

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**INDO ALÉM DO ASSISTIR- CUIDANDO E
COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE
CONVIVER COM O CLIENTE INTERNADO EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

SAYONARA DE FATIMA FARIA BARBOSA

Florianópolis, Setembro de 1995

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**INDO ALÉM DO ASSISTIR- CUIDANDO E
COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DE
CONVIVER COM O CLIENTE INTERNADO EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

SAYONARA DE FATIMA FARIA BARBOSA

ORIENTADORA: DRA. LYGIA PAIM MÜLLER DIAS

Florianópolis, Setembro de 1995

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**INDO ALÉM DO ASSISTIR- CUIDANDO E COMPREENDENDO A
EXPERIÊNCIA DE CONVIVER COM O CLIENTE INTERNADO
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM SUBMETIDA A
BANCA EXAMINADORA EM 04 DE SETEMBRO DE 1995**



DRA. LYGIA PAIM MÜLLER DIAS



DRA. MERCEDES TRENTINI



DRA. ELOÍTA NEVES ARRUDA



DR. IVO GELAIN

FLORIANÓPOLIS, SETEMBRO DE 1995

*À meus pais, Marly e Pedro,
pelo apoio, amor, estímulo,
respeito e valorização em todos
os momentos importantes de
minha vida. Saibam que este
amor iluminou o meu caminho
nos momentos mais árduos
dessa jornada.*

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas colaboraram, direta ou indiretamente, para que este trabalho fosse concluído. Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a sua realização. Porém, gostaria de agradecer, de forma especial,

Às pessoas, circunstanciais clientes, que em meio a tantas incertezas e sofrimentos, me mostraram a força e a beleza da relação humana;

Aos meus pais, pelo incentivo incansável, por terem me ensinado a ser perseverante e que sempre vale a pena lutar pelo que se acredita.

À minha orientadora, Profa. Dra. Lygia Paim Müller Dias, por ter acreditado em mim, guiado com sabedoria, paciência e carinho o decorrer deste trabalho. Saiba que a partir do seu estímulo comecei a acreditar no meu potencial. Muito obrigada pela oportunidade de compartilhar sua amizade.

À Profa. Dra. Eloíta Neves Arruda, pela disponibilidade em ter aceitado compor a avaliação deste trabalho.

À Profa. Dra. Mercedes Trentini, pelas valiosas contribuições na fase do projeto e pelos gestos de apoio e carinho

Ao Prof. Dr. Ivo Gelain, por ter propiciado a oportunidade de contar com sua contribuição, aceitando fazer parte da avaliação deste trabalho.

À Profa. Dra. Ana Lúcia Magela de Resende, pela preciosa oportunidade que me deu de conhecê-la, pelo incentivo, amizade e por ter me mostrado outras maneiras de desvelar a realidade.

À Profa. Maria Albertina Braglia Pacheco, pelo incentivo e pela disponibilidade em me auxiliar, em todos os momentos, pelas valiosas sugestões e amizade.

Aos professores do Curso de Mestrado pelos conhecimentos transmitidos, pela competência e estímulo.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem pelo convívio prazeroso, amigo e solidário no decorrer desta caminhada.

À Eunice, companheira de todas as horas, por proporcionar o conforto, o apoio, e a compreensão no decorrer deste trabalho.

À Flávia, pelo convívio, amizade, força e incentivo nos momentos difíceis. Seu sorriso muitas vezes ajudou a clarear minhas incertezas.

À Kleyde, pela amizade, pelo estímulo e pela sua energia especial, que muitas vezes ajudou a revigorar-me.

À Kátia e Tânia, pelo estímulo, companheirismo, amizade. Mesmo distantes, vocês se tornaram próximas pela grandeza de sua amizade.

À Sônia, Adriana, Silvana, companheiras de trabalho, pela solidariedade e compreensão em minhas ausências. Obrigado por terem respeitado minhas necessidades e compreendido a importância deste trabalho para mim.

Aos colegas de mestrado, pelas novas amizades que se formaram, compartilhamento de tantas incertezas e momentos de convívio.

Ao CNPq, pelo apoio materializado em bolsa de mestrado, indo além disso quando me inscrevo como bolsista e chego à produção desta dissertação.

RESUMO

Trata-se da descrição do desenvolvimento de um processo assistencial de enfermagem a adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva em dois hospitais de Florianópolis, a partir de um processo fundamentado em alguns conceitos da Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson & Zderad, a qual implica em transação intersubjetiva de enfermeiros e clientes. O marco conceitual foi composto pelos conceitos do modelo teórico referido e outros acrescentados por interesse da prática, a saber: enfermagem, tecnologia, ambiência, ser humano, humanização e “mais-ser”. As fases do processo compreenderam o auto-conhecimento, o conhecimento intuitivo, conhecimento científico, síntese de realidades, culminando com a descrição de unidades paradoxais, destacadas: comunicação, tecnologia, limitação da espacialidade, desconhecimento. O modelo utilizado faz reconhecer as situações de enfermagem em sua dimensão existencial e implica em tornar a tecnologia como um veículo para a valorização da qualidade humana do ser.

ABSTRACT

This dissertation is the description of the development of a nursing care process to adults clients being admitted to the Intensive Care Unit of two hospitals at Florianópolis. Such process was based in some concepts of the Humanistic Nursing Theory of Paterson and Zderad, which implies in intersubjective transaction between nurses and clients. The conceptual framework consisted of the concepts of the model as referred as follows: nursing, technology, human being, humanization, "more-being" and environment. Included in the process there were the phases of self-knowledge, the intuitive knowing, the scientific knowing, the synthesis of realities and the description of paradoxal units detached: communication, technology, spacial limitation, unknown. The utilized model makes us recognize the nursing situations in its existential dimension and implies in turning the technology a vehicle to the valorization of the inherent qualities of human being.

