifestação do cuidado.

As práticas de cuidado veiculadas pelas mulheres, segundo Collière (1999) e Waldow (2001), influenciaram, profundamente, a história da humanidade e todo o conjunto de atitudes, conceitos e aproximação do corpo e da doença. Afirmam, ainda, que as mulheres, além das práticas de cuidado referentes às funções reprodutivas, cuidados com os idosos e incapacitados, cuidado com a educação dos filhos, a manutenção da casa e com o preparo dos alimentos, a sua experiência no cuidado com o solo (agricultura) deu-lhes conhecimento sobre plantas, ervas, frutos, capacitando-as a desenvolver a arte de cuidar e medicar.

Com as mudanças sociais e as influências culturais e religiosas, o cuidar tomou novas direções. Neste momento, as ações de cuidar e as atividades relativas aos problemas de saúde passam a ser desenvolvidas por feiticeiros, pajés ou sacerdotes. A mulher começa a distanciar-se da função que antes lhe era delegada. Assim, o matriarcado, que até então marcava as relações de cuidar, cede lugar ao patriarcado, trazendo consigo a divisão de trabalho com a superioridade masculina (VAGHETTI *et al.*, 2007).

Na Idade Média, devido à forte influência do Cristianismo e do poderio da Igreja Católica, o cuidado tornou-se um ato de caridade, um modelo vocacional exercido por devotadas em detrimento do cuidado prestado por mulheres leigas, tidas como feiticeiras.

A Industrialização e o Capitalismo agregaram ao cuidar uma nova visão, voltada ao lucro e à economia. A evolução das ciências biológicas e a necessidade do estudo e do conhecimento do corpo do homem levaram o trabalho do médico para o interior dos hospitais. O cuidado passou a ser sinônimo de cura, e o Hospital, o espaço terapêutico, tendo o cuidar uma identidade profissional, complexa e diversificada.

Nesse contexto, surge a enfermagem moderna com Florence Nightingale, que se destacou por seu conhecimento em ciências, seu espírito inovador, sua habilidade e capacidade administrativa, que foram decisivos na forma como conduziu o ensino e a prática de enfermagem (LUNARDI, 1998; WALDOW, 2007).

Um dos grandes feitos de Florence ocorreu na guerra da Criméia quando, por meio de planejamento dos cuidados, principalmente de higiene e limpeza, conseguiu reduzir a mortalidade dos soldados por infecções, de 42% para 2% em um período de seis meses.

No período Nightingaleano, as ações de enfermagem foram vistas, não apenas para alívio e conforto, mas, também, para a restauração, preservação da saúde e prevenção da doença.

Nightingale, na sua época, não teve como foco o conceito do cuidar, mas a sua preocupação estava centrada na saúde e no meio ambiente.

Porém, foi a partir de 1950 que o termo cuidado humano foi difundido e, de certa forma, conhecido internacionalmente, quando Madeleine Leininger, considerada a pioneira neste estudo, definiu a enfermagem como arte e ciência do cuidar, investigando-o de modo mais formal e intensivo. Apenas em 1990 foi que se iniciou o movimento para a difusão mais ampla do cuidar em enfermagem (NEVES, 2002; WALDOW, 2007, 2008).

No século XX, com o avanço tecnológico e a manutenção do hospital como o centro da cura, continua havendo a predominância do curar e tratar sobre o cuidar, ou seja, o *cure* predomina sobre o *care*, apesar de este último continuar sendo fundamental para a manutenção da vida.

Nesse sentido, Mussi (2005) afirma que, com a hospitalização, o foco de atenção do cuidar deslocou-se da alma para o corpo doente, tornando-se essencialmente físico.

Vaghetti *et al.* (2007) dizem que, com a globalização, o cuidado é visto como promoção da saúde, prevenção de doenças, em busca da qualidade de vida e da dignidade do ser humano. Começa-se a perceber que a cura está atrelada ao cuidado, porém o cuidado é independente da cura.

O advento de tecnologias trouxe inúmeras mudanças nas atividades da enfermeira, sobretudo nos aspectos gerenciais, afastando-a, de certa maneira, do contato direto com o paciente. No entanto, o cuidado, hoje, deve voltar-se, cada vez mais, para o ser humano como um todo.

Para retomar o cuidar como objeto da ação de enfermagem, é necessário que os profissionais da área repensem suas ações e atividades, voltando-as mais diretamente para o cuidado, valorizando o indivíduo como um ser holístico e único.

Não se pode, também, abordar aspectos do cuidado sem abranger o conforto que está inserido no cuidar e é inerente às ações de enfermagem.

Neves e Pacheco (2004) abordam o conforto como uma experiência subjetiva, que ultrapassa a dimensão física, pois inclui componentes físico, psicológico, social, espiritual e ambiental, ao tempo em que trazem sensação de melhora, proteção, segurança, cuidado, comodidade, liberdade e integração.

No que diz respeito ao confortar e à enfermagem, Arruda e Marcelino (1997) afirmam que o confortar é um objetivo implícito e explícito da enfermagem, inerente ao processo de cuidar, sendo esse identificado como um construto do cuidar.

Entretanto, com o advento da tecnologia e sua expansão, o conforto passou a ser uma ação

de menor importância para a enfermagem, sendo oferecido pelas instituições médico-hospitalares particulares como mercadoria e determinado pela racionalidade administrativa hospitalar (MUSSI, 2005).

O cuidar e o confortar estão intimamente ligados, visto que o segundo é parte integrante do primeiro. Quando se fala em confortar, não se pode esquecer a sua individualidade e subjetividade. Conforto, para um indivíduo, não é o mesmo para outro. Por este motivo, é importante a individualização do cuidado, percebendo as necessidades de cada um, não menosprezando suas colocações, por mais simples que pareçam ser.

O cuidado ao paciente, no contexto da humanização, precisa ser compreendido como um dever de cada pessoa e não exclusivo de um profissional. As relações de cuidado nunca são de domínio sobre, mas de convivência; não se trata de pura intervenção técnica, mas de interação (MALAGUTTI, 2007).

No cuidado humano existe um compromisso, uma responsabilidade que não é apenas para fazer aquilo que satisfaz, mas para ajudar a construir uma sociedade com base em princípios morais. Este cuidado não pode ser prescrito, não segue receitas, ele é sentido, vivido e exercitado (WALDOW, 2001).

O cuidado técnico passou a prevalecer. Desta forma, atividades relativas ao tratamento e à cura deixaram o cuidado humano menos visível (WALDOW, *op. cit.*).

A respeito da humanização do cuidado Knobel (2006, p. 2024) afirma que:

O conceito de humanização foi, então, popularizado, por meio da concepção de que humanizar é cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social, incorporando e respeitando os seus valores, esperanças, aspectos culturais e as preocupações de cada um [...]. Soma-se ao conceito de humanização a compreensão de que humanizar é também garantir a qualidade da comunicação entre paciente, família e equipe.

A humanização do cuidado ainda consiste em um desafio para a enfermagem, que precisa se adequar às demandas tecnológicas, econômicas e sociais que agregam uma forte tendência à desumanização (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003). Entretanto, não existem fórmulas ou normas que viabilizem o cuidar/cuidado de enfermagem de forma mais humana, ele depende, basicamente, da conscientização de sua importância por aqueles que prestam este cuidado.

A enfermeira necessita, não só de conhecimento técnico, mas, também, de formação moral e ética que lhe dê suporte no momento da tomada de decisão, visto que trabalha com vidas e, portanto, deve respeitar o princípio da dignidade humana (MALAGUTTI, 2007).

É imprescindível que a profissional de enfermagem tenha consciência dos paradigmas

éticos e bioéticos, procurando segui-los de maneira abrangente como respaldo para ações da prática no cotidiano. Estes princípios nortearão o seu agir e o seu posicionamento, agregando subsídios importantes ao processo saúde / doença.

2.1.2 O Cuidar de enfermagem ao paciente na unidade de terapia intensiva

A criação das Unidades destinadas ao cuidado de pacientes graves se deu no início de 1930, na Alemanha, quando foram reservados locais, nas Unidades de Internação, para a assistência a pacientes submetidos à neurocirurgia. Já no período pós-guerra, foram criadas salas rudimentares para recuperação pós-anestésica. Por volta de 1950, os pacientes com poliomielite, que necessitavam de respiração artificial, eram agrupados nessas salas (SOUZA, 1994).

Desde a década de 1960, houve um rápido crescimento de UTI's em hospitais gerais. Junto a este progresso, vieram grandes desenvolvimentos tecnológicos, Unidades de Tratamento altamente modernas, com disponibilidade de aparelhos invasivos para monitorizar e regular os sistemas orgânicos (HUDAK; GALLO, 1997).

Da mesma forma que houve mudanças no ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem também teve que se adaptar a esta nova realidade. Hudak e Gallo (1997) afirmam que o papel da enfermagem tornou-se mais tecnológico, mais orientado fisiologicamente e, em virtude destas alterações, o aspecto do cuidado como principal dimensão da enfermagem ficou cada vez mais ameaçado.

As especificidades da UTI fazem com que os trabalhadores desta Unidade atuem, quase sempre, de maneira impessoal. Matsuda, Silva e Tisolin (2003) afirmam que a complexidade tecnológica, a fragmentação do cuidado, as deficiências estruturais do sistema de saúde em geral, além da falta de filosofias de trabalho e de ensino voltado para a humanização são fatores agravantes e obstáculos a serem transpostos para um cuidado humano.

Neste sentido, Waldow (2001) refere que o cuidado implica uma relação interpessoal singular, constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis, mas que não devem ser preestabelecidas, visto a peculiaridade do ser humano de ser único e potencialmente criativo.

Boff (2008), ainda sobre este assunto, diz que o cuidar é mais do que uma ação, ele representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro.

A hospitalização traz, por si só, medo, ansiedade, desconforto, desconfiança e estresse que, de certa maneira, podem prejudicar a evolução do tratamento do paciente e, ainda, fazer

com que o familiar veja o hospital com um lugar hostil.

A esse respeito, Domingues (2004) diz que a palavra hospital deriva do latim *hospes* e inclui o conceito de hóspede a acolher de forma personalizada e dedicando-lhe os cuidados ajustados às suas necessidades físicas, psíquicas e morais. Contudo, a experiência de internamento quase sempre deixa a imagem negativa, transmitida nas conversas de família e sociais, o que predispõe as pessoas para a resistência à separação dos seus entes queridos.

O ambiente hospitalar, em especial as emergências, Unidades de cuidados especializados e intensivos, tem-se mostrado agente estressor potencial, devido ao frequente contato com pacientes que oscilam entre estados menos ou mais graves e até a vivência de situações emergenciais e de morte (SANTOS, 2006).

Outro aspecto que deve ser desmistificado é o significado do internamento na UTI, pois se imagina que, nela, o paciente está sempre entre a vida e a morte. Souza (1994) relata que as UTI's são destinadas à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico, porém são áreas do hospital em que os familiares destes têm acesso limitado e, aliado a isso, desconhecem a finalidade da assistência em UTI, o que os leva a desenvolver um juízo equivocado do ambiente desta unidade.

Knobel (2006, p. 1954) diz que tratamento intensivo e cuidados ao paciente grave são denominações dadas para:

Designar a área hospitalar em que são tratados os pacientes com doenças graves ou potencialmente graves, que exigem recursos tecnológicos e humanos especializados e de maior complexidade. A atuação fundamental do centro de terapia intensiva (CTI) consiste na reversão da evolução de uma doença grave não terminal, tendo como objetivo a prevenção da morte. Além disso, tem por finalidade restaurar os pacientes para seu estado de saúde anterior, considerando os aspectos biofísicos e psicológicos, visando à “qualidade de vida”.

Torna-se necessário, portanto, que a enfermeira aborde o paciente e a família com a finalidade de orientá-los quanto à função da UTI e, também, analise, junto com a equipe multidisciplinar, quais estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas para melhor apoiá-los e acolhê-los.

As Unidades de Terapia Intensiva atuais estão repletas de tecnologia avançada que, embora sejam essenciais para salvar vidas, podem criar um ambiente ameaçador e desumano.

Nesta mesma linha, Silveira *et al.* (2005, p. 126) citam:

A admissão de um paciente na UTI comumente requer uma rápida intervenção, já que o paciente apresenta alto risco de instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos, com possíveis riscos à saúde, cuja vida pode encontrar-se no limite com a morte. Em decorrência da premência de um afazer tecnológico imediato, muitas vezes, torna-se difícil um contato inicial com os familiares, o que contribui para o entendimento da UTI como um local em que predomina frieza e atuação desumana e distante.

A rotina diária e complexa do ambiente na UTI faz com que a equipe de enfermagem, quase sempre, se esqueça de tocar, conversar e ouvir o ser humano à sua frente. O aspecto humano do cuidado de enfermagem é um dos mais difíceis de ser implementado (VILA; ROSSI, 2002).

O ambiente da UTI é, muitas vezes, encarado como frio e agressivo, o que faz com que o usuário e a família percebam a situação mais grave do que realmente é. Esses e outros fatores ligados ao tratamento podem favorecer a uma percepção de condições ambientais estressantes (PAULI; BOUSSO, 2003).

Na UTI, inúmeros impactos sensoriais (sonoros, olfativos, visuais) são sentidos, principalmente por aqueles que entram pela primeira vez neste ambiente. Muitos ruídos (vozes, alarmes, telefones); mistura de odores (desinfetantes, medicações, secreções); ambiente constantemente claro, iluminado por lâmpadas fluorescentes; janelas sempre fechadas e cobertas com blackout; temperatura constantemente fria, refrigerada por ar condicionado; pode-se considerar a UTI um espaço isolado do mundo externo, onde não se sabe se é dia ou noite, se há chuva ou há sol, se faz calor ou frio. O ambiente é construído de forma a isolar, não apenas os usuários do ambiente externo, como, também, os profissionais atuantes neste setor (MENEZES, 2006).

Estas características físicas e estruturais da UTI afetam, não apenas os usuários e seus familiares, mas, também, os profissionais que, muitas vezes, naturalizam as situações e mecanizam suas ações no trabalho, afastando-se do usuário e sua família.

O processo de internação na UTI, na perspectiva do profissional de saúde, afeta um único indivíduo, mas a experiência da doença, em geral, afetará todos os outros que convivem com essa pessoa: parentes, amigos etc. (LEMOS; ROSSI, 2002).

A experiência de internação na UTI permanece na mente daquele que a vivenciou, tenha sido ela boa ou ruim. Nesta situação, o indivíduo participa de um processo interativo que demanda um cuidar humanizado de qualidade por parte de uma equipe multiprofissional.

Para Bison, Furegato e Santos (2007), o processo interativo é um elemento integrador dos indivíduos com seu meio social. As interações terapêuticas constituem um conjunto de ações profissionais que visam manter a saúde do ser humano, o restabelecimento do equilíbrio, o alívio da dor e a cura dos males. Ao se concretizar o objetivo principal da enfermagem, ou seja, o cuidar, a enfermeira cria uma maior proximidade com o paciente, isto favorecerá o aparecimento de sentimentos positivos no processo de superação de doenças e do sofrimento.

A visão humanizada do cuidar deve ser adotada em todas as áreas do saber em

enfermagem, inclusive, numa UTI, onde, muitas vezes, o excesso de tecnologias distancia a enfermeira do paciente, promovendo um trabalho “robotizado”, exclusivamente técnico.

Waldow (2001) afirma que uma técnica pode ser descrita como uma sequência de procedimentos a serem executados de modo padronizado, seguindo uma ordem que nunca deve ser mudada, alcançando resultados controláveis e previsíveis desde que cumprida rigorosamente.

O desenvolvimento correto e seguro da técnica é importante para a prestação do cuidado em enfermagem. Porém, para um cuidar/cuidado completo e holístico, deve-se aliar à técnica os aspectos humanos das ações de enfermagem, tornando-se indispensável a atenção, o toque, a fala.

Para prestar um cuidado humanizado, é necessária uma comunicação efetiva e uma das maneiras de desenvolvê-la é através do toque.

As enfermeiras, quando utilizam o toque, transmitem uma variedade de mensagens, como: compreensão, apoio, preocupação, “calor humano”, segurança, interesse, tranquilização, entre outros. Segundo estudos, o toque possui um efeito positivo sobre a percepção e a cognição e, ainda, pode agir de forma favorável sobre a respiração e o fluxo sanguíneo (HUDAK; GALLO, 1997).

Ainda referindo-se ao toque, Boff (2008, p. 120) afirma:

O órgão da carícia é, fundamentalmente, a mão: a mão que toca, a mão que afaga, a mão que estabelece relação, a mão que acalenta, a mão que traz quietude. Mas a mão não é simplesmente mão. É a pessoa humana que através da mão revela um modo de ser carinhoso. A carícia toca o profundo do ser humano, lá onde se situa seu centro pessoal. Para que a carícia seja verdadeiramente essencial precisamos afagar o eu profundo e não apenas o ego superficial da consciência [...] a carícia que nasce do centro confere repouso, integração e confiança.

Nas UTI's, mesmo lidando com pacientes graves e, geralmente, inconscientes ou sedados, deve-se vê-los como seres humanos dotados de conhecimentos, saberes, vida pessoal, crenças, cultura e sentimentos. A enfermeira volta-se para as necessidades dos pacientes além do funcionamento mecânico dos equipamentos. Para a compreensão das necessidades dos pacientes, é importante considerar a individualidade destes, sem esquecer sua vida fora da unidade hospitalar e uma família a ser respeitada, orientada, cuidada e confortada, a fim de tornar o processo de internação em um momento ético, digno e humanizado.

Waldow (2008, p. 70) diz que:

Para tornar-se um profissional competente no cuidar, a experiência e sua capacidade de se envolver no cuidado lhe trarão condições que lhe permitirão e facilitarão seus novos encontros de cuidar com outros seres; terá mais condições de discernir a circunstância de forma personalizada dos seres a serem cuidados e entender melhor a experiência que cada um vivencia.

Bermejo (2008, p. 49) menciona que:

No mundo da saúde, humanizar significa fazer referência ao homem em tudo que se realiza para promover e proteger a saúde, curar as doenças, garantir um ambiente que favoreça uma vida sã e harmoniosa em nível físico, emotivo, social e espiritual.

Vila e Rossi (2002) referem que a humanização na UTI estende-se a todos que estão envolvidos neste contexto do processo saúde – doença, ou seja, o usuário, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente. A humanização deve fazer parte da filosofia da enfermagem.

O cuidado de enfermagem deve, portanto, ser individualizado e, o cuidador, perceber, através do contato com o paciente e a família, quais as necessidades bio-psico-sócio-espirituais destes, a fim de identificar sentimentos estressores, e, desta forma, planejar intervenções que cubram a demanda do binômio família – paciente.

2.1.3 O cuidar na UTI e os familiares / visitantes

O advento da doença causa transtornos não apenas para o doente, mas, também, para os membros da família.

Ferreira (2010) define família como o pai, a mãe e os filhos; pessoas do mesmo sangue, descendência, linhagem. Ou, ainda, agrupamento de gêneros ou tribos animais ligados por caracteres comuns. Na sociologia, pode ser definida como uma comunidade formada por um homem e uma mulher unidos por laço matrimonial e pelos filhos nascidos desse casamento. Unidade espiritual construída das gerações descendentes de um mesmo tronco e, portanto, fundada na consanguinidade; comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram consanguíneos uns dos outros ou por descendentes de um tronco ancestral comum (filiação natural) e estranhos admitidos por adoção.

Wernet e Ângelo (2003) afirmam que a família é um grupo auto-identificado de dois ou mais indivíduos, no qual a associação pode ser caracterizada por termos especiais, estar ou não relacionados à consanguinidade ou aspectos legais, mas que funcionam de forma a se considerarem uma família.

Ângelo (1997 *apud* BOUSSO; ÂNGELO 2001, p. 173) refere que “a família é entendida não apenas como unidade biológica e natural, mas como um espaço social, portanto, interacional onde cada evento é vivido a partir de significados construídos simbolicamente”.

Considerando as denominações de família, hoje existe uma pluralidade de definições e composições que incluem laços consanguíneos, relações não formalizadas por parentesco,

núcleo doméstico, família não legitimada juridicamente, entre outras (ROMANO, 2008).

O avanço tecnológico e científico, aliado a novos costumes morais e sociais, reconstituem antigos conceitos familiares. Atualmente, sua formação e manutenção extrapolam o modelo nuclear, aumentando a incidência de novos arranjos. O antigo conceito de família como núcleo de reprodução cedeu lugar a um novo conceito que prioriza o afeto e o companheirismo (ROMANO, *op. cit.*).

O advento da doença e a hospitalização trazem como primeira dificuldade para a família a quebra da vida cotidiana, trazendo consigo interrupção de rotinas, desproteção e desagregação.

A hospitalização de um familiar em UTI ocorre, em geral, de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para o ajustamento familiar. Frente a esta situação de estresse, os familiares podem sentir-se desamparados, desorganizados e com dificuldade para se mobilizarem (FREITAS; KIMURA; FERREIRA, 2007).

Freitas (2005) afirma que a hospitalização é vista como uma situação de crise, que representa, em geral, uma experiência ameaçadora e pode comprometer o equilíbrio da dinâmica familiar. A família é uma extensão do paciente e, de várias formas, ela sofre muitas das mesmas crises que este.

A crise pode ser definida como um período temporário de desorganização no funcionamento de um sistema, devido a circunstâncias transitórias que ultrapassam a capacidade deste sistema para adaptar-se interna e externamente, podendo se referir às reações de uma pessoa a eventos traumáticos (MALDONADO, 1990).

A família entra em uma crise em diversas condições, reagindo de modo distinto em cada situação. Uma crise para uma família não representa, necessariamente, crise para a outra; esta situação dependerá tanto da forma de enfrentamento dos familiares quanto do papel desempenhado pelo paciente neste núcleo.

Durante o processo de adaptação às mudanças, o ser humano passa por transformações de comportamento até ajustar-se à nova situação. Neste período adaptativo, cada indivíduo tem reações diversas, que podem ir desde o medo, depressão até a ansiedade, irritabilidade e agressividade.

O ambiente da UTI é, por si só, um local carregado de significados míticos negativos, relacionados à morte e/ou a incapacidades permanentes. Ter um membro da família internado nesta Unidade costuma ser relacionado à possibilidade de perda e consequente ameaça à integridade e segurança do grupo familiar (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Hudak e Gallo (1997) referem que a entrada do paciente em situação de doença com

possibilidade de vida/morte, ameaça e altera o equilíbrio familiar. Além dos temores sobre a possível perda da vida, somam-se as contribuições do membro hospitalizado que são perdidas para a família. As responsabilidades do paciente passam a ser somadas às responsabilidades de outros.

Um membro da família na UTI está basicamente em uma crise biológica, enquanto que o restante apresenta-se em crise emocional. Neste momento de hospitalização, outros membros podem tentar manter o equilíbrio familiar. Inicialmente, os mecanismos de defesa podem parecer funcionar, porém, à medida que o estresse continua, pode haver uma nova desestruturação, a não ser que haja uma intervenção baseada na realidade da situação (HUDAK, GALLO, *op. cit.*).

A enfermeira, portanto, deve estar atenta às necessidades dos pacientes internados, porém não deve esquecer que, também, fazem parte de suas vidas os familiares que, em geral, encontram-se desestruturados, desajustados, ansiosos com a internação e precisam de cuidados e atenção da equipe de enfermagem.

A fim de adequar e dar suporte ao ente diante da situação que se impõe, a família precisa de tempo e entendimento acerca dos acontecimentos. Sendo assim, a enfermeira deve estar atenta ao cuidado das famílias que viram suas vidas serem modificadas de forma súbita e inesperada (COELHO, 2006).

Silveira *et al.* (2005) citam que a interação entre a equipe de enfermagem, paciente e família é fundamental para um cuidado efetivo. Afirma que a equipe deve considerar as necessidades dos familiares diante de situações estressantes, estabelecer plano de cuidados construído juntamente com eles e, constantemente, avaliado.

As orientações dadas à família de pacientes na UTI são elementos importantes ao cuidado prestado e um avanço na relação interpessoal entre a equipe de enfermagem e o familiar, estabelecendo uma interação e comunicação mais efetiva ao compartilhar significados face à situação estressante de ter um ente querido na UTI (SILVEIRA *et al.*, *op. cit.*).

Nesse sentido, Knobel (2006) diz que, em situações de adoecimento e de crise, torna-se importante haver um suporte social e familiar, a fim de auxiliar o paciente durante a internação. A inclusão dos familiares do paciente crítico, neste momento, serve de suporte e podem minimizar as alterações comportamentais e de ansiedade de ambos.

Em relação aos cuidados de enfermagem e à terapêutica instituída, pacientes e familiares devem ser vistos como pessoas e respeitados em suas individualidades, valores, crenças e direitos. O paciente deve ser reconhecido como integrante de uma família que também precisa ser acolhida holisticamente.

Wernet e Ângelo (2003) relatam que incluir a família no cuidar da enfermeira exige estar atenta aos impactos das vivências e conhecer a dinâmica, crenças e formas de adaptação a situações diversas. O cuidar acontece em um contexto de vivências compartilhadas.

Neste sentido, Guerreiro (2004, p. 93) afirma que:

A realidade de vida das pessoas é muito diversificada e exige do profissional uma observação atenta para não deslizar para atitudes centradas no seu próprio modo de ver a vida e de acreditar em soluções baseadas no seu núcleo de conhecimentos. A interação do enfermeiro com a família e indivíduo é boa quando aquele consegue respeitar a realidade e crenças dos mesmos.

Hudak e Gallo (1997, p. 18) abordam:

O que acontece ao paciente na UTI permanece para ele e os membros da família. Embora memórias dolorosas reais sejam obscurecidas por drogas e pela necessidade da mente esquecer, as atitudes altamente carregadas com sentimentos sobre a natureza da experiência, sobrevivem. [...] Suas atitudes e conversas com os outros contribuem para moldar as expectativas e atitudes de futuros pacientes em relação aos enfermeiros de cuidados intensivos. Portanto, é importante que o paciente e a família tenham a experiência mais positiva possível, independente do resultado.

O atendimento ao familiar do usuário em UTI é indispensável, visto que pode propiciar que estes familiares, a partir de vínculos estabelecidos, voltem à instituição em busca de espaço para elaborar suas vivências e perdas, favorecendo, desta forma, a criação de vínculos de cuidado e confiança com a instituição (ROMANO, 2008).

Estas colocações sobre os familiares mostram a importância de se conhecer, com mais profundidade, as suas necessidades, para a busca de uma assistência mais completa e mais humana; entretanto, torna-se indispensável, também, compreender como os profissionais percebem estes familiares nas unidades de tratamento intensivo a fim de estruturar um cuidado integral e experiências sadias durante a internação de seu parente na UTI.

2.2 A PERCEPÇÃO E O CUIDAR

O tema percepção será desenvolvido em duas partes. A primeira objetiva situar, de modo sintético, os fundamentos teóricos da percepção. A segunda traz a percepção interposta aos aspectos do cuidar de enfermagem, a fim de permitir um conhecimento mais acurado da percepção da enfermeira quando da presença do familiar/visitante na UTI e sua possível interferência no desenvolvimento do cuidar/cuidado de enfermagem.

2.2.1 Fundamentos teóricos da percepção

A percepção tem sido estudada desde épocas passadas, quando importantes teóricos, especificamente filósofos, procuravam conceituá-la. Dentre eles pode-se citar: Cícero (a.C); Telésio e Bacon (século XVI); Descartes, Locke, Spinoza, Leibniz (século XVII); Hume e Kant (século XVIII); Peirce (século XIX). Já no século XX, podem ser mencionados: Abbagnano, Gibson, Austin e Mora.

Segundo Telésio, a sensação é a percepção das ações das coisas, dos impulsos do ar e das mesmas paixões e mudanças, especialmente dessas últimas. Descartes, por sua vez, utilizava o termo percepção para indicar todos os atos cognitivos que são passivos em relação ao objeto, opondo-se aos atos da vontade que são considerados ativos. Já Leibniz explica a percepção como o que a alma do homem e a alma do animal têm em comum, como “a expressão de muitas coisas em uma” (ABBAGNANO, 2007).

Ainda para o autor citado, Locke aponta a percepção como a primeira faculdade da alma exercida em volta das nossas ideias; desta maneira, é a primeira e a mais simples ideia a que atingimos por meio da reflexão.

Mora (1998) afirma que percepção pode ser traduzida como reconhecimento, ação e efeito de reconhecer algo, no qual se pode destacar a identificação das limitações organizacionais. Para ele a percepção é considerada como a apreensão de notas ou traços intelectuais, conceituais.

O autor traz, também, ideias de Descartes, Spinoza e Hume. O primeiro mostra dois modos de pensamento: a percepção pelo entendimento e a percepção determinada pela vontade. O segundo considera a percepção como o que se apreende através dos sentidos e da experiência intelectual. Por sua vez, Hume divide a percepção em impressões e ideias; as impressões são as percepções que ingressam com grande violência, como as sensações, paixões e emoções, quando fazem sua primeira aparição. As ideias são imagens mais tênues das impressões, geradas ao pensar e ao raciocinar.

Santaella (2001), ao abordar a teoria semiótica da percepção de Charles Peirce, refere que, no século XX e até recentemente, os estudiosos das teorias da percepção pareciam ter perdido o interesse em considerar os aspectos cognitivos que agem sobre as operações de reconhecimento, identificação, memória, previsibilidade, ou seja, habilidades cognitivas que demonstram que o fenômeno que está lá fora consegue chegar até nós de maneira compreensível.

Nesta linha de conceituações, Ferreira (2010) diz que o termo percepção vem do latim

perceptione e pode ser definido como ato, efeito ou faculdade de perceber. Acrescenta, ainda, que percepção é a apreensão da realidade ou de uma situação objetiva pelo homem. É a reação do sujeito a um estímulo exterior, que se manifesta por fenômenos químicos e neurológicos ao nível dos órgãos dos sentidos e do sistema nervoso central, e por diversos mecanismos psíquicos tendentes a adaptar esta reação a seu objeto, como a identificação do objeto percebido, sua diferenciação aos outros.

Deste modo, a percepção é o estudo de como integramos sensações em conceitos sobre os objetos e como, depois, usamos esses conceitos para lidar com o mundo.

A determinação do que são os objetos é chamada de processo de reconhecimento do padrão ou reconhecimento. Ele é crucial para a sobrevivência, pois temos que saber o que é um objeto, antes de podermos inferir alguma de suas propriedades (ATKINSON *et al.*, 2002).

Abbagnano (2007) distingue três principais significados para o termo percepção. O primeiro significado é mais geral e designa qualquer atividade cognoscitiva e não se distingue do pensamento. O segundo significado é mais restrito e designa o ato ou a função cognoscitiva ao qual se apresenta um objeto real, ou seja, é o conhecimento empírico, imediato e certo do objeto real. O terceiro é a interpretação dos estímulos; é específico ou técnico e indica uma operação determinada do homem nas suas relações com o ambiente.

Para George (2000), o conceito de *percepção* baseia-se na representação que cada pessoa tem de si próprio e de tudo que engloba o seu meio e a sua realidade. Diz, ainda, que a percepção é seletiva para cada indivíduo, sendo vivenciada de uma maneira única, por cada um deles.

A partir da observação dos conceitos de percepção expostos, desde a antiguidade até os dias atuais, é possível verificar que, apesar de distintas em alguns aspectos, estas se complementam, o que permite uma melhor compreensão do real sentido da palavra percepção.

Além dos aspectos históricos e filosóficos da percepção, alguns autores complementam suas definições e conceituações considerando o ponto de vista psicológico ou cognitivo, quando a percepção envolve os processos mentais e a memória e, ainda, as funções biológicas ou fisiológicas, direcionando o perceber a aspectos ligados às respostas sensoriais do cérebro humano. Desta maneira, o indivíduo adquire, organiza, seleciona e interpreta as informações obtidas pelos sentidos.

Considerando a fisiologia, o processo perceptivo depende dos sistemas sensoriais e do cérebro. Os sistemas sensoriais detectam a informação, transformam-na em impulsos nervosos, fazem o seu processamento e, através das fibras nervosas, enviam-na ao cérebro. Este, através do córtex cerebral, desempenha o papel mais importante nesse processamento

(ATKINSON *et al.*, 2002).

A este respeito, Santaella (2001) cita pesquisas empíricas que mostram que 75% da percepção humana, no momento atual da evolução, é visual. A percepção sonora responde por 20% e os 5% restantes estão diluídos entre tato, olfato e paladar.

Esta mesma autora complementa afirmando que os olhos e os ouvidos são aparelhos biológicos de alta singularidade e agem como codificadores e decodificadores das informações recebidas e enviadas, sendo que os outros sentidos são mais sensoriais e, muitas vezes, funcionam como coadjuvantes.

É importante diferenciar as definições de percepção e sensação. Davidoff (2001) e Atkinson *et al.* (2002) referem-se à percepção como o processo de organizar e interpretar dados sensoriais recebidos, a fim de se desenvolver a consciência do que nos cerca e de nós mesmos, necessitando de interpretação e estando associada aos níveis superiores do sistema nervoso. Já as sensações são consideradas os dados sensoriais recebidos, gerados por estímulos simples.

A partir dessas definições vê-se que a percepção soma numerosas atividades cognitivas, sendo uma operação ativa, dependendo de interpretação; por esse motivo, não espelha sempre a realidade.

Para explicar a percepção, a sua dependência da interpretação e a necessidade da existência de um interpretante, Charles Peirce, ao descrever a Teoria Semiótica da Percepção, considera três termos interrelacionados, quais sejam: o *percepto* ou objeto, o *percipuum* e o *signo*. Daí ser conhecida como a Teoria Semiótica Triádica.

O termo semiótica vem da palavra grega *semeion* que quer dizer signo. Desta maneira, semiótica é a ciência dos signos (SANTAELLA, 2003).

Santaella (2001), Hausman (2005) e Dentz (2010), ao estudarem Peirce, explicam que o *percepto* é aquilo que tem realidade própria, ele existe em si mesmo, independente da existência de um percebido; ele está fora da nossa consciência e é apreendido por ela no ato perceptivo. Sendo assim, sua existência independe de nossa mente.

Ainda conforme esses autores, o *percipuum* seria o *percepto* após o julgamento da percepção, ou seja, é o *percepto* visto pelo interpretante. Já o *signo* é o intermediário entre o objeto e a mente, constitui-se na forma sobre a qual o poder intuitivo age. O *signo* corresponde a um veículo que transporta um *percepto* para o interior de uma mente, portanto, pode ser definido como um meio para a comunicação de uma forma.

A percepção, portanto, pode sofrer influências diversas, visto que depende destas três condições interligadas e pode ser interpretada de diferentes formas. Por este motivo, a

percepção do mundo é diferente para cada pessoa; cada um percebe um objeto ou uma situação de acordo com os aspectos que tem especial importância para si próprio.

A este respeito, Almeida (2003) afirma que é possível ter experiências perceptivas diferentes de um mesmo objeto em momentos distintos, ou mesmo haver diferentes percepções com pessoas distintas sobre um mesmo objeto.

Austin (1993, p. 20), ao considerar as “percepções dos sentidos”, refere que existem elementos intermediários entre o interpretante e o que será percebido, e diz: “sempre que ‘percebemos’ alguma coisa, há uma entidade intermediária sempre presente que nos informa sobre algo além dela mesma”.

À medida que adquirimos novas informações, nossa percepção se altera. O processo perceptivo desenvolve-se à medida que se constroem novas lembranças baseadas em novas experiências. “Todo conhecimento constitui, ao mesmo tempo, uma tradução e uma reconstrução, a partir de sinais, signos, símbolos, sob a forma de representações, ideias, teorias, discursos” (MORIN, 2010, p. 24).

Na maior parte do tempo, as pessoas são bombardeadas por diversos estímulos, tornando-se difícil reconhecer todos eles. Embora poucos objetos penetrem em suas consciências, somente alguns, dentro de certos limites, serão selecionados (ATKINSON *et al.*, 2002).

Davidoff (2001) ressalta que, mesmo seres de uma mesma espécie, diferem em suas percepções. Os indivíduos variam quanto à maneira de ver as cores, distinguir sons, cheirar, provar; situações estas que influenciam no que é percebido.

O processo de percepção se inicia com a atenção, entretanto, existem outros fatores internos e externos que a influenciam direta ou indiretamente. Dentre os fatores internos que influenciam a percepção estão: 1 – a motivação ou interesse, pois é dada maior atenção ao que nos motiva e dá prazer; 2 – a experiência anterior, visto que é dada maior atenção ao que já se conhece e se entende; 3 – valores e cultura - indivíduos de contextos sociais diferentes não dão igual atenção aos mesmos objetos; 4 – objetivos (DAVIDOFF, 2001).

Os fatores externos mais importantes são: 1 – a intensidade, visto que a atenção é despertada por estímulos que se apresentam com maior intensidade; 2 – o contraste, porque a atenção será despertada quanto maior contraste existir entre os estímulos; 3 – o movimento, pois, para nos locomovermos em nosso ambiente, é necessário conhecermos, não só a localização do objeto, mas, também, sua trajetória e 4 – a incoerência, pois se presta maior atenção ao que é diferente, absurdo ou bizarro do que ao que está dentro dos padrões considerados de normalidade (DAVIDOFF, *op. cit.*).

Outro aspecto importante a ser considerado quando se refere à percepção é que fatores

relacionados a características humanas podem ser construídos socialmente, como: gênero, raça, cor, sexualidade, nacionalidade, que podem causar interferências de acordo com as regras sociais. Observa-se, portanto, que a percepção é um processo bastante individual.

A partir das conceituações expostas, desde a antiguidade até os dias atuais, é possível perceber a importância da percepção nas diversas áreas do saber, podendo, ainda, estabelecer um elo entre o cuidar e a percepção, visto que o cuidar envolve aspectos do sentir, do conhecer, do perceber o outro. A percepção pode ser elaborada pelas diversas visões dos profissionais de enfermagem que desenvolvem o cuidar na UTI, um setor em que os sentidos estão e/ou devem estar mais aguçados para a prestação da assistência segura e de qualidade.

Ao trabalhar com a percepção, pretende-se analisar como foram criadas e estruturadas as percepções das enfermeiras sobre os familiares/visitantes de pacientes na UTI em relação ao cuidar/cuidado nesta Unidade.

2.2.2 A percepção e o cuidar de Enfermagem

O cuidar do paciente crítico e de sua família exige da profissional enfermeira, bem como da equipe de enfermagem e multiprofissional: atenção, segurança, conhecimento, flexibilidade e domínio de suas ações.

Considerando o cuidar e a família do paciente crítico, pode-se observar que a percepção do familiar está relacionada à maneira de pensar e de viver deste indivíduo, e sofre influência direta de suas características sociais, culturais, econômicas, que poderão passar por mudanças no decorrer do tempo, sob a influência do meio e de pessoas de seu convívio.

Da mesma forma que a percepção das enfermeiras em relação a estes familiares/visitantes poderá sofrer as mesmas influências, acrescidas, possivelmente, da formação profissional e das exigências das instituições nas quais trabalham.

Mora (1998) refere-se à percepção como o que se apreende pelos sentidos, considerando-se as experiências de vida prévia. A percepção está relacionada à capacidade inteligível e cognitiva do sujeito, considerando seu mundo externo e interno, e suas vivências. Os conteúdos apresentados pelos sujeitos, portanto, acontecerão com base nas crenças, nos valores, experiências, classe social, religião, em síntese, na cultura das enfermeiras.

Nesse sentido, é indispensável um profissional preparado, que observe o usuário como um todo, visto que a observação se destina a fornecer dados simples e primários referentes à experiência, assim como permite agregar um conjunto de outros ingredientes, obtidos a partir de sensações, que se impregnou pelos processos de aprendizagem. Desta forma, possibilita ao

profissional ter impressões e perceber o seu trabalho, o usuário e aqueles envolvidos no processo de internação.

Para se criar impressões acerca de outra pessoa, não são necessárias muitas informações. Estas informações podem ser obtidas de forma direta, através da interação, observando o comportamento verbal e não verbal, e de forma indireta, pelo “ouvir dizer”. Entretanto, basta perceber pequenos indícios de seu comportamento para sentir-se em condições de fazer juízo de diversos atributos que, supostamente, caracterizam a pessoa (CAETANO, 2000).

A atuação da enfermeira na UTI, muitas vezes, deixa esta profissional sobrecarregada de ações e rotinas que a afastam do seu objeto de trabalho e não deixam tempo disponível para a humanização do cuidar nem para uma maior interação que permita o desenvolvimento dos processos perceptivos.

Em um estudo recente sobre a humanização na UTI, Costa, Figueiredo e Schaurich (2009) referem que as UTI's representam um espaço que, devido à concentração de tecnologia de ponta, caracteriza-se pela manutenção do saber científico fragmentado e especializado, onde usuários e família são destituídos de sua humanidade. Traçam, ainda, como aspectos que dificultam a humanização na UTI, as relações interpessoais entre as equipes, o despreparo do profissional em relação ao Programa Nacional de Humanização (PNH) e o pouco tempo que estes profissionais possuem para se dedicar ao usuário e seus familiares devido às rotinas preestabelecidas pelas organizações.

O mesmo dado é evidenciado em estudos de Pauli e Bousso (2003) e de Martins *et al.* (2008), onde os profissionais de saúde revelam ter consciência da importância de dedicar seu tempo também à família do usuário, entretanto, têm dificuldades em dividir este tempo devido às rotinas. Muitas vezes, estes profissionais se encontram despreparados para lidar com os familiares, preferindo apoiar-se em normas e rotinas institucionais e afastar-se sempre que possível.

Algumas dificuldades encontradas pela equipe de saúde no que se refere ao contato com os familiares devem-se, principalmente, às divergências quanto à percepção das prioridades e necessidades destes últimos (ROMANO, 2008).

Esta mesma autora afirma, ainda, que a pouca disponibilidade para o contato, a falta de tempo e o desconhecimento das carências das famílias, por si só, já são capazes de promover afastamento, além de favorecerem o surgimento ou o aumento de conflitos, dificultando o estabelecimento de vínculos saudáveis entre a família e a equipe.

Para Menezes (2006), a rotina das Unidades de Tratamento Intensivo é organizada de forma a silenciar a expressão emocional dos profissionais, dos usuários e de seus familiares.

O profissional de saúde está acostumado a se deparar com emoções intensas no exercício da profissão, porém, nem sempre está preparado para lidar diretamente com elas, afastando-se do familiar de modo a evitar o sofrimento produzido por esse encontro.

Morin (2010, p. 37) afirma que “conhecer o humano, não é subtraí-lo ao Universo, mas sim situá-lo”. Logo, cuidar do usuário na UTI envolve, não apenas cuidar do corpo doente e da doença, mas cuidar do ser como um todo, considerando sua individualidade, sua vida fora do ambiente hospitalar, conseqüentemente, considerar sua vida familiar e seu papel dentro daquela família abalada pela internação.