SUMÁRIO

MINHA TEMPORALIDADE	1
DISCURSO DA LITERATURA E CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO HUMANÍSTICO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTIS	10
• Lidando Com Dados Históricos.....	10
• Efeitos Do Avanço Tecnológico E Suas Implicações Éticas.....	14
• Indo Além Do Modelo Tradicional De Assistir.....	27
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA	31
• Algumas Concepções Acerca Da Fenomenologia.....	32
• Idéias Básicas Do Modelo De Paterson & Zderad	36
A CONSTRUÇÃO DE UMA ESTRUTURA CONCEITUAL	44
RE-COMPOSIÇÃO DA TRILHA PERCORRIDA	56
• O Lugar Da Assistência	56
• Os Habitantes Eventuais	58
• Eu, Meu Novo Olhar E Minha Perplexidade	61
COMPOSIÇÃO METODOLÓGICA BÁSICA DO PROCESSO DE PATERSON & ZDERAD	63
• Busca De Auto-Conhecimento.....	66
• Reconhecendo O Conhecimento Intuitivo	68
• Utilização Do Conhecimento Científico	74

• Sintetizando As Realidades Conhecidas	76
• O Alcance Das Unidades Paradoxais	79
DA VOZ DO PROCESSO AO ECO DA EXPERIÊNCIA	99
ALGUNS PONTOS DE REFLEXÃO	116
APÊNDICES	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	176

MINHA TEMPORALIDADE

O meu contato com um ambiente hospitalar, destinado ao cuidado intensivo do ser humano em crítico estado de saúde, iniciou-se em 1980, quando eu realizava o curso técnico de enfermagem. Naquela ocasião, já me chamava a atenção a maneira pela qual o ser humano era cuidado na UTI. Percebia que o cuidado era mais voltado para as necessidades biológicas, corporais, onde o ser humano enquanto singularidade e complexidade persistia sem ser reconhecido, sendo o seu "todo" visualizado apenas na parte que se encontrava doente; percebia também, a ênfase que era dada ao manuseio dos equipamentos, cujas luzes, alarmes e botões tanto seduzem a muitos que trabalham em UTI. Confesso que, apesar de ter este foco de atenção, no início de minha vivência no contexto de terapia intensiva, toda a tecnologia existente nesta unidade exercia sobre mim um grande fascínio. Creio que este fascínio também é exercido sobre boa parcela dos profissionais principiantes que abraçam esta área de atuação da enfermagem. No entanto, desvinculhei-me deste fascínio (apesar de indubitavelmente reconhecer o grande avanço trazido pela tecnologia, que apóia a recuperação de muitas vidas) voltando-me para as situações humanas vividas com os clientes para quem as UTIs são projetadas.

Na minha trajetória de estudos formais de enfermagem, ao concluir o curso técnico, optei pela graduação em enfermagem. Com isso, tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos que havia obtido até então e obter outro tanto que me levou a repensar a prática profissional por mim desenvolvida. Desses conhecimentos e da ênfase

do ensino-aprendizagem de enfermagem para uma visão holística na assistência ao ser humano, durante os estudos de graduação, pude observar que no campo assistencial, por mais que se tentasse, os estágios curriculares recaíam em normatizações e em rotinizacões, execuções de procedimentos técnicos e reconhecimento de sinais e sintomas relativos às patologias. Com isso, persistiu em mim, durante toda a graduação em enfermagem uma inquietação no sentido de compreender melhor a condição do ser humano internado na UTI, e como a enfermagem poderia compatibilizar a assistência com as peculiaridades deste ser humano que se encontra nesta situação (em tratamento intensivo, em local específico e isolado, diante de cenário ameaçador), atenuando as adversidades decorrentes do uso de tecnologias, particularmente as veiculadas por equipamentos.

Concluí a graduação em enfermagem, e comecei a exercer a função de enfermeira na UTI de um hospital público. A problemática de se prestar uma assistência mais voltada ao ser humano tornou-se ainda mais contundente para mim, por perceber que me defrontava com os seres humanos que continuavam com as suas necessidades sem serem contempladas. Também me incomodava a inconsciente ou não intencional reprodução do que havia introjetado e vivido durante minha vida acadêmica. E no meu interior sempre havia a preocupação de como poderia atender ao ser humano de uma forma mais humana, que reconhecesse as características que muitas vezes estão mais exaltadas e que tornam o ser humano mais humano, em um ambiente que se torna tão hostil tanto pela ausência de familiares como pela densa presença de equipamentos tecnológicos. Quando aqui me refiro a uma "assistência mais humanizada", quero dizer a busca por um assistir onde fossem levados em consideração os aspectos do ser humano, que vão muito além do atendimento focalizado exclusivamente no risco biológico de perder a vida. A idéia é ir além do assistir, quase exclusivamente, sob este enfoque biológico, como, de um modo geral, têm sido assistidas as pessoas internadas nas UTIs.

Ir além disso, para mim, é ver o cliente incluindo pensá-lo como um ser que tem uma história de vida que atribui significado às suas experiências vivenciadas, e que se encontra em ambiente estranho e agressivo, com sérios comprometimentos de manifestação orgânica e, muitas vezes, ameaçadoras expressões sociais e manifestações psicológicas. A seu lado, estão outras pessoas internadas e, necessariamente estão também outros seres humanos que os cuidam, que também têm sua própria história de vida e que também influenciam e recebem influências do ambiente em que trabalham e em que vivem. O ser humano-cliente quando em estado crítico e internado em uma UTI, se vê retirado do ambiente que lhe era mais familiar, privado de dar continuidade a aspectos vitais do seu cotidiano, sobretudo o convívio de pessoas queridas, o andar, o passear, o conversar, o trabalhar, o comer, dentre outros, e tudo isso faz com que o seu sofrimento seja exacerbado, até porque frequentemente é concentrada a atenção, daqueles que cuidam, na tecnologia utilizada. Assim torna-se secundada a atenção a outros requerimentos de qualidade humana do ser, este para quem todos os demais seres-profissionais e equipamentos estão a serviço. Nesse sentido, procedeu o desejo de descobrir na minha prática assistencial a possibilidade de torná-la mais humanizada a partir da busca da compreensão de como os indivíduos em estado grave vivenciam esta experiência, e que, acredito, torna-se possível através de um autêntico e genuíno encontro entre o ser que cuida profissionalmente e do outro ser cuja situação de vida requer cuidados específicos a partir de sua situação de saúde.