Conhecer não se limita ao conhecimento da patologia e dos problemas fisiológicos do usuário, mas, também, dos fatores psicológicos, sociais e espirituais envolvidos na situação da internação e da prestação de cuidados.

O resgate do cuidado não se faz apenas às custas do trabalho, mas mediante uma forma diferente de entender e de realizar este trabalho. Para isso, portanto, o ser humano precisa voltar-se sobre si mesmo e descobrir seu modo de ser cuidado e ser cuidador (BOFF, 2008).

Perceber implica conviver, relacionar-se, conhecer; assim, cabe à enfermeira buscar estar próxima, valorizar informações e dar suporte, além das ações rotineiras e mecânicas preconizadas pelas instituições.

Perceber o familiar/visitante do usuário, dando-lhe suporte e incluindo-o como mais um agente do cuidar, permitirá ações de cuidar/cuidado mais humano, individualizado e com melhor interação entre profissional/familiar/usuário. Isso se refletirá de modo positivo para o usuário, o próprio familiar e para as ações da enfermeira intensivista.

Waldow (2007, p. 07) comenta que:

O cuidado pode ser visualizado sob lentes diferentes, conforme as necessidades, interesses e experiências de cada pessoa, lentes coloridas ou em preto e branco, escurecidas e de tamanhos em espessuras que variam em graus. [...] O cuidado é permeado de contradições, assim como é o mundo em que vivemos.

Ao procurar traçar uma relação entre o processo perceptivo da pessoa e a sua vivência do cuidar, vê-se que a percepção é distinta entre as pessoas e dependente de seus valores e contextos sociais, e que o exercício do cuidar sofre influências culturais, religiosas, sociais, políticas, psicológicas, dentre outras, elementos esses importantes no processo de cuidar.

3 METODOLOGIA

“Uma das maneiras mais importantes de ajudar as pessoas é oferecer-lhes informação.”
(ABAPAZ)

Ao reconhecer a metodologia como indispensável ao desenvolvimento de uma pesquisa, comungo com Minayo (1998, p. 22) que diz ser a metodologia “o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade”, o que justifica a descrição do percurso desenvolvido na realização deste estudo.

Esta pesquisa objetiva analisar a percepção das enfermeiras intensivistas sobre a presença dos familiares/visitantes de usuários dessas Unidades, quando no desenvolvimento do cuidar/cuidado de enfermagem a eles prestado.

O termo Metodologia vem do grego *méthodos* – caminho para chegar a um fim, e *logia* – estudo. São métodos ou etapas desenvolvidas de forma sistemática no estudo de determinado tema. A metodologia vem se constituindo como disciplina filosófica, relativamente autônoma, destinada à análise das técnicas de investigação empregadas em uma ou mais ciências (ABBAGNANO, 2007; FERREIRA, 2010).

Minayo (2008) considera, ainda, a metodologia como a união dos termos teoria e método que devem ser tratados de maneira integrada e apropriada, quando se busca explorar e aprofundar um determinado tema, um objeto ou um problema.

Para tanto são apresentadas as etapas que seguem:

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. Para fundamentá-lo, foram escolhidos o referencial teórico do Cuidar/Cuidado segundo alguns autores, especialmente, Collière (1979, 2003) e Waldow (2001, 2003, 2005, 2007, 2008) e, da Percepção, em seus aspectos conceituais, Austin (1993); Mora (1998); Davidoff (2001); Santaella (2001) e Abbagnano (2007).

A opção por esse referencial teórico do cuidar/cuidado e da percepção se deu por entender que ele se adequava ao objeto de estudo e possibilitava a requerida aproximação com as profissionais enfermeiras que trabalham nas UTI's da organização pesquisada. O cuidar/cuidado se constitui no objeto de trabalho dessas profissionais e a percepção, um dos instrumentos que pode contribuir com a expressão dos seus pensamentos a respeito dos

familiares/visitantes dos usuários destas Unidades.

Para atender, portanto, ao objetivo proposto, foi aprofundado o estudo sobre a percepção e o conhecimento relativo ao cuidar/cuidado. Isto permitiu apreender as concepções das enfermeiras participantes sobre o familiar/visitante, ao buscar identificar suas percepções durante o momento da visita, referente às orientações recebidas pelos familiares sobre os cuidados prestados, além de possibilitar, por meio da observação assistemática, conhecer os aspectos que facilitam ou dificultam o cuidar/cuidado nessa Unidade.

Para melhor compreensão do cuidar, Collière (1999, p. 235-36) afirma que:

Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Quanto à percepção, Santaella (2001) ressalta que é a ligação entre o mundo do pensamento e o mundo exterior e está entre o mundo da linguagem, a compreensão da pessoa e o meio. Assim, a percepção permeia a experiência, o pensamento e as ideias, envolvendo sensações das quais não se tem plena consciência.

No que se refere à pesquisa exploratória, esta, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), investiga a natureza complexa e outros fatores relacionados ao fenômeno de interesse e destina-se a desvendar as maneiras pelas quais esse fenômeno se manifesta, assim como, os processos a ele subjacentes.

Por sua vez, os estudos de natureza descritiva, segundo Triviños (1987), propõem-se a descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade e a desvendar as características do objeto, que é uma situação específica de um grupo ou parcialmente parte desse grupo, embora possa ser expressa individualmente.

Desta forma, a pesquisa exploratória e a descritiva foram utilizadas na tentativa de captar as percepções das enfermeiras participantes, no contexto das UTI's onde trabalham, quanto às suas experiências com os familiares/visitantes de usuários ali internados.

Entende-se por contexto o encadeamento das ideias; composição; argumento (FERREIRA, 2010). Abbagnano (2007, p. 199), por sua vez, afirma que: “contexto é o conjunto de entidades (coisas ou eventos) correlacionadas de certo modo; cada uma dessas entidades tem tal caráter que outros conjuntos de entidades podem ter os mesmos caracteres e estar ligados pela mesma relação.”

Quanto à abordagem qualitativa, Bauer e Gaskell (2003) dizem que ela tem como finalidade explorar o espectro de opiniões, nas diferentes representações sobre o assunto em

questão. Nesse sentido, Oliveira (2002) refere que a pesquisa qualitativa descreve a complexidade de um determinado problema, analisa a interação de certas variáveis, compreende e classifica processos dinâmicos experimentados por grupos sociais ou parte deles e permite a interpretação de particularidades dos comportamentos e atitudes individuais.

Minayo (2008) destaca que as metodologias de pesquisas qualitativas são entendidas como capazes de incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais que não são possíveis detectar mediante dados quantitativos.

Também, a pesquisa quantitativa, a partir de subsídios concretos, garante ao investigador a quantificação e o dimensionamento do universo pesquisado, pois gera medidas mais precisas, podendo ter seus resultados apresentados estatisticamente (MONFERRARI, 2009).

Vala (2001) e Bardin (2009) referem que a abordagem quantitativa fundamenta-se na frequência de aparição de determinados elementos da mensagem, obtendo dados descritivos mediante métodos estatísticos. Estes métodos possuem uma análise objetiva, visto que a observação é mais controlada.

Utilizando esses métodos e técnicas, juntamente com os referenciais do cuidar e da percepção, foi possível analisar a percepção das enfermeiras no que se refere à presença do familiar/visitante na UTI, no desenvolvimento do cuidar/cuidado, sem perder de vista a subjetividade e as particularidades inerentes aos significados atribuídos por essas profissionais.

Assim, o aporte teórico escolhido possibilitou-nos penetrar no cotidiano das enfermeiras e analisar suas percepções, ressaltando os aspectos subjetivos que envolvem valores, conhecimentos, crenças, habilidades, experiências, bem como, as formas de ser de um grupo dentro de uma dimensão histórico-social.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo se constituiu de três UTI's gerais de um Hospital Público, de grande porte, da cidade de Salvador–Bahia. Estas são denominadas UTI I, UTI II e UTI III, contando com um total de 54 enfermeiras e, aproximadamente, 120 técnicos e auxiliares de enfermagem.

Este Hospital é considerado de alta complexidade, especializado em atendimentos de urgência e emergência em trauma e referência para tratamento de grandes queimados no Estado da Bahia, com atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde da capital e interior.

Esta Organização foi inaugurada em abril de 1990, é mantida pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), e serve de referência aos distritos sanitários e ao nível secundário do SUS.

É uma Organização administrativa sistematizada, que possui Organograma Operacional de acordo com as necessidades internas do serviço e Estatuto e Regimento Interno referenciado no Estatuto da SESAB. Tem como compromisso prestar serviços assistenciais, na busca constante de melhoria da saúde da população e participar das atividades docentes/assistenciais, como campo de estágio destinado à formação de alunos de graduação e de especialização, em parceria com universidades públicas e privadas do Estado da Bahia.

Apresenta cerca de 300 leitos. Possui unidade de emergência (01), ambulatórios, centro cirúrgico (01), UTI's (03), enfermarias médica (01), cirúrgica (02), ortopédica (02), traumatológica (01), pediátrica (01) e de queimados (02).

Conta com 2849 funcionários em um serviço multiprofissional de saúde. Possui profissionais de enfermagem, médicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, patologistas, odontólogos, dentre outros.

A equipe de enfermagem possui 1050 funcionários, representando 36,85% em relação ao total de profissionais atuantes no Hospital. Esta equipe funciona durante as 24 horas em todas as Unidades, contando com chefia de enfermagem, enfermeiras coordenadoras e assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Além dos profissionais da saúde, existem, neste Hospital, serviços terceirizados, que respondem pela segurança, manutenção, conservação e reparos, higienização, copa e cozinha, entre outros.

As UTI's possuem um total de 30 leitos, sendo 15 na UTI I, 07 na UTI II e 08 na UTI III. Estes leitos são destinados a pacientes críticos, geralmente vítimas de trauma, em todas as faixas etárias (crianças, adultos e idosos).

Para o cuidado desses pacientes, as equipes são organizadas em turnos, seguem normas gerais e orientações técnicas referentes aos procedimentos específicos por unidade, além dos que surgem de acordo com as alterações e necessidades dos usuários.

Diariamente, os pacientes internados nas UTI's podem receber até três visitantes, sendo um no período da manhã, das 11 às 12 horas nas três Unidades; e dois no período da tarde, das 15 às 16 horas, na UTI I, e das 16 às 17 horas, nas UTI's II e III. Após este horário, o visitante recebe o boletim médico, momento este em que são transmitidos o estado do paciente e as condutas referentes a cada um deles.

A permanência do familiar na UTI, após os horários estabelecidos para a visita, só é permitida no caso de pacientes menores de idade e, algumas vezes, estende-se este horário a depender da gravidade do paciente ou no caso de procedimentos desenvolvidos naquele período que impossibilitem a entrada do familiar.

Foram utilizadas como campo de coleta de dados as três UTI's dessa Organização, por entender que todas elas possuem o mesmo perfil no atendimento à população e uma estrutura similar no quantitativo e no padrão dos profissionais de enfermagem, diferenciando-se, somente, na estrutura física.

O perfil da população nestas Unidades é de pacientes internados por acidente vascular cerebral, agressão física e politraumas. Em geral, porque a população atendida é proveniente do interior do Estado e/ou tem baixa condição financeira para deslocamentos, é comum que só um familiar (no máximo dois) seja o visitante durante o período de internação do usuário.

A escolha desta Organização, para o desenvolvimento da pesquisa, foi fundamentada nos seguintes critérios: tratar-se de um Hospital de grande porte de referência do Estado da Bahia que atende aos usuários do SUS; é uma Organização que serve de campo de estágio a estudantes das diversas áreas de saúde (enfermagem nível superior e técnico, medicina, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, dentre outros), promovendo a interação entre funcionários, docentes, discentes, usuários e familiares; tem uma coordenação de Enfermagem que funciona durante as 24 horas; conta com uma equipe de enfermagem que se orienta pelo regimento interno da Organização; e tem UTI's equipadas para o atendimento do usuário.

Espera-se que esta Organização ofereça benefícios reais, não apenas ao público de usuários atendidos, mas, também, aos profissionais que aí atuam, aos docentes e discentes, todos que buscam uma prática profissional aprimorada e que, assim contribua para a constante melhoria na qualidade da assistência à saúde prestada ao usuário.

Assim, neste campo do estudo, destacam-se os seguintes aspectos: Científico (permitir, mediante estudos e pesquisas, o aprofundamento do conhecimento, dando a possibilidade de divulgação e expansão do saber científico); Social (a partir das reflexões dos profissionais envolvidos, permitir uma melhor ação em serviço e, conseqüentemente, atender melhor à comunidade em geral) e Acadêmico (os profissionais em formação, que utilizam esta Organização para estágios e aprendizado, estarão mais capacitados para exercer suas atividades na vida profissional).

3.3 POPULAÇÃO ALVO / PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população alvo, ou seja, o universo da pesquisa foi constituída de 54 enfermeiras* intensivistas atuantes nas três UTI's da referida Organização, que são estatutárias concursadas ou contratadas pelo Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), e trabalham em turnos diurnos e noturnos de 12 e 13 horas, respectivamente, com uma carga horária mensal entre 120 e 240 horas.

As participantes do estudo foram selecionadas de forma aleatória, mediante os critérios de inclusão que se seguem: ter mais de um ano de atuação na UTI; não se encontrar de férias, licença médica ou maternidade no período estabelecido para a coleta de dados da pesquisa; aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndice A).

Para a determinação das participantes, não foi pré-definido o número de enfermeiras entrevistadas. Foi respeitada a fidelidade dos dados, conforme Trentini e Paim (1999), no que se refere ao objetivo da pesquisa e ao referencial da percepção. Nesse sentido, considerou-se 29% da população de enfermeiras das UTI's, mantendo uma proporcionalidade entre as Unidades em estudo e respeitando os critérios de inclusão propostos.

Portanto, das 54 enfermeiras intensivistas, quatro recusaram-se a participar do estudo, por não se sentirem à vontade com entrevistas e com o tema proposto; dez, encontravam-se de férias; duas estavam de atestado médico; uma de licença maternidade; três de licença prêmio, restando 34 enfermeiras que atendiam aos critérios pré-definidos.

Foram entrevistadas 12 enfermeiras, o que representou 35% das participantes do estudo. Duas destas entrevistas foram utilizadas para teste do instrumento e dez foram utilizadas para análise, resultando em 29,41% deste total.

No sentido de assegurar os aspectos éticos, o anonimato dessas participantes foi considerado, nomeando-as por pseudônimos com nomes de flores, escolhidos e aprovados pelas próprias enfermeiras, a partir de uma lista com 50 nomes de flores apresentada pela pesquisadora. Desta forma, estas profissionais tiveram maior liberdade e segurança para expressar o que percebem na UTI em relação à presença dos familiares/visitantes dos usuários.

* O termo enfermeira será utilizado para determinar os participantes deste estudo, por considerar a predominância feminina na população da pesquisa. Dentre os 54 enfermeiros das UTI's, apenas 03 são do sexo masculino e dentre a população analisada, apenas 01.

3.4 ÉTICA NA PESQUISA

Nesta pesquisa foram respeitados os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, cujas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos foram fundamentadas em documentos nacionais e internacionais sobre o assunto. A Resolução tem o objetivo de assegurar os direitos e deveres relacionados aos sujeitos da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 1996).

Esta resolução pauta-se na bioética e corresponde à análise e juízos críticos sobre valores éticos a fim de evitar abusos por parte dos pesquisadores em relação aos sujeitos de estudo. É permeada pelos princípios bioéticos de justiça, autonomia, beneficência e não-maleficência (BRÊTAS; OLIVEIRA, 2006).

Entende-se por princípio de justiça a garantia de um tratamento igualitário, justo e universal aos participantes do estudo, sem que se perca o sentido de destinação sócio-humanitária da pesquisa (BRÊTAS; OLIVEIRA, *op. cit.*).

Diz-se do princípio da autonomia: a capacidade de autogovernar-se, de escolher, avaliar, decidir, sem restrições internas e/ou externas, assegurando, desta forma, a participação voluntária do sujeito no estudo. A beneficência é o princípio que leva em consideração fazer o bem, não causar danos, favorecer a qualidade de vida, uma ação de promoção do bem estar do outro. Quanto ao princípio da não-maleficência, este indica o dever do profissional, ou, também, de todo cidadão, de tentar proteger os indivíduos ou a sociedade como um todo, dos malefícios, sejam físicos, emocionais ou sociais, sem submetê-los a riscos desnecessários (FERNANDES, *et al.*, 2008).

Serão consideradas, ainda, as diretrizes do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, especialmente o Capítulo III – do Ensino, da Pesquisa e da Produção Técnico-Científica e o Capítulo IV – da Publicidade; artigos 86 a 111(COFEN, 2007).

Portanto, este estudo não conferiu danos de qualquer natureza aos participantes, não implicou em despesas pessoais e não afetou a rotina de trabalho. Foi garantido o sigilo de informações confidenciais e a privacidade das entrevistadas da pesquisa, assim como foi garantida a desistência dos sujeitos em qualquer fase da pesquisa, sem penalizações ou constrangimentos. Foram excluídas todas as enfermeiras que não aceitaram participar da pesquisa nos termos propostos e que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determinação da Resolução supracitada.

O consentimento significa que os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa, compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo, assim, participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 87).

O projeto foi encaminhado para a Diretoria do Hospital selecionado para fins de avaliação e liberação do campo para coleta de dados e, posteriormente, para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA (EEUFBA) para emissão de Parecer de Aprovação.

Vale ressaltar que, respeitando os princípios éticos, a necessidade de socialização do conhecimento e o reconhecimento da colaboração recebida das participantes e da Organização a que pertencem, após homologação da Dissertação pelo Colegiado da Pós-Graduação da EEUFBA, serão programadas visitas à Organização a fim de expor o estudo realizado e os resultados obtidos.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a liberação do campo de pesquisa pela Diretoria do Hospital e aprovação do CEP da EEUFBA, que emitiu Parecer de Autorização em 22 de março de 2010 (Anexo A), a coleta de dados foi realizada. Esta coleta se iniciou em junho de 2010, com a realização de duas entrevistas teste para ajuste do instrumento a ser utilizado; a partir delas, foram possíveis pequenos ajustes na forma de abordagem e no direcionamento das entrevistas, para um melhor aproveitamento das informações, sem perda de dados importantes para a pesquisa. As entrevistas foram retomadas em meados de julho, estendendo-se até o início de agosto.

Para este procedimento, foi escolhida a entrevista semiestruturada, que atende aos objetivos e às características da pesquisa. Para tal, foi utilizado um roteiro pré-formulado (Apêndice B), composto de duas partes: a primeira, contendo dados objetivos de identificação das participantes e a segunda, as questões norteadoras para o atendimento do objetivo da pesquisa, quais sejam: 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta Organização; 2 – Como você percebe o familiar/visitante de usuários na UTI em que você trabalha?; 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares/visitantes acerca do cuidar/cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Organização.

Lakatos e Marconi (2001) referem que a entrevista semiestruturada é aquela que possui um roteiro de tópicos relativos aos problemas que serão estudados, mas que concede ao entrevistador liberdade para desenvolver cada situação na direção que considerar adequada, podendo obter respostas dentro de uma conversação informal. Triviños (1987) relata que esta

entrevista permite ao pesquisador avaliar atitudes e condutas, observando o entrevistado naquilo que diz e como diz, dando espontaneidade e liberdade de enriquecer a investigação com outras questões para aprofundamento da análise.

Antes da realização das entrevistas, acatando os princípios éticos, inicialmente, apresentei-me à Coordenação de Enfermagem das UTI's a serem pesquisadas, esclareci quanto ao objeto e objetivo do estudo, seus sujeitos e apresentei o Parecer de Aprovação do CEP. Após a autorização das respectivas coordenações, deu-se a aproximação com as participantes. Foram realizadas pequenas reuniões com grupos de enfermeiras que se encontravam de plantão para colocá-las a par do estudo a ser desenvolvido e a expectativa da pesquisadora de tê-las como participantes. Foi explicado, com especificidade, o procedimento de coleta de dados, a necessidade da anuência de cada uma para a gravação da entrevista e assinatura do TCLE.

Após esta aproximação, as participantes foram abordadas no início ou no término do plantão, e as entrevistas realizadas no período que cada uma escolheu, conforme a disponibilidade de tempo, visando não prejudicar o horário e desenvolvimento do trabalho.

Minayo (2008) diz que a aproximação com as participantes objetiva diminuir suas ansiedades e temores e possibilita a expressão espontânea dos aspectos de interesse da pesquisadora, no sentido de efetivar melhor a relação entre sujeito e pesquisador.

A fim de garantir a privacidade das enfermeiras, as entrevistas foram realizadas em local reservado das Unidades de Terapia Intensiva selecionadas para o estudo e em comum acordo com a Coordenação da Unidade. Para evitar possíveis interrupções durante a entrevista, foi estabelecido contato prévio com a equipe em serviço.

Tendo em vista apreender com fidelidade as falas dos sujeitos, as entrevistas foram gravadas, após o consentimento da entrevistada e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Foi utilizado, ainda, um diário de campo (Apêndice C), para registro dos dados considerados relevantes, não referidos pelas participantes durante a entrevista, mas observados pela pesquisadora. Estes dados não fizeram parte da análise quantitativa do estudo, mas permitiram melhor qualidade da análise qualitativa no que diz respeito à interpretação dos depoimentos.

O diário de campo, para Minayo (2008), é o instrumento utilizado pelo pesquisador para registrar o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista, onde devem ser escritas impressões pessoais, resultado de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas.

Ao serem abordadas para as entrevistas, respeitando os aspectos éticos já descritos, as participantes foram orientadas, mais uma vez, quanto ao objetivo da pesquisa e a importância

da colaboração, quando foi solicitada a autorização para a gravação da entrevista. Dentre as profissionais que constituíram a população abordada, quatro recusaram-se a participar da pesquisa por não se sentirem à vontade com entrevistas e com o tema proposto, o que resultou em exclusão. Em seguida, todas as profissionais a serem entrevistadas assinaram o TCLE e cada uma delas recebeu uma cópia. Foi realizado um total de 12 entrevistas, sendo que, como já referido, duas foram utilizadas para teste do instrumento de pesquisa, restando dez participantes cujo conteúdo das entrevistas foi considerado rico e válido para análise.

As entrevistas, inicialmente, foram desenvolvidas na UTI I e, posteriormente, foi dado prosseguimento à coleta na UTI II e III (assim denominadas por convenção da Organização, pois são espacialmente interligadas e contam com o mesmo grupo de profissionais), realizando o mesmo número de entrevistas. Estas duraram, em média, 18 minutos e foram interrompidas quando as informações dadas pelas entrevistadas agregaram subsídios suficientes para a investigação da pesquisadora.

Conforme Polit, Beck e Hungler (2004), na pesquisa qualitativa, o pesquisador tem uma abordagem flexível na coleta e na análise dos dados, sendo impossível a definição do fluxo das atividades com precisão. Cabe a este tomar as decisões sobre como prosseguir na pesquisa, com base no que já foi descoberto.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise e interpretação dos resultados da pesquisa foi utilizada a análise estrutural de conteúdo, a partir dos núcleos de significados vivenciados pelas participantes e expressos por meio da linguagem, conforme Amado (2000). Este a caracteriza como a análise das ocorrências a questões centrais relativas a determinado objeto de estudo, considerando sua importância e, colocando em evidência a regularidade dos fenômenos e de suas características.

Vala (2001) sugere que, nessa condição, sejam também observadas as características e os atributos relativos ao objeto estudado, dando a devida importância à fidedignidade do material recolhido, guardando o seu verdadeiro sentido.

A efetivação da análise do conteúdo das entrevistas foi realizada, a partir da técnica de análise de conteúdo de Vala (2001) e Bardin (2009).

Para esses autores, a análise de conteúdo procura identificar o que está por trás das palavras, em busca de realidades mediante mensagens, com a finalidade de conhecer as condições de ordem psicológica, sociológica e histórica, com base em indicadores trabalhados

e construídos a partir de mensagens particulares.

Para tanto, Bardin (2004, p. 37) define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análises das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Nesse sentido, Minayo (2008, p.303) afirma que “a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

A esse respeito, Amado (2000, p. 54) refere que:

O aspecto mais importante da análise de conteúdo é o fato de ela permitir, além de uma rigorosa e objetiva representação dos conteúdos das mensagens, o avanço fecundo, à custa de inferências interpretativas derivadas dos quadros de referência teóricos do investigador, por zonas menos evidentes que constituem o referido “contexto de produção”.

Desse modo, a análise de conteúdo objetiva a ultrapassagem da incerteza e o enriquecimento da leitura, pois, considera a necessidade de verificar o que está contido em uma mensagem e, ainda, se esta visão pessoal pode ser partilhada por outras pessoas. Enfatiza a importância do aprofundamento da leitura, a fim de aumentar a produtividade e a pertinência do conteúdo.

Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, quais sejam: análise lexical, de expressão, de relações, temática e de enunciação, foi utilizada para o tratamento dos dados, a análise de conteúdo temática de Bardin (2009); a de Vala (2001) e a análise estrutural sugerida por Amado (2000).

Segundo Bardin (2009, p. 131), tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Este, segundo Franco (1986), é útil em estudos referentes à busca de valores, atitudes, opiniões, dentre outros.

Minayo (2008) ressalta que fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido ou de significados que compõem a comunicação, na qual a frequência, sugerida por Vala (2001), a partir da atribuição da unidade de enumeração a cada unidade de análise, signifique algo para o objeto visado.

A análise temática de Bardin (2009), segundo Minayo (2008) e Vala (2001), se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados.

- **Pré-análise** – consiste em escolher os documentos a serem analisados e retomar os objetivos iniciais da pesquisa. Esta etapa é constituída em: *Leitura Flutuante* – quando o pesquisador tem contato direto com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo para a *Constituição do Corpus*; que se refere ao universo estudado em sua totalidade.

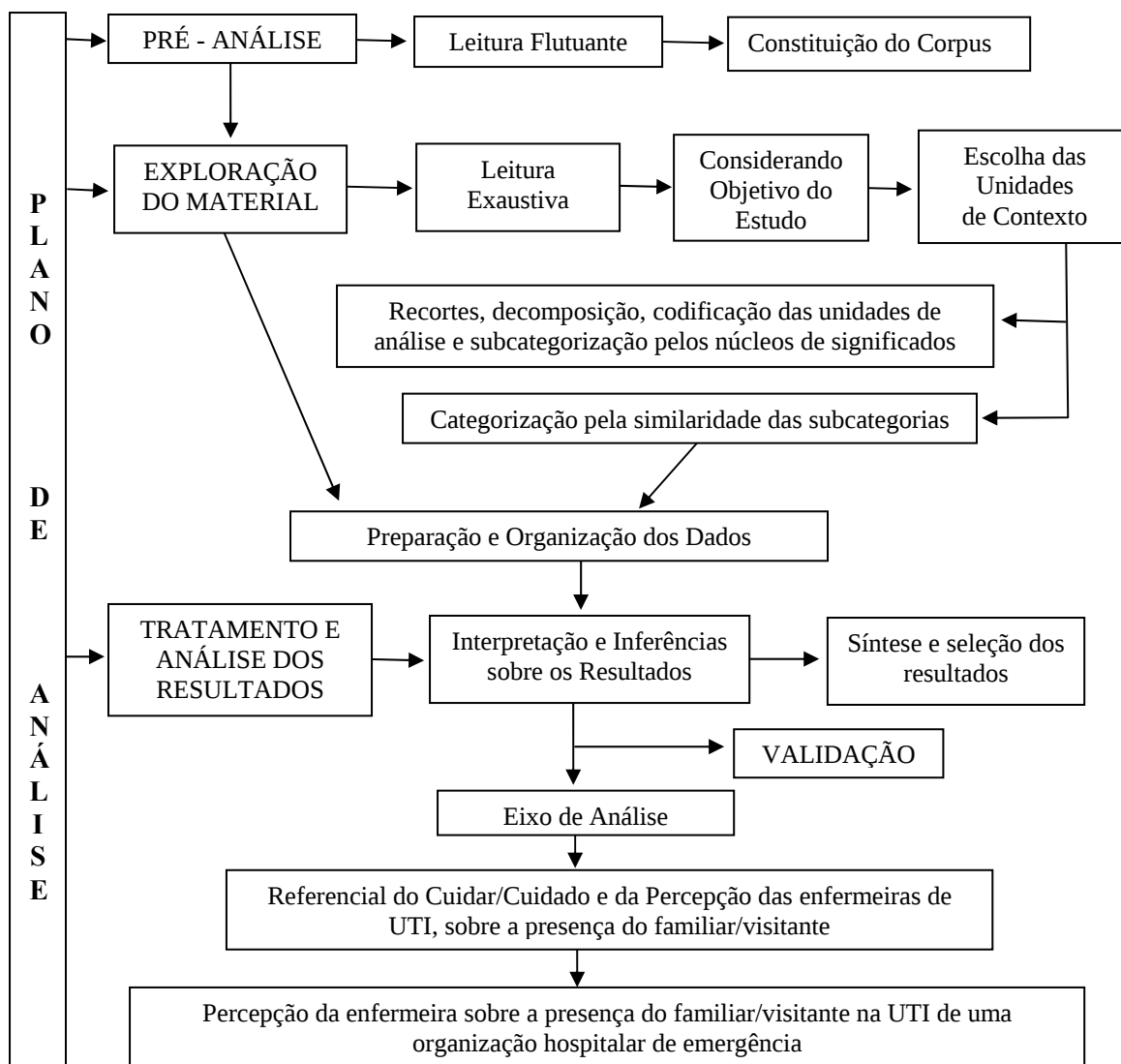
- A **Exploração do Material** consiste na leitura exaustiva, considerando todos os aspectos determinados no roteiro (*exaustividade*); contendo características essenciais ao universo pretendido (*representatividade*); obedecendo aos critérios de escolha do tema e das técnicas (*homogeneidade*) e que a análise dos documentos seja adequada para responder aos objetivos do trabalho (*pertinência*). Segue a *Formulação e Reformulação dos Objetivos* – que, segundo as autoras, consiste na operação classificatória, quando o pesquisador busca a categorização das expressões ou palavras significativas de falas, com definição de subcategorias e categorias para preparação e organização dos dados. Dos recortes, decomposição e codificação das unidades de análise e subcategorização pelos núcleos de significados, prossegue-se com a categorização pela similaridade das subcategorias que organiza e prepara os dados para a análise.

- Prosseguindo, na terceira etapa, **Tratamento e Interpretação dos Resultados**, são tratados os dados brutos codificados e categorizados. A partir daí, são feitas as inferências e realizam-se a síntese e seleção dos resultados, que deverão passar pela validação de professores ‘*experts*’ em pesquisa com análise de conteúdo.

Uma análise de conteúdo pressupõe a definição de três tipos de unidades: a unidade de contexto, a unidade de registro ou de análise ou de informação, frase ou tema, à qual é atribuída a unidade de enumeração, segundo sugestão de Vala (2001) e Amado (2000), para análise quantitativa, a partir de números absolutos e relativos.

Para Vala (2001), a unidade de registro é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o em uma categoria, a unidade de contexto é o segmento mais largo de conteúdo que o analisa quando caracteriza uma unidade de registro. A unidade de enumeração é a unidade em função da qual se procede a quantificação, podendo esta ser geométrica ou aritmética.

Considerando o referencial proposto para a análise de conteúdo dos resultados do estudo, foi realizado, e seguido, um plano, levando em conta as etapas de: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, o qual será apresentado, esquematicamente, a seguir:

Figura 1 – Síntese do Plano de Análise

Fonte: a autora.

À medida que foram realizadas as entrevistas, procederam-se as transcrições dos dados na íntegra, estes foram lidos a fim de proceder à sistematização das ideias iniciais.

A leitura flutuante foi efetivada até a constituição do *corpus*. Posteriormente, passou-se à fase de exploração do material, quando foi realizada uma leitura minuciosa, considerando a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência com o tema investigado, até permitir a impregnação dos dados, sistematizando-os e organizando-os. Isto possibilitou determinar o que se relacionava ao conteúdo e ao objetivo da pesquisa, conforme orienta Vala (2001).

Foram realizados, então, os recortes, a decomposição e codificação das unidades de análise, explorando-se, com especificidade, as frases e temas relacionados à percepção das

enfermeiras intensivistas. Em continuidade, realizou-se o agrupamento dos núcleos de significados que constituíram as subcategorias.

A partir da similaridade das subcategorias, foram constituídas as quatro categorias temáticas: Concepção da Percepção da Enfermeira (CP), Valorização da Percepção da Enfermeira (VP), Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira (CN) e Dimensão Ontológica da Percepção (DO).

Após esta etapa, os dados obtidos e categorizados passaram por avaliação e foram validados por duas professoras '*experts*' em pesquisa com análise de conteúdo.

A discussão das categorias foi subsidiada pelo referencial teórico do Cuidar/cuidado e da Percepção, o que permitiu a obtenção dos resultados quanto à percepção da enfermeira sobre a presença do familiar/visitante na UTI de uma Organização de emergência.

Na perspectiva quantitativa, buscou-se verificar a distribuição de dados referentes às unidades de análise temática agrupadas em categorias. Os resultados quantitativos são descritos e analisados, de uma forma geral, com base na frequência absoluta e relativa das unidades de análise (861 UA), que foram agrupadas, pela similaridade, em 12 subcategorias que, por sua vez, compuseram as quatro grandes categorias empíricas. Estas informações, acrescidas da análise qualitativa, trouxeram uma visão do conhecimento que foi apreendido nos discursos das enfermeiras.

Os dados objetivos relativos à identificação das participantes foram utilizados para elaboração de tabelas referentes ao perfil sócio-demográfico ao se considerar, sobretudo, a influência deste na formação da percepção das enfermeiras sobre o familiar/visitante na UTI, visto que, na concepção de Santalella (2001), a percepção é falível e sofre interferências de características internas e externas de cada indivíduo.

Os resultados da análise realizada serão discutidos a seguir.

4 RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO

“Uma das mais belas compensações da vida é que nenhum ser humano pode ajudar o outro sem que esteja ajudando a si mesmo.”

(Ralph W. Emerson)

Tendo em vista o objeto e objetivo propostos para o estudo, as informações resultantes da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com as participantes trouxeram as percepções das enfermeiras atuantes nas UTI's de uma Organização Hospitalar Pública de Salvador – Bahia sobre a presença dos familiares/visitantes de usuários dessas Unidades, quando no desenvolvimento do cuidar/cuidado de enfermagem.

As participantes se mantêm no quadro da UTI da Organização em estudo, entre dois anos e seis meses e 20 anos de trabalho, o que pareceu uma oportunidade razoável para o desenvolvimento de suas percepções dessa Unidade, referentes à realidade do cuidar/cuidado aos usuários e seus visitantes.

Considerando os aspectos subjetivos encontrados nos depoimentos das participantes, foi possível, mediante a análise de conteúdo desenvolvida, trabalhar as informações pela proximidade ou semelhança de sentidos ou significados resultantes da junção das unidades de análise temática.

Conforme Abbagnano (2007), sentido refere-se à faculdade de sentir, compreender tanto pela capacidade de receber sensações quanto pela consciência que se tem das sensações e das próprias ações. Significado diz respeito à possibilidade de um signo referir-se a seu objeto, ou seja, o objeto ao qual o nome, o conceito ou essência se referem, ou ainda, aquilo que significa ou o que as coisas querem dizer.

Nessa dinâmica, em busca de captar as mensagens das participantes, pôde-se verificar a importância do conjunto de dados existentes para a compreensão das intercorrências, no dia a dia do trabalho das enfermeiras, visto que todas as experiências sentidas e vividas por elas são influenciadas pela sua forma de ver o mundo, pelas pessoas que as rodeiam e sua escala de valores, o que contribui, então, para a construção da percepção de cada indivíduo.

A análise e discussão dos resultados foram, como já referidas, fundamentadas nos conceitos de cuidar/cuidado em geral, especificamente, com o cuidar na UTI e junto ao familiar neste setor. Como base teórica, foram utilizados, ainda, os conceitos da percepção de alguns estudiosos, na visão da filosofia, psicologia e fisiologia.

No sentido geral do cuidar, concordamos com Boff (2008, p. 96) quando diz que “cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e

repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele.”

Especificando o cuidar em enfermagem, Waldow (2008, p. 45) afirma que “cuidar se expressa pela relação com o outro dentro do mundo. Existencialmente falando, significa ‘zelar’; é o desvelar do outro, orientado pela consideração e paciência”.

Mora (1998), referindo-se à percepção, define-a como aquisição, interpretação, seleção e organização das ideias e informações obtidas a partir dos órgãos dos sentidos. Por sua vez, para Almeida (2003), a percepção é o modo de como tomamos consciência dos objetos, em especial aquilo que nos é dado pelos sentidos.

É preciso compreender que, assim como um objeto pode dar margem a múltiplas percepções, pode, também, não gerar percepção alguma. Caso este objeto não tenha embasamento na realidade da pessoa, ela não poderá percebê-lo.

A percepção e o cuidar, neste estudo, podem ser compreendidos como interdependentes, visto que para cuidar é necessário perceber, o que implica: identificar, conhecer, interpretar, selecionar por meios cognitivos o objeto a ser cuidado, diferenciando-o de outros. Só assim, poder-se-á sentir, entrar em sintonia, respeitar e acolher o ser humano; razão do objeto de trabalho da enfermagem, ou seja, o cuidar de enfermagem.

A apresentação dos resultados se constitui de duas partes: a primeira refere-se à caracterização dos sujeitos, onde estão explicitados dados do perfil das enfermeiras da Unidade pesquisada, considerando a idade, sexo, religião, instituição formadora, tempo de formação, tempo de atuação em UTI e, especificamente, na UTI pesquisada; pós-graduação realizada, tipo de vínculo com a organização e a existência de outro vínculo empregatício. A segunda parte consta da análise e discussão dos resultados procedentes das informações das participantes nas entrevistas. Estes dados são expressos nos quadros apresentados no decorrer da análise e discussão dos resultados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS PARTICIPANTES

A caracterização do perfil das participantes da pesquisa possibilitou a compreensão de como os dados sócio-demográficos podem influenciar em suas percepções acerca da presença dos familiares na UTI.

Toda percepção, segundo Santaella (2001), adiciona algo ao que é percebido, ou seja, ao que não está à mostra, mas que a mente faz a síntese e elabora o objeto – compreensão do significado. Portanto, há diferença entre o que é percebido na mente de cada pessoa frente a um objeto ou situação, conforme influências internas e externas da vida das pessoas e dos

ambientes em que vive.

As características sócio-demográficas são apresentadas dentro de uma visão geral, considerando os dados referentes ao perfil das participantes que foram assim denominadas:

- *Íris*: sexo feminino, 29 anos, evangélica, formada há três anos pela EEUFBA. Atua em UTI há três anos e na Unidade pesquisada, há dois anos e seis meses. Possui especialização em Terapia Intensiva e curso de Mestrado em andamento. Vínculo na Organização estudada através do Regime Especial de Direito Administrativo – REDA. Tem outro vínculo empregatício em Organização pública.

- *Orquídea*: sexo feminino, 29 anos, agnóstica, formada há quatro anos pela EEUFBA. Atua em UTI e na UTI pesquisada há dois anos e seis meses. Possui especialização em Terapia Intensiva e em Saúde Pública. Vínculo na Organização estudada através do REDA. Tem outro vínculo empregatício em Organização privada.

- *Magnólia*: sexo feminino, 30 anos, evangélica, formada há seis anos pela EEUFBA. Atua em UTI há quatro anos e seis meses, e na Unidade pesquisada há quatro anos. Possui especialização em Enfermagem do Trabalho e Residência em Terapia Intensiva. Concursada pelo Estado e não tem outro vínculo empregatício.

- *Azaléia*: sexo feminino, 38 anos, católica, formada há três anos pela Universidade Católica de Salvador – UCSal. Atua em UTI há três anos e na UTI pesquisada há dois anos e seis meses. Especialização em UTI em curso. Vínculo na Organização estudada através do REDA. Não tem outro vínculo empregatício.

- *Hortência*: sexo feminino, 42 anos, católica, formada há 21 anos pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Atua em UTI há 20 anos e na Unidade pesquisada há sete anos. Possui especialização em Enfermagem do Trabalho. Concursada pelo Estado e não tem outro vínculo empregatício.

- *Margarida*: sexo feminino, 48 anos, católica, formada há 22 anos pela UCSal. Atua em UTI há 15 anos e na Unidade pesquisada há oito anos. Possui Mestrado e Residência em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Concursada pelo Estado e tem outro vínculo empregatício em Organização pública.

- *Jasmim*: sexo feminino, 48 anos, católica, formada há 27 anos pela EEUFBA. Atua em UTI e na UTI pesquisada há 20 anos. Possui especialização em Administração Hospitalar.

- *Lótus*: sexo feminino, 49 anos, espírita, formada há 25 anos pela Universidade Regional de Campina Grande – URCG. Atua em UTI e na UTI pesquisada há 10 anos. Possui especialização em Terapia Intensiva. Concursada pelo Estado e tem outro vínculo empregatício em Organização pública.

- *Girassol*: sexo masculino, 30 anos, católico, formado há seis anos pela UCSal. Atua em UTI há seis anos e na Unidade pesquisada há quatro anos. Possui especialização em Terapia Intensiva. Concursado pelo Estado e tem outro vínculo empregatício em Organização privada.

- *Cravo*: sexo feminino, 53 anos, católica, formada há 25 anos pela EEUFBA. Atua em UTI há 21 anos e na Unidade pesquisada há 13 anos. Possui especialização em Terapia Intensiva. Concursada pelo Estado e tem outro vínculo empregatício em Organização privada.

A tabela a seguir objetiva estes dados:

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico das enfermeiras participantes. Salvador-Bahia, 2010. N.10

VARIÁVEL		TOTAL	
		Nº	%
SEXO	Feminino	09	90,0
	Masculino	01	10,0
IDADE	25 — 30	04	40,0
	30 — 40	01	10,0
	> 40	05	50,0
RELIGIÃO	Católica	06	60,0
	Evangélica	02	20,0
	Espírita	01	10,0
	Agnóstica	01	10,0
INSTITUIÇÃO FORMADORA	Federal	05	50,0
	Estadual	02	20,0
	Privada	03	30,0
TEMPO DE FORMAÇÃO	Até 05 anos	03	30,0
	06 a 10 anos	02	20,0
	11 a 20 anos	--	--
	>= 20 anos	05	50,0
TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI	Até 05 anos	04	40,0
	06 a 10 anos	02	20,0
	11 a 20 anos	03	30,0
	>= 20 anos	01	10,0
TEMPO NA UTI PESQUISADA	Até 05 anos	05	50,0
	06 a 10 anos	03	30,0
	> 10 anos	02	20,0
PÓS-GRADUAÇÃO	01 pós-graduação	06	60,0
	02 pós-graduações	04	40,0
TIPO DE VÍNCULO COM A ORGANIZAÇÃO	Estatutário	07	70,0
	REDA	03	30,0
OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO	Serviço Público	04	40,0
	Serviço Privado	03	30,0
	Não possui outro vínculo	03	30,0

Fonte: Pesquisa direta.

Quanto ao tipo de pós-graduação realizada, observou-se que algumas participantes possuem duas ou mais pós-graduações, como visto na tabela que segue:

Tabela 2 – Distribuição da Pós- Graduação realizada pelas enfermeiras participantes.
Salvador-Bahia, 2010. N. 14

TIPO DE PÓS-GRADUAÇÃO	TOTAL	
	Nº	%
Especialização em UTI		
- Concluída	06	42,86
- Em andamento	01	7,14
Especialização em Enfermagem do Trabalho	02	14,30
Especialização em Enfermagem Adm. Hospitalar	01	7,14
Especialização em Enfermagem Saúde Pública	01	7,14
Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgico	01	7,14
Mestrado		
- Concluído	01	7,14
- Em andamento	01	7,14

Fonte: Pesquisa Direta.

Este estudo contou com um total de dez participantes, sendo apenas um do sexo masculino, reafirmando a predominância do sexo feminino na área de enfermagem.

Os profissionais de enfermagem são, predominantemente, do sexo feminino, pois trazem em sua trajetória o cuidado como uma condição que, preferencialmente, estava delegada às mulheres. É possível que, de alguma forma, este aspecto tenha contribuído para se firmar um preconceito para com as pessoas do sexo masculino que optam por esta área, apesar de, nos dias atuais, cada vez mais homens ingressem na profissão de enfermagem (CAMELO, 2006).

Considerando a idade das participantes, observa-se na tabela 1, que 50% encontram-se na faixa etária maior que 40 anos e, as mais novas têm 29 anos de idade.

Este dado mostra que o grupo estudado das UTI's possui, predominantemente, enfermeiras já com maior grau de experiência. Isto pode refletir maior segurança e vivências em suas atividades laborais, portanto, maior amadurecimento para expressar a percepção quanto à presença da família na UTI.

Considerando o tempo de formação das participantes, 50% apresentam mais de 20 anos de formação. Entretanto, apesar da predominância etária e o tempo de formação serem mais avançados, a atuação em terapia intensiva ficou mais evidenciada em até cinco anos (40%), assim como, 50% das entrevistadas possuem menos de cinco anos nas Unidades pesquisadas.

A experiência de vida pode trazer diferentes aspectos no que se refere à percepção do profissional. Nesse sentido, Santos (2009, p. 135) afirma que “as alterações de percepção de si e do mundo são inevitáveis trazendo sempre consigo novas posturas geradas de uma mente experimentada”.

Ao avaliar a formação profissional das enfermeiras é possível verificar que 70% delas graduaram-se em universidades públicas, federal e estadual; 100% buscaram aprimoramento com a realização de pós-graduação e 40% delas têm dois tipos de pós-graduação.

A busca pelo aprimoramento profissional é importante, não apenas no que se refere à melhoria da qualidade do cuidar/cuidado prestado ao usuário, mas porque possibilita ao profissional adquirir maior confiança no desenvolvimento de suas atividades, ao lidar com as dificuldades na resolução de problemas, levando a um pensamento crítico de suas ações. Desta forma, valoriza-se como profissional e, conseqüentemente, a profissão.

Considerando o tipo de pós-graduação, é possível verificar a existência do *Lato sensu* e *Stricto sensu* (tabela 2). Há predominância da especialização em terapia intensiva (50%); o que demonstra a preocupação das enfermeiras com a formação profissional dentro da área de atuação, trazendo mais segurança às ações de enfermagem, maior produtividade e qualidade ao serviço.

A esse respeito, Tobase e Takahashi (2004, p. 38) afirmam que “para os gestores dos serviços de saúde, a maior qualificação do profissional é um fator que implica aumento de produtividade e de qualidade da assistência prestada”.

Segundo Cassi *et al.* (2006), o enfermeiro deve ter uma base sólida de conhecimentos, sejam eles científicos, sociais ou humanos. Para isso, são indispensáveis investimentos contínuos em atualizações e estudos para que sejam aplicados no âmbito do trabalho.

Em relação às religiões, neste estudo, vê-se que 60% das entrevistadas pertencem à religião católica, 20% à evangélica e 10% à espírita. Apenas uma participante referiu não possuir religião, porém acredita em algo superior ao homem.

Possuir algum tipo de credo mostrou-se um fator importante na avaliação dos dados colhidos, pois acreditar em algo superior, na maioria das vezes, torna-se uma forma de refúgio ou esperança para enfrentar o dia a dia, quase sempre, defrontando-se com o sofrimento do paciente e dos familiares, o que pode provocar angústia para o próprio profissional da UTI.

Apoiar-se em uma religião é uma forma de procurar segurança, conforto espiritual e esperança (DYTZ; ROCHA, 2000).

A espiritualidade entre as pessoas que cuidam do outro se refere a uma diversidade de fatores invisíveis e intangíveis que, de alguma maneira, influenciam, positivamente, o

pensamento e o comportamento destas.

Ao verificar o vínculo empregatício das depoentes é possível identificar que a maioria delas possui vínculo permanente com o serviço, obtido por meio de concurso público, realizado pela SESAB; portanto, 70% são estatutárias. Apenas 30% têm contrato temporário, obtido mediante concurso do REDA.

Possuir vínculo permanente com a organização pode ser considerado um ponto positivo para o serviço, visto que se desenvolve uma ligação segura com aquele ambiente e equipe, dando maior satisfação e responsabilidade com o trabalho naquele setor. Infelizmente, às vezes, a estabilidade empregatícia mostra-se como aspecto negativo, pois pode reduzir o interesse, o estímulo ao trabalho ou, ainda, a certeza de menor punição. Isto leva o funcionário, de certa maneira, a assistir não só o paciente como, também, os familiares de forma automatizada em alguns aspectos do cuidado, e pode expressar uma visão inadequada dos aspectos éticos e bioéticos da profissão.

Apesar de a maioria das participantes possuírem vínculos estáveis (estatutárias) com a Organização, 71,43% delas possuem outro vínculo empregatício com Organizações privadas ou públicas. Das funcionárias que trabalham sob o REDA, apenas uma não possui outro vínculo empregatício. Isto pode trazer aspectos preocupantes ao cuidar de enfermagem, visto que a dupla ou tripla jornada de trabalho pode deixar o funcionário sobrecarregado, cansado e estressado, reduzindo, desta forma, o seu desempenho no serviço prestado e influenciando sua capacidade perceptiva.

Nesse sentido, Chiavenato (1999) e Pitta (1999) ressaltam que o conforto, a satisfação e a melhoria do ambiente de trabalho são essenciais para a obtenção da eficiência do trabalhador. Entretanto, o regime de turnos e plantões abre a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, comum entre os trabalhadores de saúde, prática potencializadora da ação de fatores que, por si sós, danificam a integridade física e psíquica dos trabalhadores.

O cansaço físico e mental causados pelo excesso de trabalho poderá reduzir a atenção do indivíduo em perceber, diminuindo, desta forma, a fidedignidade da sua percepção de ambiente e do outro.

A percepção é falível e imperfeita devido às influências externas que sofre, como a desatenção, distrações, diferentes pontos de vista e ângulos de visão (MORIN, 2010; SANTAELLA, 2001). Portanto, a percepção poderá sofrer alterações por fatores externos ambientais, individuais e do momento em que o *percepto* é observado e percebido.

A seguir, será apresentada a análise e discussão dos depoimentos das participantes, que se fizeram relevantes à percepção em relação à presença da família na UTI.

4.2 PRESENÇA DO FAMILIAR VISITANTE EM UTI NA PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS INTENSIVISTAS

A análise das entrevistas das participantes seguiu as etapas da análise de conteúdo sugeridas por Amado (2000), Vala (2001) e Bardin (2009). Os relatos das participantes da pesquisa foram agrupados a partir da similaridade dos núcleos dos significados, em quatro grandes categorias assim denominadas: a primeira, Conceção da Percepção da Enfermeira, constituída das subcategorias: Unidade, Família, Paciente e Organização; a segunda, Valorização da Percepção da Enfermeira, se constituiu das subcategorias: Assistência (ao paciente e ao familiar), Profissional e Pessoal; a terceira, Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira, teve como subcategorias: Ética/Bioética, Conhecimento e Experiência; e a quarta, Dimensão Ontológica da Percepção, com as subcategorias: Sentimento e Expectativas.

O agrupamento em categorias empíricas e suas respectivas subcategorias foi realizado para a visualização do conhecimento empírico e sua posterior discussão. Entretanto, o seu agrupamento não significa fragmentação das informações captadas, visto que elas resultam do pensamento e das percepções das participantes em um processo inter-relacionado, integrado.

Em um estudo onde pessoas são os interpretantes e, também, os objetos a serem interpretados, não pode haver dissociação entre as unidades de análise, categorias e subcategorias que tratam de valores, sentimentos, expectativas, empatia e relacionamento, concepções estas, próprias do ser humano. Assim, a categorização dos conteúdos atende a uma necessidade de sistematização e apresentação didática.

Amado (2000, p. 57) considera que “a formulação das categorias obedece às regras fundamentais que o investigador deve ter em conta nas diferentes fases da codificação e nas múltiplas revisões dos resultados”.

As categorias e suas respectivas subcategorias estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das Categorias e Subcategorias empíricas sobre a percepção de enfermeiras sobre familiares/visitantes na UTI – Salvador-Bahia, 2010

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE			
		SUBTOTAL		TOTAL	
		F	%	F	%
CATEGORIA 1 – (VP) Concepção da Percepção da Enfermeira	- Unidade - Família - Paciente - Organização	218 74 30 18	25,32 8,59 3,48 2,09	340	39,48
CATEGORIA 2 – (VP) Valorização da Percepção da Enfermeira	- À Assistência ▫ Paciente ▫ Familiar - Pessoal - Ao Profissional	40 179 49 31	4,64 20,79 5,69 3,61	299	34,73
CATEGORIA 3 – (CN) Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira	- Ética/Bioética - Conhecimento - Experiência	57 37 24	6,62 4,30 2,79	118	13,71
CATEGORIA 4 – (DO) Dimensão Ontológica da Percepção	- Sentimento - Expectativas	63 41	7,32 4,76	104	12,08
TOTAL				861	100,00

Ao observar o quadro 1, destacam-se as categorias oriundas dos depoimentos das participantes que trazem à tona fatos relacionados ao objeto de estudo. Desta forma, tornou mais fácil conhecer os resultados, cuja análise será apresentada destacando-se a importância de cada categoria.

Para tanto, como procedimento de análise inicial foi considerada a frequência absoluta e relativa das unidades de informação que resultaram em 861 Unidades de Análise (UA) distribuídas nas quatro categorias, das quais 340 UA (39,48%) na categoria Concepção da Percepção da Enfermeira (CP); 299 UA (34,73%) na categoria Valorização da Percepção da Enfermeira (VP); 118 UA (13,71%) na categoria Condições Necessárias à Percepção da

Enfermeira (CN); e 104 UA (12,08%) na categoria Dimensão Ontológica da Percepção (DO).

As categorias e subcategorias correspondentes serão apresentadas e discutidas a seguir.

4.2.1 Categoria 1 – Concepção da percepção da Enfermeira

Nesta categoria foram englobados os conceitos emitidos pelas enfermeiras participantes mediante sua percepção, na qual foram evidenciadas, pela similaridade de núcleos de significados, quatro subcategorias relacionadas: (a) à Unidade – quanto ao tipo de trabalho, às relações entre a equipe, à estrutura física, normas e rotinas e à organização; (b) à Família – considerando aspectos favoráveis, desfavoráveis e suas expectativas; (c) ao Paciente – quanto às suas características; e (d) à Organização – quanto às suas características, ao cliente, aos profissionais e ao conhecimento necessário. Estas foram distribuídas em 340 unidades de análise (UA).

Fundamentada em Mora (1998), Abbagnano (2007) e Ferreira (2010), concepção, neste estudo, é entendida como o ato de conceber um objeto mediante a descrição de informações obtidas pelos sentidos, a partir do conhecimento sobre o objeto escolhido ou determinado.

Portanto, esta categoria busca determinar como a enfermeira entende o familiar/visitante na UTI por meio das suas interpretações pessoais, aguçadas e trabalhadas no dia-a-dia, no desenvolvimento de suas atividades na UTI.

Esta percepção, no entanto, sofre influências da estrutura organizacional, do ambiente de trabalho, das relações interdisciplinares, além das características do próprio profissional, dos pacientes e de seus familiares.

Mora (1998) sustenta esta colocação ao afirmar que é possível perceber o mundo de diversas formas entre os elementos da percepção. Os indivíduos captam estas formas de acordo com suas situações de mundo.

A Concepção da Percepção da Enfermeira foi a categoria mais ressaltada dentre as demais categorias com 39,48% do total de unidades temáticas. (Quadro 1).

Dentre as suas subcategorias, a mais destacada foi a Concepção da Percepção da Unidade, considerando os aspectos relacionais da equipe multidisciplinar com 97 UA, representando 28,53%, seguida das características da família, com 74 UA, correspondendo a 21,76% desta categoria.

Estes dados são apresentados no quadro 2, a seguir:

Quadro 2 – Distribuição de Unidades de Análise Temática da Categoria 1 – Concepção da Percepção da Enfermeira e subcategorias. Salvador-Bahia, 2010

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE			
		SUBTOTAL		TOTAL	
		F	%	F	%
CATEGORIA 1 – (CP)				218	64,12
Concepção da Percepção da Enfermeira	- Unidade				
	▫ Tipo de Trabalho	11	3,24		
	▫ <u>Relacional</u>	<u>97</u>	<u>28,53</u>		
	▫ Estrutural				
	. Espaço Físico	57	16,77		
	. Normas/Rotinas	30	8,82		
	. Organização	23	6,76		
	- Família			74	21,76
	▫ Favorável	05	1,47		
	▫ <u>Desfavorável</u>	<u>56</u>	<u>16,47</u>		
	▫ Expectativa	13	3,82		
	- Paciente				
	▫ Características	30	8,82		
	- Organização			18	5,30
	▫ Características	10	2,94		
	▫ Cliente	02	0,59		
	▫ Profissionais	04	1,18		
	▫ Conhecimento	02	0,59		
TOTAL				340	100,00

Esta categoria será apresentada e discutida a partir das subcategorias a seguir.

a) Concepção da Percepção da Enfermeira – específica da Unidade:

Esta subcategoria refere-se à percepção da enfermeira quanto à Unidade em que trabalha. Considera o tipo de trabalho desenvolvido na UTI, as relações de trabalho dentro do grupo interdisciplinar e as condições estruturais do setor, quanto à estrutura física, às normas e rotinas e à organização desta, que podem influenciar, direta ou indiretamente, na interação da enfermeira com o paciente e o familiar/visitante da UTI.

Ao considerar o tipo de trabalho desenvolvido na UTI, foi comum as entrevistadas referirem como este é “pesado”, cansativo, repetitivo e estressante, características que se refletem na assistência prestada ao paciente e ao familiar, interferindo no cuidar de enfermagem.

Os depoimentos abaixo tornam evidente esta situação:

“[...] é uma UTI muito cansativa e pesada.” (Íris)

“[...] o trabalho rotineiro interfere na assistência.” (Margarida)

“[...] a rotina [...] e o estresse do dia a dia de trabalhar na UTI [...] nos faz esquecer o lado humano do cuidado.” (Jasmim)

O trabalho na UTI pode ser percebido como fatigante e estressante pela própria característica da Unidade, pois é um setor fechado, com muitos ruídos, sons constantes, alta tecnologia, pacientes graves, familiares estressados e ansiosos por resultados positivos.

Desse modo, os profissionais desta Unidade trabalham, constantemente, com o sofrimento relativo à própria condição do paciente que, muitas vezes, se encontra nos limites da vida, o que exige, não só dos enfermeiros, como, também, dos familiares/visitantes atenção constante e equilíbrio psicoemocional.

Esta premissa é confirmada por Hudak e Gallo (1997), quando ressaltam que a maioria dos enfermeiros intensivistas identifica a imprevisibilidade do ambiente de UTI como um importante fator de estresse. Somando-se a este problema estão a rotina repetitiva, incessante, frequentes situações de crises, riscos físicos, levantamento de pacientes pesados, parentes agitados, gemidos, choros, ruídos de monitores, bombas, respiradores e outros.

Complementam afirmando que:

Enfermeiros intensivistas, devido à natureza estressante de seu trabalho, correm o risco de esgotamento, que pode ser consequência do trabalho em um ambiente estressante. O enfermeiro acaba por sentir-se resignado, ineficiente e sem esperança em relação ao trabalho neste ambiente. O resultado do esgotamento é deixar o trabalho ou permanecer no cargo atuando de modo ineficiente (HUDAK; GALLO, 1997, p. 101).

Este esgotamento profissional pode, portanto, afastar ou deixar o profissional menos ativo no desenvolvimento de suas atividades, mais tenso ao prestar esclarecimentos e orientações ao familiar, prejudicando o desenvolvimento do cuidado e a interação profissional/equipe/paciente.

Ao considerar os aspectos relacionais da equipe interdisciplinar, na percepção das enfermeiras, sobressaíram os negativos e conflituosos, principalmente nas relações entre técnicos de enfermagem e enfermeiros, aspectos estes que podem comprometer a assistência, segundo os depoimentos das próprias participantes.

“[...] o mau relacionamento entre o técnico de enfermagem e o enfermeiro [...] interfere, diretamente, na assistência; [...]” (Íris)

“[...] o comportamento interfere nos procedimentos, na forma de cuidar e tratar.” (Orquídea)

“[...] por sermos enfermeiras coordenando e cobrando de uma equipe de técnicos de enfermagem [...] às vezes, surgem indisposições e desentendimentos.” (Magnólia)

“[...] os técnicos de enfermagem têm dificuldade em reconhecer a hierarquia; [...] alguns funcionários são difíceis de lidar devido ao seu perfil e ao vínculo público.” (Azaléia)

A dificuldade de relacionamento entre a equipe de enfermagem é, muitas vezes, marcante nos ambientes de trabalho. Esta situação pode prejudicar a qualidade da assistência no direcionamento do cuidar necessário ao paciente e sua família, visto que essas dificuldades podem representar uma dúbia percepção, que pode gerar estresse na equipe e, conseqüentemente, desconfianças, insatisfação, falta de estímulo e de vontade de trabalhar.

Amestoy *et al.* (2009), a este respeito, referem que trabalhar em locais nos quais não há vínculo de confiança, impede que o trabalho flua em seu ritmo normal. Nesse sentido, as autoras enfatizam a liderança como instrumento de trabalho do enfermeiro, que possibilita um melhor assistir no planejamento das demandas que o cuidado exige.

Liderança é entendida como a influência interpessoal exercida em uma situação e dirigida por meio do processo de comunicação humana, a fim de conseguir atingir um ou mais objetivos específicos, e é encarada como fenômeno social que ocorre em grupos sociais (CHIAVENATO, 1999).

Para o enfermeiro exercer a liderança é indispensável que cultive características como: comunicação, saber ouvir, conhecimento, responsabilidade, autoconhecimento, saber trabalhar em equipe e bom humor (AMESTOY *et al.*, 2009).

“Para a compreensão do processo de comunicação que ocorre no âmbito da enfermagem, no contexto organizacional, é necessário tentar identificar quais os fatores que interferem nesse processo ou o direcionam” (CARVALHO; BACHION, 2005, p. 19).

São relatados, também, conflitos com elementos de outras categorias profissionais, porém com melhor superação e resolutividade, destacados nas falas:

“[...] não posso dizer que a relação com os médicos é excelente.” (Cravo)

“[...] o relacionamento entre enfermeiro-médico, enfermeiro – fisioterapeuta [...] é melhor e mais amigável.” (Azaléia)

“[...] a relação com os médicos é razoável [...] sem grandes problemas [...].” (Margarida)

“[...] o relacionamento interdisciplinar já esteve melhor.” (Hortência)

Camelo (2006) relata que um dos fatores causador de estresse em uma organização está associado às relações interpessoais, pois, quando estressado, o indivíduo sofre uma redução na capacidade de comunicação com a sua equipe.

A comunicação interpessoal e grupal trata de processos e habilidades de interação entre pessoas e grupos, a fim de que haja ajustamento, integração e desenvolvimento. Desta forma, uma clara percepção deste processo poderá facilitar o trabalho interdisciplinar.

Apesar de pontos negativos serem abordados nas citações acima, nesta mesma subcategoria surgiram aspectos positivos das relações interpessoais, mostrados nos depoimentos:

“[...] a relação entre as enfermeiras é muito boa.” (Magnólia e Jasmim)

“[...] conseguimos uma pequena melhora em relação ao relacionamento [...] ainda tem muito a melhorar.” (Hortência)

“[...] nossa relação interdisciplinar é boa [...] algum desentendimento que tenha na equipe é em prol do paciente.” (Lótus)

Segundo Chiavenato (1999), a organização não é composta de pessoas isoladas, mas é o próprio conjunto das pessoas que se relacionam entre si, pois os indivíduos, dentro da organização, participam de grupos sociais e mantêm-se em uma constante interação social. Afirma, ainda, que os grupos se caracterizam por relações humanas entre seus membros. Essas relações são os contatos conscientes estabelecidos entre indivíduos e grupos, entre os empregados e seus colegas, entre os subordinados e seus chefes e os relacionamentos entre os departamentos.

Desse modo, as necessidades interpessoais são objetos de interesse nos relacionamentos das organizações de trabalho, pois todo indivíduo precisa de inclusão e afeição, interagindo com o outro ou com o grupo, cujo tipo de interação poderá resultar em resposta positiva ou negativa no seu perceber e agir no ambiente de trabalho.

Para a comunicação no processo de percepção interpessoal, deve-se considerar a apresentação do eu ao outro, a percepção e a compreensão entre os interlocutores, os graus variados de atração ou rejeição nos relacionamentos, dentro da complexidade do processo de percepção social (CARVALHO; BACHION, 2005).

A multiplicidade de características que envolvem um grupo – a equipe multidisciplinar – poderá interferir no relacionamento interpessoal devido às diferentes percepções influenciadas pela personalidade, motivação pessoal, objetivos de vida e expectativas individuais, de acordo com a escala de valores de cada um.

Perceber é um processo que exige interpretação. Não se pode dizer nada sobre qualquer coisa ou situação se não sob julgamento perceptivo. Entretanto, a este julgamento perceptivo impõem-se limitações que têm sua origem no intérprete, em uma dimensão subconsciente da

sua mente (SANTAELLA, 2001; HAUSMAN, 2005).

Assim, o líder poderá ser o mediador dessas relações, conhecendo as nuances perceptivas existentes em seu grupo de trabalho, dando direcionamento que permita uma melhor relação entre os componentes da equipe de enfermagem em si e entre as outras categorias. O ambiente de trabalho torna-se mais propício a uma boa prestação de serviço aos usuários e seus familiares.

Ainda se referindo à Concepção da Percepção da Enfermeira – específica da Unidade, as participantes chamaram a atenção para os aspectos estruturais relacionados ao espaço físico, às normas e rotinas e à organização da UTI em que atuam.

Dentre os aspectos estruturais da Unidade, o espaço físico representou o tema de maior frequência, com 57 (16,77%) das UA da Categoria 1, com predominância dos aspectos desfavoráveis, que podem interferir no cuidar/cuidado de enfermagem.

Os depoimentos que seguem confirmam estes dados:

“[...] os boxes dos pacientes são próximos uns dos outros [...] não dando privacidade; [...] a mobilidade dos funcionários nos boxes é ruim.” (Jasmim)

“[...] a UTI tem pouco espaço físico [...] o espaço [...] e as divisórias entre os leitos são inadequados / insuficientes [...].” (Girassol)

“[...] não temos uma estrutura física que dê uma boa visão ao profissional [...] não temos uma visão em semicírculo [...] deixando alguns pacientes de frente, outros de costas para o balcão de enfermagem. [...] não temos lugar para nos reunirmos e conversarmos [...] falta espaço para a equipe de enfermagem [...]” (Cravo)

As deficiências estruturais em um ambiente de UTI, sejam elas de organização ou espacial, podem prejudicar o andamento do serviço de forma direta ou indireta.

A estrutura física inadequada traz dificuldades de visualização e mobilização junto aos leitos, acarretando a redução da vigilância e lentificação das ações da equipe de saúde, principalmente, em momentos de emergência, o que poderá trazer prejuízos para o paciente crítico.

Além disso, como frisado pelas participantes, a ausência de privacidade prejudica a assistência prestada e a atenção dispensada ao paciente e família, já fragilizados e inseguros neste momento.

Um ambiente com privacidade permitirá ao profissional desempenhar suas ações de forma mais segura, sem interferência de outrem, diminuindo a exposição do paciente e problemas relacionais da equipe.

Na realidade, estas dificuldades podem interferir no trabalho e desmotivar os profissionais, visto que a resolutividade dos problemas não depende apenas da disponibilidade, do desempenho e da qualidade, deixando-os expostos a queixas que são incapazes de resolver.

Nesse sentido, Campos (2007) ressalta que os profissionais da saúde necessitam encontrar um ambiente de suporte capaz de lhes sustentar no exercício de suas funções.

Knobel (2006) destaca que a planta física de uma UTI deve concentrar todos os recursos tecnológicos disponíveis e, por este motivo, poderá sempre estar em modificação pelo surgimento de novos equipamentos e recursos que irão alterar as condutas para o cuidado do paciente crítico. Este autor refere, ainda, que o projeto físico de uma UTI pode aumentar ou reduzir a capacidade de prestar um tratamento intensivo moderno e seguro, por mais dedicada que seja a equipe de trabalho. É preciso que não haja descuido no planejamento da estruturação e construção de uma UTI.

Ao descrever a UTI, as entrevistadas referiram-se às normas e rotinas e à estrutura organizacional do trabalho. Chamam a atenção para os aspectos relacionados aos horários de visita, ao número de visitantes, à liberação de acompanhantes para menores de idade, à necessidade de acompanhamento para idosos, ao período estabelecido para o boletim médico, à presença do Serviço Social e da Psicologia contribuindo para um melhor atendimento ao familiar.

Os depoimentos abaixo evidenciam o descrito:

“[...] quando o paciente é criança ou adolescente [...] o acompanhante tem acesso livre [...]” (Margarida)

“[...] apesar do idoso ter direito a acompanhante, [...] aqui [...] ainda, não pode permanecer [...]. O familiar do idoso só permanece na UTI [...] em casos muito especiais.” (Cravo)

“[...] temos dois horários de visita; [...] pela manhã, pode entrar apenas um visitante, à tarde podem entrar dois [...]” (Orquídea)

“[...] o momento da visita melhorou com a ajuda do Serviço Social e da Psicóloga.” (Lótus)

“[...] os médicos passam o boletim, à família, no final da tarde.” (Girassol)

A família na UTI é importante não apenas para o paciente, mas para o próprio familiar, visto que, desta forma, ele poderá interagir melhor com o paciente, com o profissional e o ambiente.

Romano (2008, p. 127) afirma que:

É fundamental que as famílias sintam-se acolhidas e capacitadas a compartilhar sentimentos, construir estratégias saudáveis de enfrentamento, ou seja, amadurecer e instrumentalizar-se para lidar com a angústia e ansiedade, e auxiliar o paciente no enfrentamento da realidade.

Nessa situação, funciona a equipe multiprofissional quando, além da enfermeira e do médico, estão, também, a serviço do familiar o psicólogo e a assistente social.

Normas e rotinas são indispensáveis para a ordem em uma organização. Entretanto, o seguimento rígido e inflexível de algumas delas pode dificultar a formação de ações perceptivas, visto o afastamento do profissional do objeto a ser percebido, no caso, o familiar.

Arruda e Marcelino (1997, p. 159) referem que:

O hospital, por ser uma instituição normatizada, utiliza rotinas rigorosas para atender à demanda, cada vez mais crescente de serviços. A inflexibilidade nas rotinas, na maioria das vezes, é imposta principalmente pelas pessoas que aí trabalham. As rotinas estão mais direcionadas ao atendimento da comodidade dessas pessoas do que ao atendimento das necessidades da clientela.

Nesse aspecto, Menezes (2006) afirma que a UTI é um ambiente difícil e solitário, onde os indivíduos que estão dentro dele – internados ou trabalhando – são despidos de suas singularidades e submetidos a regras institucionais, separando-os do mundo exterior durante o período que nele estiverem locados.

No que diz respeito à organização, algumas enfermeiras referiram dificuldade no trabalho, pelo fato de ser uma instituição pública, onde os funcionários, por terem uma condição laboral estável, nem sempre prezam por um empenho qualificado. Esta afirmativa pode ser uma percepção preconceituosa existente em relação ao funcionalismo público, cuja fala que segue expressa:

“Pelo fato de ser uma organização pública, com servidores públicos [...] dificulta a organização do serviço; [...] a dificuldade de organização do serviço traz impacto negativo para a assistência; [...] percebo dificuldades na organização do serviço [...] por serem funcionários públicos.” (Íris)

b) Concepção da Percepção da Enfermeira referente à Família:

Esta subcategoria expressa como as enfermeiras percebem os familiares que frequentam a UTI. Identifica os aspectos favoráveis e desfavoráveis nesses indivíduos no momento da visita e mostram, também, as expectativas destes quando no ambiente da Unidade.

Os fatores desfavoráveis foram os mais frequentes nas falas das entrevistadas, com 56 (16,47%) das UA da categoria 1. Este dado foi o segundo mais ressaltado na categoria Concepção da Percepção da Enfermeira.

Os aspectos favoráveis encontrados e as expectativas dos familiares, apesar de menos representativos na subcategoria, trouxeram dados relevantes para a compreensão do desenvolvimento da percepção da enfermeira.

O ambiente da UTI, com suas características, quase sempre estressantes, até para os próprios profissionais que nele atuam, traz, ainda, maiores impactos, sejam sonoros, olfativos, visuais ou emocionais àqueles que desconhecem suas rotinas e funções.

Os familiares que chegam a essa Unidade vêm, muitas vezes, despreparados para enfrentar esta nova situação, o que os deixa nervosos, com medo e bastante apreensivos com o futuro do parente que se encontra internado.

Esta realidade pode ser visualizada nos depoimentos que seguem:

“[...] os familiares chegam à UTI muito apreensivos e nervosos; [...] alguns chegam a sentir-se mal, pela condição do paciente; [...] percebo-os [...] muito desorientados; [...] e muito inseguros.” (Magnólia)

“[...] por desconhecerem o ambiente da UTI, os familiares sofrem um impacto [...] ao verem seus parentes, que tinham suas funções normais, [...] com tubos, ventilação mecânica, monitorizações [...].” (Girassol)

“[...] os familiares são muito carentes de informação [...] a família não tem conhecimento, nem consciência da situação do paciente.” (Azaléia)

“[...] muitas vezes, os familiares são orientados [...] por um folheto que recebem na recepção.” (Magnólia)

Menezes (2006) afirma que, desde o primeiro contato com a Unidade, o visitante é recebido e orientado por vídeos ou folhetos explicativos sobre regras e normas do setor. A tecnologia e os diversos aparelhos ocupam um lugar central na UTI, sendo que, muitas vezes, o olhar inicial do visitante é dirigido para as máquinas, atraído pelos ruídos ritmados, e, só após algum tempo, depara-se com os doentes que a elas estão conectados.

Considerando os depoimentos acima, a Organização utilizada para a pesquisa adota como rotina, entregar na recepção e/ou no Serviço Social, um folheto explicativo, onde constam os horários e o tempo de visita em cada Unidade, o número de visitantes nas 24 horas, além de indicar os materiais higiênicos necessários para os cuidados do paciente. Diante do desconhecimento do familiar em relação à UTI, acredita-se que as ditas informações sejam insuficientes para o esclarecimento e a tranquilização do visitante.

Santaella (2001), citando Peirce, chama a atenção para o fato de que só percebemos o que estamos equipados a interpretar. Mas, como podemos interpretar algo externo a nós sem o julgamento da percepção que nos diga o que temos que perceber?

Pode-se inferir que a ansiedade, as angústias e os medos são sentimentos provenientes do desconhecido. Esta situação poderia ser suprida por meio da orientação clara e objetiva aos familiares, antes mesmo de sua chegada à Unidade. Mas, quando da impossibilidade de fazê-la previamente, a aproximação da equipe de enfermagem para prestar esclarecimentos poderia reduzir o grau de ansiedade dos familiares, geralmente leigos na área.

Entretanto, é importante ressaltar que a ansiedade pode, também, interferir na compreensão e assimilação dos fatos, das explicações e das orientações recebidas.

Com a finalidade de reduzir a ansiedade que se estabelece entre a equipe multiprofissional e os familiares na UTI, deve-se favorecer o contato constante desta equipe com os familiares, com o objetivo de melhorar comunicação e proximidade entre estes. Com isto, espera-se conhecer e redimir as dúvidas de ambas as partes. É necessário tentar diminuir o ritmo acelerado das atividades no trabalho, controlar a impaciência do profissional, valorizar o familiar e o paciente aprendendo a ouvir (KNOBEL, 2006).

Os relatos que seguem indicam o distanciamento do profissional em relação ao familiar, o receio de aproximar-se para esclarecer dúvidas, o que aumenta as angústias da família.

“[...] alguns procedimentos podem parecer agressivos [...] na visão dos familiares [...], mas são necessários, ao nosso trabalho; [...] por desconhecerem estes procedimentos, os familiares podem achar [...] que é mau trato [...] e não um cuidado ao seu parente.” (Cravo)

“[...] o relacionamento da equipe com a família ainda é muito precário.” (Azaléia)

Vale ressaltar que, alguns procedimentos de UTI, realmente, parecem agressivos, no entanto, para o cuidar/cuidado do paciente crítico, eles são indispensáveis. Muitas vezes, pela falta de esclarecimento, os familiares percebem ações do cuidar como agressões. Com certeza, esta percepção poderia ser modificada caso o relacionamento entre a equipe e a família fosse mais eficaz, com orientações dadas, claramente, pelos profissionais.

Nesse sentido, Silva (2006) afirma que, em determinados momentos, as práticas de cuidar na UTI, como a realização de procedimentos invasivos e dolorosos, por exemplo, podem ser confundidas com práticas incompatíveis com os valores da pessoa humana, embora seja importante a realização destas para a manutenção da vida.

Pitta (1999) diz que o contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesadas, impõe a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadoras que requerem, para o seu exercício, uma adequação de estratégias defensivas.

Em relação à percepção dos familiares quanto aos cuidados aparentemente agressivos, é bom lembrar que existem diferentes interpretações das percepções, de acordo com o modo de

ser de cada observador.

A esse respeito, Davidoff (2001) diz que a percepção das pessoas é um processo individual e estas têm expectativas e motivações características que influenciam suas impressões.

A forma negativa pela qual, às vezes, a família é vista pela enfermeira poderá ser um agravante que dificulta o relacionamento familiar/profissional, conforme destaca a fala:

“[...] a família na UTI é uma situação muito complexa [...] devido à individualidade das pessoas.” (Cravo)

Perceber as limitações do outro e considerar suas individualidades e singularidades são pontos importantes e indispensáveis para uma ação do cuidar/cuidado de enfermagem.

Somente será possível conhecer e ajudar as famílias se o profissional de saúde se dispuser a ouvi-las reflexivamente e entender sua realidade, pois, apesar de muitos problemas vivenciados dentro das famílias serem comuns, cada família possui sua individualidade e peculiaridades na forma de conhecer, perceber, sentir e reagir diante das situações esperadas ou inesperadas (WAIDMAN; STEFANELLI, 2005, p. 120).

Apesar da identificação predominante de pontos desfavoráveis, as enfermeiras têm consciência de que o trabalho multidisciplinar desenvolvido tem ajudado no cuidar/cuidado da família na UTI, atendendo aos seus direitos, sendo isto ressaltado no depoimento:

“[...] os familiares têm o acompanhamento [...] da assistente social e da psicóloga.” (Margarida)

Foi comum, nos depoimentos das participantes, a citação de aspectos referentes à presença do Serviço de Psicologia e do Serviço Social como favoráveis no auxílio à adaptação dos familiares no processo de doença e internação do paciente na UTI.

Romano (2008) diz que, no momento da internação, o psicólogo pode atuar como facilitador, melhorando a comunicação e ajudando, não só aos familiares, mas, também, ao paciente e à equipe nas situações comuns da hospitalização.

Ao considerar, ainda, os aspectos favoráveis, as enfermeiras destacaram a participação da família na busca de informações sobre o estado de saúde de seu paciente.

“[...] a família é questionadora no direito dela.” (Lótus)

“[...] se o familiar solicita é porque [...] algo o incomoda.” (Magnólia)

A participação e o envolvimento da família, no processo de cuidar do paciente crítico, poderão ajudar, não apenas ao paciente, mas, também, aos profissionais a direcionarem os

seus cuidados a partir das informações recebidas e, principalmente, ao próprio familiar que terá uma orientação mais segura sobre o estado de saúde do seu parente.

A informação é um elemento fundamental no contexto hospitalar, pois esta, quando feita eficientemente, diante de qualquer procedimento, representa segurança, transparência e participação efetiva no processo do cuidar/cuidado (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

As enfermeiras expressaram, ainda, suas percepções em relação às expectativas dos familiares quanto à internação do seu parente na UTI.

Expectativa é entendida, neste estudo, como a atenção antecipada de um acontecimento futuro, onde se inclui o preparo para a ação ou condições mentais capazes de enfrentá-la, ou seja, a esperança de direitos, possibilidades ou promessas que estão, geralmente, ligadas às novas situações e às emoções (ABBAGNANO, 2007; FERREIRA, 2010), mostradas nos depoimentos que seguem:

“[...] os familiares estão em busca de coisas [...] que [...] não podemos proporcionar.”
(Cravo)

“[...] os familiares acham que devemos resolver todos os problemas do paciente.”
(Magnólia)

“[...] mesmo quando o visitante é da área de saúde [...] percebe-se a expectativa e ansiedade em saber sobre seu familiar.” (Hortência)

“[...] o familiar quer atenção; [...] ele quer escutar alguma coisa do profissional.”
(Cravo)

Assim, é intrínseco ao ser humano buscar aspectos positivos mesmo nas adversidades. Apesar do medo e das incertezas devido à internação na UTI, os familiares têm sempre a necessidade de ouvir palavras de incentivo que lhes tragam esperança. Entretanto, o profissional vê-se impossibilitado de solucionar todos os problemas surgidos, que, muitas vezes, independem de suas ações, também ligadas às emoções, que, segundo Maturama (2001), determinam e definem a forma particular de execução da ação em certos momentos.

Nesse sentido, vale destacar que o trabalho da enfermeira na UTI é desgastante, tanto física quanto emocionalmente, principalmente quando é necessário comunicar aos familiares que o seu poder tem limites e que o objetivo almejado, muitas vezes, não é conseguido. É preciso que, tanto o paciente quanto a família sejam informados pela equipe interdisciplinar quanto ao quadro real de saúde do usuário naquele momento (MENEZES, 2006; ROMANO, 2008).

c) Concepção da Percepção da Enfermeira Quanto ao Paciente:

A Concepção da Percepção da Enfermeira Quanto ao Paciente refere-se à maneira pela qual a enfermeira percebe o paciente na UTI onde trabalha, em aspectos, na maioria das vezes, biológicos e sócio-culturais. Esta subcategoria representou 30 (8,82%) das UA da categoria 1.

As enfermeiras ressaltam características inerentes à clientela atendida, pontuando aspectos extraídos, em geral, de suas primeiras impressões, registradas nas falas:

“[...] temos um público com uma situação de baixo poder aquisitivo.” (Azaléia)

“[...] a pessoa é retirada do convívio familiar de forma brusca, por trauma ou violência.” (Magnólia)

“[...] cuidamos de pacientes cujo contexto social desconhecemos.” (Orquídea)

“[...] muitos dos nossos pacientes são excluídos sociais / vivem na marginalidade; [...] a mistura de características da clientela [...] dificulta a manutenção de contato com a equipe [...]” (Cravo)

Segundo as participantes, a clientela da Organização é carente, tem baixo poder aquisitivo e, pelo fato de ser um Hospital de referência em trauma, esses pacientes chegam a este local, em geral, de forma abrupta, cuja história é omitida ou não definida por motivos diversos.

É comum o receio e a preocupação do profissional em aproximar-se do paciente devido aos estereótipos habituais criados pela sociedade e pelos próprios profissionais da Organização. Este prejulgamento da equipe de enfermagem, em relação ao paciente, pode promover o afastamento e este, conseqüentemente, interferir no cuidado prestado.

Campos (2007) diz que a forma de cuidar e de receber o cuidado sofrem influência do conjunto de experiências e crenças tanto do cuidador quanto daquele que recebe o cuidado, interferindo no resultado final do cuidado oferecido. O estresse do profissional pode ser tão elevado que impede a aproximação necessária ao paciente.

Para Davidoff (2001), as primeiras impressões do ser humano, muitas vezes, são as que persistem na memória e dominam as suas percepções.

Desse modo, o profissional de saúde necessita usar o discernimento que lhe permita uma visão perceptiva mais real e profunda, frente às suas primeiras impressões sobre os pacientes ou seus familiares, as quais podem influenciar os seus julgamentos perceptivos.

Collière (1999) explana que é necessário descobrir a pessoa a partir do que ela exprime, não usando interrogatórios estereotipados e sistemáticos e, sim, tentar compreendê-la em relação ao seu contexto de vida. Complementa, dizendo que: “descobrir é procurar o sentido

do que se percebeu, do que se escutou, e isto não se pode fazer a não ser que as informações sejam agrupadas e analisadas à luz de conhecimentos que têm por objetivos torná-las significativas” (COLLIÈRE, 1999, p. 299).

O desconhecimento da real situação do usuário pode trazer erros de interpretação e percepção. Santaella (2001) discorre sobre a falibilidade da percepção, quando diz que esta pode falhar, mas pode, também, ser corrigida se houver outros acessos ao objeto de percepção, no caso o paciente.

Guerreiro (2004) considera que a realidade de vida das pessoas é diversificada e exige da enfermeira uma profunda observação para não cair em atitudes centradas no seu próprio modo de ver a vida e de crer, somente, em seu núcleo de conhecimentos.

A partir das ideias dos autores citados e dos sujeitos pesquisados, a enfermeira pode considerar que suas observações e percepções, resultantes de sua maneira de ser e de seus conhecimentos, não podem perder de vista o respeito pela realidade e crença do grupo cuidado ou a ser cuidado.

d) Concepção da Percepção da Enfermeira relativa à Organização:

A subcategoria Concepção da Percepção da Enfermeira relativa à Organização refere-se a como as enfermeiras percebem a Organização Hospitalar em que trabalham, levando em conta as suas características, o tipo de clientela atendida, os profissionais da equipe interdisciplinar e o conhecimento da organização quanto ao trabalho.