Neste contexto de experiência profissional que aqui me refiro, prossegui, ainda que ao meu modo pessoal, sem seguir nenhuma sistemática metodológica, mas perseguindo a idéia e imaginando como desvelar os significados atribuídos pelo cliente durante esta experiência, e como isto poderia estar implícito no cuidar.

Por ser uma área onde existem avanços técnicos constantes, até por isso sentia a necessidade de freqüente atualização, então realizei, em 1990, um curso de especialização em cuidados intensivos. De certa forma, foi abordada a assistência de

enfermagem, mais uma vez, nos moldes tradicionais, orientada por problemas vinculados a patologias, não sendo contemplada nesses estudos a dimensão humanística que eu aspirava conhecer no processo de cuidar. O conteúdo do curso esteve mais uma vez centrado na atualização de informações que reforçavam procedimentos técnicos, patologias, equipamentos e aspectos administrativos, em UTIs.

Tive a oportunidade de ingressar em 1992 no curso de mestrado com área de concentração em assistência de enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. A essa ocasião continuava presente o meu desejo de desenvolver trabalhos do curso, na perspectiva de explorar esta questão que me acompanhava ao longo de minha experiência profissional. Surgiu assim meu tema de interesse para realizar este trabalho. Ao revisar a literatura de enfermagem observei a precariedade de textos que tratem do uso de tecnologia no que diz respeito a adequação da mesma a uma abordagem humanística ao indivíduo adulto internado na UTI.

A opção de trabalhar este tema tornou-se mais viva em mim quando no currículo do curso de mestrado, fiquei interessada pela abordagem fenomenológica. Em princípio, meu contato com esta abordagem ficou a nível inicial de informação, porque foi estudada como conteúdo da disciplina de "Fundamentos Filosóficos da Pesquisa". Prossegui tentando aprofundar-me com leituras sobre o método, bem como decidi cursar a disciplina de "Pesquisa Qualitativa" e participar da oferta do curso em "Tópico Especial sobre Fenomenologia".

Percebi que meu interesse por esta abordagem vem da minha identificação com seus princípios e reside no fato de estar voltada para a compreensão do significado do fenômeno, sendo valorizadas a intuição e a subjetividade, que têm sido, de certa forma, menos consideradas em outras abordagens nas várias áreas do saber.

Para cumprir requisito da disciplina "Prática Assistencial", como aluna do mestrado, ao desenvolver um processo de enfermagem fundamentado em um referencial teórico de enfermagem e/ou outras áreas do conhecimento, optei pela utilização de conceitos cuja base está no modelo teórico de Paterson & Zderad. Tal modelo se propõe a uma abordagem voltada primariamente aos aspectos humanísticos, à exploração, compreensão e significação da experiência do ser humano, assim projetando um processo de enfermagem diferente daquele ao qual nas UTIs estamos habituados a ver e até mesmo participar. A abordagem proposta por Paterson & Zderad pretende criar novas possibilidades de "mais humanização", utilizando um método assistencial referido por uma concepção fenomenológica em bases de uma filosofia existencial. Assim, ao optar por esta proposta de assistência e por torná-la projetada para ser desenvolvida na minha própria prática profissional, nela coloquei a minha expectativa de descoberta de um outro modo de cuidar. Para tanto, já seguindo as indicações teóricas do próprio modelo, procurei desenvolver-me ampliando minhas reflexões como pessoa e como profissional, envolvendo-me com esse desenvolvimento formal e informalmente ao lado da equipe com que tenho trabalhado em UTI e dos próprios clientes com quem me encontro. Assim, paralelamente ao desenvolvimento de uma prática assistencial para a elaboração desta dissertação, tenho me encaminhado à busca de alternativas para o meu auto-conhecimento, uma condição para me aproximar da postura almejada.

Na presente proposta, de forma subjacente, espero aqui narrar as minhas mudanças no modo de cuidar e com isto, registrar a contribuição, de alguma forma, a esta questão da prática : O que significa prestar uma assistência mais humanizada aos clientes em situação crítica de saúde, mesmo diante da necessidade de utilização intensiva de equipamentos tecnológicos na UTI?

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) surgiram nas últimas décadas em função da preocupação com o aperfeiçoamento da assistência a clientes graves, de forma a atendê-los exclusiva e continuamente (Espírito Santo, 1985). São unidades

caracterizadas em função da gravidade dos clientes nela internados, que seguem um critério de seleção, e que dispõem de pessoal e equipamentos especializados em número e quantidade adequados.

Pelo fato de a internação na UTI ser determinada por presentes ou potenciais comprometimentos orgânicos, que colocam em risco a vida do cliente, a enfermagem por muito tempo teve seu modelo de assistência norteado pelo modelo biomédico, apesar de reconhecer a existência de necessidades outras tão importantes quanto às de esfera física, já citadas por vários autores (Koizumi, Kamyama e Freitas, 1977; Espírito Santo, 1985; Carr, 1987; Galiza, 1989), e que deveriam ser levadas em consideração quando da implementação da assistência.