Apesar da baixa frequência nos depoimentos, 18 (5,30%) das UA, quando questionadas sobre como percebem o Hospital em que trabalham, 70% das participantes relataram pontos marcantes da Organização, dentre estes, ressaltaram dificuldades em relação à disponibilidade de recursos, para o desenvolvimento do trabalho. Entretanto, elas dizem encontrar formas de trabalhar com os recursos existentes, de tal modo que a prestação de cuidados não seja prejudicada. As falas abaixo podem confirmar esta afirmação:

“[...] temos menos recursos que alguns hospitais privados; [...] tentamos trabalhar de acordo com os recursos disponíveis [...].” (Magnólia)

“Considerando [...] a disponibilidade de procedimentos necessários, o trabalho é feito, sempre que possível, a tempo.” (Orquídea)

Os trabalhadores de enfermagem estão expostos, diariamente, às exigências e cobranças dos pacientes, familiares e da Organização em que trabalham. Situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de

funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes de materiais, de instrumentos, das máquinas e, também, dos próprios trabalhadores (MARTINS; ROBAZZI, 2009). Esses acontecimentos exigem do profissional atenção e dedicação.

A falta de recursos faz com que o profissional trabalhe em seu limite, numa busca constante de outros meios, nos quais se incluem as improvisações para suprir as necessidades dos pacientes. Desta forma, aumentam o estresse e a responsabilidade decorrentes das cobranças permanentes da organização, da família e dos próprios usuários sobre este profissional.

Por sua vez, é abordada a reduzida preocupação da Organização com a saúde do trabalhador, quando é referido o desconforto no trabalho e a falta de ergonomia nos setores. Esta situação é, claramente, expressa no depoimento:

“[...] não há conforto para o profissional ou ergonomia hospitalar; [...] a própria administração desconhece a falta de ergonomia [...]; às vezes, [...] tem o conhecimento, mas não o coloca em prática.” (Lótus)

A preocupação com a ergonomia é um dado bem estudado na área da saúde do trabalhador, porém ainda pouco avaliado nas organizações. A falta da ergonomia pode trazer ao profissional desânimo, aumento do cansaço e estresse, diminuindo o ritmo de trabalho e a satisfação do trabalhador. Essas situações podem deixar o profissional impaciente e insatisfeito com reflexo no desenvolvimento de suas atividades, inclusive no que se refere à interação profissional/usuário/família, prejudicando a qualidade da assistência prestada.

A preocupação com as condições de trabalho da enfermagem em hospitais vem atraindo a atenção de muitos pesquisadores, devido aos riscos que o ambiente oferece e aos aspectos penosos das atividades peculiares à assistência de enfermagem, entre os quais se destacam o desrespeito aos ritmos biológicos e aos horários de alimentação, falta de programa de trabalho, longas distâncias percorridas durante a jornada de trabalho, dimensão inadequada de mobiliários e a inexistência, insuficiência ou inadequação de materiais (MARZIALE; CARVALHO, 1998, p. 99).

Estas autoras complementam afirmando que, para a ergonomia, as condições de trabalho são representadas por um grupo de elementos interdependentes, que agem direta ou indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho.

Sabe-se que a má condição de trabalho poderá levar o profissional a criar estratégias ou mecanismos defensivos, transformando ou minimizando a situação real. Com esta fuga, o profissional afasta-se do familiar, delega suas ações ou atividades, a fim de não se sentir sobrecarregado física e emocionalmente e, por conseguinte, insatisfeito. Esta situação, provavelmente, influenciará no desempenho de suas ações, no processo e formação do

juízo perceptivo, visto que serão atingidos elementos formadores da percepção no ser humano, ou seja, o aspecto físico e sensorial que, conseqüentemente, agirá sobre os elementos cognitivos da percepção.

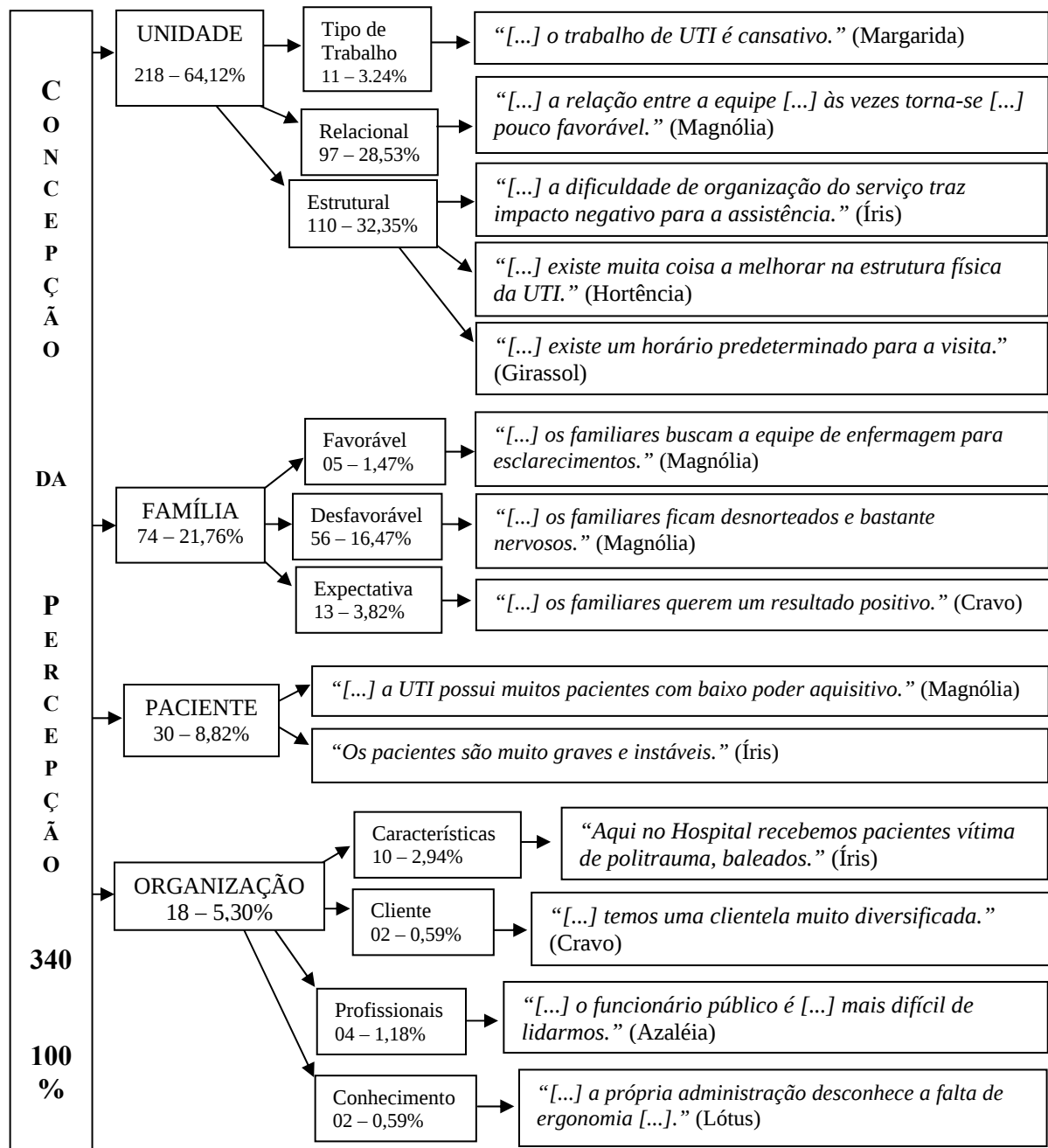
A filosofia da Organização transparece na sua posição de responsabilidade e valorização da qualidade de serviço e das condições de trabalho oferecidas ao funcionário.

Assim, ter o funcionário como aliado e promotor positivo de divulgação da imagem da organização é de grande importância para a coordenação dessa Unidade, pois o seu desempenho será favorável para todas as partes envolvidas no processo: tanto para o Hospital, que terá boas referências, como para o funcionário, que trabalhará com saúde e satisfação, bem como para os usuários, sejam eles paciente ou familiares, que terão uma assistência digna e de qualidade.

Por este motivo, o interesse pela saúde do trabalhador deve ser ressaltado, a fim de que o Hospital não seja visto apenas como local de trabalho, mas, percebido como um local humanizado, onde se possa prestar serviços com segurança, prazer e qualidade.

A figura que segue apresenta a síntese da categoria 1 – Concepção da Percepção da Enfermeira, com as respectivas subcategorias e exemplos de depoimentos.

Figura 2 – Síntese da análise da Categoria 1 – Concepção da Percepção da Enfermeira com suas subcategorias e exemplos de unidades de análise – Salvador-Bahia, 2010



Fonte: a autora.

4.2.2 Categoria 2 – Valorização da percepção da enfermeira

Na categoria Valorização da Percepção da Enfermeira (VP) foram reunidos os conceitos enunciados pelas participantes, ao considerar a valorização das suas percepções. Nesta oportunidade, foram agrupados os núcleos de significado pelas suas similaridades, a partir dos

quais se evidenciou três subcategorias: (a) Valorização da Percepção à Assistência, subdividindo-se em Valorização da Percepção à Assistência relacionada ao Familiar e Valorização da Percepção à Assistência relacionada ao Paciente – quanto a seus aspectos favoráveis e desfavoráveis; (b) Valorização da Percepção Pessoal; e, (c) Valorização da Percepção referente ao Profissional – que diz respeito à sua competência, aos relacionamentos e ao trabalho na UTI. Estas subcategorias foram distribuídas em 299 (34,73%) das UA das categorias.

A categoria VP, entre as quatro categorias, foi a segunda em representatividade. Dentre as subcategorias, a Valorização da Percepção à Assistência relacionada ao Familiar foi a mais destacada dentre todas do estudo, com 179 (20,79%) das UA das categorias, sobressaindo os seus aspectos favoráveis. Pode-se inferir, a partir deste dado, que existe preocupação das profissionais em valorizar o familiar quando presente na UTI.

O termo valor conta com várias conotações, conforme a área de estudo e a época nas quais esteja inserido. Ferreira (2010), entre as suas várias definições, expressa valor como a qualidade pela qual determinada pessoa ou coisa é estimável em maior ou menor grau; mérito ou merecimento intrínseco.

Abbagnano (2007) considera que o valor de um homem depende do uso de suas faculdades, não sendo, portanto, absoluto, estando subordinado ao juízo de outros. Chama atenção, ainda, que, desde a antiguidade, esse termo indicava a dignidade ou o mérito das pessoas, ou mesmo, a utilidade ou o preço de bens materiais.

Fernandes e Freitas (2006), nesse sentido, afirmam que o valor formado pelo homem diz respeito à conduta humana e, de forma particular, à conduta moral. Assim, o próprio agir humano é uma forma de expressar valores.

Seguindo esta linha de pensamento e, em consonância com os autores citados, o termo valor, neste estudo, é considerado como qualidade, mérito ou conduta de uma pessoa, associado ao próprio agir humano que, quase sempre, está subordinado ao juízo de outros.

O quadro 3, apresenta a categoria 2 – Valorização da Percepção da Enfermeira, o qual permite visualizar a distribuição das subcategorias com suas respectivas frequências.

Quadro 3 – Distribuição de Unidades de Análise Temática da Categoria 2 – Valorização da Percepção da Enfermeira e subcategorias. Salvador-Bahia, 2010

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE			
		SUBTOTAL		TOTAL	
		F	%	F	%
CATEGORIA 2 – (VP)				299	100,00
Valorização da Percepção da Enfermeira	- À Assistência				
	▫ Familiar			179	59,86
	. Favorável	<u>106</u>	<u>35,45</u>		
	. Desfavorável	73	24,41		
	▫ Paciente			40	13,38
	. Favorável	14	4,68		
	. Desfavorável	26	8,70		
	- Pessoal	49	16,39	49	16,39
	- Ao Profissional			31	10,37
	. Competência	09	3,01		
	. Relacionamento	06	2,01		
	. Trabalho	16	5,35		
TOTAL				299	100,00

A categoria VP será discutida a partir das subcategorias que seguem:

a) Valorização da Percepção à Assistência:

Esta subcategoria diz respeito à percepção das enfermeiras quanto à assistência prestada ao paciente e ao familiar, sendo, para tanto, subdividida em Valorização da Percepção à Assistência relacionada ao Familiar e Valorização da Percepção à Assistência relacionada ao Paciente.

Valorização da Percepção à Assistência relacionada ao Familiar:

A subcategoria Valorização da Percepção à Assistência relacionada ao Familiar, diz respeito à valorização pela enfermeira do familiar/visitante na UTI, a partir de considerações favoráveis ou desfavoráveis quanto à sua presença nos horários determinados para visita durante a internação do usuário.

Como citado anteriormente, esta subcategoria se mostrou a mais relevante do estudo como um todo e, dentro da categoria Valorização da Percepção da Enfermeira, representou 59,86% das unidades de análise. Vale ressaltar que sobressaíram os aspectos favoráveis à presença do familiar/visitante na UTI.

Nesta subcategoria foram levados em consideração diversos aspectos sobre o

familiar/visitante na UTI, com destaque para: o tipo de acolhimento; a importância da expressão fisionômica e do toque do profissional junto ao familiar apreensivo e sensibilizado; a aproximação com a família; a aceitação do visitante por parte da equipe de saúde; o valor da visita para o profissional, paciente e familiar; o receio do profissional em ficar exposto diante do visitante; as divergências de opiniões quanto aos horários e limitações da visita e a necessidade da melhoria do relacionamento entre a equipe e o familiar.

Os depoimentos que seguem facilitam a compreensão do assunto.

“[...] os visitantes precisam ser acolhidos, orientados e bem recebidos na UTI.” (Orquídea)

“[...] falta acolhimento aos familiares [...] pela equipe de enfermagem.” (Magnólia)

“[...] às vezes, respondemos ao familiar virando as costas e saindo do leito [...].” (Cravo)

“[...] é importante uma palavra [...] uma atenção [...] um olhar [...] uma resposta ao familiar.” (Cravo)

Acolher a família na UTI é uma preocupação das participantes que percebem a falta de acolhimento desde a chegada ao Hospital, a entrada na UTI até o momento da alta do paciente.

Acolher faz parte das ações de enfermagem e envolve o estar próximo, o conhecer o outro; a atenção e a orientação dispensadas àquele familiar que se encontra sensibilizado pelas alterações do processo saúde - doença e internação do seu ente querido.

Acolher significa receber, dar ouvidos, tomar em consideração, atender a, abrigar e amparar (FERREIRA, 2010). Logo, o acolhimento ao familiar envolve, não só o receber a pessoa, mas prestar a atenção necessária para ampará-la nos momentos difíceis.

Para Bermejo (2008), não é raro o endurecimento, ou seja, a desumanização dos profissionais da saúde que evitam confrontar o sofrimento produzido neles próprios pelo sofrimento alheio. A interação do profissional com o familiar depende da capacidade do primeiro trabalhar suas próprias emoções. Desta forma, permite um atendimento ético e de qualidade ao familiar e ao paciente.

O acolhimento à família tem sido um tema constantemente estudado, porém pouco posto em prática, em especial nas Unidades de Terapia Intensiva. As justificativas que surgem para esta omissão são as rotinas incessantes desta Unidade, a falta de tempo, além do desgaste físico e emocional dos profissionais. Entretanto, o profissional deve procurar superar estas dificuldades e a conduta impessoal, à medida que busca entender suas percepções sobre os problemas vivenciados por familiares e pacientes.

Os profissionais, para humanizar o cuidado na UTI, precisam, conscientemente, estar comprometidos com a verdade, a vida, a cultura, as crenças e os valores do paciente e seus familiares. A esse respeito, Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006) afirmam que, para humanizar, não basta prestar somente os cuidados físicos, é preciso haver uma boa acolhida e um sistema de informação integrado que assegure respeito e dignidade aos direitos do ser humano.

Humanizar significa, assim, perceber o outro, tocá-lo, ampará-lo e identificar suas necessidades. Nesse sentido, e ao considerar o toque, por exemplo, a participante *Hortência*, diz que ele pode representar uma forma de comunicação importante a ser utilizada pela enfermeira com o familiar.

“[...] às vezes, não é preciso falar palavra alguma [...] é dar um sorriso, colocar a mão no ombro [...] percebe-se pelo olhar, que a pessoa está amparada e vai fazer alguma pergunta.” (Hortência)

Nas ações do dia a dia, Davidoff (2001) diz que as percepções em relação aos outros são dependentes de sinais não verbais e verbais de comunicação, quais sejam: expressão facial, posição, gesticulação, direção do olhar, o toque, além do tom, altura, pausas e ritmo da fala. Desta forma, os seres humanos, ao observar estes sinais, tiram conclusões a respeito de suas causas.

Em qualquer momento do cuidar/cuidado, o toque é uma forma de comunicação significativa, pois, como visto, através dele podem ser transmitidas múltiplas mensagens, dentre elas: segurança, compreensão, apoio, cordialidade, tranquilização, encorajamento e desejo de ajudar.

Prosseguindo a análise dos depoimentos, algumas participantes expressaram dificuldades e certa resistência da equipe, em geral, ao aproximar-se da família na UTI. Esta situação dificulta a comunicação entre profissional e familiar, o que prejudica a identificação de necessidades do familiar que precisam ser atendidas. Isto pode ser notado nas falas abaixo.

“[...] a experiência com o familiar torna-se limitada por conta do tipo de aproximação.” (Magnólia)

“[...] faz parte da equipe, ter resistência a dar informação à família.” (Azaléia)

“[...] a equipe de enfermagem passa pelo paciente, vê o visitante e não se aproxima.” (Orquídea)

Em estudo anterior sobre a adequação da comunicação da equipe de enfermagem aos familiares de pacientes críticos, Inaba, Silva e Telles (2005) ressaltaram que é importante a

enfermagem estar presente durante a visita dos familiares aos pacientes, explicando os cuidados, os problemas de enfermagem e esclarecendo as dúvidas. Afirmam que os profissionais de saúde não assumem que cuidam das famílias, nem se sentem responsáveis por elas. Vale lembrar que as famílias correm, também, risco de doenças físicas devido ao estresse, além de estarem passando por insegurança e medos que podem comprometer a capacidade de decisão e a ajuda ao próprio paciente.

Menezes (2006, p. 82) considera que:

O poder e o saber do intensivista são confrontados por meio do contato com os familiares. O profissional, que até então lidava apenas com órgãos e funções, é forçado a entrar em contato com uma pessoa. A equipe geralmente funciona com certa indiferença afetiva ou afastamento emocional.

Acredita-se que, para ver, interpretar e perceber uma coisa, objeto ou pessoa, o interpretante é influenciado por fatores internos e externos. Dentre os fatores internos estão o interesse, a motivação, os valores e os objetivos. Entre os externos podem ser citados a intensidade do estímulo, o contraste, o movimento e a incoerência, que chamam a atenção do interpretante.

O momento da morte, a tristeza e o choro intensos são situações que podem levar a enfermeira a aproximar-se do familiar, visto que, destoam dos padrões.

Os depoimentos que seguem confirmam estas colocações.

“[...] nos aproximamos e conversamos mais com os familiares mais chorosos.” (Magnólia)

“[...] o meu envolvimento com o familiar é no momento da morte.” (Jasmim)

Ainda nesta subcategoria surgiram colocações desfavoráveis no que diz respeito à presença da família na UTI.

“[...] temos funcionários que são resistentes [...] não gostam da família na UTI; [...] os funcionários poderiam ajudar mais a família [...], mas eles não gostam.” (Jasmim)

“[...] alguns colegas não gostam do familiar na UTI.” (Magnólia)

“[...] por mais que [...] saibamos da importância da família na UTI [...] no dia a dia, achamos que a família incomoda.” (Azaléia)

“[...] o familiar que solicita e pergunta muito, às vezes, incomoda.” (Azaléia)

É possível perceber, nos depoimentos, os aspectos considerados desfavoráveis na visita dos familiares, segundo a percepção das enfermeiras. Estas, quando expressam posições

negativas, atribuem a ação a outros colegas ou outros profissionais. Apenas uma informante relatou que, mesmo dando valor à família na UTI, assume que esta a incomoda no dia a dia e nas rotinas de trabalho. Entretanto, quando estas se referem aos pontos favoráveis da presença do familiar, discutidos posteriormente, assumem a posição de agente da ação.

Vale ressaltar que a família, durante a internação do seu parente, também necessita de cuidados pela insegurança e incertezas geradas em um ambiente para ela hostil. Por isso, a enfermeira, embora tenha uma rotina sobrecarregada de múltiplas funções, deve ser observadora, perceptiva e estar preparada para notar esta carência e assegurar o acolhimento necessário à família.

A assistência à família é um dos aspectos mais aflitivos do trabalho do enfermeiro em UTI. Como os pacientes criticamente enfermos ocupam muito tempo da enfermagem, a avaliação das necessidades dos familiares pode tornar-se um dos maiores desafios para o enfermeiro, pois as necessidades variam de um membro da família para outro (OLIVEIRA, 2006, p. 38).

Nesse sentido, Waldow (2007) afirma que, se a família não for adequadamente esclarecida e a equipe de saúde for indiferente aos seus sentimentos e necessidades, esta poderá dificultar o processo de cuidar ao invés de ajudar.

A esse respeito, Hayakawa, Marcon e Higarashi (2009, p. 180) relatam que:

Quando o enfermeiro não é capaz de relacionar-se com os pacientes e seus familiares ou não procura compreendê-los para solucionar ou minimizar seus problemas, acaba por inviabilizar o estabelecimento do relacionamento terapêutico efetivo, perdendo, conseqüentemente, um poderoso instrumento do cuidado de enfermagem.

Apesar de terem sido abordados pontos desfavoráveis quanto ao acolhimento, à aproximação do profissional com a família e à resistência à presença desta na UTI, nos depoimentos, a citação de que o familiar não incomoda às enfermeiras e sua presença é importante na UTI sobressaíram aos aspectos desfavoráveis. Isto pode significar a valorização positiva dada pelas participantes à visita do familiar.

“[...] os familiares não incomodam durante a visita; [...] não me incomoda [...] ver um familiar entrar e sair da UTI e questionar alguma coisa.” (Íris)

“[...] não vejo a visita como algo que atrapalhe; [...] faz parte do nosso trabalho; [...] cuidamos de pessoas.” (Magnólia)

“[...] gosto da presença do familiar.” (Lótus)

“[...] a visita é importante para a pessoa, para a família [...] e para os amigos daquela pessoa [...].” (Orquídea)

“[...] A presença da família na UTI é importante.” (Azaléia e Girassol)

“[...] acho que o familiar ajuda [...] é necessário o familiar estar junto ao paciente; [...] o familiar é necessário na UTI.” (Hortência)

“[...] com o familiar próximo, o paciente [...] reduz a ansiedade, o solicita [...] e sobrecarrega menos a equipe [...].” (Íris)

“[...] quando o paciente está sem sedação [...] o familiar vai chamar, acariciar, pegar, sentir [...] é importante.” (Hortência)

“[...] com a família é possível saber um pouco mais daquele paciente que está no leito; [...] é possível saber até como o paciente irá se comportar [...] após a retirada da sedação.” (Lótus)

A partir desses depoimentos, pode-se verificar que, apesar da constatação de que o ambiente estressante da UTI e sua tecnologia em constante evolução se constituíram em fatores que, de certo modo, contribuem para o afastamento do profissional do paciente e sua família, as participantes da pesquisa percebem a importância e valorizam a presença do familiar/visitante neste setor.

A enfermeira, quando interage com o familiar e o paciente, consegue, através de ações perceptivas, conhecê-los como um todo, e, desta maneira, considerar a assistência centrada na família como parte de seu plano de trabalho.

Santos e Silva (2006) afirmam que, quando as habilidades dos enfermeiros na interação com os familiares, apreendidas por suas experiências profissionais, são estabelecidas com sucesso, podem influir positivamente nos cuidados com o paciente.

Esta ideia pode ser complementada quando Waldow (2007, p. 123) diz que “a presença da família junto do paciente e o seu carinho são fundamentais, e a equipe deve estar atenta, esclarecendo, informando, dando apoio, pois assim haverá grande ajuda para o crescimento do ser cuidado.”

Surgiram, em alguns depoimentos, colocações aparentemente contraditórias, pois a mesma pessoa que fala que a visita é importante para o paciente, frisa, também, que o familiar atrapalha mais do que ajuda quando o utente se encontra sedado. E outras afirmam que a visita é importante para o paciente lúcido.

“[...] para os pacientes entubados e sedados [...] a presença do familiar pode atrapalhar mais do que ajudar.” (Íris)

“[...] a presença da família é importante para o paciente lúcido.” (Orquídea)

A presença da família, realmente, será mais percebida pelo paciente e equipe quando este

se encontra lúcido e comunicativo, porém, mesmo o paciente sob sedação poderá ter oscilação no nível de consciência e conseguir perceber algo do meio externo. Desta forma, a visita é favorável ao paciente sob sedação e expressa, nesse sentido, um meio de humanização da assistência, sobretudo para o binômio paciente/família.

Quanto à presença do familiar junto ao paciente, são levantadas pelas participantes questões relativas à realização de procedimentos durante a visita. Elas afirmam preferir desenvolvê-los sem a presença do familiar, solicitando o afastamento deste, mesmo que facilitem o seu retorno e compensem o tempo de visita posteriormente.

“[...] nos horários de visita [...] evitamos fazer procedimentos eletivos e prestar cuidados diretos ao paciente [...] para não atrapalhar o contato familiar.” (Magnólia)

“[...] caso haja intercorrências durante a visita [...] pedimos que o familiar se retire [...] compensando o tempo, posteriormente.” (Girassol)

É claro que, na percepção das participantes, está expressa a preocupação em não ocupar os horários de visita, já restritos para os familiares, com procedimentos eletivos. Com isso, podem manter a privacidade do paciente e, também, poupar os familiares de visualizarem ações que desconhecem e que podem lhes parecer estranhas ou agressivas.

Por outro lado, o afastamento do familiar no momento de procedimentos pode exprimir, também, o fato de os profissionais se sentirem vigiados em suas ações. Em estudo realizado, Correa, Sales e Soares (2002) afirmam que a família, na concepção do enfermeiro, torna-se vigilante em relação ao fazer da equipe de saúde.

Já Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006, p. 1061), ressaltam que “os horários de visita e a permanência dos familiares por um período mais prolongado junto aos doentes contribuem, valiosamente, para segurança dos pacientes, de seus familiares e, também, para os profissionais.”

Esta subcategoria permite a inferência de que a presença da família na UTI significa segurança para o paciente e a busca de um cuidado humanizado. Valorizar este familiar é uma parte integrante e indispensável ao cuidar de enfermagem.

Lima e Santa Rosa (2008) confirmam este dado ao colocarem que não é suficiente permitir a visita do familiar na UTI, mas é preciso cuidar deste indivíduo para dar força ao trabalho de enfermagem. Este cuidar do familiar denota compreender as suas emoções, seus gestos, seus conceitos e suas limitações.

Cuidar do familiar denota, então, percebê-lo dentro de seu contexto bio-psico-socio-espiritual com vistas à prestação de um cuidado individual, humanizado e integral.

Valorização da Percepção à Assistência relacionada ao Paciente:

Esta subcategoria abrange aspectos referentes à percepção das enfermeiras participantes quanto à assistência ao paciente na UTI e os valores que lhe são atribuídos por estas profissionais. Representou 13,38% das UA da categoria Valorização da Percepção da Enfermeira, sendo mais ressaltados os aspectos desfavoráveis com 26 (8,70%) das UA.

Dentre os temas emergentes, os mais abordados pelas participantes foram: o preconceito existente em alguns membros da equipe quanto às características dos pacientes internados; a falta de interesse da equipe em conhecer a história familiar destes usuários; desconsiderar a percepção do paciente quando sedado e reconhecer a dependência da maioria destes na UTI.

Os depoimentos permitem visualizar estas percepções.

“[...] tivemos um paciente vítima de múltiplos tiros [...] a equipe achou que era “bandido”; [...] o paciente levou vários tiros [...] mas não era bandido [...] tinha sofrido um assalto.” (Lótus)

“[...] as características do paciente atendido repercute, negativamente, no cuidado.” (Íris)

Dentre os preconceitos expressados, nas unidades estudadas, o estereótipo mais comum foi o da marginalidade. Ao chegar à UTI um paciente ferido por arma de fogo ou arma branca, a equipe, em geral, predetermina que ele é marginal, ladrão, usuário de droga, “fichado” na polícia ou que se feriu em brigas de grupos. Esta situação acaba por promover o distanciamento entre a equipe e o paciente.

Com os depoimentos acima, as participantes mostram que é possível um profissional em serviço fazer um juízo de valor por meio de suas percepções. Como no segundo depoimento, por exemplo, este juízo de valor pode influir negativamente no cuidado a ser prestado ao paciente.

Entende-se por juízo de valor um julgamento feito de um ponto de vista pessoal, em vez de utilizar um pensamento racional. O julgamento não racional é passível de erro, pois aquele que julga precisa conhecer melhor todas as circunstâncias para atribuir, com segurança, um valor e agir dentro de uma visão ética.

Gadamer (1996) afirma que a aplicação do juízo de valor também envolve os julgamentos que se modificam conforme as mudanças de perspectivas.

A percepção envolve estas mesmas características e, segundo Mora (1998), não é exclusivamente um ato de inteligência, mas a apreensão psíquica onde intervêm sensações, representações e, ainda, juízos em um ato único. Assim, é necessário fazer uma análise para conhecer os elementos separadamente.

Outro ponto abordado nos depoimentos é a percepção quanto ao paciente sedado em relação ao meio.

“[...] na concepção dos profissionais, o paciente entubado e sedado não percebe o familiar [...].” (Orquídea)

“[...] acredito que os pacientes entubados e sedados não têm percepção da realidade.” (Íris)

“[...] a visita é importante, também para o paciente que mesmo sedado pode [...] perceber a presença do familiar, ouvir e compreender.” (Girassol)

Ao analisar estas colocações, percebe-se que são antagônicas, pois as duas primeiras afirmam que o paciente sedado não tem percepção, enquanto a última considera a possibilidade perceptiva deste paciente.

Nesse sentido, Knobel (2006) diz que consciência é a capacidade de percepção do próprio indivíduo e dos estímulos provenientes do meio ambiente. Esta não pode ser medida objetivamente por nenhum instrumento e, para estimá-la, torna-se necessária uma interpretação minuciosa de vários sinais clínicos e de estudos neurofisiológicos. Sendo que, em várias situações, pode ocorrer a flutuação dos níveis de consciência.

Portanto, em algum momento, estando sedado, sonolento, obnubilado ou em torpor, há a possibilidade de o paciente perceber e/ou compreender o mundo a sua volta.

Ainda a este respeito, Smeltzer e Bare (2000) consideram que a estimulação sensorial deve ser feita a fim de compensar a sua privação no indivíduo inconsciente. A enfermeira deve tocar, conversar com o paciente e estimular o familiar a fazê-lo, visto que a comunicação verbal ou não verbal é importante. Estas autoras frisam, inclusive, a necessidade de não tecer comentários negativos quanto ao estado e prognóstico na presença do usuário, mesmo que este esteja sob sedação, obnubilado ou torporoso.

Surgiu, nesta subcategoria, o depoimento de uma enfermeira que percebe, em alguns profissionais, o desinteresse sobre a história familiar do paciente.

“[...] alguns profissionais não gostam de saber da história familiar do paciente; [...] não acham importante saber da história familiar do paciente.” (Orquídea)

No entanto, a interação entre paciente/família/profissional é essencial no processo de cuidar, visto que a formação desse elo poderá permitir o desenvolvimento de ações direcionadas e individualizadas.

Como já mencionado, afastar-se do paciente e de sua história de vida pode se constituir em um mecanismo de defesa do profissional para evitar envolvimento e, até mesmo, o julgamento

da pessoa que é por ele cuidada. Por outro lado, este afastamento poderá prejudicar o desenvolvimento do cuidar/cuidado.

Collière (1999) afirma que a prática de enfermagem encontra sua razão de ser na pessoa, que não deve ser tratada como um objeto portador de uma doença, mas um objeto de cuidados, quando se considera sua realidade, a maneira como vive e suas relações sociais.

Portanto, conhecer o outro, aquele que é cuidado, sua história familiar, é, também, uma forma de cuidar em enfermagem, de comunicar-se com o ser humano a ser cuidado.

Costa (2004), a esse respeito, afirma que a comunicação é mais do que uma ferramenta terapêutica, mas uma atitude profissional promotora da autonomia, confiança e felicidade.

Complementa, ainda, ao relatar que: “enfermeiro, doente (e sua família) são, assim, os intervenientes de um processo bidirecional, no qual os atores se interinfluenciam, o que requer, da parte de cada um, a capacidade de aceitar influenciar e ser influenciado, dar e receber” (COSTA, 2004, p. 76).

A participante *Magnólia* afirma a necessidade de o profissional intensivista perceber a dependência do usuário frente aos cuidados que lhe são prestados, como é percebido em seu depoimento:

“[...] algumas pessoas não conseguem perceber a necessidade do paciente; [...] não percebem que o paciente está [...] entregue em nossas mãos.” (Magnólia)

Nesse sentido, Santaella (2001, p. 96) diz que “perceber é se dar conta de algo externo a nós, o *percepto*. É isso, aliás, que dá ao perceber sua característica peculiar, senão não haveria diferença entre perceber e sonhar, alucinar, devanear, pensar abstratamente.”

Knobel (2006), por sua vez, refere que na UTI a vulnerabilidade é soberana. O paciente torna-se dependente de máquinas e de humanos para sobreviver.

Neste aspecto, Waldow (2008, p. 71) comenta que “a própria doença provoca a nudez do ser, o que, por consequência, torna-se mais vulnerável, necessitando de compreensão, aceitação e respeito”.

Cabe à enfermeira, frente a estas observações, ficar atenta às suas próprias percepções sobre este ser vulnerável e minimizar os efeitos de sua dependência, prestando-lhe cuidado humanizado e de qualidade.

b) Valorização da Percepção Pessoal:

Esta subcategoria se refere às condições pessoais que as próprias enfermeiras percebem como necessárias em si mesmas e nas suas relações com os familiares dos usuários na UTI.

A subcategoria Valorização da Percepção Pessoal representou 49 (16,39%) das UA da

Categoria Valorização da Percepção da Enfermeira e, no cômputo geral, correspondeu a 5,69% das UA. Foi a segunda subcategoria mais ressaltada na categoria VP e trouxe aspectos relevantes à formulação da percepção da enfermeira, com a reflexão de suas ações frente ao familiar/visitante na UTI.

As falas das participantes mostraram diversidades de percepções pessoais. Foram abordados temas como: a necessidade de maior conforto e horário de descanso para a enfermeira devido ao trabalho estressante; as necessidades sentidas por essas profissionais de se aproximar da família para um conhecimento mais detalhado desta e do paciente, criando condições para uma melhor orientação; a importância do crescimento pessoal ao interagir com novas pessoas no cotidiano do trabalho. Os depoimentos, a seguir, trazem esta realidade.

Em relação à necessidade de descanso:

“[...] temos que ter um momento de descanso [...] temos que ter um conforto para enfermagem.” (Hortência)

O trabalhador de enfermagem sabe que o trabalho em uma UTI é incessante, minucioso e exige grande atenção do profissional. Um ambiente e um horário para descanso são, portanto, aspectos a ser considerados, visto que o estresse e o cansaço são fatores que exercem influência direta no perceber e no agir do profissional.

Campos (2007) diz que o estresse do profissional pode levá-lo a afastar-se do paciente e, ainda, perder a objetividade nos cuidados a serem prestados.

Quanto à importância de aproximação com os familiares, as enfermeiras relataram:

“[...] me polio [...] no que se refere à postura profissional junto às visitas. [...] sempre que um familiar vem me questionar, quando estou ocupada [...] me irrita, mas respiro fundo e me coloco no lugar dele.” (Azaléia)

“[...] sempre me ponho à disposição dos familiares para tirarem suas dúvidas [...], exceto nos aspectos médicos [...].” (Girassol)

“[...] sempre que possível, tento me aproximar [...] do acompanhante, mãe ou pai [...] para saber da história familiar; [...] e o seu conhecimento quanto ao motivo da internação do seu parente.” (Orquídea)

“[...] sempre que me perguntam [...] procuro responder [...] dentro dos limites da enfermagem.” (Cravo)

Segundo Knobel (2006), os familiares passam por um processo de ajustamento emocional. Sendo assim, a forma de agir da enfermeira frente ao familiar e o estar disponível para acolhê-lo são papéis que exigem um desempenho verdadeiro e firme, a fim de transmitir-lhes conforto e segurança no processo de internação do paciente na UTI.

Davidoff (2001) considera que, pelo fato de nossa vida depender tão amplamente dos outros, nós, seres humanos, tendemos a ser observadores do próximo; a isto ela denomina percepção da pessoa.

O ser humano doente oferece ao profissional de saúde um desafio difícil de transpor. Desta maneira, é preciso que a enfermeira esteja em condições físicas e psicológicas favoráveis para lidar com o sofrimento alheio e compreender melhor os problemas do próximo, no caso pacientes e familiares. Assim, poderá perceber o outro e ajudá-lo em suas necessidades.

Em um dos depoimentos foi pontuado o déficit do envolvimento do enfermeiro/paciente/família no cuidar/cuidado. Nele, *Magnólia* assume como falha pessoal a falta de retorno da família à UTI após a alta do paciente.

“[...] considero a ausência de retorno da família, também, como falha minha.”
(Magnólia)

Quando se criam vínculos, os pacientes e seus familiares expressam apreço, gratidão, afeição e respeito pelas enfermeiras no seu difícil trabalho (PITTA, 1999).

Porém, se este vínculo não se dá de forma adequada, isto é percebido pelo familiar que responde com afastamento e esquecimento, dando a sensação ao profissional de que seu trabalho não foi reconhecido, pois, mesmo estando tecnicamente seguro, não considerou o ser humano holisticamente.

A esse respeito, Oliveira *et al.* (2003) dizem que a preocupação com as técnicas podem diminuir os momentos de reflexão sobre o ser cuidado, mostrando uma assistência de enfermagem adequada e segura, porém sem os sentimentos de afetividade e disponibilidade, ou seja, sem envolvimento emocional. Isto demonstra o quanto o distanciamento entre razão e sentimento está presente na rotina da vida do ser humano.

Em outro depoimento, *Hortência* ressalta um aspecto positivo resultante de sua percepção, quando se lembra do crescimento e aprendizado pessoal constantes durante a jornada de trabalho.

“[...] cada dia vejo como um aprendizado [...] uma coisa nova [...] e tento melhorar o meu conhecimento.” (Hortência)

A esse respeito, Santaella (2001, p. 114) cita que “o conhecimento, que se gera da experiência, só tem valor na medida em que contribua para futuras interpretações.” Morin (2010, p. 47) contribui ao afirmar que: “ensinar a viver necessita não só dos conhecimentos, mas também da transformação, em seu próprio ser mental, do conhecimento adquirido em

sapiência e da incorporação dessa sapiência para toda a vida.”

As reflexões da enfermeira antes, durante e após as ações de cuidar, devem estar imbuídas do seu compromisso com o conhecimento adquirido, associando-o à vida prática.

Waldow (2007) comenta que o conhecimento não é só aquele adquirido na academia, mas, também, tem relação com a experiência e com o interesse de aprimoramento e atualização.

c) Valorização da Percepção referente ao Profissional:

A subcategoria Valorização da Percepção referente ao Profissional aborda aspectos relacionados à competência, ao relacionamento e ao trabalho das enfermeiras na UTI. Representou 10,37% da categoria Valorização da Percepção da Enfermeira, com 31 UA.

Durante os discursos, as participantes trouxeram aspectos relativos à competência, com abordagem referente ao compromisso e à qualificação dos profissionais que atuam na Unidade.

Considera-se competência como a qualidade, habilidade, responsabilidade e capacidade de um indivíduo para desenvolver uma atividade ou solucionar um problema ou situação. Por sua vez, compromisso é entendido como um dever ou obrigação de caráter social que envolve características pessoais e profissionais, numa perspectiva moral e ética.

Portanto, quando um profissional assume uma função, em suas atividades diárias, deve ter habilidade para desenvolvê-la e compromisso consigo e com o outro que faz parte de sua ação.

Foram marcantes os seguintes depoimentos:

“Vejo [...] que existem muitos funcionários [...] comprometidos e qualificados; [...] tanto enfermeiros, quanto técnicos são profissionais empenhados.” (Íris)

“[...] temos um potencial muito bom neste hospital [...] os funcionários são capacitados.” (Hortência)

As participantes trazem aspectos positivos quanto ao preparo e qualificação dos profissionais, sejam eles técnicos de enfermagem ou enfermeiros.

A qualificação profissional é de grande valia para o desenvolvimento do cuidar/cuidado, traz subsídios para o desenvolvimento de ações mais seguras e possibilita a reflexão quanto ao compromisso do profissional em atender as necessidades do paciente e família.

Entretanto, uma das participantes chamou a atenção para aspectos de desinteresse do profissional, que nem sempre reflete sobre suas ações, acomodando-se ao fazer diário, como expressa o seguinte depoimento:

“[...] a equipe faz sempre a mesma coisa [...] não reflete, não pensa sua prática profissional.” (Margarida)

Quando se fala em qualificação e se considera a complexidade do cuidar, deve-se atender tanto aos conhecimentos e habilidades técnicas do enfermeiro quanto aos conhecimentos das ciências comportamentais que darão, na sua totalidade, condição ao profissional de prestar um cuidado holístico.

A esse respeito, Waldow (2007, p. 85) expressa:

Parece imprescindível que a enfermagem, como um todo, precisaria não só gostar do que faz, mas também valorizar o cuidado em sua plenitude, desde as ações mais simples às mais complexas, exercendo-as com competência, conhecimento, habilidade, sensibilidade e, também, prazer. Ter orgulho de serem cuidadoras.

Collière (1999, p. 144) cita, ainda, que “para que a técnica se mantenha ao serviço dos cuidados, e não os cuidados ao serviço da técnica, é indispensável questionar a necessidade da sua utilização, definindo-a em relação ao conjunto dos problemas humanos.”

Ao abordarem o relacionamento entre os elementos da equipe, as participantes se referem ao companheirismo, ao coleguismo, à necessidade de respeito mútuo, aspectos mencionados como necessários ao trabalho interdisciplinar, à valorização do profissional e à prestação do cuidado voltado para o paciente crítico e sua família.

As falas abaixo exemplificam esta situação:

“[...] não precisa [...] gritar com a equipe para saber que você ali é a autoridade [...] os técnicos te chamam de ‘Dona’, sorriem [...] e brincam, mas, na hora de chamar a atenção, [...] eles compreendem.” (Hortência)

“[...] perceber quando desrespeito o outro [...] é o ponto principal do relacionamento.” (Cravo)

O respeito pela pessoa de cada um, pelo seu saber, pelo seu tipo de trabalho é indispensável ao cuidar humano integral, visto que a interdisciplinaridade, a troca de saberes e as experiências poderão facilitar a solução de problemas.