No entanto, ao longo da minha experiência profissional tenho percebido que o conhecimento mais valorizado pelos enfermeiros que atuam na UTI é o que diz respeito aos aspectos fisiológicos e à habilidade de realizar procedimentos técnicos. Com isso, nos privamos do desvelar o ser, compreender o ser, se mostre o corpo em estado grave ou não, vai além de se ter como referência apenas a ocorrência de uma instabilidade orgânica. Muitas vezes estive em perplexidade por cuidar do corpo e o ser humano, ali naquele lugar continuar desconhecido, sendo limitado ao " seu Dionísio do leito 1 " ou " a asma brônquica do leito 4 ". Deste modo, todos os fenômenos que permeiam cada ser humano que assistimos, são transformados em meros fatos, não sendo levados em consideração o significado destes para o cliente, que é visto de forma fragmentada, deixando de ser reconhecido em suas vivências como um ser que está sempre em construção da sua própria história de vida, possui uma consciência, família e que precisa ser compreendido como um todo. Neste sentido, acredito que ainda há muito a ser feito, na tentativa de resgatar o ser que se encontra no cliente que cuidamos. Creio que será preciso estarmos atentos e conscientes dos vários modos como este ser se manifesta, para que a enfermagem seja exercida estando voltada a um cuidado mais humano.

Ainda que a tecnologia seja uma realidade extremamente marcante na UTI, sendo justificada como indispensável, somos cientes dos efeitos tanto benéficos quanto adversos que produz, e como estes repercutem sobre a nossa prática assistencial. Dentre esses efeitos, pode-se esperar a criação de uma atmosfera fria, impessoal e desfigurante em sua face humana, por colocar-se de mediação, provocando um distanciamento entre enfermeiro e clientes, e ainda por criar uma relação tão íntima desses clientes com os aparelhos que desenvolve neles sentimentos de dependência e submissão a estes (Trotto et al, 1976).

A própria denominação de " cuidado intensivo " sugere a presença de monitores, respiradores, fios, drenos, referindo uma gama de atividades que devem ser realizadas de modo intensivo, freqüente, rápido, geralmente subentendidos no plano físico, objetivo e imediato. Assim, o cliente transforma-se em um receptáculo de procedimentos, opacificando o reconhecimento de sua singularidade, e assim na avalanche de afazeres desse tipo o pessoal de enfermagem perde a oportunidade de tornar sua presença mais significativa ao encontro com o cliente, abrindo mão desta experiência, ao cuidar.

Ao resgatarmos a possibilidade de cuidando atentar para o ser e não apenas para um corpo circunstancialmente doente, reconhecendo sua totalidade em sua experiência de vida na UTI, suscitamos um outro modo de ver a assistência de enfermagem. Desejo refletir sobre a prática desse modo, de forma a reconhecê-la na intencionalidade de uma assistência de enfermagem voltada para o ser humano, vendo neste processo, a enfermeira como participante deste momento existencial, e não o distanciamento observado em geral onde a enfermeira assume um papel de sujeito, atribuindo ao cliente o papel de objeto.

A movimentação do cuidar, apesar de ser vista como familiar entre os membros da equipe assistencial de enfermagem, não o é para o cliente. Cada atividade

realizada pelo pessoal de enfermagem é repleta de novidades e significados para ele. O uso de procedimentos, equipamentos, enfim tecnologias como veículos, possibilita a valorização da presença e do encontro entre o enfermeiro e o cliente num desvelar deste ser, reconhecendo e tentando compreender sua expressão. Nessa situação há, no meu entendimento, um acercamento da humanização da assistência, superando o que geralmente refere-se a assistência como uma série de condutas normatizadas que no entanto generalizam-se, são "impostas" por rotinas institucionalizadas, e assim, na maioria das vezes tal modelo assistencial se mostra distante do encontro com este ser. Este modelo habitualmente utilizado em UTIs é o que nesta prática assistencial pretendo ver substituído por outro. Um modelo que se envolva com o "mais-ser" do cliente, de sorte a possibilitar ir além do assistencial que vem sendo desenvolvido no cotidiano da enfermagem nas UTIs.

A necessidade de superar os padrões habituais de assistência também é enfatizada por Olivieri (1985), ao afirmar que a terapêutica não se resume na aplicação de medicações, mas vai além, para um cuidado especial após reconhecer que o cliente é um ser que está doente, devendo ser levado em consideração o que surge na consciência deste ao sucumbir à doença, o que torna implícita a necessidade de uma aproximação existencial do cliente, ou seja, de uma atitude humana.

As colocações precedentes consubstanciam alguns argumentos em favor de uma proposta de assistência ao indivíduo adulto internado em UTI. Tal proposta está pautada em um modo assistencial diferente do tradicionalmente praticado, por acreditar que assim a enfermagem pode superar o padrão mecanicista muitas vezes ainda utilizado nas UTIs. Espero com isso poder contribuir para a humanização da assistência de enfermagem ao cliente em estado grave, bem como expor esta questão à reflexão dos enfermeiros que atuam com clientes graves, de modo a repensar a própria prática, e encontrar prazer em possibilidades novas de humanizar o homem nesse assistir profissional.

O desenvolvimento de uma proposta de abordagem de enfermagem com ênfase humanística a indivíduos adultos internados na unidade de terapia intensiva a partir de um processo de enfermagem fundamentado em alguns conceitos do modelo de Paterson & Zderad, tornou-se possível e consubstanciou o objetivo do projeto que deu lugar a este trabalho. Para tanto, a composição de um marco conceitual e correspondente processo de enfermagem apropriado ao modelo pelo qual optei, tornaram-se uma imperativa necessidade a qual busquei atingir com um intensivo exercício reflexivo, de interrelação de alguns dos conceitos originais das autoras do referido modelo humanístico de enfermagem em compatibilidade com outros de interesse para a realização desta proposta assistencial.

À luz desses objetivos foi então desenvolvida uma experiência de assistir em enfermagem na consideração do cliente em sua qualidade de ser humano situado circunstancialmente, por condições de saúde, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Desse modo, ora descrevo as situações de enfermagem com as quais estive envolvida na ótica conceitual deste estudo, e no esforço de compreensão do significado das experiências intencionalmente vividas.

DISCURSO DA LITERATURA E A CONSTRUÇÃO DE UM PROCESSO HUMANÍSTICO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTIs

O processo de buscar na literatura o que outros autores tratam para relacionar seus discursos com este estudo foi uma procura ao mesmo tempo desafiante, por limitações de várias ordens, e prazerosa pelo acesso ao bem-estar da descoberta, tão própria da aprendizagem em processo. Assim, lendo, analisando, relacionando, documentando, pude agrupar alguns assuntos mais pertinentes ao tema, e a prática que serve de base a esta dissertação. As leituras compuseram quatro momentos. O momento que reúne a assistência em UTIs; o que se agrupa em torno da base metodológica do modelo assistencial referido; e aquela que especifica a estrutura conceitual explicitando pressupostos e conceitos implicados numa experiência profissional de natureza humanística.

LIDANDO COM DADOS HISTÓRICOS SOBRE CUIDADOS INTENSIVOS

Os antecedentes da terapia intensiva remontam ao século passado, quando de acordo com os escritos de Florence Nightingale (*Notes on Hospitals-1863*) ela descreve que muitos hospitais na Grã-Bretanha destinavam uma pequena sala próxima ou anexa à

sala de operações aos clientes que saíam da cirurgia e que geralmente necessitavam de maiores cuidados, onde permaneciam até pelo menos terem se recuperado dos efeitos anestésicos da operação (Reiser, 1992; Sibald & Inmann, 1992).

No entanto, esta preocupação em agrupar os clientes de acordo com a necessidade de cuidados não era restrita aos clientes que eram submetidos à cirurgias. Na Guerra da Criméia, Florence Nightingale também tinha a preocupação de propiciar uma melhor observação aos clientes mais graves. Para isso, os clientes de maior gravidade eram dispostos de modo que ficassem mais próximos da área em que as enfermeiras trabalhavam, sendo assim estabelecidos observação e atendimento contínuos (Gomes, 1988).

A prática de observação intensiva e triagem introduzida por Florence Nightingale propiciou o modelo para o cuidado de enfermagem ao cliente criticamente enfermo, na UTI, que é seguido até os dias atuais. Esta “observação intensiva” de acordo com Fairman (1992) requereu das enfermeiras mais que senso comum; as enfermeiras aplicavam seu conhecimento experencial, suas habilidades intuitivas e baseado no conhecimento para implementar uma triagem e manter intensa observação dos clientes.

De acordo com Fairman (1992), os esforços organizados para agrupar clientes instáveis surgiram durante os anos 40, dando surgimento no início dos anos 50, às unidades de terapia intensiva como um “sistema tecnológico de instrumentos, conhecimento e habilidades” para cuidar dos clientes criticamente doentes.

A participação dos Estados Unidos na II Guerra Mundial, Guerra da Coréia e do Vietnam foi acompanhada de inovações no tratamento que contribuíram para o crescimento da terapia intensiva. Avanços significativos foram alcançados no processo de terapia intravenosa para choque, transfusão sanguínea, anestesia, recuperação pós-

anestésica, assim como na rápida remoção de clientes para meios que eram melhor equipados para alcançar suas necessidades (Sibbald & Inmann, 1992).

A introdução da ventilação mecânica foi o próximo desenvolvimento que contribuiu para o rápido crescimento das UTIs nos Estados Unidos. O sentido de que a monitoração do cliente por uma equipe habilitada tinha o potencial de melhorar as expectativas dos clientes com infarto do miocárdio assegurou o desenvolvimento simultâneo das unidades coronarianas. Com estas lições, a terapia intensiva subsequentemente desenvolveu-se como um serviço único baseado no hospital, que melhora as expectativas dos clientes com doenças que colocassem suas vidas em risco, através do compromisso de recursos humanos e tecnológicos maiores do que aqueles que estavam disponíveis em uma enfermaria tradicional hospitalar (Sibbald & Inmann, 1992).

Ora, por certo isto implica em correspondentes alterações de enfermagem que fazem diferença daquela disponível em uma enfermaria tradicional, já que somente a existência do espaço físico e da tecnologia não são suficientes para propiciar a recuperação dos clientes que necessitam de maiores cuidados. Como consequência, tornou-se necessário um número maior de enfermeiras, com conhecimento específico desta área.

Com a implantação das UTIs e a difusão desta nova modalidade de tratamento, criou-se a necessidade de formar pessoal especializado e familiarizado com os equipamentos e materiais existentes nestas unidades, bem como com o tipo de patologias apresentados pelos indivíduos nela internados (Simão, 1976; Dias apud Bub, 1991).

Em UTI, também acredito que o conhecimento das peculiaridades da assistência aí prestada também seja relevante, já que os clientes que necessitam de

internação na UTI tem características que lhes são inerentes, necessidades diferentes dos clientes que encontram-se internados em outras unidades hospitalares. A maciça presença de tecnologia influencia a todos que prestam cuidados neste ambiente. Para tanto, acredito que seja necessária a reflexão e o conhecimento da tecnologia e sua repercussão na prática.

No Brasil, as UTIs foram implantadas na década de 70, tendo uma rápida difusão (Gomes, 1988), fazendo com que em um curto espaço de tempo a enfermagem que iria atuar nestas unidades formulasse sua prática nesta nova área de atuação. Em decorrência disto, temas inerentes ao tratamento intensivo, tais como ventilação mecânica, monitorização eletrocardiográfica, dentre outros, começaram a ser inseridos nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem; nos anos 70 começaram a surgir os primeiros cursos a nível de especialização em enfermagem em terapia intensiva.