Bermejo (2008) afirma que o trabalho em equipe se constitui em um ingrediente da inteligência emocional, importante para os profissionais de saúde. Diz que o treinamento das habilidades sociais não tem como fim único a melhoria da qualidade das relações com o paciente e família, mas, também, como estratégias para resolver problemas e produzir mudanças.

Fatores externos como o mau relacionamento e o desrespeito ao outro irão influenciar, diretamente, no cuidar/cuidado, pois interfere nas ações dos profissionais, nas formas de ver o outro e, conseqüentemente, na sua percepção.

Nesse sentido, Silva (2007, p. 28) refere que:

Em função da complexidade do trabalho multidisciplinar, é necessário o desenvolvimento adequado dos profissionais de saúde, para interagir e se relacionar para executarem um trabalho cooperativo com vistas a um objetivo comum - a recuperação do paciente.

A autora segue dizendo que os valores, as crenças e as atitudes estão presentes no cotidiano dos profissionais. Para que estes valores interfiram positivamente na qualidade do trabalho será preciso que haja certa consonância e intercâmbio entre o ser cuidado, os meios e seus cuidadores.

Na percepção das enfermeiras participantes, o trabalho profissional deve ser valorizado e respeitado. Elas percebem que o contato multiprofissional (médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro) é importante, no momento da visita, mas deve haver uma participação mais ativa da enfermeira nessa ocasião.

Os depoimentos abaixo demonstram a necessidade de valorização do profissional.

“[...] o vínculo de ser funcionário público, não quer dizer que não faça seu trabalho direito [...] é uma situação difícil de lidar.” (Azaléia)

“[...] alguns familiares acham que não nos incomodamos com os problemas dos pacientes; [...] alguns familiares [...] trazem “lembrancinhas” para a equipe [...] e dizem que é para cuidarmos melhor do seu paciente [...] é importante esclarecer aos familiares e valorizar o nosso serviço. [...] devemos ser respeitados [...].” (Lótus)

A partir destes relatos, observa-se como estas enfermeiras sentem que o seu trabalho não é valorizado. Percebe-se, no depoimento de *Lótus*, a indignação ao ver que seu trabalho não é entendido, nem valorizado; sente-se subornada.

Campos (2007) ao discutir sobre o profissional de saúde e sua relação com o paciente e família diz que é fundamental para o ser humano a necessidade de ser aceito, reconhecido ou valorizado pelos outros.

Vale lembrar que o cuidador também precisa ser cuidado, pois, no estresse cotidiano em que vive este profissional, no contato direto com o sofrimento, torna-se igualmente vulnerável e demanda apoio e suporte. Acreditar, confiar, reconhecer e respeitar sua eficiência e capacidade são formas de valorizar o desempenho profissional.

Em alguns momentos das entrevistas, a enfermeira ressalta a importância da orientação da equipe de enfermagem ao familiar/visitante, mas, às vezes, transfere, totalmente, o seu papel de orientadora para outros, quando deveria ser uma função exercida em conjunto com outro profissional. Segue-se, no entanto, depoimentos de outras participantes que reconhecem o

valor do trabalho interdisciplinar, porém estão conscientes de que a enfermeira deve ser mais atuante no momento da visita, dando orientações, coordenando, vigiando e apoiando os familiares mais necessitados.

Esta situação pode ser identificada nas falas abaixo:

“[...] a família na UTI é uma questão da psicologia [...] precedendo a visita, a psicóloga deveria [...] reunir os familiares [...] orientando os mesmos quanto aos equipamentos que possam estar sendo usados por seus parentes na UTI.” (Girassol)

“[...] os familiares têm que ser mais informados, como encontrarão o paciente na UTI [...] pelo Serviço Social e pela Psicologia.” (Jasmim)

“[...] não é só o médico que tem que estar próximo ao visitante; [...] é, principalmente, a equipe de enfermagem que tem que supervisionar a visita.” (Orquídea)

“[...] às vezes, nem a assistente social, nem a psicóloga conseguem suprir a necessidade do familiar [...] falta o posicionamento do enfermeiro, [...] pessoa de referência na unidade, [...] quanto à visita na UTI [...] falta, talvez, o posicionamento do coordenador de enfermagem [...] com a visita na UTI.” (Cravo)

Diante destes depoimentos distintos, é possível observar as diferentes maneiras de perceber das pessoas, mesmo quando estas trabalham no mesmo ambiente e têm as mesmas atribuições. Com isso, reafirma-se a individualidade de interpretação nos julgamentos perceptivos, que poderão trazer diferentes posicionamentos, ações e condutas no desenvolvimento do fazer em enfermagem.

Existem informações que, principalmente a enfermeira tem condição de esclarecer ao familiar e ao paciente, pois é esta profissional que tem, de forma peculiar, a oportunidade de estar mais presente e mais próxima para orientá-los quanto aos equipamentos utilizados (sejam eles respiradores, sondas, cateteres) e quanto aos cuidados que estão sendo dispensados. Além disso, esta profissional pode diminuir o temor dos familiares em chegar próximo e, até mesmo, tocar o seu parente, mostrando a maneira de se comportar sem prejudicá-lo.

Segundo Hudak e Gallo (1997, p. 45) “o processo de atuar como um modelo para a família é uma excelente forma de reduzir a ansiedade da família e do paciente e de ajudá-los a sentirem-se mais à vontade em um ambiente estranho”.

Conforme o Código de Ética Profissional de Enfermagem, quanto aos princípios fundamentais, a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e

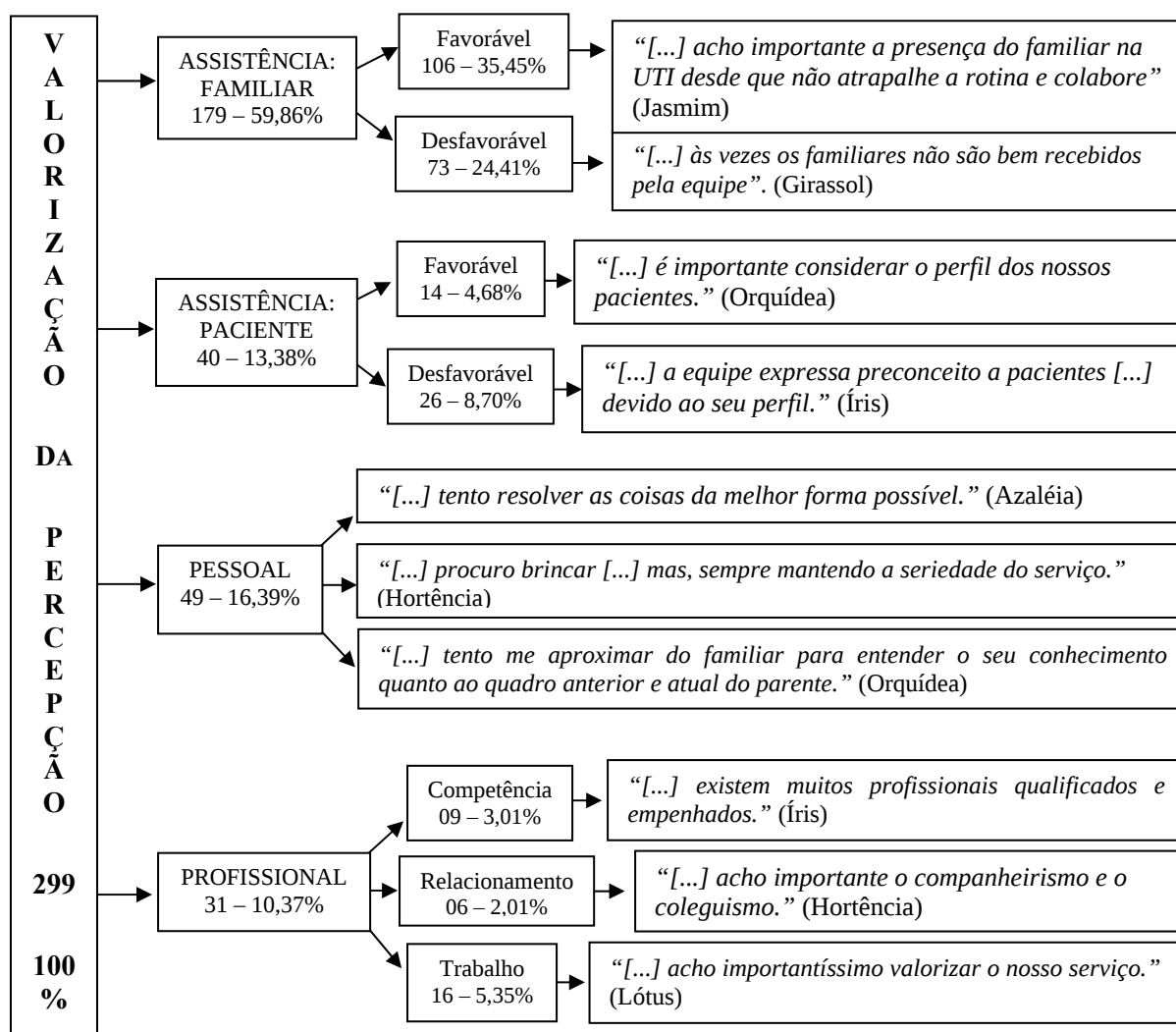
legais (COFEN, 2007).

O cuidar na enfermagem, dada a sua trajetória e características, tem se distinguido como o fazer do profissional e vem se afirmando como um saber diferenciado, peculiar e único (WALDOW, 2008).

Porém, ressalta-se a importância da interdisciplinaridade, pois a convivência de saberes diversos favorece à interpenetração desses saberes para uma assistência totalizada.

Apresenta-se, em seguida, a figura 3 com a síntese dessa categoria.

Figura 3 – Síntese da Análise da Categoria 2 – Valorização da Percepção da Enfermeira com suas subcategorias e exemplos de unidades de análise – Salvador-Bahia, 2010



Fonte: a autora.

4.2.3 Categoria 3 – Condições necessárias à percepção da Enfermeira

A categoria 3, Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira (CN), envolve atributos importantes para o enfermeiro desenvolver e agregar subsídios aos atos perceptivos.

Foi assim denominada de acordo com a análise dos depoimentos das enfermeiras entrevistadas, quando foram evidenciadas, pela similaridade dos núcleos de significados, as três subcategorias que a constituiu, quais sejam: Ética/Bioética; Conhecimento (profissional e familiar) e Experiência.

Atributo, segundo Abbagnano (2007), indica o caráter ou uma determinação que, embora não pertença a determinado sujeito, está vinculada a sua essência.

Neste estudo, entende-se por condição, alguma coisa estabelecida ou combinada como requisito para que outra coisa seja feita ou entre em vigor; ou, ainda, uma circunstância indispensável para a obtenção de um resultado (MICHAELIS, 2009).

Para tanto, esta categoria busca identificar as condições necessárias às enfermeiras intensivistas para interpretar e perceber o familiar na UTI, considerando as suas próprias colocações e interpretações perceptivas.

Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira foi a terceira categoria em representatividade, com 118 (13,71%) do total das unidades de análise temática. (Quadro 1, p. 61).

O quadro 4, a seguir, apresenta a categoria 3 com a distribuição das respectivas subcategorias. Nela são realçados os aspectos éticos/bioéticos que se destacaram com 57 (48,30%) do total de UA desta categoria.

Quadro 4 – Distribuição de Unidades de Análise Temática da Categoria 3 – Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira e subcategorias, Salvador-Bahia, 2010

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE			
		SUBTOTAL		TOTAL	
		F	%	F	%
CATEGORIA 3 – (CN)				118	100,00
Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira	- Ética/ Bioética	57	48,30		
	- Conhecimento				
	▫ Profissionais	14	11,86		
	▫ Familiar	23	19,50		
	- Experiência	24	20,34		
TOTAL				118	100,00

Será exposta, a seguir, a discussão referente às três subcategorias.

a) Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira – Ética/ Bioética:

Esta subcategoria apresentou, como visto no quadro 4, os pontos mais ressaltados na categoria Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira, com 57 (48,30%) do total de UA desta. Podem ser destacados os aspectos relacionados à preocupação com as ações para um cuidar de excelência.

São abordados os depoimentos das enfermeiras participantes referentes aos aspectos éticos/bioéticos, especificamente aqueles que dizem respeito à responsabilidade profissional e à preocupação com as ações e posturas no ambiente de trabalho durante o desenvolvimento do cuidar/cuidado.

A palavra ética tem origem grega (*ethos*) e significa caráter, hábito ou moradia. Possui duas grafias diferentes *êthos* que se referia ao espaço que servia de abrigo para os animais, reportando-se, depois, para a raiz de onde brotam todos os atos humanos e *éthos* que evocava o caráter ou maneira de ser alcançado pelo costume ou pelo modo usual de proceder (BARCELOS, 2004). Pinheiro *et al.* (2005) afirmam que essa palavra não tem a mesma conotação em todos os povos e populações, portanto, requer maior compreensão por parte de quem a emprega.

Com os avanços da biotecnologia e a artificialização da vida na tomada de consciência dos direitos que assistem aos indivíduos e povos, surgiu o termo bioética referindo-se a dois termos gregos *bios* – vida e *ethos* – ética, significando, genericamente, uma ética aplicada à vida ou ética da vida (BARCELOS, 2004).

O termo ética, na época de Aristóteles, era o nome geral que designava todos os conhecimentos acerca do que era o homem, das ações exercidas por este e de seus valores (FERNANDES, 2006). Os valores éticos passam por transformações conforme as épocas históricas, as conquistas científicas e as ideias filosóficas.

Neves (2007), ao discutir ética global, relata que esta passou a ser, paulatinamente, vista como um fator de foro privado na modernidade. Na pós-modernidade, volta a ser aceita como assunto de interesse público, importante no bem-estar dos indivíduos e na sobrevivência da humanidade.

As enfermeiras, conscientes do seu papel como agentes de saúde, formam um grupo de profissionais que têm aderido mais empenhadamente à reflexão e formação bioética.

Durante as entrevistas, foram comuns citações voltadas para a responsabilidade profissional e o cuidado igualitário para todos os pacientes, ressaltando o comprometimento

da enfermeira com esses princípios. Mas, também, estiveram presentes depoimentos sobre o descompromisso, o descaso e a falta de envolvimento profissional da equipe de saúde da UTI, o que reflete aspectos éticos que podem influenciar, diretamente, no cuidar/cuidado ao paciente e família.

As participantes explicitam suas percepções:

“[...] existe comprometimento profissional.” (Orquídea)

“[...] dissemos ao familiar que tratamos todas as pessoas de forma semelhante, não pelo sobrenome que têm [...].” (Lótus)

“[...] alguns profissionais são pouco comprometidos, devido à conduta pessoal. [...] a conduta pessoal interfere no cuidado.” (Orquídea)

“[...] falta envolvimento do enfermeiro [...] em estar próximo e atento [...] para dar informações aos familiares.” (Cravo)

“[...] as pessoas na UTI têm potencial, mas não se dão como deveriam.” (Hortência)

“[...] existe relaxamento de alguns técnicos; [...] alguns enfermeiros são [...] descansados.” (Margarida)

Consta, no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, artigo quinto do capítulo um, das Responsabilidades e Deveres: o exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade (COFEN, 2007).

Apesar de as participantes relatarem a existência de compromisso profissional, foram mais frequentes as citações que ressaltavam a falta de compromisso e de envolvimento, apesar de haver potencial técnico-científico para prestação de um bom serviço. Esta situação fere o Código de Ética Profissional à medida que atinge o princípio ético da responsabilidade quando o indivíduo, como afirma Barcelos (2004, p. 575), “não tem apenas que responder pelas ações que realizou, mas, também, por aquelas que tinha o dever de realizar e não o fez”.

Este não engajamento do profissional poderá atingir a assistência direta ao paciente, como, também, o cuidado dispensado ao familiar na UTI.

Ao comentar sobre o envolvimento e a responsabilidade no cuidado, Boff (2008, p.161-62) diz:

Há os que têm cuidado de menos. São os descuidados e displicentes. Normalmente não conseguem ser inteiros no que fazem. Seja porque perderam seu centro assumindo coisas demais, seja porque não colocaram todo o empenho no que fazem. As coisas aparecem mal feitas, largadas, desordenadas, confusas, caóticas; numa palavra, descuidadas.

As enfermeiras destacaram, ainda, a preocupação com suas ações na Unidade, ao referirem-se à: necessidade de humanização do cuidado; limitação ou, até mesmo, proibição da entrada do familiar no momento da realização de procedimentos no paciente; exigência de uma supervisão e o posicionamento das enfermeiras durante as visitas.

“[...] é preciso humanizar o cuidado.” (Jasmim)

“[...] Com a supervisão, é possível evitar a manipulação do paciente e de equipamentos inadequadamente; [...] por parte da visita.” (Orquídea)

“[...] o enfermeiro tem que estar atento [...] e não permitir a permanência do familiar na UTI durante os procedimentos; [...] solicitando a saída dele [...] e seu retorno, quando possível.” (Cravo)

“[...] não é possível informar [...] tudo [...] podemos falar sobre a evolução do paciente, acalantar e criar expectativas.” (Hortência)

“[...] estar sendo vigiada no momento da visita [...] modifica a nossa ação.” (Íris)

A humanização do cuidado abrange não só o cuidar do paciente internado, mas todas as pessoas que estão à sua volta e que fazem parte de sua vida, além do ambiente hospitalar. Supervisionar a visita também faz parte das ações de enfermagem para o desenvolvimento do cuidado humanizado, visto que permite ao enfermeiro perceber as necessidades do paciente e da família neste momento.

Waldow (2007, p. 61) cita que “o ‘cuidado humano’ é uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Pessoas se relacionam numa forma a promover o crescimento e o bem estar da outra.”

O permitir ou não a presença do familiar na UTI, no momento do desenvolvimento de procedimentos invasivos, pode ir além das rotinas da organização. Algumas vezes, a preocupação do profissional é manter a privacidade do paciente, além de não querer expor o familiar a atividades que, geralmente, ele não conhece e que podem parecer agressivas e não comuns ao cuidar. Mas, por outro lado, o afastamento do familiar pode ser, também, uma forma de o profissional distanciar-se do visitante evitando explicações e, até mesmo, julgamentos e a sensação de vigilância de suas atividades.

Em estudo a respeito do horário de visita, Santos e Silva (2006) relatam que, para o profissional de saúde, este horário é tido como o momento mais difícil e cansativo da UTI. Nele é comum, entre os profissionais, a transferência de responsabilidade de prestar informações aos familiares, as sensações de medo e de se sentir “encurralado”. Além disso, disseram que é neste período que os profissionais buscam desenvolver outras atividades, a fim

de evitar a aproximação com o visitante.

A partir da análise das falas, alguns questionamentos podem nos reportar aos possíveis motivos do aparente descompromisso de alguns profissionais, tais como:

Será que a falta de comprometimento do profissional é devido a mecanismos de defesa por ele estabelecidos de modo a distanciar-se do familiar/visitante para amenizar o estresse e seu próprio sofrimento? Será que, para este profissional, o objeto principal do cuidar, naquele momento, é, mesmo, o familiar?

É preciso entender que a percepção dá-se conforme o foco de interesse e é influenciada por valores, motivações, objetivos diversos, quer de indivíduos ou grupos a que pertence.

Todas estas considerações, apesar de aparentemente distintas, estão interligadas, visto que poderão influenciar nas ações perceptivas pessoais das referidas profissionais participantes deste estudo.

b) Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira – Conhecimento:

A subcategoria Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira – Conhecimento representou 31,36% da categoria Condições Necessárias, porém, no cômputo geral, foi pouco representativa. Apesar disso, trouxe informações importantes à discussão. Esta subcategoria refere-se às necessidades dos profissionais conhecerem as características dos pacientes e dos familiares/visitantes para favorecer a sua percepção e compreensão da situação.

Conhecer, para Mora (1998) e Abbagnano (2007), é o ato pelo qual o sujeito apreende um objeto. Por objeto deve-se entender qualquer entidade, fato ou coisa.

Em um conceito menos específico, conhecimento é aquilo que se sabe de algo ou alguém. No sentido mais abrangente, pode ser classificado em uma série de categorias, tais como, conhecimento: sensorial, intelectual, científico, popular, filosófico e intuitivo.

A enfermeira deve, como integrante da equipe de saúde, aprimorar os seus conhecimentos científicos, sociais e humanos para desenvolver o cuidar/cuidado com presteza e segurança.

Nesse sentido, Morin (2010, p.15) afirma que:

O conhecimento pertinente é o que é capaz de situar qualquer informação em seu contexto e, se possível, no conjunto em que está inscrito. Podemos dizer até que o conhecimento progride não tanto por sofisticação, formalização e abstração, mas, principalmente, pela capacidade de contextualizar e englobar.

Foi comum a sinalização, nos depoimentos das enfermeiras, de aspectos ligados ao desconhecimento dos profissionais quanto ao perfil psicoemocional dos pacientes e dos seus

familiares, embora reconheçam ser mais fácil lidar e cuidar quando este perfil é conhecido.

As falas abaixo reportam a esta situação:

“[...] às vezes, cuidamos sem saber o que aconteceu com o paciente.” (Orquídea)

“[...] não sabemos o que o paciente fazia [...] no momento em que recebeu tantos tiros.”
(Magnólia)

“[...] sabemos lidar melhor com uma pessoa quando [...] conhecemos seu perfil psicoemocional [...].” (Lótus)

A este respeito, Collière (1999, p. 295) diz:

São, pois, os utilizadores do cuidado, a sua família que detêm todos os elementos fundamentais da situação, são a primeira fonte de conhecimentos, não apenas pelo que dizem de si próprios, mas por tudo o que podemos captar do que nos deixam entrever pela expressão não verbal: “a linguagem silenciosa”, esta linguagem do corpo, do olhar, da face, da postura, do traje, do ambiente. Não se trata, em momento algum, de investigar um ou outro aspecto, mas de agarrar os sinais e os laços que existem entre eles para compreender, explicitar o que as pessoas nos tentam comunicar sobre o que as preocupam, sobre o que é, para elas, problema.

As participantes alegaram que certos aspectos do cuidar não são vistos por outros profissionais de saúde, mas elas percebem. É importante, portanto, a integração da equipe multiprofissional em busca do cuidado holístico.

“[...] existem coisas específicas da área de saúde e do cuidado [...] que o médico, também, não consegue perceber.” (Cravo)

Para Romano (2008), certas dificuldades da equipe de saúde no contato com os familiares acontecem, principalmente, pelas diferentes percepções quanto às prioridades e necessidades destes últimos.

O cuidado ao usuário e família, na UTI, é realizado por profissionais com diferentes visões de mundo, histórias de vida, valores, crenças e conhecimentos científicos em níveis diferenciados, conforme sua formação. Esta realidade permite a diversidade na percepção de saberes que, se associados, podem favorecer a interação na equipe e, consequentemente, a assistência prestada.

Entretanto, como afirma Campos (2007), o intercâmbio entre os profissionais é pequeno, visto que, tradicionalmente, a relação com os pacientes dá-se mediante o encontro profissional/paciente de modo isolado. Não é comum o atendimento em equipe. Mesmo quando existe a consciência da necessidade de troca entre profissionais, o entrave é a disponibilidade de tempo, pois os profissionais sempre estão apressados, com vários compromissos, o que dificulta estes encontros.

Quando foi abordado o conhecimento dos familiares, as enfermeiras destacaram a falta de entendimento deles quanto ao ambiente da UTI e, principalmente, quanto à situação do seu parente. Alegam que, mesmo quando recebem informações, estas não são acessíveis à sua compreensão.

“[...] os familiares assustam-se quanto aos equipamentos desconhecidos e utilizados por seus parentes ao chegarem à UTI.” (Girassol)

“[...] a maioria dos familiares não entende nada.” (Orquídea e Azaléia)

“[...] um familiar me pediu desculpa [...] por achar que estava incomodando [...] justificando que não tinha conhecimento.” (Azaléia)

“[...] a linguagem usada não é acessível aos familiares; [...] com o uso dos termos técnicos os familiares não conseguem reproduzir as informações.” (Magnólia)

Ao chegar pela primeira vez à UTI, é comum o familiar sentir um impacto; medo e apreensão pelo desconhecido contribuem para isto. Porém, se ele é acolhido, compreendido e orientado conforme sua condição, a sua ambientação, provavelmente, se dará com maior facilidade.

Hudak e Gallo (1997) dizem que a família, frequentemente, sente-se aflita e temerosa próxima ao paciente gravemente enfermo. Os tubos, os fios e os demais equipamentos com os quais o enfermeiro se encontra habituado a manusear são amedrontadores aos membros da família; daí a necessidade do acolhimento desta, logo no primeiro momento de sua chegada.

Geralmente, percebe-se que ainda existe um distanciamento entre os membros da equipe e o familiar, o que dificulta a interação entre eles. Esta distância pode ser exacerbada quando a comunicação não é efetiva entre as partes envolvidas.

As normas e rotinas estabelecidas pela organização podem, em determinadas circunstâncias, ser consideradas outro agravante, visto que apenas o último familiar/visitante é que entra em contato com o médico e, nem sempre, é ele o parente mais indicado e preparado para receber e transmitir tais informações ao resto da família. Isto prejudica, mais ainda, o desenvolvimento do cuidado.

O enfermeiro deve direcionar suas ações de maneira que não interfiram na comunicação utilizada com a família, à medida que molda seu timbre e tonalidade de voz e emprega vocabulário próprio, dentro da realidade de cada familiar. Isto porque, muitas vezes, o profissional utiliza palavras, termos culturais e jargões técnicos não condizentes com a compreensão da família em pauta (WAIDMAN; STEFANELLI, 2005).

Na realidade, é importante que as informações sejam levadas ao familiar de forma clara e

objetiva, respeitando os limites de cada um. Ele se sentirá, com certeza, mais seguro para fazer os questionamentos necessários, reforçando o elo enfermeira – familiar.

Perceber a necessidade do outro, suas condições de entendimento e limitações, ser maleável e acessível são pontos positivos para o desenvolvimento de uma relação saudável e harmoniosa dentro do ambiente da UTI, favorecendo o enfrentamento das dificuldades que envolvem o processo de internação.

c) Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira – Experiência:

Esta subcategoria se refere às experiências vividas pelas enfermeiras com os familiares/visitantes na UTI, no momento da visita. Ela representou 20,34% das UA da Categoria 3.

Experiência, fundamentando-se em Abbagnano (2007) e Michaelis (2009), pode ser entendida como o conhecimento e a prática adquiridos graças aos dados fornecidos pela própria vida, com a participação pessoal em situações repetíveis. Tem sempre caráter pessoal e não há experiência onde não exista participação da pessoa.

Aristóteles, citado por Abbagnano (2007), reduz a experiência à memória. Afirma que todos os seres têm a capacidade seletiva inata que é a sensação; a partir da sensação, desenvolve-se a lembrança; da lembrança repetida ou lembranças múltiplas constitui-se a experiência.

Concordando com estes autores, neste estudo, a experiência pode assim ser entendida, levando em conta a vivência da enfermeira em seu trabalho em uma UTI, especificamente com os familiares/visitantes.

A experiência de vida leva o indivíduo a compreender os pensamentos, as emoções e os significados do outro, o que constitui a empatia. Porém, não é só compreender o outro, mas, também, ser capaz de transmitir-lhe isso (BERMEJO, 2008).

Portanto, o cuidar do outro envolve considerar as experiências para ajudar na compreensão/percepção e no enfrentamento da situação vivida, naquele momento, pelo familiar.

Foi comum nos depoimentos das enfermeiras surgirem relatos marcantes da vida profissional, naquela Unidade.

“[...] tentávamos acalantar a mãe de uma criança [...] que faleceu porque uma mesa de mármore caiu em cima dela; [...] era visível o desespero da mãe [...] tentávamos acalantá-la [...] abracei-a [...] enquanto outra colega chamava a Assistente Social [...] foi a única coisa que deu para fazer por ela [...] nesse momento, não tem o que falar [...] você só tem que abraçá-la. [...] o fato ocorrido com essa mãe foi, realmente, inesquecível [...] não consigo esquecer.” (Hortência)

“[...] lembro-me da fisionomia do pai de uma adolescente [...] que se ajoelhava e rezava na UTI [...] ele tinha muita fé [...] na melhora da sua filha [...] a sua fé chamava a minha atenção.” (Margarida)

Entretanto, algumas das entrevistadas não citam ou dizem não se lembrar de algo que as marcassem profundamente.

“Não tive experiência [...] marcante [...] com familiares; [...] não tenho nada marcante sobre a família para relatar; [...] apenas suas dúvidas.” (Azaléia)

A análise dos depoimentos mostra que os atos perceptivos dependem, realmente, da interpretação do ser humano.

Percebe-se, no primeiro depoimento, como *Hortência* reage ao observar o desespero de uma mãe ao perder seu filho. Neste momento, a sua percepção levou-a a entender que, diante deste quadro, a única maneira de cuidar era acalantar. Através do toque, do abraço, ela procurou passar para a mãe empatia, desejo de ajudar, conforto, tranquilização e encorajamento. O segundo mostra como a sensibilidade de *Margarida* ajudou-a a perceber o quanto a religiosidade e a fé daquele pai eram importantes na manutenção da esperança na cura da sua filha. Já no terceiro depoimento, *Azaléia* refere que nada marcante aconteceu nos seus encontros com os familiares na UTI.

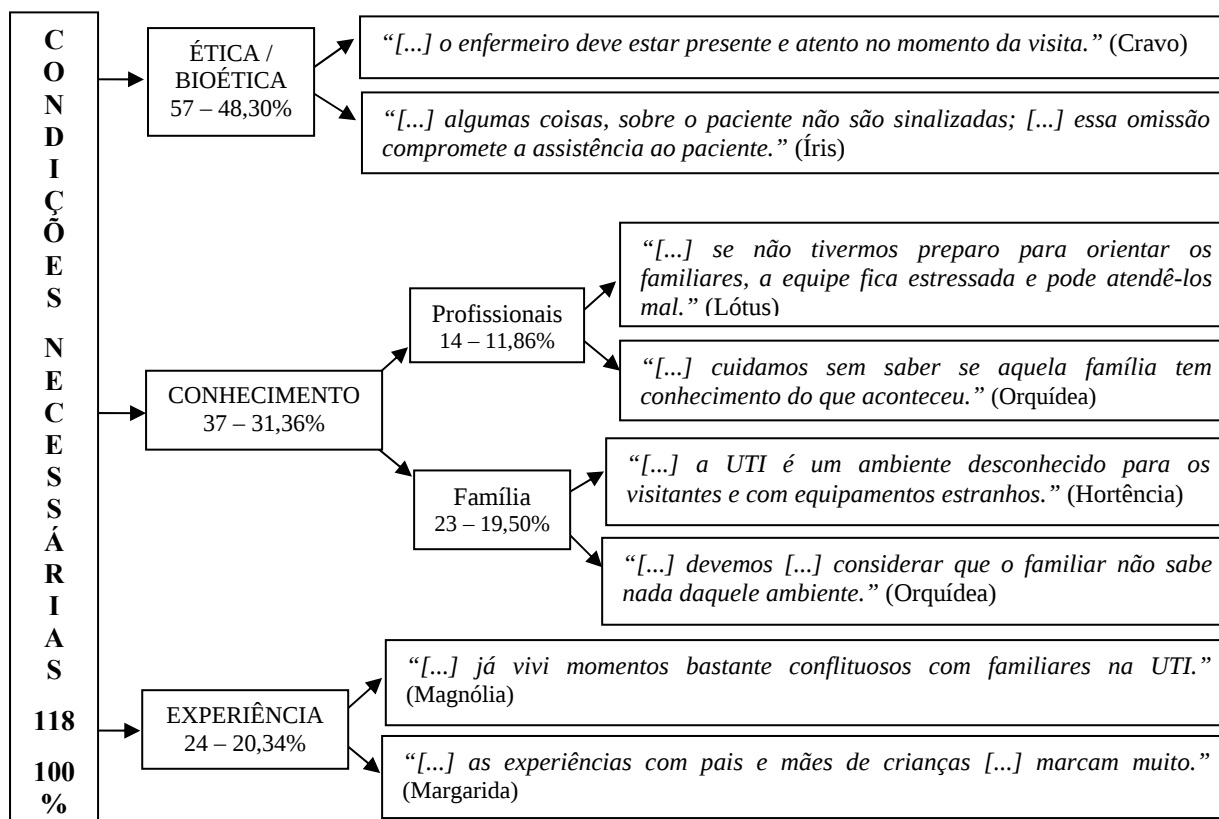
Seria interessante nos questionarmos sobre as falas das referidas depoentes: O que estes diferentes depoimentos podem expressar? O que representa um fato marcante para cada uma delas? Qual a percepção de um fato marcante?

Percebe-se, a partir dessas colocações, o quanto é variável e individual a interpretação das emoções e da própria percepção para cada pessoa.

Para explicar individualidade, Davidoff (2001) fala que, a cada momento, os seres humanos atribuem significados à informação que é apreendida pelos sentidos. Estas pessoas sabem ou conhecem apenas o que percebem, e as percepções de cada uma delas compõem a sua realidade. Desta maneira, é inevitável que os seres humanos se defrontem com realidades ligeiramente diferentes.

Para melhor visualização dessa categoria, segue uma síntese na figura 4.

Figura 4 – Síntese da análise da Categoria 3 – Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira com suas subcategorias e exemplos de unidades de análise – Salvador-Bahia, 2010



Fonte: a autora.

4.2.4 Categoria 4 – Dimensão ontológica da percepção

A categoria Dimensão Ontológica da Percepção (DO), na totalidade do estudo, possui 104 UA, representando 12,08% destas.

A partir da similaridade dos núcleos de significados, duas subcategorias constituíram esta categoria, quais sejam: Sentimento e Expectativas.

A partir das subcategorias, foi possível identificar aspectos pessoais das profissionais, que podem se refletir no ato perceptivo de cada uma delas, visto que cada profissional tem sua experiência de vida, a sensibilidade mais aguçada para um aspecto ou característica de seu trabalho, o seu modo de ver a vida e, conseqüentemente, sua forma de ver, sentir e perceber o outro.

A categoria Dimensão Ontológica representa a construção da percepção de si mesma e do outro, pelas participantes, quando expressam, de algum modo, suas crenças, valores, sentimentos e expectativas com relação ao familiar/visitante na UTI.

Entende-se por dimensão “todo o plano, grau ou direção no qual se possa efetuar uma investigação ou realizar uma ação” (ABBAGNANO, 2008, p. 277).

O termo Ontologia vem do grego “ontos” = ser, indivíduo; e “logia” = estudo; o que significa o estudo do ser. Abbagnano (2008) e Ferreira (2010) definem ontologia como a parte da filosofia que trata do ser enquanto ser; do ser concebido como tendo uma natureza comum que é inerente a todos e a cada um dos seres, ou seja, doutrina que estuda os caracteres fundamentais do ser. Para Boff (2008), ontológico tem a ver com a essência, com a identidade profunda, com a natureza de um ser.

Desta forma, esta categoria expressa o sentido ontológico da percepção das participantes do estudo, com a ideia de que elas têm uma visão ou intuição própria/individual quanto à realidade do que é pesquisado.

O quadro 5 mostra a representatividade da categoria 4 com suas respectivas subcategorias, em sua abordagem quantitativa.

Quadro 5 – Distribuição de Unidades de Análise Temática da Categoria 4 – Dimensão Ontológica da Percepção e subcategorias. Salvador-Bahia, 2010

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE			
		SUBTOTAL		TOTAL	
		F	%	F	%
CATEGORIA 4 – (DO)				104	100,00
Dimensão Ontológica da Percepção	- Sentimento	63	60,58		
	- Expectativas	41	39,42		
TOTAL				104	100,00

Prosseguindo, serão discutidas as subcategorias conforme sequenciado no quadro 5.

a) Dimensão Ontológica da Percepção – Sentimento:

A subcategoria Dimensão Ontológica da Percepção – Sentimento englobou aspectos relacionados às emoções das participantes referentes ao local de trabalho, à compreensão da situação da família ao ter seu parente internado na UTI e à sensibilização com a situação que as enfermeiras encontram diuturnamente.

Esta subcategoria foi a mais ressaltada na categoria Dimensão Ontológica da Percepção e representou 63 (60,58%) das UA.

Entende-se por emoção, os sentimentos ou as respostas afetivas desenvolvidas a partir de pensamentos, crenças, avaliação subjetiva e expressões corporais (HUFFMAN; VERNON; VERNON, 2003). Ferreira (2010) define sentimento como a capacidade que um indivíduo possui de conhecer, perceber e apreciar algo.

Martins (2004) diz que emoção é uma reação global do organismo a certas situações, sejam externas ou internas, e mobiliza o ser inteiro, envolvendo a mente e o corpo. Para ele, a emoção é o fenômeno em sua totalidade e o sentimento é a experiência subjetiva da emoção.

Logo, as emoções e os sentimentos, apesar de distintos, estão intimamente ligados e interferem, diretamente, na percepção e nos atos perceptivos das enfermeiras no ambiente de UTI e em relação aos familiares/visitantes.

Segundo Pedreira (1997), existem cinco emoções principais ou básicas: o medo, a tristeza, a alegria, o afeto e a raiva. Outras, ditas emoções, como o pavor, a melancolia, a satisfação, a afeição e a fúria, não passam de disfarces semânticos destas categorias, ou seja, são variações de um mesmo sentimento. Entretanto, para Martins (2004), outros teóricos apresentam, além das emoções citadas por Pedreira, outras consideradas principais ou básicas e que, podem se combinar, como, por exemplo, a surpresa e a felicidade.

Ainda sobre o assunto, Huffman, Vernoy e Vernoy (2003, p. 443) afirmam que as “emoções não são fáceis de descrever, pois as pessoas diferem não apenas em sua experiência e expressão subjetiva, mas, também, em sua habilidade para identificar e descrever de forma exata suas emoções”.

Portanto, considerar os sentimentos de cada pessoa torna-se algo subjetivo e complexo pelas diferenças individuais.

Alguns depoimentos se destacam por se referirem à compreensão das enfermeiras participantes quanto à condição em que o familiar se encontra, por elas já terem vivido situação semelhante:

“[...] já tive parentes meus na UTI, foi complicado [...] muito difícil; [...] é muito diferente cuidar de familiar.” (Margarida)

“[...] é difícil ser acompanhante na UTI [...] é difícil você ver seu parente na UTI; [...] você vai embora da UTI, vai passar 24 horas sem ver seu parente e sem saber o que estão fazendo ou não com ele [...]; é uma sensação de abandono quando você vai embora após a visita.” (Cravo)

“[...] não é fácil você manter um paciente na UTI e não poder olhar [...] temos que pensar um pouco [...], pois já tive um familiar na UTI e não é fácil.” (Azaléia)

“[...] não é fácil estar com seu familiar em uma UTI; [...] deve ser um desespero muito

grande, principalmente, a primeira visita à UTI.” (Hortência)

“[...] é difícil estar doente.” (Jasmim)

As rotinas da UTI, já predeterminadas para a visita e com os horários restritos, são fatores limitantes e estressores, que distanciam o familiar do paciente e aumentam a ansiedade e a angústia do visitante, que deseja estar próximo de seu ente querido o maior tempo possível, mesmo reconhecendo que o paciente esteja recebendo cuidados apropriados.

Estas angústias são compartilhadas por enfermeiras entrevistadas, visto que elas percebem as necessidades da família nesse momento de insegurança e medo, por já terem vivido esta situação, quando passaram de cuidadoras (enfermeiras) para visitantes, seres que precisam de cuidado.

A percepção, muitas vezes, depende de comparação entre o presente e o passado (DAVIDOFF, 2001). Portanto, eventos ocorridos e marcantes nas memórias das pessoas podem interferir nas suas emoções e na forma de entender e perceber o sentimento do outro. Os sentimentos e as emoções poderão agir sobre o discernimento e, muitas vezes, na forma de atuar das pessoas.

Entretanto, é importante que se reflita no que afirma Santaella (2001, p. 99): “há muito pouco ou quase nada de nosso domínio e controle no processo perceptivo. Provavelmente exercemos sobre a formação do julgamento perceptivo o mesmo controle que podemos exercer sobre o crescimento de nossas unhas e cabelos.”

De qualquer maneira, embora este controle seja difícil, em momentos de estresse, no ambiente de trabalho, é preciso utilizar a inteligência emocional para que as emoções e os sentimentos não interfiram, negativamente, em nossas percepções do cuidar/cuidado do paciente e do familiar na UTI.

Inteligência emocional, segundo Goleman (1996), é a capacidade de uma pessoa manejar com competência habilidades intimamente relacionadas com atitudes. Entre estas habilidades emocionais estão: a consciência de si mesmo, a capacidade de identificar, expressar e controlar os sentimentos, saber manejar os impulsos, sensação de tensão e ansiedade e adotar melhores decisões emocionais.

Para Maturama (2001), as emoções são colocações corporais dinâmicas que especificam os domínios de ação nos quais os animais em geral operam. É a emoção que define o domínio no qual uma ação acontece e o que será feito em dado momento. Permite aprender a identificar e a escolher quais ações são desejadas naquela emoção. Por isso, para compreender qualquer atividade humana, deve-se considerar a emoção.

Nesse sentido, Waldow (2008, p. 103) diz que:

O objetivo do autocontrole emocional, portanto, não consiste em eliminar as reações emocionais negativas, porque o esforço resultaria perfeitamente inútil, mas trata-se de dirigi-las, reconhecê-las e metabolizá-las. O objetivo consiste em manter-se num clima emocional no qual as emoções negativas não cheguem a traduzir-se em uma conduta indesejada.

A percepção da enfermeira quanto ao sentimento de gostar do tipo de atividade que desempenha na UTI, é destacada nas seguintes falas:

“[...] trabalhamos com amor [...] devido à necessidade do paciente que exige maior desprendimento; [...] questionamos algumas posturas, brigamos por coisas [...] que achamos importante para o paciente.” (Magnólia)

“[...] gosto de trabalhar aqui.” (Magnólia e Jasmim)

“[...] não posso pegar peso [...] ofereceram-me para mudar de setor [...] mas não me adaptaria.” (Jasmim)

A partir destes depoimentos, observa-se que as enfermeiras têm prazer em trabalhar na UTI mesmo considerando que é um trabalho incessante, dinâmico, com eventos inesperados. Isto é importante e positivo no desenvolvimento do cuidado, pois gostar do que faz leva o indivíduo a trabalhar com a emoção de prazer e sempre buscar desenvolver, da melhor forma, suas atividades, para beneficiar as pessoas sob seus cuidados.

Em estudo sobre o prazer e o sofrimento no trabalho do enfermeiro em UTI, Martins (2008, p. 157) afirma que os enfermeiros

verbalizam que gostam de trabalhar em UTI, encontram motivação, realização profissional e maleabilidade na organização do trabalho, ou seja, espaço para fazer o que gostam; também mostraram sentir-se realizados com sua identidade profissional e pessoal construída e, assim, o trabalho passa a ter significado ímpar para estes profissionais.

A autora afirma que o trabalho, enquanto valor, tem significado pessoal, pois a dedicação e o empenho investidos por cada trabalhador são diferentes e também pessoais.

Ainda nesta subcategoria, surgiram depoimentos sobre a satisfação das participantes em ter o seu trabalho reconhecido pelos familiares e pelo paciente, após a alta.

Entende-se por satisfação o contentamento, a alegria, a recompensa ou a retribuição recebida devido à valorização de uma ação. Martins (2004) cita a satisfação como uma variação da alegria. Por sua vez, Ferreira (2010) define-a como o prazer que resulta da realização do que se espera, do que se deseja.

No desenvolvimento de atividades, é importante que haja seu reconhecimento quando estas são realizadas de forma correta e percebidas de maneira positiva por aquele a quem

foram direcionadas. Trabalhar com o sentimento de satisfação, portanto, é necessário para o desenvolvimento de um cuidar de qualidade.

Martins (2008) considera que é de fundamental importância que um trabalhador seja valorizado e reconhecido ao desenvolver suas ações, seja pelos pacientes, familiares, pela equipe, pela organização de trabalho, pois, desta forma, o funcionário sente que seu trabalho traz contribuições positivas aos usuários e torna-se mais motivado e envolvido em desenvolvê-lo sempre com prazer.

Os depoimentos exemplificam os dados acima citados:

“[...] temos visto resultado [...] do nosso trabalho.” (Magnólia)

“[...] já tivemos bons momentos, em que o familiar agradece e vai à ouvidoria elogiar [...] estas situações nos motivam a trabalhar mais e melhor.” (Magnólia)

A partir do depoimento de *Magnólia*, pode-se perceber o valor dado ao reconhecimento dos familiares, quando tornam público os bons serviços prestados pela equipe de enfermagem, o que demonstra a seriedade com que a assistência é desenvolvida.

Oliveira *et al.* (2003, p. 210) dizem que “a maneira como o ser humano se entrega ao trabalho está relacionada com a motivação que ele tem para tal”.

A esse respeito, Martins (2008, p. 155) afirma que:

Quando o trabalho é reconhecido pelos usuários dos serviços de saúde, pelos membros da equipe, pela instituição, pelos familiares e pela sociedade em geral, o trabalhador entende a sua importância como cidadão e trabalhador de saúde. Percebe o grande valor e a importância de seu labor. Reconhece que, apesar da energia despendida, “valeu à pena”.

O retorno do paciente e do familiar à UTI, com a ideia de apresentar-se e agradecer os cuidados recebidos, tem um grande significado para o profissional cuidador, que se sente feliz com o êxito alcançado e motiva-se para que seus atos e atitudes se repitam em busca de resultados semelhantes. Este regresso dos usuários, na percepção das enfermeiras participantes, equivale aos objetivos e às expectativas atingidos, trazendo-lhe satisfação.

b) Dimensão Ontológica da Percepção – Expectativa:

A subcategoria Dimensão Ontológica da Percepção – Expectativa foi assim denominada por abordar expressões e pensamentos das enfermeiras que indicam seus desejos de realizações, modificações positivas para a totalidade da assistência, mudanças, enfim, esperança.

Expectativa, segundo Michaelis (2009), é entendida por uma situação de quem espera uma

realização em tempo anunciado ou conhecido; esperança baseada em direitos, probabilidades ou promessas; e, ainda, o estado de quem espera um bem que se deseja e cuja realização se julga provável.

Esta subcategoria, dentro da totalidade do estudo, representou 4,76% das UA e, na categoria Dimensão Ontológica da Percepção, 39,42% das UA com 41 UA.

As expectativas, relatadas pelas enfermeiras, resultaram de suas percepções quanto à: mudança de comportamento do profissional em relação à aproximação com a família; necessidade de ampliação dos horários das visitas; crença na melhoria das relações interpessoais; e, ainda, quanto às atitudes e ações dos profissionais da UTI.

Os depoimentos mostram as expectativas das enfermeiras:

“[...] os familiares deveriam ser mais acolhidos e orientados; [...] teríamos maior retorno se houvesse maior aproximação da equipe com o familiar.” (Magnólia)

“[...] temos muito a melhorar, na relação com a família na UTI.” (Azaléia)

“[...] devemos informar aos familiares [...] conversando, amparando-os; [...] poderíamos estar mais junto ao familiar [...] colaborando com o que fosse da nossa alçada.” (Hortência)

“[...] explicações prévias aos familiares evitariam transtornos, sustos e mal entendidos no momento da visita à UTI.” (Girassol)

Observa-se, a partir das falas, que as participantes sentem a necessidade de melhorar a comunicação e o acolhimento ao familiar/visitante. Percebem que, se houvesse maior aproximação da profissional com o familiar, os conflitos, possivelmente, seriam reduzidos ou até suprimidos e o visitante sentir-se-ia, após a alta do paciente, motivado a demonstrar o seu reconhecimento pelos benefícios recebidos, tanto pelos pacientes como por eles mesmos.

É inerente ao ser humano criar expectativas sobre o que desenvolve e esperar um retorno positivo dessas ações. A ideia de mudança no comportamento das enfermeiras frente ao familiar/visitante, como é inferido nos depoimentos, poderá permitir a estas profissionais alcançarem os seus objetivos e expectativas para um cuidar/cuidado holístico.

Romano (2008) refere que o trabalho com a família é instigante e desafiador. O ofício de compartilhar com a família sua dor, a saúde, a doença, a morte é construído a cada contato, a cada reflexão e a cada questionamento que surge. Esta, sem dúvida é a verdadeira gratificação.

Ainda nesta subcategoria, foi abordado aspecto relacionado à expectativa da profissional que percebe a necessidade de ampliar o horário de visita e fazer algumas alterações nas

rotinas da Unidade. Os depoimentos de *Magnólia* exemplificam estas colocações.

“[...] visitas nos três turnos são tentativas de humanizar a UTI [...] e vai colaborar para encontrar um ponto de equilíbrio nos horários de visita.” (Magnólia)

“[...] o recebimento do boletim médico não deveria ser apenas para o último visitante; [...] todos os familiares deveriam receber o boletim médico.” (Magnólia)

“[...] esta pesquisa [...] fará repensar a quantidade de visitantes na UTI e os horários predefinidos e extras de visitas, quando necessário.” (Magnólia)

Criar expectativas quanto à necessidade de modificação nas rotinas da Unidade mostram como a enfermeira percebe a importância do familiar/visitante na UTI e o valoriza. Entretanto, essas mudanças não resultam só de seus desejos, deve haver um consenso com a equipe e a coordenação, para possibilitar alterações de normas determinadas, a fim de favorecer aos familiares na UTI.

Nesse sentido, Martins *et al.* (2008) dizem que a abertura do horário de visita para a permanência da família na UTI é frágil, talvez porque haja pouco preparo dos profissionais que aí atuam, somando-se a uma rotina complexa que, algumas vezes, faz com que a equipe de saúde afaste-se do familiar e deixe de prestar a assistência que ele necessita.

Entretanto, Gotardo e Silva (2005) afirmam que é preciso dar prioridade às modificações na rotina do horário de visita e do tempo de permanência dos familiares junto ao paciente na UTI, pois a família representa uma grande força afetiva aos utentes e são os principais representantes e fonte de motivação para o seu vínculo com a vida.

É interessante observar o último depoimento de *Magnólia*, quando afirmou que participar da pesquisa permitiu a sua reflexão quanto às modificações necessárias aos horários de visita e à presença da família na UTI. Percebe-se, desta maneira, como um estudo científico pode trazer mudanças ou sentimentos de mudança, mesmo no momento de sua realização.

Ainda sobre expectativa, *Hortência* reflete:

“[...] percebo que a UTI tem muito a crescer [...] acho que as pessoas poderiam se dar mais. [...] Sempre fui otimista [...] sempre acredito que há possibilidade de mudança; [...] acredito que as pessoas são capazes e tem como haver a mudança; [...] temos que continuar tentando [...] enquanto houver vida estamos aqui para tentar e melhorar; [...] acho que temos muito futuro, basta querermos; [...] só queria que as pessoas quisessem melhorar. [...] a única coisa que, realmente, queria era a união das pessoas aqui. [...] lembro-me de uma propaganda que dizia: “Engrena Brasil”, porque a engrenagem de um, movia [...] a do outro [...] e o serviço de enfermagem é assim; [...] cada um tem que mover sua engrenagem [...] fazer a sua parte [...] sem esperar que o outro faça; [...] trabalhando junto [...] seria uma maravilha; [...] cada um fazendo a sua parte [...] seria o suficiente para engrenar esta UTI.” (Hortência)

A partir deste depoimento, *Hortência* expressa suas boas expectativas e acredita em mudanças caso haja empenho da equipe que, para ela, tem o potencial para desenvolver um bom trabalho.

Esperar por mudanças e manter o otimismo são características importantes para lutar e conquistar os objetivos e expectativas almejados, neste caso, o desenvolvimento de um trabalho de qualidade, o que poderá favorecer todos os envolvidos no cuidar: o paciente, o familiar e o profissional.

Uma comunicação saudável e a aceitação das diferenças individuais, dos grupos e das distintas profissões são pontos relevantes para o desenvolvimento salutar do cuidar/cuidado.

No que se refere ao relacionamento em equipe, Garanhani *et al.* (2008) falam que o companheirismo, a colaboração, estar acessível à aprendizagem, a flexibilidade da hierarquia são pontos relevantes que reforçam uma identidade positiva do profissional com a UTI, dando condições para enfrentar o trabalho cotidiano.

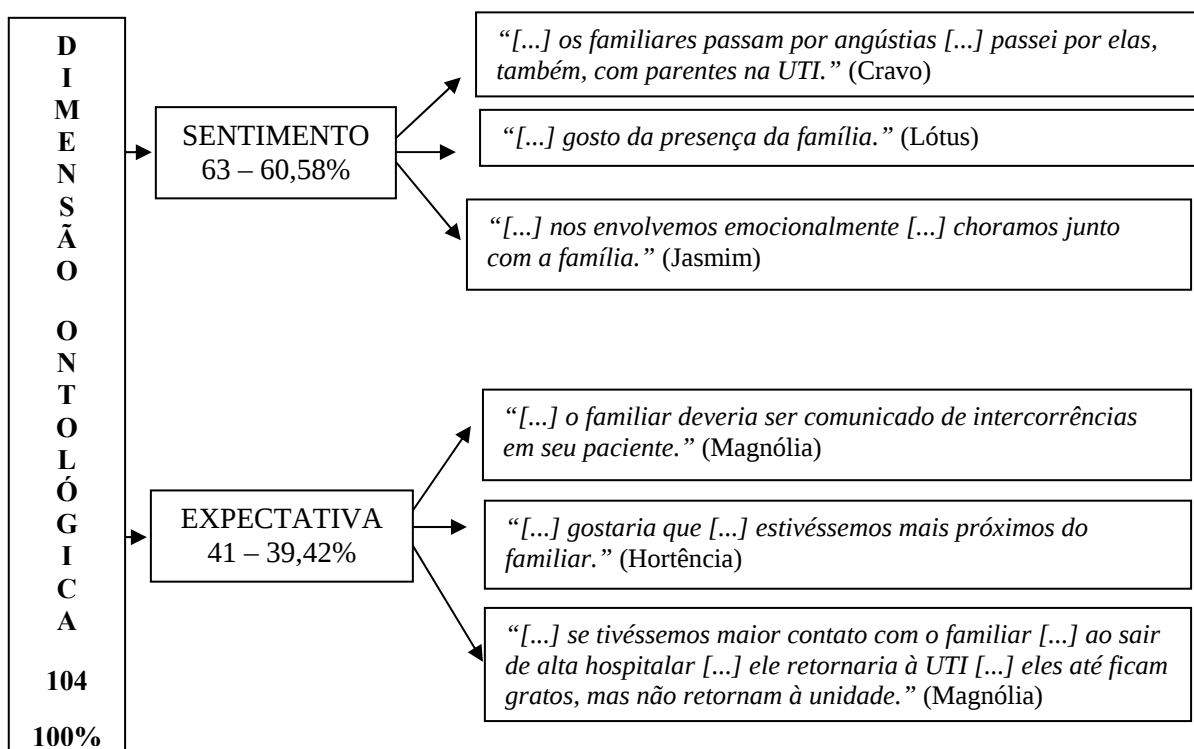
Martins (2008, p. 151) cita, ainda, que:

responsabilidade do enfermeiro estar atento a todos os componentes da sua equipe quando uns cuidam dos outros e todos cuidam do paciente, desenvolvendo o espírito de coleguismo, de motivação, de respeito às individualidades, às crenças e à subjetividade que é inerente a cada um.

Waldow (2007) diz que a enfermeira, como a líder transformadora, deve ter entre suas habilidades a condição de ouvir, aprender, possibilitar, experimentar e compartilhar na enfermagem.

A figura 5 traz o resumo da categoria Dimensão Ontológica da Percepção com suas respectivas subcategorias, com exemplos de alguns depoimentos em suas unidades de análise.

Figura 5 – Síntese da Análise da Categoria 4 – Dimensão Ontológica da Percepção com suas subcategorias e exemplos de unidades de análise – Salvador—Bahia, 2010



Fonte: a autora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Não nos damos conta de quantas vezes mudamos
de percepção e acreditamos que desta vez
encontramos a posição definitiva.”*

(André Luiz Peixinho)

Ao sistematizar alguns aspectos das considerações finais, foram retomadas as inquietações que motivaram o desenvolvimento da pesquisa e, visando atender ao objetivo proposto, procurou-se analisar a percepção das enfermeiras atuantes nas UTI's de uma organização hospitalar pública de Salvador-Bahia, sobre a presença dos familiares/visitantes de usuários dessas Unidades, quando no desenvolvimento do cuidar/cuidado de enfermagem. Buscou-se fazê-lo, não apenas atrás de resultados puros, mas em busca de significados, como uma ciência interpretativa.

Os aportes teóricos do cuidar/cuidado e da percepção ofereceram maior segurança para conhecer o objeto em estudo, através das colocações das participantes e do processo discursivo do desenvolvimento do trabalho, quando o diálogo foi estabelecido entre o material empírico, a literatura e a própria autora.

Apesar das limitações do estudo, como a escassez de pesquisas e a dificuldade de acesso aos materiais didáticos sobre o tema, além da subjetividade e singularidade de percepções expressas pelas enfermeiras entrevistadas, acredita-se que o caminho percorrido, em busca do objetivo, permitiu maior conhecimento da percepção da enfermeira sobre a presença do familiar/visitante na UTI.

Através da análise dos depoimentos das enfermeiras entrevistadas, foi possível, a partir dos núcleos de significados, chegar a quatro grandes categorias empíricas: Concepção da Percepção da Enfermeira; Valorização da Percepção da Enfermeira; Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira e Dimensão Ontológica da Percepção, com as subcategorias correspondentes.

A primeira categoria, Concepção da Percepção da Enfermeira, a mais ressaltada dentre as quatro, representou: como as enfermeiras percebem a Unidade em que trabalham, inclusive quanto ao relacionamento interpessoal nesta Unidade; a percepção das enfermeiras em relação aos familiares e aos pacientes que frequentam este local; e, também, a percepção relativa à Organização como um todo.

As enfermeiras, por sua vez, ressaltaram: o estresse do trabalho na UTI; o baixo investimento da Organização sobre a saúde do trabalhador; as dificuldades de relacionamento entre os componentes da equipe de enfermagem e interdisciplinar; as características da

clientela (paciente e família) que frequenta a UTI, quanto aos aspectos sócio-culturais, fatores favoráveis, desfavoráveis e expectativas. Foi realçada a necessidade de maior orientação aos familiares, que chegam à UTI, apreensivos, ansiosos, desnorteados e despreparados para enfrentarem a internação do seu parente.

A categoria 2, Valorização da Percepção da Enfermeira, a segunda mais destacada, salientou a subcategoria Valorização da Percepção à Assistência relacionada ao Familiar como a mais representativa dentre todas as subcategorias do estudo, demonstrando que existe uma valorização, do familiar/visitante na UTI, pelas enfermeiras. No entanto, algumas contradições foram expressas relativas às ações das enfermeiras, quanto à orientação e à aproximação com o familiar, pois, os horários de visita, muitas vezes, são utilizados pela equipe de enfermagem para descanso e consequente afastamento do paciente e do seu familiar.

Nesta categoria, foram considerados, ainda, os aspectos de caráter pessoal e os aspectos profissionais quanto à competência, ao relacionamento e ao trabalho, características e ações estas que podem interferir de modo favorável ou desfavorável no resultado do trabalho na UTI, junto ao paciente e seu familiar.

A terceira categoria, Condições Necessárias à Percepção da Enfermeira, expressou os requisitos que as participantes julgam necessários para o desenvolvimento do cuidar/cuidado na UTI, ao considerar suas próprias interpretações perceptivas. Dentre estes requisitos, ressaltou-se a experiência e o conhecimento do profissional quanto ao seu ofício, quanto ao paciente e à família. As participantes abordaram os princípios éticos e bioéticos de compromisso e responsabilidade no seu agir, como fatores de grande relevância e que influenciam em suas ações e percepções no ambiente de trabalho, sendo esta a mais ressaltada das subcategorias da categoria três.

A quarta e última categoria, Dimensão Ontológica da Percepção, englobou os sentimentos e as expectativas das enfermeiras. Nesta, as subcategorias exprimem os aspectos pessoais destas profissionais, que podem influenciar, pelas experiências de vida e pela sensibilidade, na forma de sentir e perceber o outro. Verificou-se, também, que, ao mesmo tempo em que as participantes compartilham as angústias e inquietações dos familiares com parente na UTI, elas, por já terem vivido situações semelhantes, percebem a necessidade quanto à melhoria da integração profissional/família e têm expectativas positivas, de modo a permitir prestação de cuidados humanizados.

Com este estudo, foi possível constatar que as enfermeiras percebem os familiares/visitantes na UTI e compreendem que eles têm necessidades, dúvidas e medos que

precisam ser cuidados. Porém, existem contradições em suas ações. Suas formas de agir frente a essas necessidades são diferentes de suas formas de “pensar”.

Estes resultados permitiram, portanto, identificar o que falta no grupo de enfermeiras e na própria Organização, a fim de que o familiar/visitante receba maior atenção e seja melhor acolhido na UTI.

Acredita-se que os resultados, desta pesquisa, trarão contribuições à Organização hospitalar, local do estudo; às enfermeiras intensivistas, no processo de cuidar voltado para o paciente e sua família; bem como para a educação e a pesquisa em enfermagem, inclusive para a própria autora.

- À ORGANIZAÇÃO:

O estudo poderá oferecer subsídios para a reflexão e ação da Organização quanto a algumas considerações:

→ Rever o processo de gestão das UTI's no que diz respeito ao trabalho exercido pelos profissionais, de modo a permitir melhor fluxo de informações e orientações aos familiares, o que resultará em maior qualificação e humanização, com interação e satisfação dos envolvidos.

→ Dar continuidade aos aspectos considerados favoráveis pelas participantes e estudar mudanças quanto aos desfavoráveis.

→ Criar espaços institucionais que possibilitem apoio e conforto a todos os profissionais.

→ Personalizar o cuidado e a atenção ao familiar/visitante.

→ Considerar o cuidado do familiar/visitante como parte do plano de trabalho da equipe de enfermagem na UTI.

→ Estudar a possibilidade de adequar e flexibilizar os horários de visitas de acordo com as necessidades do binômio paciente e família, essencial à recuperação do usuário.

- ÀS ENFERMEIRAS INTENSIVISTAS:

As percepções das enfermeiras relativas ao familiar/visitante, neste estudo, poderão contribuir com as reflexões destas quanto à melhoria nas relações dos profissionais de enfermagem com os familiares/visitantes, o que seria uma exigência para a qualificação do cuidar de enfermagem na UTI e a consequente humanização deste processo. A Organização e a equipe de enfermagem sentirão a necessidade de proporcionar aos usuários e família, melhor acolhimento, informações mais compreensíveis a depender do entendimento destes e facilidade de acesso à UTI, aceitando ou revendo as normas existentes.

Partindo da ideia de que o estudo oferecerá a oportunidade de refletir sobre as ações da

enfermeira no processo de cuidar voltadas para o familiar/visitante, sugere-se que:

→ As enfermeiras intensivistas da Organização pensem em desenvolver grupos de estudo, ou mesmo, realizar pesquisas sobre a temática, no sentido de mostrar aos agentes envolvidos no processo de cuidar, em especial o pessoal de enfermagem, o quanto seu trabalho pode ter as dimensões ampliadas para além das necessidades do corpo biológico.

→ Envidar esforços, junto à Organização, para rever aspectos considerados desfavoráveis à sua atuação junto ao familiar/visitante na UTI.

- À EDUCAÇÃO / À PESQUISA:

Acredita-se que este estudo trará algum tipo de colaboração para pesquisas futuras desenvolvidas por profissionais de enfermagem ou outros da área de saúde, em terapia intensiva, ampliando, também, a produção científica em torno do tema.

Espera-se, ainda, que ele ofereça subsídios à educação e à pesquisa em enfermagem, ao motivar a realização de outros estudos por alunos, docentes e profissionais de serviço, realçando a importância de trabalhar suas percepções frente às necessidades da família do paciente. Assim, poderá contribuir na formação de profissionais mais conscientes e comprometidos com o cuidar/cuidado de enfermagem, especificamente voltado para o cuidar ao familiar/visitante do paciente crítico.

As questões que não puderam ser contempladas no presente estudo, em relação às nossas observações, poderão ser retomadas a qualquer tempo. Esta é a grande relevância do trabalho científico, a possibilidade da renovação do conhecimento com vistas ao aprofundamento do tema. Contudo, reconhecemos que nenhuma pesquisa esgota, em si mesma, o conteúdo estudado.

- À AUTORA:

Como enfermeira intensivista e autora do trabalho, esta pesquisa proporcionou-me crescimento pessoal e profissional. Fez-me refletir sobre minhas ações cotidianas, direcionando meu olhar para o binômio família/profissional em um momento difícil e conflituoso da internação de um paciente na UTI. Levou-me a perceber a necessidade de uma atenção personalizada e especializada aos familiares/visitantes.

A realização deste estudo representou uma oportunidade de aprofundamento acadêmico, quando me fez sentir, de perto, os desafios de pesquisar e de me aprofundar numa temática de real interesse para a minha vida profissional. Desta forma, este trabalho servirá como base para novos projetos pessoais na vida acadêmica e profissional.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 5ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 1014p.

ALMEIDA, Aires (Org.). **Dicionário escolar de filosofia**. Lisboa: Plátano, 2003. Versão online: <http://www.defnarede.com/>. Disponível em: <http://www.defnarede.com/i.html>. Acessado em: janeiro de 2010.

AMADO, João S. A técnica de análise de conteúdo. **Rev. Referência**, n. 5, p. 53-63, nov., 2000.

AMESTOY, Simone C.; CESTARI, Maria E; THOFEHRN, Maira B., BACKES, Vânia MS.; MILBRATH, Viviane M., TRINDADE, Letícia L. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 30(4): 617-24, dez., 2009.

ARRUDA, Eloita N.; MARCELINO, Silvana R. Cuidando e confortando. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. **Dimensões da dor no câncer**. São Paulo: Robe, 1997, p. 157-189, 234p.

ATKINSON, Rita L.; ATKINSON, Richard C.; SMITH, Edward E.; BEN, Daryl J. **Introdução à psicologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 13. ed, 2002. 792p.

AUSTIN, John L. **Sentido e percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1993. 193p.

BACKES, Dirce S.; LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valéria L. A construção de um ambiente de cuidado humano: percepção dos integrantes do grupo de humanização. **Revista Nursing – Edição Brasileira**, v. 101, n. 9, outubro, 2006.

BARCELOS, Marta. Glossário. In: NEVES, Maria do Céu P.; PACHECO, Susana (Coord.). **Para uma ética da Enfermagem: desafios**. Centro de Estudos de Bioética. Pólo Açores. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, 582p.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

_____. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BAUER, Martin W, GASKELL, George (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 2.ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, 516p.

BERMEJO, José C. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 119p.

BISON, Rosa A.P; FUREGATO, Antonia R.F; SANTOS, Jair L.F. La percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería. **Index Enferm**, Granada, v. 16, n. 56, jun. 2007. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100007&lng=es&nrm=iso>. Acessado em: 31 de março de 2011.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 199p.

BOUSSO, Regina S; ANGELO, Margareth. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Rev. Esc. Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 172-9, jun, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, v. 4, n. 2, suplemento, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS**. Brasília, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28355. Acessado em 26 de janeiro de 2010.

BRÊTAS, Ana C.P, OLIVEIRA, Eleonora M. Algumas reflexões sobre a ética na pesquisa qualitativa. In: MATHEUS, Maria C.C.; FUSTINONI, Suzete M. **Pesquisa qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

CAETANO, Antônio. Formação de impressões. Cap. V, In: VALA, Jorge, MONTEIRO, Maria B. (Coord.). **Psicologia social**. 4. ed. Serviço de Educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000, 625p.

CAMELO, Silvia H. H. Estresse e atividade ocupacional do Enfermeiro hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador: v.20, n. 1/2/3, p. 69-77, jan/dez, 2006.

CAMPOS, Eugênio P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde**. 3. ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, 148p.

CARVALHO, Emília C.; BACHION, Maria M. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação em enfermagem. Cap. 2. In: STEFANELLI, Maguida C.; CARVALHO, Emília C. de (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005; 159p. (Série Enfermagem).

CASSI, Cristian C.A.V.; PUPPI, Lílían N.; ANTUNES, João de S.; FRICH, Maria C; PEREIRA, Vera M.I. Interdisciplinaridade na trajetória acadêmica do aluno graduando em enfermagem. **Nursing: Revista Técnico-Científica de Enfermagem**. v. 93, n. 9, fev., 2006, p. 687-690.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 5.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999, 920p.

COELHO, Maria J; NEVES, Eloita P.; SANTOS, R.S.; PEREIRA, A.; PEREIRA, M.; FIGUEIREDO, N.M.A. Conforto e as suas interfaces com o cuidar e os cuidados de Enfermagem. **Revista Enfermagem Atual** ano 5, n. 28, jul/ago, 2005.

COELHO, Maria J. Maneiras de cuidar em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** 59(6): 745-51, nov/dez, 2006.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução n. 311/2007. COFEN. Rio de Janeiro, 2007.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**. 4. ed. Lisboa, Porto, Coimbra: Lidel, 1999. 385p.

_____. **Cuidar [...] A primeira arte da vida**. 2. ed. Loures: Lusociencias – Edições Técnicas e Científicas Ltda, 2003. 440p.

CORRÊA, Adriana K.; SALES, Catarina A.; SOARES, Luciana. A família do paciente internado em Terapia Intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 24, n. 3, p. 811-818, 2002.

COSTA, Maria A. Relação Enfermeiro-Doente. In: NEVES, Maria do Céu. P.; PACHECO, Susana (Coord.). **Para uma ética da enfermagem: desafios**. Centro de Estudos de Bioética, Polo Açores. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, 582p.

COSTA, Sílvio C.; FIGUEIREDO, Maria R.B; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p. 571-80, 2009.

DAVIDOFF, Linda L. **Introdução à psicologia**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2001, 800p.

DENTZ, René A. Percepção e generalidade em Charles Peirce. **Cognitivo-Estudos: Revista Eletrônica de Filosofia**. São Paulo, v. 7, n. 1, jan./jun., 2010, p.19-25. Disponível em <http://www.pucsp.br/pos/filosofia/Pragmatismo>.

DOMINGUES, Bernardo. A pessoa e a vida saudável a promover. In: NEVES, Maria do Céu P.; PACHECO, Susana (coord.). **Para uma ética da enfermagem: desafios**. Centro de Estudos de Bioética, Polo Açores. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, 582p, p. 187-202.

DYTZ, Jane L.G.; ROCHA, Semiramis M.M. O modo de vida e seu impacto na saúde reprodutiva da adolescente de baixa renda. In: RAMOS, Flávia R.S.; MONTICELLI, Marisa; NITSCHKE, Rosane G. (Orgs.). **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000. 195p. (Projeto Acolher).

FERNANDES, Josicélia D.; SANTA ROSA, Darci de O.; VIEIRA, Therezinha T.; SADIGURSKY, Dora. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2008, v. 42, n. 2, p. 396-403.

FERNANDES, Maria de F. P. Evolução filosófica da ética. Cap 1. In: OGUISSO, Taka, ZOBOLI, Elma (Orgs.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006. (Série Enfermagem). 233p.

FERNANDES, Maria de F. P; FREITAS, Genival F. Fundamentos da Ética. Cap. 2. In: OGUISSO, Taka, ZOBOLI, Elma (Orgs.). **Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006. (Série Enfermagem). 233p.

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**; Marina Baird Ferreira; Margarida dos Anjos (Coord.) 5.ed. Curitiba: Positivo, 2010; 2272p.

FRANCO, Maria L.P.B. O que é análise de conteúdo. **Cadernos do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia da Educação**, nº 7, p.1-31, 1986.

FREITAS, Katia S. **Necessidades de familiares em Unidades de Terapia Intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado**. 2005. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

FREITAS, Katia S; KIMURA, Miako; FERREIRA, Karine A.S.L. Necessidades de familiares de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2007. jan./fev; 15 (1). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

GADAMER, Hans G. **Teoria, técnica e prática**. In: GADAMER, Hans-G. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa, 1996, p. 13-44.

GARANHANI, Mara L.; MARTINS, Júlia T.; ROBAZZI, Maria L.C.; GOTELIPE, Isabelle C. O trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: significados para técnicos de enfermagem. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas – SMAD**, 2008, v. 4, n. 2, artigo 6. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>.

GEORGE, Júlia B (Org.). **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente**. 5. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996.

GOTARDO, Glória I.B.; SILVA, Cláudia A. da. O Cuidado dispensado aos familiares na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Enferm UERJ**, 2005; 13: 223-8.

GUERREIRO, Teresa. Relação enfermeiro – família. In: NEVES, Maria do Céu P.; PACHECO, Susana (Coord.). **Para uma ética da enfermagem: desafios**. Centro de Estudos de Bioética, Polo Açores. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, 582p; p.81-94.

HAUSMAN, Carl R. **A semiótica de Charles Peirce aplicada à percepção: o papel dos objetos dinâmicos na interpretação perceptual**. 8º Encontro Internacional sobre Pragmatismo. Centro de Estudos de Pragmatismo – Programa de Estudos Pós – graduados em filosofia – Departamento de Filosofia. PUC – SP, 2005. (Tradução de Conferência: Henry John Mallett).

HAYAKAWA, Liliana Y.; MARCON, Sonia S.; HIGARASHI, Ieda H. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 jun; 30(2):175-82.

HUDAK, Carolyn; GALLO, Barbara. **Cuidados intensivos em enfermagem: uma abordagem holística**, 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1013p.

HUFFMAN, Karen; VERNON, Mark; VERNON, Judith. **Psicologia**. São Paulo: Atlas, 2003. 814p.

INABA, Luciana C.; SILVA, Maria J.P. da; TELLES, Sandra C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev. Esc Enferm USP**, 2005; 39 (4):423-9.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. v. 1 e 2.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marine de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001, 288p.

LEMOS, Rejane C.A; ROSSI, Lídia A. O significado cultural atribuído ao Centro de Terapia Intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev Latino-am Enferm.**, 10 (3): 345-57; mai./jun. 2002.

LEOPARDI, Maria T.; GELBCKE, Francine L.; RAMOS, Flávia R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49. jan/abr, 2001.

LIMA, Adriana B.; SANTA ROSA, Darci de O. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. **Rev. Esc Enferm. USP**, 2008; 42 (3): 547-53.

LUNARDI, Valéria L. **História da enfermagem**: rupturas e continuidades. Gráfica Universitária, 1998. 74p.

MALAGUTTI, William (Org.). **Bioética e enfermagem**: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Rubio, 2007. 213p.

MALDONADO, Maria T.P. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 11. ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 1990. 163p.

MARTINS, José M. **A lógica das emoções**: na ciência e na vida. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MARTINS, Josiane de J.; NASCIMENTO, Eliane R. P. do; GEREMIAS, Cláudia K.; SCHNEIDER, Dulcineia G; SCHWEITZER, Gabriela; MATTIOLI NETO, Hilário. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008; 10 (4): 1091-101. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htmartins>. Acessado em: 26 de janeiro de 2010.

MARTINS, Júlia T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva**: estratégias defensivas. 2008, 199 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP – Ribeirão Preto, 2008.

MARTINS, Júlia T; ROBAZZI, Maria L.C C. O trabalho do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos de sofrimento. **Rev Latino-am Enfermagem**, 17(1), jan./fev.; 2009. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acessado em: 26 de janeiro de 2010

MARZIALE, Maria. H.P.; CARVALHO, Emília. C.de. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, jan., 1998.

MATSUDA, Laura M.; SILVA, Neuza da; TISOLIN, Ana M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI – adulto. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003.

MATURAMA, Humberto. Ciência e vida cotidiana: a ontologia das explicações. In: _____. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Organização e tradução Cristina Magro; Victor Paredes, Belo Horizonte: UFMG, 2001. 1ª reimpressão.

MENEZES, Rachel A. **Difíceis decisões**: etnografia de um centro de tratamento intensivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 107p.

MICHAELIS. **Mini Dicionário da língua portuguesa**. (on-line). Melhoramentos Ltda., 2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br>. Acessado em: 19 de janeiro de 2010.

MINAYO, Maria C.S (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 80p.

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MONFERRARI, Cecília P. **Pesquisa quantitativa x Pesquisa qualitativa**. Disponível em: <http://www.ucj.com.br/noticias/14-diario-do-comercio/59-pesquisa-quantitativa-x-pesquisa-qualitativa.html>. Acessado em 08/11/2009.

MORA, José F. **Dicionário de filosofia**. 3. ed. Tradução: Roberto Leal Ferreira e Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MOREIRA, Rui Verlaine de O.; BARRETO, José A.E.; CRUZ, Enêde A. da; SALES, Zenilda N.. Gadamer e a Teoria Transpessoal de Watson. Cap. 8, p. 149-172. In: BARRETO, José A.E; MOREIRA, Rui Verlaine de O. (Orgs.). **A outra margem**: filosofia, teoria de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: UFC – Casa de José de Alencar, Programa editorial, 2001, 240p. (Coleção Alagadiço Novo).

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010, 128p.

MUSSI, Fernanda C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Rev. Acta Paul Enferm**, 18 (1): 72-81, 2005.

NEVES, Eloita P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Esc. Anna Nery R Enferm.**; Rio de Janeiro, v. 6, Suplemento n. 1, p.79-92, dez. 2002.

NEVES, Maria do Céu P.; PACHECO, Susana (Coord.). **Para uma ética da enfermagem**: desafios. Centro de Estudos de Bioética. Pólo Açores. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, 582p.

NEVES, Maria do Céu P. **Bioética simples**. Lisboa: Verbo, 2007. 299p.

OLIVEIRA, Lizete M.A.C. MUNARI, Denize B.; MEDEIROS, Marcelo; BRASIL, Virgínia V. Análise da produção científica brasileira sobre intervenções de enfermagem com a família de pacientes. **Acta Scientiarum. Health Science**, Maringá, v.27, n.2, p.93-102, 2005.

OLIVEIRA, Lizete M. de A.C. **O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem.** 2006. 219f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, convênio Rede Centro-Oeste. UNB-UFG-UFMS, Goiania, 2006.

OLIVEIRA, Maria E. de; BRÜGGEMANN, Odaléia M^a; MAY, Léia E.; SOUZA, Lúcia A. de. **Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura, 2003. 216p.

OLIVEIRA, Silvio L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

PAULI, Maria C; BOUSSO, Regina S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev Latino-Am Enfermagem**; 11 (3): 280-6; maio/jun., 2003.

PEDREIRA, Antônio. **A hora e a vez da competência emocional: levando inteligência às emoções.** 2. ed. Salvador: Casa da Qualidade, 1997, 135p.

PINHEIRO, Patrícia N.da C., VIEIRA, Neiva F. C.; PEREIRA, Maria L D.; BARROSO, Maria G.T. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/ AIDS. **Rev. Latino-Am Enfermagem**; 13(4): 569-75; Ribeirão Preto; jul./ago., 2005.

PITTA, Ana M. F. **Hospital: dor e morte como ofício.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 198p.

POLIT, Denise F.; BECK, Cherly T.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed, Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

ROMANO, Bellkiss W. (Org). **Manual de psicologia clínica para hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 215p.

SANTAELLA, Lúcia. **A percepção: uma teoria semiótica.** São Paulo: experimentos, 1993. Paulo Iluminuras, 2001, 120p.

SANTAELLA, Lúcia. **O que é semiótica.** 2. ed, São Paulo: Brasiliense, 2003, 86p. (Coleção Primeiros Passos 103).

SANTOS, José F.Q. dos. Cuidador e doente: uma relação mediada pela cultura. In: NAKAMURA, Eunice; MARTIN, Denise; SANTOS, José F.Q. dos. (Orgs.). **Antropologia para enfermagem.** Barueri, SP: Manole, 2009. (Série Enfermagem).

SANTOS, Kátia M.A.B.; SILVA, Maria J.P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTI's. **Rev. Bras. Enferm.** 59 (1): 61-6. jan./fev; 2006.

SANTOS, Moelisa Q. **A enfermagem e o paciente com dor torácica: convivendo com os sentimentos no cotidiano do cuidado.** 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SILVA, Roberto C.L. **O significado do cuidado em Terapia Intensiva e a (des) construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas**. 2006. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro: 2006.

SILVA, Iranete A.S. **Trabalho em Unidade de Tratamento Intensivo: representações sociais de enfermeiras**. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SILVEIRA, Rosemary S. da; LUNARDI, Valéria L.; LUNARDI FILHO, Wilson D.; OLLIVEIRA, Adriane M.N. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto & Contexto Enfermagem**; Florianópolis, 14 (n. esp.): 125-130, 2005.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 4, 2000.

SOUZA, Maria de F. **Unidade de Terapia Intensiva – opinião de familiares**. 1994. 66 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

TOBASE, Lúcia; TAKAHASHI, Regina T. Qualificação profissional dos enfermeiros do ensino médio. **Nursing: Revista Técnico-Científica de Enfermagem**. Ano 7, v. 68, p. 38-42. jan., 2004.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

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

VAGHETTI, Helena H; PADILHA, Maria I.C. de S.; CARRARO, Telma E.; PIRES, Denise F.P.; SANTOS, Viviane E. P. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **Rev. Enferm. UERJ**, 15(2): 267-75 abr / jun 2007.

VALA, Jorge. Análise de conteúdo. Cap. IV. In: SILVA, Augusto S; PINTO, José M (Orgs.). **Metodologias das ciências sociais**. 11. ed, Biblioteca das Ciências do Homem: Edições Afrontamento, 2001. 318p.

VILA, Vanessa da S. C.; ROSSI, Lúcia A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar/abr. 2002.

WAIDMAN, Maria A.P.; STEFANELLI, Maguida C. Comunicação e estratégias de intervenção familiar. Cap. 8. In: STEFANELLI, Maguida C. CARVALHO, Emília C. de (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005; 159p. (Série Enfermagem).

WALDOW, Vera R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001. 202p.

WALDOW, Vera R. **Estratégias de ensino na enfermagem:** enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005; 133p.

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

_____. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. (Série Enfermagem), 93p.

WERNET, Monika, ANGELO, Margareth. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2003, 37(1): 19-25.

APÊNDICE A – Informações aos colaboradores

NOME DO PROJETO DE PESQUISA: Familiares de Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva: percepções da enfermeira

Eu, Naiane Andrade Simões, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, orientada pela professora Dr^a Therezinha Teixeira Vieira, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Familiares de Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva: percepções da enfermeira” que tem por objetivo analisar a percepção das enfermeiras atuantes em UTI sobre a presença dos familiares / visitantes de usuários desta Unidade quando no desenvolvimento do cuidar/cuidado de enfermagem por eles recebido.

Sua participação **não** é obrigatória e antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você leia este documento e esclareça todas as suas dúvidas sobre a mesma.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista que consta de perguntas que o (a) aproximarão com o tema do estudo. A entrevista será gravada caso você autorize. Esta gravação tem a finalidade de ser fiel a sua fala.

A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, sem nenhum tipo de prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Esta pesquisa trará a você apenas o desconforto da entrevista, para qual buscarei um espaço que assegure nossa privacidade. Os benefícios estarão nos resultados da pesquisa que pretendemos divulgar em periódicos e eventos científicos a fim de possibilitar a reflexão da equipe multiprofissional da UTI quanto à importância da orientação e à forma de abordagem aos familiares de pacientes internados nesta unidade.

Não haverá ônus de qualquer natureza para você como entrevistado, e nós pesquisadores **não** seremos remunerados para a realização deste estudo.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Buscaremos garantir o anonimato não divulgando qualquer informação que possibilite a sua identificação. Para tanto, serão definidos pseudônimos. Sugerimos nome de pássaros ou flores a sua escolha.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os dados da pesquisadora, podendo esclarecer outras dúvidas a qualquer momento. Este documento será guardado, pela pesquisadora, em local seguro, por um prazo de cinco anos. Após este tempo, você decidirá sobre o destino do mesmo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Afirmo que após ter sido esclarecido (a) sobre o conteúdo da pesquisa “Familiares de Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva: percepções da enfermeira” e os seus respectivos objetivos, riscos e benefícios, que concordo em participar deste estudo respondendo as

perguntas da entrevista que serão gravadas com a minha permissão.

Afirmo que a minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência da pesquisadora. Estou ciente de que não serei remunerado (a) por este ato, de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo a minha pessoa ou a minha atividade profissional e que terei acesso aos dados registrados e uma cópia deste termo para o meu controle.

Salvador, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Dados da pesquisadora:

Nome: Naiane Andrade Simões

E-mail: naisimoes@yahoo.com.br

Celular: (71) 9953-1875

Endereço: Rua das Margaridas, Condomínio D. Walter, bloco B. Pituba, Salvador – Bahia.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA

FAMILIARES DE PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: percepções da enfermeira

Nº _____

Data: ____/____/____

Pesquisadora: Naiane Andrade Simões

PARTE 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO	
Nome (iniciais):	Sexo: (☐) Feminino (☐) Masculino
Idade:	Naturalidade:
Religião:	Formação:
Instituição Formadora:	Tempo de formação:
Tempo de atuação em UTI:	Especialização / Pós Graduação:
Tempo de atuação na UTI pesquisada:	☐ Não ☐ Sim. Qual? _____

PARTE 2 – PERCEPÇÕES – QUESTÕES NORTEADORAS
1- Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta Organização.
2- Como você percebe o familiar/ visitante de usuários na UTI em que você trabalha?
3- Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes acerca do cuidar/cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Organização.