Sinnbald e Innman (1992, p. 423) citam a conferência de consenso da U.S. National Institutes of Health que definiu a missão da terapia intensiva, como “ um campo multidisciplinar voltado para os clientes que sofrem, ou estão em risco de sofrer condições de ameaça à vida, falência de um ou múltiplos sistemas e órgãos devido à doença ou lesão. A terapia intensiva busca prover as necessidades destes clientes através da observação e intervenção imediata e contínua, de modo a restaurar a saúde e prevenir complicações”.

Para o alcance do objetivo proposto é implícita a importância de cada membro da equipe multidisciplinar desenvolver trabalhos em sua esfera de atuação profissional, na busca de descobrir cada vez mais quais são as necessidades destes clientes, tornando o provimento do cuidado cada vez mais integral. Ao considerar-se o provimento das necessidades dos clientes, bem como a observação e intervenção imediata e contínua, conforme citado, pode-se perceber a importância do conhecimento fundamentado não somente no aspecto biológico, orgânico, mas sim de outras

dimensões, que aqui inclui o conhecimento das necessidades ditas como de ser humano, e não só de necessidades corporais, na manutenção de sua existência.

EFEITOS DO AVANÇO TECNOLÓGICO E SUAS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Ao pensar a unidade de terapia intensiva como uma das áreas que mais utiliza técnicas e instrumental especializado, logo considerada uma das áreas mais mecanizadas, vejo como imprescindível algumas considerações a respeito do caráter da técnica, enquanto um dos elementos que caracterizam a UTI.

• O grande avanço tecnológico que é observado nas UTIs também fez com que a enfermagem que nela atua acompanhasse essa evolução, com isso assumindo novas responsabilidades que segundo Marsden (1991) foram bem recebidas por serem acompanhadas de um maior respeito e autonomia, apesar deste avanço ter vindo acompanhado de implicações éticas, tais como o uso inapropriado para o prolongamento da vida e a desumanização do cliente e equipe. Isso diz respeito ao passo que o acesso ao cliente por mediação contraria o acesso direto, podendo interferir na linguagem afetiva, emocional. É necessário que estejamos atentos ao fato de que a humanização do uso da tecnologia se dá pelas pessoas que fazem esta mediação, influenciando o modo como esta ocorre. Por exemplo, a existência do monitor não exime a necessidade do acesso, do encontro, já que ele por si só não diminui a ansiedade do cliente.

Neste sentido, acredito que isto cria a necessidade dos enfermeiros avaliarem como a tecnologia é utilizada na prática diária, já que se a terapia intensiva for avaliada de uma forma também ética, visualizando-a como ética do encontro, podemos visualizar a utilização da tecnologia voltada às finalidades que lhe cabem, o que difere de realizar à uma avaliação da tecnologia voltada apenas para a comprovação de eficiência, segurança e eficácia.

Wichowsky (1994), ao buscar verificar como as enfermeiras percebem o uso da tecnologia e seus efeitos em seus papéis, observa que um outro aspecto que acompanhou a evolução da enfermagem com a introdução da tecnologia foi a incerteza profissional, definida como "um conhecimento incompleto referente ao desempenho de papel em alguma área particular de trabalho"; esta incerteza também ocorre devido ao fato de a enfermagem em si mesma não ter um paradigma bem definido.

A enfermagem, quando exercida em locais onde a tecnologia faz-se presente de uma forma mais contundente, vivencia a incerteza, que manifesta-se sob várias formas, uma delas relacionada com a deficiência de conhecimento da tecnologia que é utilizada, associada com inúmeras situações inesperadas, que transcendem o rotineiro.

• A tecnologia no cuidado de saúde teve um impacto na enfermagem de duas formas: a primeira foi através do efeito que a tecnologia teve sobre o cliente, mudando o tipo e a intensidade do cuidado de enfermagem necessário, e a segunda foi o impacto sobre enfermeira. O segundo impacto da tecnologia foi sobre o provimento do cuidado de enfermagem e aqueles que o prestam, já que papéis, valores e padrões de trabalho foram todos influenciados ou modificados pelos constantemente mutáveis níveis de tecnologia. Isto também se fez acompanhado de mudanças percebidas na educação e prática resultantes da tecnologia, problemas potenciais no cuidado ao cliente ou na essência de enfermagem em visão de ser claramente definida. (Pillar, 1990)

Amaral (1993) nos coloca que a técnica não consiste somente na produção e no emprego de recursos que garantam a existência humana, mas consiste também no alcance de cada uma das ações humanas; salienta ainda que para entender-se o que é a técnica é necessário que se efetue uma reflexão sobre as necessidades humanas, já que estas determinam o próprio acontecer técnico.

Este argumento reforça a importância da idéia de Horta (1979) de que o estudo das necessidades humanas básicas, que fazem parte do ser humano, são os entes da enfermagem, e que a enfermagem ao estudar as necessidades humanas básicas visualizando-as como os entes da enfermagem pode assim não apenas propiciar o seu alcance, com o auxílio da técnica, mas também guiar a enfermagem na busca de sua certeza profissional.

Outra consideração a respeito da técnica é a de que ela também pode revelar aspectos da própria natureza, propiciando o aparecimento de realidades que até então não foram percebidas. Como diz Heidegger apud Buzzi (1991, p. 124) “ a técnica é um modo de desvelamento. A técnica se desenvolve na região onde o desvelamento e a não ocultação, onde a alétheia, onde a verdade tem lugar” .

Se considerarmos as necessidades humanas básicas como entes que se manifestam na técnica, podemos nós perceber a possibilidade de, ao estarmos ao serviço deste movimento (de revelação da natureza) tornar evidente com o auxílio da técnica as necessidades humanas básicas.