APÊNDICE D – Entrevistas

Entrevista nº01: ÍRIS

QUESTÃO 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta instituição. Eu acho que para uma UTI pública [...] Que a gente trabalha é uma UTI [...] Semi organizada. Eu acho que existem algumas coisas que poderia ser melhor, mas que pelo fato de ser uma instituição pública, onde têm servidores públicos, isso dificulta um pouco a organização do serviço e isso termina trazendo um impacto de alguma forma negativo para a assistência. Mas fora isso, eu vejo que, mesmo assim, existem muitos profissionais aqui qualificados e empenhados tanto a nível de enfermeiros, quanto a nível técnico. Que embora eu veja algumas dificuldades nesse sentido da questão do funcionalismo público, eu vejo o outro lado, também, que existem muitos profissionais compromissados e qualificados. E, também, é uma UTI muito cansativa, pesada, porque com pacientes de politrauma, muitos deles com vários artefatos, lesões, fixadores; os pacientes são muito graves, instáveis; então termina sendo uma UTI de muito trabalho.

E a relação com a equipe. A relação interdisciplinar?

A relação interdisciplinar acho que, em geral, é mediana, porque existe muita segregação divisão mesmo social, digamos assim, de trabalho. Técnico fica muito mais com técnico, enfermeiro fica mais com enfermeiro, embora o enfermeiro tenha uma relação melhor com fisioterapeuta e com os médicos; eu acho que é muito isso essa questão do pessoal de nível superior é muito mais afastado, segregado com o pessoal do nível técnico. Existe isso bem forte aqui, presente muito mais do que em outra instituição que eu trabalho. Eu acho que isso aqui é muito mais acentuado. Essa questão da separação das diferenças, principalmente, entre as classes eu acho que até sociais.

Você acha que isso interfere no cuidado, na assistência ao paciente?

Acho que interfere de alguma forma no cuidado porque termina, muitas vezes, se tornando uma coisa pessoal. De algumas das partes e isso termina interferindo diretamente na assistência quando alguma coisa é deixada de falar de propósito sobre um paciente, por exemplo, quando você tem algumas coisas que a pessoa não sinaliza. Como, por exemplo, outro dia já aconteceu isso que um paciente estava com uma gaze em volta do meato porque ele estava com um sangramento importante e já estava praticamente podre e a técnica não queria dizer aquilo para a enfermeira; por alguma razão. E uma outra, que estava junto, que disse [...] ó dê uma olhadinha ali porque eu sei que fulana não quer chamar, mas é importante ver (pausa) [...]eu acho que esse tipo de coisa termina comprometendo a assistência ao paciente. (pausa prolongada) Acho que o que interfere também aqui na assistência aos pacientes é a questão médica daqui da UTI também porque nós temos uma equipe médica ainda inexperiente e que isso também termina interferindo no trabalho de enfermagem de uma forma ou de outra. Já que é um trabalho que precisa ser, sabe, interdisciplinar, então o fato de serem muito inexperientes, às vezes recém formados, que não têm um conhecimento prático e, às vezes, teórico fundamentado [...] isso termina interferindo no cuidar do paciente e no tratamento da patologias que o paciente tem e, às vezes, termina até prejudicando de alguma forma o estado de saúde do paciente.

QUESTÃO 2 – Como você percebe o familiar visitante de usuários na UTI em que você trabalha? Eu acho que para mim [...] não incomoda muito a visita dos familiares [...] no ambiente do trabalho [...] É claro que o momento da visita, não deixa de ser um momento de mais tensão. Por quê? Porque a gente está sendo, de alguma forma, vigiada, observada então isso termina, às vezes, modificando um pouco a nossa ação, porque alguns comportamentos a gente não deve ter e nem se portar na frente do familiar que tem um ente querido ali que tá

observando a nossa posição. Então, de alguma forma, termina intimidando a equipe em algum momento. Mas assim, especificamente, isso não me incomoda não [...] Ver um familiar entrar e sair ou perguntar ou conversar alguma coisa [...] Eu acho que não me incomoda, não.

Em qualquer momento da internação você acha que é importante o familiar na UTI? Prejudica o trabalho de Enfermagem?

Eu acho [...] que é importante é. Mais para a família do que para a gente, profissionais de saúde, porque para a família, é importante estar perto daquela pessoa e, é claro, que se o paciente é consciente, a presença da família é também muito mais importante para ele. Mas, para nossos pacientes aqui, que a maioria é entubado e sedado, que a gente acredita que não tem uma percepção da realidade [...] acho que o familiar presente, às vezes pode até atrapalhar mais do que ajudar, nesse caso, né? Mas, se for um paciente que tá lúcido e orientado, acho que ajuda mais do que atrapalha, porque o familiar tá ali perto, então o paciente pára de ficar chamando a gente toda hora, por ansiedade, por querer ter alguém perto; então quando a família está, ele acaba parando de ficar, às vezes, sobrecarregando a equipe por coisas que a gente percebe que é ansiedade dele. E quando esse paciente é grave, está entubado, que às vezes, não tem uma percepção do meio [...] eu acho que, nesses casos, o familiar termina mais atrapalhando do que ajudando.

QUESTÃO 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes a cerca do cuidar / cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Instituição. Eu não me lembro. Não me lembro de nenhuma experiência marcante em relação a um familiar aqui na UTI. *(longa pausa)*. O que me chama, às vezes, atenção em relação a isso é que, por exemplo: aqui no *(diz o nome do Hospital)* que é um lugar que a gente recebe politrauma, às vezes tem muito gente baleado e o que eu acho é que, às vezes, a gente termina fazendo um preconceito de alguns pacientes que entram aqui, por conta disso. Então, às vezes, o paciente vem já com vários tiros, ou então alguma coisa parecida, facada [...] que isso termina, às vezes, levando a um preconceito da equipe em relação ao cuidado daquele paciente [...] Não que a gente vá tratar dele mau ou de alguma forma, né? [...] Mas que isso termina, de alguma forma, repercutindo negativamente. Então, com a presença, eu percebo isso, do familiar aqui a equipe, e eu até [...] A gente busca muito da família, na realidade, saber o que se deu, como foi aquela história, o que aconteceu na verdade, para ver em que contexto aquele doente se enquadra. Se é de alguém, realmente, de família, que aconteceu um acidente, que teve alguma coisa nele [...] ou se é alguém que de repente, realmente, é aquilo que a gente tava pensando. Eu não posso dizer se isso interfere, diretamente, no cuidado desse doente [...] Nem em relação a mim, nem em relação aos outros, porque isso é muito subjetivo, muito do interior. Não sei dizer isso, especificamente, mas acho que esse é o momento que a gente busca muito dos familiares [...]

Você quer complementar mais alguma coisa ao seu depoimento? Acho que não [...] Acho que é isso.

Entrevista nº02: ORQUÍDEA

QUESTÃO 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta instituição. Como é que eu percebo a UTI [...] *(pausa)* [...] Em sendo uma unidade pública, eu acho até organizada, eu acho que a qualidade da assistência é boa. Dentro da complexidade dos pacientes daqui e da disponibilidade também de procedimentos necessários que são disponibilizados [...] é bem feito, é feito à tempo, sempre que possível. E, assim, a gente percebe que tem o comprometimento dos profissionais, é claro que tem um ou outro que você sabe que é da conduta pessoal, não é nem profissional, mas que interfere no profissional. Mas, de um modo em geral, o relacionamento entre as pessoas, médicos, enfermeiros,

fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, é um relacionamento [...] como é que eu digo, [...] amistoso? Não sei, mas assim, equilibrado [...] Não há muito problema pessoal entre a equipe [...] Há sempre, como em todo o lugar, o problema da questão entre a equipe de enfermagem; o técnico, o enfermeiro, mas nada que vá interferir, diretamente, em coisas mais graves para o paciente, nada que a gente não consiga contornar e resolver [...] (pausa) O conflito entre o técnico e o enfermeiro, mais especificamente, não interfere, diretamente, na qualidade da assistência. Mas, a questão do comportamento, às vezes, interfere sim [...] nos procedimentos, na forma de você cuidar e tratar. Porque quando a gente fala de enfermagem é cuidar mesmo. Então, quando diz manipulação do cuidado, interfere por conta do pessoal de algumas pessoas. Porque o que a gente percebe é que na questão falta de conhecimento que deixa de fazer alguma coisa, mas por conta do descaso de alguns profissionais mas que aqui eu percebo que não é maioria.

QUESTÃO 2 – Como você percebe o familiar visitante de usuários na UTI em que você trabalha? O perfil dos pacientes que a gente tem aqui é uma coisa importante, também, para colocar em relação à visita. Porque o paciente quando ele é lúcido, a visita tem uma outra importância de repente até maior. A maioria dos nossos pacientes, que a gente tem aqui, estão entubados, sedados e que não têm aquela percepção do familiar; mas mesmo assim, é de extrema importância. Por vários motivos. Um motivo é: se a gente percebe, nesse caso, que o paciente é entubado, tá sedado, que ao nosso ver não está nem percebendo o familiar, mas isso é para o paciente, mas vamos pensar que a visita é importante para aquela pessoa e para a família daquela pessoa e para os amigos daquela pessoa que estão em casa, que precisam de uma notícia, de uma informação; que precisa ser bem recebida aqui na UTI, precisa ser acolhido, orientado [...] E o que acontece é que, às vezes, a gente enfermeiro, os médicos não têm um contato muito próximo desses familiares [...] O máximo que acontece, às vezes, é na passagem do plantão, do boletim [...] Que ele orienta: “não, quadro do paciente é isso.” Ele sai sabendo, e às vezes satisfeito, ou, às vezes, não compreende nada do que foi falado. Mas, teve uma orientação. E, algumas vezes, a nossa parte de enfermagem, a gente, às vezes, passa o paciente; entrou o visitante, e agente nem chegou perto. [...] Eu acho que é importante porque assim, a maioria das pessoas que param na UTI, os pacientes, o familiar nunca pisou numa UTI. Então não sabe nada. Então, o que a gente percebe é que quando o familiar solicita, pergunta [...] as pessoas não gostam por conta disso. Eu acredito que a gente deve sempre, levar em consideração que ele realmente não sabe nada e que, às vezes, o paciente tá super estável, mas ele não sabe. ele vê piscando, alarmando um monitor e achando que aquilo é o fim. Então assim, precisa de quem? É o médico que tem que tá lá? Não, eu acho que é, principalmente, a nossa parte de enfermagem que tem que estar supervisionando a visita. Até mesmo para evitar que as pessoas manipulem o paciente inadequadamente, mecha em uma bomba, numa vazão, desligue sem querer, desconecte alguma coisa que vá estar, realmente, interferindo. Essa é a parte da visita que tem que ver [...] Em relação aos pacientes que estão orientados; eu acho necessário que haja até mais estudos sobre isso e que comece a ser divulgado mais, que sejam mais trabalhados os profissionais quanto a isso. Por que, muitas vezes, encontra o paciente [...] aí entram outras questões como contenção mecânica [...] o paciente chaga da cirurgia e aí acorda [...] contido em um ambiente totalmente hostil, diferente de tudo que ele já viu [...] aí, às vezes, tendo um familiar próximo, dá um conforto, ele vê uma carinha conhecida. Então isso é importante para um paciente lúcido, pelo menos nesse aspecto. E em muitos lugares, aqui mesmo [...] a gente só tem essa liberação que é já, não é nem institucional, mas é lei, né? De crianças e idosos; para outras situações, eu, pelo menos, nunca presenciei nenhuma flexibilização de horário para outra faixa etária, pelo menos aqui. Então isso que eu não vejo. Assim [...] pelo quadro, eu volto a falar, mas eu acredito que é pelo perfil dos paciente que nós temos, mas ainda que tivesse outro tipo, outro

perfil, eu nunca vi flexibilizar horário de visita que seria uma coisa importante. (*pausa prolongada*). Eu acho que é importante visita. Sempre que eu estou [...] eu estou tentando me restringir a aqui porque eu tenho que dizer aqui [...] Mas assim, a minha experiência, por exemplo, de outro hospital, de outra instituição que é super flexível todos os horários, para vários pacientes, em todas as idades. Eu vejo isso, porque, assim, lá tem profissional que não gosta; que, às vezes, toda hora o paciente se queixa de uma coisa e diz para o médico, enfermeiro [...] e as pessoas não gostam [...] Mas, eu prefiro, por mais que a gente [...] Orienta bem o acompanhante e ele vai saber se comportar dentro do ambiente. Tem momentos que a gente tem fazer algum procedimento, uma higiene, um banho; pede para o acompanhante esperar lá fora em outro ambiente. E é importante, sabe, por esta questão porque dá um conforto e um apoio para a pessoa que está ali internada, hospitalizada. Eu concordo; apoio sempre essa possibilidade, sempre que há, realmente, essa necessidade, eu concordo que deva ficar; independente da faixa etária.

QUESTÃO 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes a cerca do cuidar / cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Instituição. Nós temos dois horários de visita. Pela manhã que é um só e pela tarde que são dois. E nem sempre eu estou presente com todos os acompanhantes, mas sempre que possível eu tento chegar pelo menos até para tentar saber da história dele, daquele acompanhante, por exemplo, mãe, o pai [...] às vezes, tem gente que não gosta de saber não acha importante, eu acho importante. Eu tô cuidando de um paciente [...] que aqui a gente sabe que tem muito paciente, às vezes, que é marginal [...] Às vezes é uma pessoa de bem, assim, que passou por uma situação de agressão, de violência na rua ou acidente e tal [...] e você cuida daquele paciente da mesma forma, às vezes sem saber o quê que aconteceu com ele. O quê que aquela família tá pensando? O quê que aconteceu? Será que ele tem noção do foi o antes e do que foi agora. Sempre que possível eu tento chegar próximo da família e pelo menos perguntar [...] A Sr^a sabe o quê que aconteceu para ele estar aqui? Eu sempre tento me aproximar desta forma para entender o conhecimento que esse familiar tem do quadro anterior e atual do paciente; até mesmo para gente ter uma informação que, às vezes, não tem no prontuário do paciente pelo Serviço Social. Então, algumas vezes, você acaba ouvindo as histórias. Então, um contato mais que eu tento estabelecer é esse de me aproximar, tentar conhecer a origem da pessoa, de onde é que eles são; porque muitas vezes, mas muitas vezes, tem muito paciente daqui que não é daqui de Salvador, são do interior. Eu lembro que uma menina mesmo que ficou no leito 13, uma garotinha que teve há um tempo atrás [...] Uma menina que teve um TCE, que aí o pai e a mãe vieram do interior e deixaram uma criancinha, o filho mais velho, com algum parente lá [...] E o interior era distante, eu não me lembro agora. E eles ficaram aqui; não tinham nenhum parente. A casa de apoio já não faz mais [...] Não existe mais uma relação de encaminhamento daqui do hospital para a casa de apoio, então assim, eu falei com a assistente social, ela deu a orientação para a pessoa. Orientou; mas se eles aceitaram foi outra questão; e aceitaram que ficassem lá, mas não foi diretamente um encaminhamento. Então, às vezes, tem coisas que a gente pode fazer [...] Como esse caso [...] eles estavam aqui sem eira e sem beira, então, eu lembro que teve uma noite que eu tava de plantão e teve essa menina [...] eu perguntei para mãe e ela falou assim: aqui fica eu e ele [...] eu fico aqui e ele fica lá fora num banco [...] revezando comigo, e assim comendo aqui, dormindo aqui pelos bancos, sabe. Então se tem condições de você fazer uma sinalização para o serviço social para tá tentando dar uma ajuda de alguma forma, de repente consegue, dá um apoio a mais. Porque, também pense, em todo o constrangimento, toda mudança que tem dessa pessoa de vir para cá [...] e, às vezes, a gente não se dá conta; quer chegar dar nosso plantão e ir embora; e não lembra que tem mil pessoas [...] Aqui a gente trabalha com pessoas carentes, a maioria das pessoas [...]

que vêm do interior, do “Cabrobro do Judas” [...] Então, assim, a gente precisa dar uma orientação para essas pessoas.

Você quer complementar mais alguma coisa ao seu depoimento? Acho que não [...] Não me vem mais nada em mente, agora.

Entrevista nº03: (MAGNÓLIA)

QUESTÃO 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta instituição. A UTI, eu gosto de trabalhar aqui. Como é um Hospital público, a UTI tem muitos pacientes que não tem muito poder aquisitivo, então a gente trabalha com amor, não que em outro lugar onde eu trabalhava, eu não trabalhava com amor, mas tem a necessidade do paciente que você está cuidando, então você termina desprendendo mais de si e, às vezes, até questionando algumas posturas, brigando por algumas coisas que a gente acha que é importante para aquele paciente [...] Às vezes, o clima termina não sendo muito bom, menos favorável, por conta disso, porque algumas pessoas não conseguem perceber dessa forma, perceber que o outro necessita de nós, que está ali desacordado naquele momento, totalmente entregue em nossas mãos e muitas pessoas não conseguem perceber isso e, às vezes, existem algumas indisposições por sermos enfermeiras que estamos coordenando uma equipe de técnicos e temos que cobrar algumas coisas e, às vezes, nesta cobrança pode haver algum tipo de desentendimento. Então, às vezes, o clima não é muito agradável, não tem um clima organizacional muito bom. Nesse momento, a gente tem passado por um período difícil na UTI, justamente pelo conflito de idéias, de opiniões, de interesses; então, a gente tem passado por esse período difícil. Geralmente, esse conflito não é nem tanto entre as colegas enfermeiras, é mais entre as enfermeiras e os técnicos e as enfermeiras e os médicos. Mas o clima entre as enfermeiras é muito bom, a gente consegue trabalhar bem em equipe, precisa organizar melhor o trabalho, estrutura melhor [...] A gente tem passado por um período, também difícil de transição de coordenação; então a gente tem passado por esse período mais conflituoso. Mas que em resumo [...] é bom trabalhar aqui na UTI em que eu trabalho e a gente tem visto resultado. Hoje mesmo chegou uma paciente que foi de 2008, que é funcionária do hospital e que ficou no leito sete e que ela tava falando que foi muito bem cuidada por esta equipe e que ela passou quatro dias aqui e que ela teve várias lesões, fratura de face, teve fratura de fêmur, ela teve um acidente de carro quando tava saindo daqui do HGE ela tava trabalhando, e teve o acidente e que voltou para cá meia hora depois; que foi muito bem assistida e assim [...] Foi muito gratificante vê-la bem, conversando com a gente, trabalhando aqui novamente. E relembrando de uma forma prazerosa [...] Claro que o momento foi difícil, mas que ela colocou assim [...] Agradeço a Deus em primeiro lugar e a vocês. E eu até brinquei com ela dizendo que a Deus sempre, porque nós fazemos o nosso trabalho e Deus age com a gente pela misericórdia, pela misericórdia Dele, não que mereçamos, mas nos recebemos para isso. Então fiquei feliz em ver hoje. Então é gratificante. Porque geralmente não vemos, mas quando acontece de vermos, a pessoa bem, trabalhando, e que não tem sequela quase nenhuma e dizer: “fiquei aqui neste leito e fui muito bem tratada”. Ela citou duas enfermeiras – “lembro muito bem de MM e F” – que ficaram com ela nos dias em que ela estava lúcida [...] então é gratificante e é isso que nos motiva a trabalhar cada vez mais e melhor, justamente porque nossa clientela é extremamente necessitada e precisa de todo o nosso empenho.

E a estrutura física, sua funcionalidade?

Quanto à estrutura física ainda precisa melhorar. Porque a UTI foi improvisada. Necessitava de uma outra UTI aqui no hospital, então foi ampliada, foi utilizado este espaço para fazer a outra UTI. Então, a gente vê que algumas coisas aqui que foram improvisadas. O

balcão a gente consegue ver a maioria dos leitos, mas não todos; deveria ser mais centralizado; a distribuição dos leitos, às vezes, fica meio que ruim para as enfermeiras, tem uma determinada distribuição aqui que a enfermeira fica com o 1; 2; 3 e 4 e fica muito difícil de circular e de visualizar, justamente porque dois pacientes ficam de costas para ela quando ela está cuidando dos outros dois pacientes; e, então, essa disposição às vezes é ruim; o isolamento não é totalmente transparente, então quando você está dentro do isolamento, você não vê seus outros três pacientes que estão fora do isolamento [...] o que não é o ideal, o que não é adequado. Então tem alguns problemas que são estruturais. A gente não tem uma sala de coordenação para ter uma reunião, uma conversa [...] a coordenadora estava agora a pouco precisando conversar com um a funcionária então ela precisou vir para aqui para o conforto, e eu precisei entrar [...] e voltei [...] Então a gente não tem uma sala adequada. Uma sala para armazenamento de materiais e de guarda de materiais de grande porte. Nós não temos um local adequado. Então fica, às vezes muito desorganizado, e a questão que inclusive a coordenadora está revendo, é o suprimento dos materiais, de tentar reduzir a quantidade de coisas dentro da unidade para ter uma circulação melhor, uma aparência melhor; porque a gente que está trabalhando, termina acostumando. Mas quando a gente chega, às vezes, em um plantão que a gente vê que está um pouco mais bagunçado, a gente percebe o quanto precisa organizar melhor. E que, às vezes, o funcionário não tem nem culpa, porque a gente não tem espaço adequado para guardar as coisas, para acondicionar melhor. Então a gente tem este problema de estrutura física, principalmente porque já veio antes da nossa entrada aqui.

Quanto ao trabalho [...] a gente trabalha com paciente crítico, paciente grave, a gente tem menos recursos que alguns hospitais privados, alguns tipos de anti bióticos, alguns materiais; hoje mesmo a gente estava fazendo pareceres [...] eu fiz um parecer de dois materiais [...] sentamos para fazer dois pareceres hoje: um de uma bolsa coletora de sonda e outro de um esparadrapo que estão ruins. Então esta pessoa estava explicando todo o processo para receber estes materiais, pois a compra é feita pela SESAB, não é pelo hospital, então elas estão usando o parecer daqui, como um certificado em outros hospitais – “olhe foi aprovado pelo hospital X” (fala o nome do hospital) – porque nós temos esta preocupação de estar sempre dando este “*feed back*” de que esse material não está sendo bom. Então, algumas coisas independem de mim. A gente tenta trabalhar na medida do possível, mas algumas coisas independem de nós.

QUESTÃO 2 – Como você percebe o familiar visitante de usuários na UTI em que você trabalha? Bom, os familiares chegam muito nervosos, muito apreensivos. Alguns chegam a se sentir mal mesmo. Porque todos os pacientes, 90% dos nossos pacientes, são de trauma. Nosso hospital é referência em trauma. Então é algo brusco. Aquele familiar foi retirado do convívio dele de uma forma brusca. Ou é trauma ou, violência. Então eles são retirados de uma forma brusca e os familiares, às vezes, chegam muito apreensivos, muito nervosos. Eu acho que falta um pouco de acolhimento antes desse familiar chegar aqui. De encontrar o seu familiar no leito. Falta um pouco de acolhimento, porque, geralmente, eles vêm porque foram comunicados de que tem este familiar na UTI. Eles vêm no horário da visita, às vezes nem sabem ao certo o horário de visita, às vezes, chegam aqui no horário da visita e só depois são abordados pela equipe do serviço social, e quando (ênfase) são abordados pela psicologia. Porque é um psicólogo que atende vários setores, não sei bem como é a distribuição deles; mas eles atendem a vários setores e por isso não podem estar aqui o tempo todo durante a visita. Então, eles (os familiares) chegam à UTI, primeiro são chocados com toda a situação, para, depois, procurarem a gente [...] Nós orientamos a procurarem o serviço social, às vezes, algumas assistentes sociais vêm aqui e orientam, mas nem sempre. E, muitas vezes, eles (os familiares) são orientados na recepção do que têm que trazer, recebem um folheto. Mas eu acho que eles não são bem acolhidos diante da situação mesmo que é mais complicada. Em

hospitais privados, a gente recebe muito paciente que estava doente, fez vários exames, aí agravou o quadro e precisou ficar internado. Mas, no nosso caso não; o paciente chega por um acidente, então ele chega de uma forma inesperada para todo mundo, inclusive para nós. Nós, às vezes, recebemos um plantão que nós não sabemos como o nosso paciente vem. Justamente por conta do acidente, do trauma. Então, os familiares [...] Eu os percebo muito desorientados. Acho que falta acolhimento, também, de nossa parte. Porque a gente termina acostumando em ver todos os dias pacientes graves, pacientes poli-traumatizados, em ver tragédias, então, a gente termina acostumando. A gente se choca mais, ou tenta se aproximar mais daquele familiar que chega chorando, que fica desesperado, que passa mal; a gente se aproxima mais deste familiar, conversa melhor, às vezes liga para a psicologia; ou quando tem criança que a gente termina ficando mais emotiva. Mas, no geral, nós, também não acolhemos os familiares. Até porque, muitas vezes, esse paciente tem uma índole interrogada. É um paciente que recebeu vários tiros, que foram múltiplos PAFs por uma coisa que a gente não consegue saber; se é custodiado, se não é; o quê que ele estava fazendo naquele momento que recebeu tantos tiros; então, muitas vezes, o familiar vem e a gente prefere nem se aproximar. Mas, muitas vezes, o familiar não tem nem culpa, não tem nada a ver com a situação. Mas, eu acho que falta um pouco de acolhimento. Eu os percebo (os familiares) muito inseguros. A psicologia nem sempre está presente na hora do boletim. Em que muitos hospitais acontece isso, a psicóloga está no presente na hora do boletim médico, a psicóloga não está; somente quando é morte encefálica. Ou quando o paciente está muito grave que os familiares estão muito inquietos. Aqui é um local de difícil acesso, então nem sempre vêm todos, quando vêm, só um pode receber o boletim. A gente inclusive orienta o familiar que só um (ênfase), o último que vem visitar, que recebe o boletim médico, quando não deveria ser assim, quando deveriam todos os familiares receber o boletim, entender o processo que está se passando com aquele paciente, entender a gravidade daquele paciente, e como eu já falei [...] nossos pacientes e nossa clientela são pessoas de baixa renda, são pessoas que, muitas vezes, não têm conhecimento; então, às vezes o linguajar não é acessível para eles e essa questão de ser de baixa renda, nem sempre aquela pessoa pode vir todos os dias. Então, vem uma pessoa hoje, outra amanhã, outra depois de amanhã; então, às vezes, a informação se perde; e como é um linguajar muito mais técnico, eles não conseguem repassar, reproduzir isso. Então, no outro dia, eles vêm nervosos do mesmo jeito, porque eles não receberam a informação correta, eles não sabem se está melhor ou não. Só pelo médico falando, eles não conseguem entender se está melhor ou não. Então, eu percebo que eles não têm um acolhimento necessário, devido, realmente à condição dos pacientes que nós temos. Acho que eles (os familiares) deveriam ser mais acolhidos, ser mais orientados. Quando acontecer alguma intercorrência com um paciente, que ele é entubado, que ele agrava o quadro, que precisa ir para cirurgia, aí esse familiar não é comunicado, deveria ser comunicado, e não é comunicado. Então ele (o familiar) chega e recebe a informação; às vezes, só depois, no boletim. Ele percebe que o paciente foi entubado, mas ele não consegue entender o porquê e só depois no boletim, depois de tudo é que ele vai receber essa informação [...] Quando em muitos hospitais privados; avisam: - “olhe o familiar do leito X chegou”- aí o médico vai até a porta, recebe o familiar, explica que o paciente agravou e que precisou passar tal cateter, fazer tal procedimento para poder encaminhar e preparar esse familiar [...] E aqui a gente não tem isso. Então eles ficam, realmente, perdidos desorientados e bastante nervosos mesmo.

Você acha q a presença do familiar ajuda ou atrapalha o trabalho da equipe, do enfermeiro?
 Não acho que a presença do familiar atrapalhe, não. Nesse ponto, eu não consigo ver o familiar como uma pessoa que atrapalha. Realmente, tem familiares que são mais problemáticos, que não conseguem entender bem, ou que já vêm mesmo achando que nós temos que resolver todos os problemas daquele paciente; quando, muitas vezes, nós não conseguimos. Quando, muitas vezes, não depende somente da gente; depende do médico, de

outras questões. Mas eu não vejo a visita como algo que atrapalhe. Acho que faz parte, pois nós estamos cuidando de pessoas. Então não tem como eu achar que o familiar daquela pessoa é um incômodo, atrapalha [...] Não tem como, porque nós cuidamos de pessoas, aquela pessoa, como eu sempre falo, tem pai, tem mãe, tem alguém que ama, tem alguém que gosta, tem alguém que se importa com ele. Então não vejo, não consigo ver [...] Algumas pessoas mesmo falam [...] a gente estava falando da entrevista e a colega falou: -“eu não vou fazer essa entrevista porque eu não gosto do horário da visita [...] é um horário que eu não gosto.” Eu disse para ela: ‘faça a entrevista também, porque você vai explicar porque você não gosta, porque você acha um incômodo e isso vai enriquecer’. Mas, eu não consigo ver o familiar como um empecilho. A gente já teve situações “n” aqui [...] porque aqueles que chegam mais nervosos é porque precisam, realmente, dessa orientação prévia para que eles se sintam mais confortáveis para que ele entenda. E aquilo que a gente não conseguir satisfazer a gente vai passar para a psicóloga, passar para o médico estar orientar, porque algumas coisas a gente não pode passar. Então, algumas coisas a gente tem que repassar para alguém, mas não ver o familiar como um incômodo, não [...] não consigo perceber assim.

QUESTÃO 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes a cerca do cuidar / cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Instituição. Nós já tivemos vários momentos: momentos bons de familiar agradecer, ir à ouvidoria falar bem; e de chorar junto com a gente, que a gente termina se emocionando também, agradecendo [...] e já tive momentos bastante conflituosos. Agora eu me lembrei de um familiar de um paciente que era testemunha de Jeová. Era uma criança, não tinha nenhum relato no prontuário e a criança estava chocada, foi um acidente, e não chegou nenhum familiar aqui. Inclusive a gente comentou achando estranho não chegar nenhum familiar. E lá para o final do período, depois que a gente fez a admissão, a paciente estava chocada, a gente pediu sangue [...] Chegou a família dessa criança e ela era testemunha de Jeová. Foi super conflituoso porque essa mulher começava a gritar: “quem tinha dado sangue! Quem tinha dado sangue para a criança sem a autorização” a gente explicando a ela que não precisava de autorização a não ser que tivesse algo em prontuário e não tinha [...] eu é quem estava com essa paciente e fui olhar no prontuário [...] não tinha nada registrado em prontuário, eles disseram que estava na mão deles. Depois entrou um adolescente de mais ou menos 16 anos, totalmente desorientado, desorientado [...] A preocupação dele não era nem com a vida da criança [...] era com a vida da criança, de qualquer forma, porque para eles sangue é vida, eles têm essa relação com o sangue e que não poderia ser administrado naquela criança. E ele ficou totalmente desorientado, totalmente desorientado e precisou a gente chamar a psicóloga para poder conversar. [...] Tem alguns familiares que chegam forçando algum tipo de situação com o paciente [...] Recentemente a gente teve uma situação em que o familiar queria que o paciente assinasse um documento que não pode assinar. Às vezes, a gente tem que ser um pouco mais duras, realmente falar de uma forma mais áspera com o familiar para que ele entenda até onde é o limite dele. Alguns colegas não gostam porque o familiar chega e fala do monitor, aí chega e chama e fala que está alarmando. Algumas pessoas não gostam [...] mas eu chego para o familiar e falo “olhe, não se preocupe que tudo isso aqui que está alarmando fui eu quem programei para alarmar; então antes de o Sr saber, eu já sei; eu coloquei para que ele me sinalizasse. Então eu já conheço isso tudo, não se preocupe, a sua preocupação tem que ser em cuidar de seu familiar, em falar com ele, conversar com seu paciente, mostrar que você está aqui, falar de coisas boas, falar que as pessoas estão orando por ele, que estão pedindo a Deus por ele, qualquer que seja a sua crença. Você tem que estar passando isso, e pode deixar que as outras coisas eu resolvo.” Porque tem colegas que se irritam, e que não gostam por conta disso. Mas se ele está falando é porque alguma coisa está incomodando e ele vai achar que aquilo ali vai botar em risco a vida do familiar dele. Eu consigo compreender isso. A

gente tem essas experiências das pessoas que chegam falando, sinalizando, e que às vezes, lê ali só no monitor e vem lhe falar, então a gente todos os dias tem vários acontecimentos com familiares, mas como a gente não tem o acolhimento, essa aproximação muito grande com o familiar já faz parte mesmo, infelizmente, da nossa rotina, e a gente termina fazendo parte e a gente termina “rudizando”; e muitas vezes, a gente não tem mais experiência com os familiares por conta disso. Uma coisa que eu sinto falta é que se a gente tivesse esse contato maior com o familiar, quando o paciente saísse de alta ele voltaria aqui; porque a gente vê em alguns lugares, ele voltar com o paciente para mostrar; e como a gente não tem esse contato, eles até ficam gratos, mas não voltam [...] São raros os que voltam para dizer [...] “olhe como eu estou bem, estou saindo de alta do andar”; justamente porque a gente não tem essa aproximação. (pausa). Teve uma época aqui que a gente até tinha mais [...] mas hoje em dia é uma falha nossa mesmo como equipe de saúde [...] minha também de não ter mais tanto essa aproximação, então tem algumas histórias, mas talvez tivessem mais se a gente estivesse mais próximo.

Você quer complementar mais alguma coisa ao seu depoimento? Acho que a pesquisa é muito pertinente, porque em alguns lugares a visita só é um horário, monitorada, assim como tem locais que as visitas são 2 ou 3 horas de visita que é para tentar humanizar, mas que, às vezes, termina, realmente, atrapalhando a rotina do serviço. Com visita de manhã, de tarde e de noite, às vezes termina atrapalhando a rotina do serviço, mas, justamente, na tentativa de humanizar. Eu acho a pesquisa bastante pertinente para que a gente consiga encontrar esse ponto de equilíbrio, essa pesquisa vai colaborar para isso. A gente encontrar esse ponto de equilíbrio, nem tantas visitas para que não atrapalhe o serviço porque vai ser aquela correria para deixar o paciente limpo, para deixar a unidade organizada, sendo que nós temos, também, outras coisas para resolver, não só a limpeza do paciente, mas a vida dele. Tem que ter o tempo para preparar medicações, fazer exames [...] Que naquele horário da visita você não pode estar fazendo isso porque é o horário que o familiar chega para visitar. Então a gente já vivenciou isso, a gente sabe como é complexo a gente deixar tudo em ordem naquele tempo limitado para que o familiar chegue e encontre seu paciente bem, bem cuidado, bem higienizado, com tudo arrumado para que tenha um bom aspecto. Mas ao mesmo tempo, também, pouca visita [...] Eu acho que só uma hora como é aqui [...] uma hora de manhã que só pode vir uma pessoa, e uma hora à tarde que podem vir duas pessoas, eu acho muito pouco. Então acho que essa pesquisa é muito pertinente, pois ela vai colaborar para isso [...] para a gente parar e repensar: qual a dosagem? Até onde a gente pode permitir os extras que a gente libera? Que a gente repense que aquela pessoa não pôde chegar e a gente pode liberar [...] Às vezes é num horário de pico, em um horário ruim, mas será que realmente é pertinente? [...] Então vai trazer esta reflexão.

Entrevista nº04: (AZALÉIA)

QUESTÃO 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta instituição. Nos aspectos físicos, eu acho que deixa muito a desejar. Como nós estamos agora mudando de coordenação, ainda tem muita coisa fora do lugar, acho que esta coordenadora vem tentando organizar esta parte física. No que diz respeito ao relacionamento, enfrentamos alguns problemas. Acho que ainda é preciso melhorar muito o relacionamento entre o técnico e o enfermeiro, até porque o funcionário público é até mais difícil de a gente lidar. Mas acredito na melhora. Mas, assim, o relacionamento entre enfermeiro - médico, enfermeiro – fisioterapeuta [...] Acho que o relacionamento é melhor; é mais amigável. Acho que o relacionamento é mais difícil entre a equipe de enfermagem. Isso dificulta o trabalho na UTI. Até porque dificulta bastante o trabalho, pois onde um trabalho poderia ser feita de forma harmoniosa e mais rápida, a gente mantém essa dificuldade hoje pela dificuldade que os

técnicos têm de reconhecer a hierarquia. Quanto a mim, na UTI, eu tento resolver as coisas da melhor forma possível, tento ser amigável, tento manter um bom relacionamento com todos eles, mas eu reconheço que é difícil; que tem alguns funcionários que realmente nós temos maior dificuldade de lidar. Acho que pelo vínculo, pela natureza mesmo deles, alguns são difíceis de lidar, como a gente acha dificuldade em todos os locais que a gente trabalha. Mas por ser um funcionário público, acho que isso contribui para a dificuldade de relacionamento. Eu falo funcionário público, não por ser funcionário público e não faz direito seu trabalho, mas pelo vínculo, pela dificuldade que ele tem de sofrer alguma penalidade. Por esse processo todo, é realmente difícil de lidar.

QUESTÃO 2 – Como você percebe o familiar visitante de usuários na UTI em que você trabalha? Em algumas situações ajuda, assim, a história completa do paciente, infelizmente, a gente não tem, principalmente quando o paciente vem da triagem, da emergência. Então a gente tem alguma dificuldade de colher a verdadeira história. Então com o familiar, por um lado ajuda. Mas nós temos aqui uma clientela com pacientes envolvidos com coisas ilegais. Então, nós tentamos colher informações sobre a história do paciente, mas, muitas vezes, a família, também, “mente”. Quantas vezes nós conversamos com a família e ela mente em relação à história verdadeira. Mas, em relação à assistência, eu acho que a gente não tem dificuldade com o familiar. É um público com uma situação sócio econômica mais baixa, acho que eles não têm muito conhecimento, normalmente são ignorantes, a família leiga. Não entendem a real situação do paciente. Acho que a gente não tem dificuldade em relação à isso. Mas temos dificuldades em relação a outras coisas. Às vezes, até mesmo por ser leigos, a gente tem dificuldade em colher a história de passar a real situação do paciente, às vezes um paciente entra por um a situação, mas ele é hipertenso ou tem outra doença previa e eles não sabem informar. Eu acho que, de uma forma em geral, a gente, às vezes, não gosta muito de dar informação. A verdade é essa. Acho que faz parte da equipe mesmo ter uma certa resistência a dar informação à família; a família que solicita e pergunta muito, às vezes, incomoda; isso é fato. Mas a gente tem que se policiar em relação à isso vem se policiando porque a gente precisar coletar informações da família assim como a gente deve passar informações para o familiar. Porque o familiar é muito importante. A família é muito importante no processo de recuperação do paciente. Facilita a assistência quando a familiar, também, esta ajudando a gente, cooperando com informações, entendendo os procedimentos, mas aqui na instituição não enfrentamos grandes problemas com a família.

QUESTÃO 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes a cerca do cuidar / cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Instituição. Não tem nada assim marcante. Tem pequenas coisas. Por exemplo: às vezes a família vê o paciente tossindo, isso acontece constantemente, o paciente está entubado e, às vezes, ele começa a tossir, e se assusta e, preocupada, chama a gente. A família daqui incomoda tão pouco. Mas se você me perguntar da outra instituição que eu trabalhava tinha muita coisa. Mas aqui, não tenho nada muito marcante da família, tem só essa questão das dúvidas e também é que eles são muito carentes de informações, eles são muitos leigos. A maioria não entende nada. Hoje mesmo uma visitante veio me perguntar se a sonda nasointestinal era uma agulha. Ela me perguntou: ele está com uma agulha dentro do nariz? E eu falei para ela: não, isso é uma sondinha que está aí para ele poder se alimentar. E ela assustada me perguntou: mas pelo nariz? Ele não se engasga, não? E eu fui explicar para ela que era uma sonda que passa pelo nariz e vai até o estômago e a comida só sai quando está lá no estômago. Então ela veio pedir desculpa por estar incomodando. Ela pediu desculpa por estar perguntando, porque ela não sabia; ela não conhece. Isso aconteceu agorinha, na hora em que você me chamou para realizar a entrevista.

Você teria mais alguma coisa para complementar? A presença da família na UTI é importante, mas a equipe ainda tem que melhorar muito em relação a isso. Ela tem que melhorar, cooperar e entender que a presença da família é importante e por mais que a gente estude e saiba que é importante, a gente acaba, no dia a dia, a gente acaba achando que a família incomoda. Isso é fato. Eu mesma me policio todos os dias. Todas as vezes que a família vem me perguntar uma coisa e eu estou ocupada, que às vezes me irrita, eu respiro fundo e penso: se eu estivesse no lugar daquela família? Eu queria as mesmas informações, eu ia querer saber de tudo que estava acontecendo, eu iria perguntar, eu iria solicitar, eu seria a mesma coisa ou até pior. Então, a gente ainda tem muito a melhorar em relação a isso. O relacionamento da equipe com a família ainda é muito precário. Infelizmente, é assim. Às vezes, o paciente está grave e a gente (nós profissionais) não deixamos entrar, limitamos, dizendo que não pode isso ou aquilo, não pode porque vai virar bagunça. Mas, a gente precisa para um pouco para pensar. Eu não sei se você já teve algum familiar na UTI. Mas eu já tive, e não é fácil não. Não é fácil você manter um paciente na UTI e não poder olhar, você não sabe como está e tem que ficar esperando o horário da visita para poder saber alguma coisa. E, às vezes, é um paciente que está grave, está para morrer e agente fica limitando. Lá no outro hospital eu deixava entrar, às vezes o paciente velhinho, a família desesperada, aí eu deixava entrar. Não foi o caso daquele paciente do SAMU, a gente não colocou empecilho nenhum, a gente até liberou demais, mas o pessoal já estava abusando. Então eu concordo de ter proibido, porque não era gente da família, era curiosidade de pessoas que nem sempre o conhecia, nem sempre tinha amizade, era só porque era do SAMU e as pessoas vinham ver.