No entanto, embora exista esta possibilidade de desvelamento da técnica, de vislumbrar o sensível, o expressivo, há uma tendência dos enfermeiros estarem mais voltados para os aspectos instrumentais, sobretudo na responsabilidade de controlar e manter as funções vitais. Isto pode de certa forma ser confirmado pela análise retrospectiva de pesquisas de enfermagem realizada por Koizumi, Miyadahira e Takahashi (1986). Nessa análise, as autoras mostram que a maioria das pesquisas de enfermagem em terapia intensiva utiliza conhecimentos da área biológica, estando estes mais centrados no conhecimento médico.

Entretanto, VanCott et al (1991) ao fazerem a análise de uma década de pesquisa da prática de enfermagem em terapia intensiva, perceberam que a maior parte

destas pesquisas tiveram como conteúdo aspectos relacionados a cuidados corporais, específicos, e que poucos estudos foram feitos na área de efeitos psicossociais do ambiente de terapia intensiva. Isto justifica a necessidade da enfermagem apropriar-se deste tipo de conhecimento, já que o grande tempo em que ficamos juntos do cliente nos propicia esta possibilidade, tempo repleto de ações e respostas intersubjetivas que ao serem conhecidas podem tornar a assistência realmente centrada no ser humano.

A internação em UTI por si só gera no cliente uma série de fatores que influem no seu restabelecimento. Koizumi, Kamiyama e Freitas (1971) ao estudarem a percepção dos clientes internados em UTI verificaram que, apesar de a manutenção das funções vitais ser prioridade no tratamento intensivo, os problemas mais sentidos pelos clientes e suas expectativas quanto à assistência de enfermagem recaíram mais na área expressiva do que na área instrumental. Com base nos resultados obtidos, os autores citam Maslow, ao afirmar que “mesmo sob a ação de fatores de forte ameaça à vida, o ser humano reage como um todo”.

Creio que isto reforçe a necessidade de se estudar outros aspectos da atuação da enfermagem em terapia intensiva, voltando-se aos aspectos expressivos, tentando diminuir o distanciamento observado na prática atual, quando tem sido dada maior ênfase aos procedimentos técnicos ligados ao processo do ponto de vista fragmentar e orgânico, omitindo ou secundarizando o expressivo vivido pelos clientes e familiares envolvidos em situações de saúde no espaço de UTIs. É principalmente, para voltar-se às expressões contidas, ou expressas implícitas ou explicitadas, mas sempre presentes, em essência, no vivido dos seres humanos, que uma proposta de trabalho de enfermagem nessas UTIs requer um compromisso de ir além da assistência circunscrita à área instrumental ou mesmo a pontos de vista unicamente clínico-orgânicos. Ir além dessa assistência até então descrita pela literatura consultada e confirmada pela experiência que tenho vivido por alguns anos em UTI, necessariamente passa pela agregação de outros valores éticos e estéticos de seres humanos envolvidos com

tratamentos intensivos face a situações de vida-morte, utilizando a denominação de Costa (1977) quando se referiu às situações críticas de saúde vividas por seres humanos em UTIs.

Um dos componentes necessários para superar a assistência centrada no aspecto biológico diz respeito à empatia, tida por Gould (1990) como a habilidade de entrar no sentimento de outra pessoa e ver o mundo através dos seus olhos sem perder a objetividade. Entretanto, Katz citado por Gould (1963) afirma que a empatia está sujeita a barreiras, tal como ansiedade, atitudes autoritárias e a tentativa em ser extremamente profissional, dizendo respeito à concentração exclusiva no desempenho de técnicas.

A atuação em UTI faz com que a equipe assistencial profissional que ali atua seguidamente conote as situações vida-morte das quais compartilha como ser humano, e isto leva a pensar mais presentemente que quem cuida precisa cuidar humanizadamente o que implica em ter a sua própria humanização cuidada. Para Marsden (1991), em um sistema onde a desumanização dos clientes é prevalente, os próprios profissionais podem tornar-se desumanizados; este processo torna-se circular, reforça-se mutuamente, na medida em que a tecnologia controla as pessoas, em vez das pessoas controlarem a tecnologia. Logo, para que se humanize a assistência, uma consideração de humanização na própria equipe que assiste, é fortemente importante tanto pelo caráter de lidar com o estressante convívio nas situações vida-morte mas também pelo impacto provocado pela tecnologia, a um só tempo imprescindível ao resgate da vida orgânica e tão desgastante das demais expressões da vida humana. Diferentemente do que se pode imediatamente pensar, subalternizar a tecnologia à expressividade humana significa utilizá-la convenientemente em UTIs, mas principalmente submetê-la ao controle humano, o que corresponde a ter a tecnologia como um instrumental complementar ao expressivo humano.

Castro (1991), ao citar a análise parcial da literatura sobre unidade de terapia intensiva realizada por Boemer, Rossi e Nastari (1986) mostra que a maioria dos autores consultados consideram que os profissionais que trabalham nestas unidades necessitam desenvolver perspicácia na observação, rapidez, precisão e eficiência no atendimento ao doente, em decorrência do seu estado crítico. Ainda preconizam como sendo de fundamental importância o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para o manuseio do instrumental tecnológico presente nas unidades de terapia intensiva, uma vez que os aparelhos e equipamentos constituem-se numa fonte de manutenção e recuperação da vida dos clientes críticos.

Mesmo concordando com valores que se expressam objetivamente, penso aqui numa visão de complementaridade desses valores com aqueles da subjetividade humana, pensando que a parcelaridade na visão paradigmática comprometem a construção da mais humanização assistencial, sobretudo onde as tecnologias através de equipamentos por tendência se colocam em primazia.

Apesar de todas as considerações feitas, ainda é escassa na literatura de enfermagem brasileira estudos mais aprofundados e relacionados à questão do efeito da tecnologia sobre a enfermagem, em um contexto mais amplo, bem como a avaliação dessa tecnologia que vem sendo utilizada, em UTIs.