Entrevista nº05: (HORTÊNCIA)

QUESTÃO 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta organização. Com relação à nossa UTI eu vejo que se tem muito a crescer, as pessoas têm potencial, mas não se dão o que deveria se dar. Companheirismo, coleguismos, toda essa parte eu também incluo, porque acho as pessoas não precisam ser amigas, mas podem ser colegas até em relação ao trabalho. A equipe também poderia se entrosar melhor, porque as pessoas aqui são capacitadas e não fazem o mínimo esforço para haver uma melhor qualidade aqui desta UTI. Passamos por uma turbulência, eu estou achando até que está um pouco melhor, conseguimos ter uma certa melhora em relação a isso, mas ainda falta muito e eu acho que as pessoas aqui poderiam se dar mais. É o que eu falo: eu sou muito otimista, já tive até uma discussão amigável em relação a isso. Eu sempre fui otimista, eu sempre acredito que há possibilidade de mudança, que as pessoas são capazes e tem como haver a mudança. Só que tem pessoas que acham, já nesta UTI, que são pessoas novas, bem antes de mim, e que não acreditam nessa possibilidade de mudança, então isso já é um empecilho. Mas mesmo assim a gente tem q continuar tentando, tentar o tempo todo, porque eu acho que enquanto houver vida a gente está aqui para tentar e melhorar. O meu trabalho aqui [...] a cada dia a gente vê isso aqui como um aprendizado, eu vejo como um aprendizado, todo dia eu vejo uma coisa nova, e todo dia eu tento melhorar até o meu conhecimento, mesmo sabendo que, se for comparar com outros serviços, tudo bem, tem mais recursos, mas aqui, os recursos que nós temos aqui nós podemos aplicar e a gente tem um potencial muito bom neste hospital. Com relação a entrosamento, embora seja um pouco tímida, mas eu procuro sempre está me inteirando com as pessoas, brincando, para ter um bom relacionamento; até com os técnicos. Porque uma coisa que eu coloco: você não precisa estar de cara fechada, você não precisa estar gritando com ninguém para ele saber que você é a autoridade ali no local. Ele te chama de “Dona”, sorri para você; você brinca, mas na hora que você tiver que chamar a atenção, você chama e eles sabem. As pessoas que me respeitam, eu respeito, brinco, e até na hora do serviço, não em uma parada ou coisa deste tipo, mas até na hora do serviço, o que puder fazer

para tornar o ambiente mais leve, porque o nosso ambiente; é um ambiente pesado, então eu procuro levar assim na brincadeira, brincando, mas sempre mantendo a seriedade do serviço. Então aquelas pessoa que já não conseguem levar em uma boa [...] Porque tem pessoas que confundem, e mesmo essas eu coloco-as no lugar delas. Eu acho que aqui tem muito futuro, basta a gente querer. Eu queria só que as pessoas quisessem. Já o trabalho interdisciplinar [...] Eu já trabalhei em UTI's que o entrosamento era um intercâmbio. Um com o outro já sabia o que era preciso, e conversava e discutia [...] vamos tentar isso ou vamos tentar aquilo. Aqui já estive bem melhor. Acho que está precisando também de uma boa melhora. Não sei se é também devido à rotatividade que tem aqui. Acho que está precisando de um maior entrosamento, mas isso daí depende instancias superiores também quererem se colocar. Com relação, também à equipe médica, eles ficam deslocados, eu até entendo eles. Eu vejo as colocações de colegas nossos por eles serem novos. Mas, também muitos estão aprendendo aqui; mas têm muitos deles, também, que não querem aceitar nossa opinião. Tem esses dois lados, também. Mas eu acho que com jeito, você se colocando aberta para escutar e eles, também, te escutarem; eu acho que há o entrosamento, acho que dá para levar. Mas, no momento, a gente está passando por umas turbulências. Quanto à estrutura física, esta estrutura foi tipo, vamos ser sinceras, um quebra galho. Porque isso aqui não é uma estrutura para ser uma UTI. Tem muita coisa que tem que ser melhorado. É o ambiente físico, é a estrutura para cada paciente; são os boxes para cada paciente, onde ficam as medicações. Muita coisa. O material da UTI em si. Até o nosso conforto, que a gente tem que ter, porque a gente também é gente e tem uma hora, porque esse trabalho de UTI, a UTI é um ambiente estressante e você tem que estar ali o tempo todo olhando tudo, pelo menos em sempre fui assim, meu olho está olhando tudo o tempo todo, eu, realmente, não paro. Então tem que ter uma hora que você tem que respirar um pouco. Então, tem que ter um conforto. Tem essa copa. O material que fica muito exposto. Não sei como, mas que precisaria de melhora, precisaria. Mas isso, realmente, eu não vejo como se conseguir melhorar, realmente, pela estrutura que tem o setor.

QUESTÃO 2 – Como você percebe o familiar visitante de usuários na UTI em que você trabalha? Eu trabalhei muito tempo à noite. Então, aqui, são poucas as vezes em que eu acompanhei o familiar. Mas o que eu vejo é o familiar perdido. Tanto que eu acho que nós da equipe poderíamos estar mais junto dele, até colaborando, lógico que com o que fosse da nossa alçada. Para a gente informar, não com termos técnicos, porque eles não vão saber, mas chegar e conversar com eles, até amparar. Muitas vezes, porque não é fácil você estar com o seu familiar ali, em um ambiente cheio de fios, cheio de tubos, a gente não sabe o que é aquilo. Eu acho que deve ser um desespero muito grande, principalmente a primeira entrada do familiar em uma UTI. Então, eu os vejo um pouco perdidos. Embora lá em cima (na recepção) seja dada a orientação quanto ao leito, mas não, em relação à estrutura física, em relação ao que eles vão realmente esperar daquele paciente. Eu vejo dessa maneira, que a gente estivesse mais junto. Isso eu, realmente, eu gostaria mais. É dar um sorriso, às vezes a gente não precisa nem falar uma palavra, mas só em você chegar e colocar uma mão em um ombro da pessoa, você vê pelo olhar daquela pessoa, você vê que, pelo menos, ela está amparada e com certeza, ela vai te fazer alguma pergunta. Eu acho mais por este lado. Eu acho que o familiar ajuda, é necessário estar junto. O familiar é necessário, o paciente está sem sedação e o familiar vai chegar, chamar, acariciar, pegar, sentir. É importante. Eu acredito que seja muito importante tanto para o paciente quanto para o familiar. Ele está vendo que está sendo cuidado, acho que até acalenta esse familiar, também, saber como está. Que está sendo bem cuidado, chegar fazer um carinho. É a proximidade que ele está tendo no momento, ele não está em casa, mas ele está ali junto. Eu acho que tem que ter mesmo este convívio. O familiar tem que vir. Não digo assim, ficar constantemente, porque tem

procedimentos que a gente faz que são invasivos e os familiares não entendem, e a gente tem que agir, tem que fazer aquilo e eles podem até atrapalhar. Mas, na maioria das vezes, eu acho que eles têm que estar ali. Estar junto. Família é família.

QUESTÃO 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes a cerca do cuidar / cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Instituição.

Você quer complementar mais alguma coisa ao seu depoimento? Vou colocar esta situação que aconteceu hoje, Sr^a “O”, que está no leito 3, tem uma sobrinha que é enfermeira, é da nossa área, e você vê que mesmo sendo enfermeira, você vê a expectativa, a ansiedade de procurar saber as coisas e como é bom chegar, ter uma companheira da sua própria área para você procurar algumas informações. Lógico que você vai dar a informação dentro do que você pode dar. Você não vai dar o leque todo de informações, mas pelo menos acalantar, dar uma expectativa, dar o que pode acontecer para ela. Porque você vê que a princípio a pessoa chega e fica perdida, e pergunta quem é que está acompanhando “fulano de tal”. E você vai lá e se apresenta numa boa. Enquanto tem pessoas, nossas colegas mesmo, que fugiriam ao máximo dessa resposta. O que eu puder ajudar, o que eu puder fazer para chegar, pegar o prontuário [...] fui ajudei, porque não é nada demais a gente fazer isso. Mas eu acho, também, muitas vezes, é a pessoa querer se, não é encobrir, mas se esconder por ter medo da reação das pessoas ou ter medo do que possa acontecer ou a pessoa interpretar errado. Isso é uma coisa que eu gosto de deixar bem explicado. Tanto que houve um incidente neste caso com relação à angiografia; que a familiar falou: ela vai fazer a angiografia? E eu falei: “Não, ela não vai fazer a angiografia. Está para ser discutido com o médico com relação à angiografia. Está indicado. Você vai conversar com o médico e ele vai te explicar tudo sobre isso.” Então, experiências têm várias, têm outras também. Teve um fato à noite que foi inesquecível. De uma criança, eu acho que foi até super comentado esse fato aqui na UTI. Foi com uma criança que caiu uma mesa de mármore em cima dela. Você via na mãe, o desespero. E a gente tentando acalantar aquela mãe, mas realmente você entende que não daria, a mãe estava em um desespero, chorando! E a criança veio, realmente, a falecer. A gente tentando acalantar aquela mãe. Você, nesse momento, não tem nem o que falar. Você só tem que abraçá-la. Foi o que eu fiz no momento, a abracei, e aí outra colega chamou a Assistente Social. Porque você não tem o que falar nesse momento. Eu disse, mãe venha para cá. A única coisa que deu para fazer com ela. Tem outras experiências também, umas mais traumáticas que outras, outras mais amenas. Mas, seria mais isso. Mas, esse fato, com essa mãe, foi realmente inesquecível [...] eu não consigo esquecer. Criança sempre nos choca mais.

Você teria mais alguma coisa a acrescentar em alguma das questões? A única coisa que eu queria mesmo é que as pessoas se unissem. Porque aqui, a gente tem como fazer as coisas bem feitas, mas é uma emperrando com as coisas da outra. Tem uma propaganda que eu assisti certa vez que no final falava: “Engrena Brasil!”. Porque a engrenagem de um, movia a engrenagem do outro e o serviço de enfermagem é contínuo. Se você conseguir mover essa engrenagem, conseguir fazer a sua parte e o outro fazer a sua parte também, não esperando. Eu acho que seria uma maravilha. Seria o suficiente para se engrenar isso aqui.

Entrevista nº06: MARGARIDA

QUESTÃO 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta instituição. A planta física eu acho adequada. Falta alguma coisa de manutenção, mas a planta física eu não acho tão ruim. A relação enfermeiro técnico eu considero como regular. Tem muito técnico muito antigo, muito cheio de mania, muito cheio de vícios, às vezes a gente fala e eles ficam [...] ficam demorando para fazer. Eu acho que comigo eles têm um certo respeito, tudo, mas eu acho que há certo relaxamento, em algumas coisas poderia ser

melhor, em alguns técnicos. A relação com os médicos, também, não tem grandes problemas, é razoável. O que agente não concorda, o que eu não concordo, eu questiono, eu falo, pergunto, sem grandes intercorrências. E com os outros profissionais, também, não temos grandes problemas. Quanto à relação enfermeiro, enfermeiro [...] tem alguns que são um pouco devagar, tem alguns que são descansados, eu acho. Aqui tem muita gente antiga e muito cansada de ter muito tempo aqui dentro. Eu tenho oito anos, mas tenho colegas aqui dentro de ter 10, 12, 15, 20 anos e que não agüenta mais estar aqui; e ficam aqui por circunstâncias e não ter como sair e acabam ficando aqui dentro. Aí fica uma coisa muito rotineira, muito chata. Com certeza isso vai interferir na assistência. Porque é cansativo, é um pessoal que não lê, que não estuda, que não vai para um congresso, não vai para um evento, não vai para nada. Tarefeiro mesmo. Repetitivo. Isso aqui é, muito cansativo. O pessoal daqui é muito antigo e é muita mesmice. Isso reflete no cuidado porque o pessoal faz sempre a mesma coisa, a mesma coisa, não reflete, não pensa sua prática profissional. Uma das coisas que eu gosto de estar na área do ensino é isso, por que eu ensino a bastante tempo, digo, tenho 10 anos de ensino e o que eu fazia no primeiro semestre é diferente do segundo. O semestre anterior nunca é igual a esse porque eu estou sempre mudando, estou lendo. Eu preciso organizar minhas coisas, então eu penso a minha prática profissional. O ambiente de lá me faz pensar, porque eu não posso ficar o tempo todo fazendo a mesma coisa, porque eu dou o mesmo assunto, mas lógico que com uma colocação diferente. E aqui não, a gente faz sempre a mesma coisa.

QUESTÃO 2 – Como você percebe o familiar visitante de usuários na UTI em que você trabalha? Eles (os familiares) vêm fazer as visitas de manhã e de tarde. Atrapalhar eles não atrapalham, mas o que eu vejo é às vezes as pessoas meio desorientadas, meio tontas; o familiar vem aqui meio confuso. Mas como eles têm o acompanhamento, eles são acompanhados pela assistente social e pela psicóloga, então, atrapalhar eles não atrapalham, porque eles vêm fazer as visitas deles e vão embora. Não incomodam a ninguém, pelo menos a mim. Não sinto que eles vêm incomodar. Ele vem fazer a atividade dele, às vezes eles perguntam, a gente responde alguma coisa. Acompanhar a visita, a gente não acompanha, não. Ele vem entra, já sabe onde tá o paciente, faz a visita dele e vai embora. Só quando é criança que fica aqui dentro, criança ou adolescente que o acompanhante fica mais tempo, e o acompanhante tem um acesso mais livre; a mãe e o pai entra e sai com mais facilidade. Mas não incomoda, não. Na evolução do paciente, eu acho que a presença do familiar não interfere muito, não; porque os pacientes estão todos sedados, todos prostrados, se não estão em coma induzido, têm o glasgow baixo; então o familiar não vai interferir muito no prognóstico do doente. É uma raridade quando os familiares chegam e o paciente está recobrando a consciência, alguns pacientes contactam com os familiares, mas muito pouco, muito raramente. E a minha relação com o familiar é muito pouco, porque eles vêm, fazem a visita, a gente informa alguma coisa e depois eles vão embora. A gente informa muito pouco. Então a gente arruma o doente todo, antes do familiar chegar, o familiar visita o doente e depois vai embora. A presença do familiar não influencia na minha atividade, as vezes eu estou fazendo alguma coisa e eu continuo, às vezes eu paro quando alguém me pergunta alguma coisa, então é assim; eu faço as minhas coisas todas, porque na hora que o familiar chega eu não estou mais nem fazendo medicação, nem trocando o doente, nem nada. Então eu fico mais tranqüila, eu posso sentar. Se alguém vier me perguntar alguma coisa eu respondo.

QUESTÃO 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes a cerca do cuidar / cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Instituição.

Você quer complementar mais alguma coisa ao seu depoimento? Um fato marcante de um familiar [...] Eu me lembro de um pai de um adolescente, que o pai se ajoelhava e rezava aqui

na UTI. Mas marcante eu só me lembro desse familiar que se ajoelhava rezando, rezando. O pai daquela criança me marcou, que até hoje eu me lembro da fisionomia dele. Ele vinha e trazia lanches, trazia coisas para a gente. Ele tinha uma fé muito grande que a filha dele ia melhorar. Acho que só. Fato marcante eu me lembro de pais e mães de crianças que marcam muito. Pois eventualmente ficam familiares de crianças e esse pai dessa criança me chamava atenção por esta fé que ele tinha. Ela ficou bastante tempo aqui no leito 24. Era uma criança com uns 12 ou 13 anos, mas sei que esse pai vinha muito. Ele rezava muito só depois ia embora. Já tive parentes meus na UTI, foi complicado, foi muito difícil. Às vezes, as colegas até sabiam que eu era enfermeira, mas acho que isso não interfere não, porque é tão diferente cuidar de familiar, que eu entrava como uma pessoa qualquer. Não queria ficar sabendo de detalhes, porque se eu não iria poder resolver nada? Então, eu já tive meu pai, minha tia em uma UTI que evoluíram para óbito. Eu me portava como uma acompanhante normal. Às vezes eu me apresentava para a enfermeira, mas isso não ia interferir em nada. No meu entendimento isso não iria interferir em nada. O que poderia interferir seria no nível de informação que eu iria ter. As pessoas me passavam as informações de uma maneira mais técnica com relação ao serviço. Eu entrava nos horários de visita normais para visitar meu pai e minha tia. Eu me apresentava como enfermeira para receber informações de forma mais técnica e precisas em relação à evolução do familiar que eles sabiam que eu era enfermeira.

Entrevista nº07: JASMIM

QUESTÃO 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta instituição. A estrutura daqui é antiga. Aguardamos uma reforma há anos. A estrutura física é muito ruim, a distribuição dos boxes, é tudo muito próximo, os pacientes ficam próximos uns dos outros; não tem privacidade. A mobilidade nos boxes é ruim. Precisa de reforma, é tudo muito antigo; temos vazamentos [...] Quanto ao relacionamento, temos que ter jogo de cintura. Quando somos jovens temos muita energia e queremos mudar tudo; mas no Estado é diferente, temos que conversar e conversar. Conversar muito para com jogo de cintura conseguir as coisas. Temos aqui muitos funcionários antigos que já têm suas manias, eles respeitam, mas temos que conversar muito. Quando o paciente começa a solicitar eles (os técnicos de enfermagem) não gostam; mas temos que nos colocar no lugar do outro; é difícil estar doente. É preciso humanizar, porque a rotina nos faz esquecer o lado humano devido ao estresse do dia a dia que é de trabalhar na UTI. O relacionamento com os médicos depende muito da conduta de cada um. Tem uns que nos ouvem, a gente discute, mas têm outros que são mais difíceis. A relação entre os enfermeiros é muito boa. Somos unidos, um ajuda o outro. É um grupo unido, nos ajudamos sempre. Eu gosto de trabalhar aqui. Ano passado tive o acidente e machuquei a mão, tem pouco tempo que retornei. Ofereceram-me para ir para outro setor, porque não posso pegar peso, mas não ia agüentar ficar em um lugar só programando exames. Você tem que ter prazer no que faz. Tem que ter prazer no cuidado. Eu gosto de ficar aqui.

QUESTÃO 2 – Como você percebe o familiar visitante de usuários na UTI em que você trabalha? É relativo. Tem acompanhante que colabora, ajuda, compreende a rotina. Mas tem, também, a resistência dos funcionários que não gostam. Tem momentos que o funcionário poderia estar ajudando, mas eles não gostam. É positivo para alguns pacientes, mas alguns funcionários não entendem; só que o familiar vai interferir na dinâmica do trabalho dele. Eu acho importante a presença do familiar desde que não atrapalhe a rotina e colabore. A maioria dos pacientes aqui estão sedados. Eles (familiares) têm que aprender com a gente. Acho que através do Serviço Social ou da Psicologia os familiares têm que ser mais informados a como encontrarão o familiar aqui. Temos mais experiência com criança aqui, que tem mais

dependência e precisa mais da família.

QUESTÃO 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes a cerca do cuidar / cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Instituição. Particularmente, não lembro. Meu envolvimento é no momento da morte. A gente se envolve emocionalmente, de chegar e chorar junto. Mas conflito, particularmente, não.

Entrevista nº 08: (LÓTUS)

QUESTÃO 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta instituição. Em termo de planta física, é totalmente contra aos padrões para UTI. Em termos de acolhimento, também, iluminação, imobiliário, engenharia mesmo, tudo contra ao que se prega para a assistência, na visão holística ao enfermeiro. Em termos de conforto para o profissional, ergonomia hospitalar, não há nenhuma. Ninguém nunca se preocupou com isso. Já trabalhei em vários andares aqui e nós adquirimos postura viciosa, por conta da falta de ergonomia, de conhecimento mesmo da própria administração desconhece isso, ou às vezes tem até conhecimento, mas não coloca em prática. Em termo de segurança, um incêndio, um desabamento, nós não temos como sair daqui. A gente fica no subsolo, nossas janelas são lacradas, se você observar, nós não temos extintores de incêndio, quando tem qualquer problema, então ficam todos em pânico. Mas a nossa relação interdisciplinar é boa. A relação é boa, não sei se é porque nós temos muito tempo aqui [...] E algum desentendimento que tenha na equipe é em prol do paciente. Não tem coisas pessoais. Quando tem alguma coisa pessoal aqui é muito rara. A relação interdisciplinar é boa. (PAUSA). A relação com a família depende de cada profissional. Isso no meu entender, na minha caminhada profissional, eu vejo que alguns profissionais se incomodam com a presença da família. Porque a família é questionadora no direito dela. A família pergunta muito e a família quer saber o porquê daquela luzinha do monitor estar piscando, o que é aquilo [...] E se a gente não tiver um preparo para orientar, a equipe fica estressada e, às vezes, atende mal. Mas comigo, pessoalmente, não. Eu gosto da presença da família, eu gosto porque você cria mais um vínculo; você consegue saber um pouco mais daquele paciente que está no leito. Até como é que ele vai se comportar quando ele sair da sedação. Tenho um exemplo bom: o leito 20 é aquele rapaz do resgate do desabamento [...] Eu estava lá também, pois eu trabalho no SAMU, então ele se extubou, ele mesmo tirou o tubo. E como a gente sabe quais os antecedentes dele, a gente sabe que ele foi forte de ficar muito tempo soterrado, e aqui ele não aceitou ficar com o tubo. Ele falou que lá dentro do buraco ele estava melhor que aqui que a gente colocou um tubo na boca dele. Quando você conhece o perfil psicológico da pessoa, a gente sabe como lidar melhor. Às vezes tem pessoas que gostam de falar no diminutivo com o paciente e ele não gosta. A gente tem que conhecer o grau de escolaridade [...] Eu mesma gosto. As colegas dizem que eu sou assistente social, porque eu gosto de conversar, saber como aquilo aconteceu, para saber o perfil, e como você vai lidar. Na semana passada tinha um paciente que levou tiros e todo mundo achou que ele era bandido. Porque levou tiro e todo mundo tem isso na cabeça. Levou tiro não foi bala perdida, se levou vários tiros não é bala perdida é bala encontrada. Mas não foi o caso, foi um assalto mesmo. Então ele ficava olhando para a gente [...] o comentário da equipe também, você sabe que existe. Quando o paciente está lá com um tubo na boca e sedado: “uh! Esse paciente é grandão!” e ele tinha um tórax avantajado e a minha colega, enfermeira falou que aquilo era ginecomastia. E ele mesmo com o tubo na boca ele fez um sinal de negativo! Então, é preciso que a gente tenha esse contato com a família para até a gente se proteger juridicamente. Porque as meninas acharam que ele tinha o pênis pequeno e o tórax grande, então já estavam maldando, achando que ele era homossexual. E ele ouviu tudo. E quando ele saiu do tubo ele falou “isso não é ginecomastia, eu sou profissional de “jiu jitsu”. Então quer dizer que você constrange o

paciente e pode se constranger também por conta disso. Então meu relacionamento com a família: eu acho importantíssima a família acompanhar o paciente na UTI. Na realidade já está atrasado isso. Está atrasado o acompanhamento na UTI, atrasado no sentido de estar restrito só para criança, porque para a recuperação é excelente, se a família tiver um bom relacionamento.

QUESTÃO 2 – Como você percebe o familiar visitante de usuários na UTI em que você trabalha? Quanto à visita, como nós temos hoje o serviço de psicologia, melhorou um pouco. Melhorou um pouco, porque por mais que você passe pelo serviço social, pela psicologia é o seu familiar que está no leito. Então nós ficamos pedindo que eles tenham calma, que tenham paciência, mas não é bem assim. Então, tem muitas vezes que a gente se surpreende com o resultado, com a recuperação do paciente. Hoje mesmo eu cheguei ao plantão e me surpreendi; uma paciente de aneurisma que está aqui, que tinha saído do tubo, já estava em ventilação espontânea, já havia passado 20 dias do risco de não re-sangrar mais, mas re-sangrou e entrou em Morte Encefálica. Para mim foi uma surpresa. A família estava toda esperançosa e de repente eles estão aí em outra situação. Então eu acho importante a visita. Até que a gente tenha o desentendimento com a família, mas depois eles retornam e repensam. Às vezes, eles têm uma visão errada do órgão público, eles acham que ninguém faz nada no órgão público, que a gente não se incomoda e, não sei se na outra UTI isso acontece, mas ficam sempre naquela conversa: “Ah, eu trouxe uma lembrancinha para vocês cuidarem melhor”, ou querem que o sobrenome mais importante seja colocado. Essa paciente do leito 16, já foi nossa, e então a filha dela queria que prevalecesse na identificação, não o “Garcia”, mas o outro sobrenome mais importante que era do médico parente dela. Então, ela falou para a gente que queria que tirasse o Garcia e colocasse o outro, porque quando o médico quando vier aqui ele vai ver o sobrenome. E nós dissemos a ela que não. Porque aqui a gente não trata as pessoas pelo sobrenome. Então é importante isso, para a gente esclarecer e valorizar o nosso serviço. Eu acho importantíssimo.

QUESTÃO 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes a cerca do cuidar / cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Instituição.

Você quer complementar mais alguma coisa ao seu depoimento? Marcante, temos vários. Mas, um fato marcante mesmo é que até hoje eu vou visitá-lo em Santo Antônio de Jesus. É um menino que veio para cá com hidrocefalia e eu me tornei amiga da mãe dele. Então ela não me trata mais como enfermeira. Eu sou amiga dela. Então sempre que eu tenho folga eu vou para casa dele, visito. O interessante é que o menino não me conhece; e quando eu chego lá, a mãe dele fala: “Aqui é a sua fadinha do HGE.” Então eu criei este vínculo com ela; que quando eu não vou lá ela fica triste. Então a gente criou este vínculo de amizade. Quando eu vou lá, a gente não fala nada de HGE, não fala nada disso. A gente sai, vai a um restaurante com o outro filho dela. Eu trouxe o outro filho dela para passar uns dias com meu enteado. Então criou esse vínculo de amizade pela nossa dedicação ao filho dela. Em termos de desavenças com o familiar a gente resolve logo aqui. Não tem nada assim marcante; a não ser quando vem um parente com aquela empáfia toda, então a gente tenta mostrar que nós temos valores como pessoas e temos que ser respeitados e como profissionais de serviço público que têm que ser valorizados. E que as pessoas não dão o devido valor, o que na realidade não são as pessoas, nós que temos que nos respeitar.

Entrevista nº 09: (GIRASSOL)

QUESTÃO 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta instituição. Descrevendo a parte física: a UTI tem pouco espaço físico, os espaços entre os

leitos são pequenos, a divisória entre um leito e outro eu acho insuficiente, o leito de isolamento eu acho que deveria ter um sistema de ar exclusivo para ele, e ele não tem, então, por isso, às vezes, fica a porta aberta, o que quebra assim a barreira de isolamento. A monitorização está debilitada. O espaço físico então não é então adequado para uma UTI. Quanto ao relacionamento interpessoal temos uma certa dificuldade porque temos funcionários de dois anos e temos funcionários de trinta anos aqui dentro; então eles agem como se aqui fosse a casa deles, então temos uma certa dificuldade quando você solicita alguma coisa; digo entre enfermeiro e técnico. A gente sente alguma resistência às vezes em solicitar alguma coisa para eles. Médicos também. Às vezes temos médicos descompromissados mesmo. A relação enfermeiro x enfermeiro é boa. Sempre tem aquela distância na relação enfermeiro / técnico que parece que não vai encurtar nunca.

QUESTÃO 2 – Como você percebe o familiar visitante de usuários na UTI em que você trabalha? Primeiro eu acho que eles descem para UTI sem conhecer absolutamente nada. Então o impacto é muito grande. Eles vêm seus parentes mesmo (seus marido, suas esposas [...]) que têm suas funções normais. E quando eles chegam aqui estão com um tubo, eles não sabem o que é aquilo; não sabem o que é ventilação mecânica, não sabem o que é monitorização; então têm aquele impacto. Eu acho que o que deveria ser feito é por parte da psicologia, preparar o familiar primeiro, para ele ter o primeiro contato com o seu parente, com o paciente que ele vai visitar. E demonstrar um pouco dos aparelhos, tirando fotos, faz um mural mostrando para eles olha isso é um ventilador, isso é um monitor, não se preocupem se alarmar, o pessoal está aqui para isso. Porque tem um alarme aqui e os familiares ficam loucos sem saber o que é. Acho que falta isso. A relação aqui, eu acho que os familiares ficam com medo de perguntar as coisas, eles ficam assustados e ao mesmo tempo com medo de perguntar, porque às vezes a recepção da equipe não é muito boa; para dizer a verdade. Porque é assim: o médico só passa o boletim uma vez no período, só passa no final da tarde; nem todos gostam de fazer isso, de dar uma informação, e isso faz com que eles fiquem um pouco retraídos. Eu sempre chego e pergunto, falo que se tiver precisando de alguma coisa pode me chamar, se tiver com alguma dúvida, eu tiro; só não falo da parte de hemodinâmica, essas coisas que o médico é quem fala, mas se tiver alguma dúvida: a pressão está alta, porque está alta, ou está alarmando alguma coisa, então eu chego e converso com eles; e sempre me disponho que no que eles precisarem, podem me chamar. Acho importante sim a presença do familiar aqui. Eu acho importante, primeiro para o familiar porque ele fica mais despreocupado, sabendo o que está se passando; a gravidade do quadro do paciente. Eu acho isso importante. E segundo para o próprio paciente também, porque mesmo assim sedado, às vezes têm uma sedação leve, tem pacientes que estão ouvindo, que compreendem até e, por isso, eu acho importante o familiar próximo. Acho que o familiar não vai interferir na rotina, porque como tem esse tempo disponibilizado para os familiares, então, o que a gente faz [...] A gente procura fazer os procedimentos antes ou depois da visita e se tiver alguma intercorrência durante a visita a gente pede para a visita sair dá um tempo depois. Eu acho que não interfere em nada não.

QUESTÃO 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes a cerca do cuidar / cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Instituição. Desentendimento eu nunca tive. Tem um paciente do leito 16; a familiar é muito questionadora na verdade, e todo mundo, às vezes quando ela está no leito, as pessoas evitam encostar-se ao leito porque sabem que ela vai, então ninguém nem encosta. Pode estar alarmando o que for. E eu sempre procurei, pergunto se ela está precisando de alguma coisa, sempre me disponibilizei a ela e ela sempre faz alguma queixa. Ela sempre traz alguma queixa. Essa paciente é mastectomizada à esquerda e naquele rodízio de manguito, colocaram

o manguito no braço esquerdo. E existe um aviso grande na parede que nós colocamos, e então ela disse que deveriam ter mais cuidado, porque, ao mesmo tempo que a UTI cura, a UTI mata. O quê que eu fiz, eu tentei contornar a situação, mas ela é um pouco difícil mesmo. Eu disse que a técnica tinha tido o cuidado de fazer o rodízio, para não ficar muito inchado os braços, para não fazer um hematoma. E ela disse que o aviso estava enorme na parede, porque ninguém viu isso. E é um erro. Às vezes quando você vai tentar contornar, às vezes acaba piorando.

Você quer complementar mais alguma coisa ao seu depoimento? Eu acho que a família na UTI é uma questão da psicologia mesmo de chegar antes da visita, reunir os familiares, mostrar realmente como é uma UTI, mostrar em mural, tirar fotos dos aparelhos; mostrar o que eles podem chegar a ver. Porque quando eles chegam aqui o paciente está acamada, entubado, sedado, cheio de cateteres, de sondas, de drenos, então eles tomam um susto com aquilo ali. Então, eu acho que isso poderia ser evitado com essa pré - visita, na verdade.

Entrevista nº 10: (CRAVO)

QUESTÃO 1 – Descreva como você vê a UTI onde desenvolve o seu trabalho nesta instituição. Na parte física eu acho que não é um a estrutura que dê uma visão muito boa. A distribuição dos leitos, principalmente de 01 a 04, na realidade, você perde a visão, você vê o paciente de costas quando você chega. Uns de costas e outros de frente, porque você na tem aquela visão em semicírculo. Nem os quartos individualizados. Não existe privacidade entre os leitos. Existe na realidade uma divisão. Você tem biombos, mas é só na hora do procedimento, não consegue, na realidade, individualizar. Eu acho que a parte de espaço para a enfermagem. Você não tem um espaço específico. A enfermagem como tem um grupo de maior percentual de pessoal dentro de qualquer setor e é o que é menos privilegiado no sentido de espaço. Não existe. Não é nem privilégio, é não existir. Não existe um espaço para a enfermagem, você não tem como parar para reunir, para conversar, para nada. Acho que isso peca na UTI. O relacionamento, considerando esse período que estou é meio complicado, pois eu tenho um período de assistência e um período de coordenação. Eu enquanto assistência tinha uma relação boa com toda a equipe, no sentido de relacionamento. No geral, entre os médicos tinha uma relação satisfatória, não posso dizer excelente, porque você pode ver que quando tem alguma coisa em relação à categoria deles, eles não têm uma visão mais justa. Mas de imparcialidade. Eles são muito corporativistas, mas em geral temos uma boa relação. Agora a relação enfermeiro x enfermeiro eu imaginava que era melhor, mas quando você vai olhando pelo lado de coordenadora (pausa) eu já tinha essa percepção, mas para mim ficou muito claro quando eu passei para a coordenação. Na realidade essa é uma situação meio embotada; mas não imaginei que não existisse grupo. Eu imaginava que o grupo fosse um pouco mais corporativista. E eu como fui a última a entrar no grupo eu me achava meio excluída, por não estar vindo de muito tempo com o grupo e então eu achava que era mais comigo, pois eu não tinha essa caminhada com todos. E achava que com o tempo, isso eu iria adquirindo. Eu me considero uma pessoa de bom relacionamento, sou tolerante, o passar dos anos faz adquirirmos isso. Mas percebi que não. Na realidade não existe realmente essa relação de companheirismo. O grupo é meio dividido. Dois ou três grupos. Percebo, assim, são ilhas, e o que acontece naquela ilha é resolvido. E mais difícil para se resolver as outras ilhas. A relação de técnicos. Técnicos entre técnicos; acho-os mais corporativistas do que o grupo de enfermeiras, apesar de ser um grupo muito grande. É bem maior o grupo de técnicos do que de enfermeiros, mas acho que eles ainda conseguem mais essa relação. Sempre que em um grupo tem suas variantes, mas acho que é pouca em relação ao grupo como um todo. Em relação ao técnico e enfermeiro, existe uma guerra. Considero assim: uma guerra entre os técnicos e os enfermeiros. Vejo que cada um tem a sua percepção, cada um acredita naquilo

que é sua verdade e não se abre. Isso nos dois grupos. Vejo isso entre os dois grupos. E se houvesse concessões entre ambas as partes; acho que teria uma harmonia maior. Mas, é um respeito que é quase quebrado em algumas situações. Acho que existe essa quebra de respeito mútuo, não é só do técnico para o enfermeiro, mas, também do enfermeiro para o técnico há quebra de respeito. E acho que isso é o que piora. Acho que o problema está nisso, das pessoas perceberem aonde é que eu desrespeito o outro. Esse, eu acho que é o ponto principal do relacionamento; é eu perceber aonde é que eu desrespeito, porque todo mundo só percebe aonde foi desrespeitado, mas aonde não respeita o outro, não se percebe. Eu vejo desta forma.

QUESTÃO 2 – Como você percebe o familiar visitante de usuários na UTI em que você trabalha? É uma coisa muito ampla. Porque primeiro tem as individualidades. Tem os problemas pessoais de cada um dos visitantes nesse espaço. Mas vejo a maioria, todos ansiosos, todos querendo um resultado positivo. E eles sempre estão em busca de uma coisa que talvez a gente não dê. Aqui eu ainda vejo diferente do que em outros lugares, pois ainda tem o psicólogo para dar um suporte, você tem o serviço social, mas falta a parte do enfermeiro que é uma pessoa de referência na unidade e, talvez até do coordenador nesta posição. A minha dificuldade talvez por conta do meu tempo que está invertido e mais restrito. Mas acho que falta esse envolvimento no sentido de estar ali atento, para estar passando algumas informações, não só as médicas, porque as médicas não somos nós que passamos, pois tem o boletim. Mas para estar atento ali na hora, daquela ansiedade, porque nem a própria assistente social, nem a psicóloga talvez não tenha conseguido, porque tem coisas que são mais específicas da área de saúde, do cuidado; e tem algumas coisas que o médico não consegue perceber. Então eu acho que falta mais essa relação com o familiar. A gente tem uma clientela muito diversificada. Pessoas de baixa renda, com baixa informação, inclusive a nível de formação, de educação. A gente tem muito, na realidade, marginalidade, às vezes, embotada, porque não é aquele indivíduo que é fichado, mas tem aquele indivíduo que a gente percebe que vive num contexto de marginalidade; às vezes, pode até não ser, mas tem todo esse contexto de marginalidade. Então, toda essa mistura fica difícil, na realidade, de você manter um contato. Tem a questão da permanência do familiar pelo menor, e ainda não temos o idoso que tem o direito, mas que não permanecem; só em exceções, em casos muito especial mesmo. O familiar que acompanha, como não existe a privacidade, aí vem a questão física da unidade, termina se envolvendo muito na unidade com outros familiares, com os próprios profissionais, que alguns não conseguem manter o limite. Começa a criar um pouco de intimidade e isso termina criando algumas situações; acho que não compatíveis. Não que você tem que estar lá e o outro cá, você pode conversar, mas não criar intimidade, porque, geralmente, a família quando está ali fragilizada, o quê que acontece, termina perdendo, na realidade, a direção de algumas coisas. Eu acho que em alguns momentos o familiar pode atrapalhar, mas acho que aí falta o posicionamento do enfermeiro, no sentido de não estar permitindo a presença do familiar no momento de procedimentos. Por quê? Porque como ele não tem a visão do trabalho, não tem o conhecimento do que é o trabalho. Algumas coisas que podem parecer agressivas, na visão deles, mas que são necessárias que é o trabalho nosso. Isso para eles, às vezes, interfere, porque ele acha que é um mau trato, que não é um trato, que não é um cuidado. Como ele não tem um conhecimento, ele acha que é um mau trato, e isso interfere. Interfere porque na hora de você fazer um procedimento e ele achar que o parente dele está sendo agredido e levar para outra instância de outra forma. Para mim, eu pessoalmente, não tenho este problema, porque eu não permito que o familiar permaneça enquanto eu faço um procedimento porque ele não tem o entendimento e ele pode interpretar de uma forma errada. O que quê se pode fazer para melhorar? O enfermeiro estar atento para isso de não permitir, neste momento, a permanência. Não que estejamos fazendo nada errado. Mas como ele não tem o conhecimento é agressivo, tem coisas que a gente mesmo olha e é

agressivo o que a gente faz, mas que é necessário. Então, o enfermeiro estar se posicionando nisso, pedindo que se retire e retorne depois. Que o enfermeiro esteja presente na hora da visita e atento, percebendo algumas situações, até mesmo para impedir que eles façam alguma coisa com o familiar, porque, às vezes, eles mexem nas coisas e acham que estão cuidando. Mexendo aqui, tirando ali, querendo olhar por curiosidade; e essa interação, porque às vezes o familiar só quer escutar alguma coisa, quer uma atenção. Tem aqueles que falam: “olha eu tô aqui angustiado, uma coisinha que você me disser eu vou estar acomodando o coração.” Porque eu já passei por esta situação, do outro lado, de estar como acompanhante e é difícil. É difícil você ver o seu ente ali, você vai embora, vai passar 24 horas sem vê, não sabe o que estão fazendo, o que não estão. A sensação é de abandono. É de abandono, é de que você não vai ver mais. Será que nesse período que eu estou fora ele vai morrer, vão me avisar? Ou só depois de muito tempo? Então essas angústias eu sei que eles passam porque eu passei. Então, é uma palavrinha, às vezes uma atenção, que você vira para ele, olha para ele, lhe responde, porque, às vezes, a gente responde de costas, saindo. E se você pára, se você olha para ele, com certeza ele se acalma e, eu acho que ele vai te dar uma resposta melhor no comportamento, na superação.

QUESTÃO 3 – Relate a sua experiência pessoal na relação com familiares visitantes a cerca do cuidar / cuidado nos momentos de visita estabelecidos por esta Instituição. Você quer complementar mais alguma coisa ao seu depoimento? Especificamente, um fato marcante, não tive aqui nessa UTI. Tenho fora daqui, em relação de acompanhar, da atenção disso, perceber na realidade a resposta disso. De o familiar se sentir mais seguro só pelo fato de você ter parado e ter conversado. Mas aqui, alguma coisa marcante não tive. Eu sempre procuro, quando me perguntam, responder dentro do limite, sempre faço questão da parte médica não passar. Sempre mostrando para ele que existe o médico, existe uma hierarquia, uma rotina no serviço de que a parte médica é dada para ele à tarde. E dentro do que posso, encaminhar ao serviço social ou ao psicólogo, mas aqui na UTI eu não tive nenhum fato marcante nem positivo, nem negativo. No sentido de ter que me posicionar de uma forma mais firme para que perceba o limite. Porque acho que às vezes eles precisam que a gente faça isso. Eu já tive outras situações, em outros serviços, fora daqui, mas aqui não tive não.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

Termo de aprovação *AD REFERENDUM*

Temos satisfação de comunicar que o seu projeto de Pesquisa abaixo especificado, APÓS ATENDIMENTO ÀS PENDÊNCIAS citadas no Parecer emitido em 11.3.2010, o Protocolo de nº06/2010 foi analisado *ad referendum* pela Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que o considerou **APROVADO**, recomendando sua apreciação, pelo Plenário do referido CEP, na reunião do mês de abril de 2010.

Título do Projeto: "Familiares /visitantes de pacientes na UTI- percepções da enfermeira".

Pesquisadoras Responsáveis: Naiane Andrade Simões
Outros pesquisadores: Therezinha Teixeira Vieira

Data da apreciação pela coordenação do CEPEE/UFBA: 22.03 2010.

OBSERVAÇÃO: As autoras devem apresentar o Relatório Final após a conclusão da pesquisa à Coordenação do CEP em atendimento ao disposto na Resolução 196/96.

Salvador, 22 de MARÇO de 2010.

Dani Santa Rosa

Diretor de Ensino e Pesquisa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-BR 10114

EEUFBA
CONFERE COM ORIGINAL
Data: 21 / 02 / 2011
Ass.: *Requias V. T. de Souza*
Trícia S. V. T. de Souza
Assistente Administrativo
Mat. 01046023-8

**ANEXO B – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos
– Hospital Geral do Estado da Bahia**

 Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP				FR - 316964	
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					
Projeto de Pesquisa FAMILIARES: VISITANTES DE PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: percepções da Enfermeira					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(es)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Enfermagem, Percepção, Família, UTI					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 54	Total Brasil 54	Nº de Sujeitos Total 54	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Naiane Andrade Simões		CPF 805.177.815-49	Identidade 06987260-06		
Área de Especialização TERAPIA INTENSIVA E NEONATAL		Mayor Titulação MESTRANDA ENFERMAGEM	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA DAS MARGARIDAS, COND. D. WALTER, BL. B APT 302		Bairro PITUBA	Cidade SALVADOR - BA		
Código Postal	Telefone (71) 3452-2674	Fax	Email NAISIMONES@YAHOO.COM.BR		
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.					
Data: 08 / 02 / 2010		Assinatura <i>Naiane Andrade Simões</i>			
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Escola de enfermagem		CNPJ -	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - EEUFBA		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço Campus Universitário do Canela		Bairro Canela	Cidade salvador -		
Código Postal 40.110-160	Telefone 0xx7133324452	Fax 0xx7133324452	Email pgenf@ufba.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: EDNEIA DE ALMEIDA C. COELHO		Prof. Dr. Edneia de A. C. Coelho Vice-Coordenadora do PGENF COREN - BA 20550			
Data: 09 / 02 / 10					
Vinculada					
Nome Hospital Geral do Estado-HGE		CNPJ 13.937.131/0042-10	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço Av Vasco da Gama, S/Nº		Bairro Ogunjá	Cidade Salvador - BA		
Código Postal 40285900	Telefone 32763999	Fax 32763961	Email hge@saude.ba.gov.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: _____		Assinatura <i>Dr. André Luciano S. de Andrade</i> Diretor Geral / HGE			
Data: ____ / ____ / ____					