Segundo Marsden (1991), as enfermeiras que atuam em UTI têm uma relação de amor e ódio com a tecnologia, pois apesar da satisfação existente em controlar novas técnicas e equipamentos, para utilizá-los em benefício do cliente, por vezes a tecnologia parece tomar vida própria; deste modo, o benefício trazido a princípio pode transformar-se, quando o peso da tecnologia o supera, o que pode gerar implicações éticas. Esta implicação ética também é abordada por Bandman apud Zwolski (1989), ao afirmar o perigo existente no obscurecimento da distinção entre os meios (a técnica) e os fins (a filosofia ou visão que a direciona), de modo que a técnica torna-se

o fim em si mesma. Deste modo, o uso da técnica pode tornar-se tão compelidor ou intrigante, que o seu propósito, o bem-estar do cliente, pode ser perdido, o que segundo estes mesmos autores é o grande perigo da técnica. Estes dilemas éticos segundo Freundberger e Reichle apud Fagerhaugh et al (1980) juntamente com a intensidade do trabalho e as frustrações de enfrentar complexas estruturas burocráticas criaram um perigo do trabalho relacionado à tecnologia, o *burnout*. Garman e Rinehart (1993) associam a incidência do *burnout* com a insatisfação de muitas enfermeiras ao perceberem que seu cuidado está mais voltado aos componentes físicos do cliente, o que faz com que se percebam como não tão boas como poderiam ser; neste sentido, os autores citam Fuszard ao afirmarem que uma atmosfera que encoraja o cuidado emocional dos clientes promove uma recuperação mais rápida para o cliente e satisfação profissional dos membros da equipe.

De acordo com Maslasch citado por Nason (1993, p. 105), o *burnout* é uma “síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução do desempenho pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que fazem algum tipo de “trabalho de pessoas”; é uma resposta à tensão emocional crônica de lidar intensamente com outros seres humanos particularmente quando estes estão perturbados ou com problemas”. A autora também coloca que o ambiente de trabalho e as características pessoais são fatores que contribuem para o *burnout*.

Ao se ter conhecimento da possibilidade de ocorrência deste fenômeno, muito pode ser feito, na medida de preveni-lo, já que suas conseqüências desfiguram a figura humana do profissional e do cliente, trazendo danos a níveis micro e macro-sociais. A exigência de participação da enfermagem na elaboração de áreas físicas destinadas às UTIs, e trabalhos em conjunto com a equipe na tentativa de tornarem explícitos fatores que podem desencadear este esgotamento, podem colaborar para que sua possibilidade de ocorrência seja menor, ou menos comprometedora.

O avanço científico acelerado provocou profundas mudanças na conduta humana, na maneira de pensar e até mesmo nas crenças do homem, que deixa de ser visto como um todo, dando-se mais importância à máquina do que ao próprio homem, segundo Noronha et al (1986). A tecnologia, que evolui cada vez mais, possibilitando uma melhor assistência e em muito facilitando o próprio serviço da enfermagem, propiciando um tempo maior de atuação junto ao ser, no entanto, provocou um efeito diverso, ao intermediar o profissional e o cliente, que muitas vezes relaciona-se mais com as máquinas do que com as outras pessoas que compõem o cenário nas situações em UTIs. Sinclair citado por Clark (1993) também chama atenção para o fato de que os explosivos avanços na tecnologia que podem libertar os enfermeiros de suas repetitivas tarefas anteriores, também criam significativos desafios no sentido de mais uma atribuição, de controlar máquinas além de cuidar dos clientes.

A primazia de uso de equipamentos em UTIs, muitas vezes faz barreiras obstruindo a possibilidade de se ver o ser humano como um todo; na minha experiência, eu reconheço a fragmentação, que segundo Fagerhaugh et al (1980) é um dos princípios do sistema técnico, tendo como efeito a despersonalização do cuidado de saúde; por sua vez, está associada à aceleração da especialização (como se vê o trabalho em UTIs) e a criação de estruturas burocráticas. Isto torna difícil a manutenção da identidade individualizada de clientes. Pela crescente especialização e fragmentação, os clientes em estado crítico sofrem estas consequências, sendo tratados de modo despersonalizado e desumanizado, o que confirma o referido por Howard apud Marsden (1992, p 412)

"... são vistos como objetos ou máquinas inanimadas, sem sentimentos, a serem manipulados, que sofrem experimentos, são fragmentados em problemas e tratados com imparcialidade. Em casos mais extremos são isolados, alienados, despojados de sua dignidade, e dada pouca, se alguma, oportunidade de escapar do ambiente estático, estéril e degradante em que estão emaranhados " .

E esta realidade assim descrita está tão introjetada em nós que nem sempre a percebemos em suas ocorrências adversas, fazendo com que seja preciso estar atento à importância de se considerar o outro, o cliente, como um ser com direito a opções, já que a tecnologia tem o potencial de deixar a equipe e cliente submissos aos seus imperativos, podendo até mesmo criar todo um regime a seu favor, alterando o próprio ritmo de vida do cliente e trabalho da equipe, nos imunizando contra o caráter humano do assistir.

Marsden (1991), deixa ver a tecnologia como o coração da terapia intensiva, o que permite, por vezes, a equipe "realizar milagres", apesar de sua força sedutora e auto-perpetuadora, a qual necessita de controle atencioso por parte daqueles que prestam o cuidado e que a utilizam, bem como da sociedade como um todo. Este controle, citado por Marsden é em parte a avaliação da tecnologia, que segundo Pillar et al (1991) é o estudo dos efeitos da tecnologia sobre a sociedade quando esta é introduzida, expandida ou modificada, com ênfase em efeitos que são indiretos, não intencionais ou retardados.

Esta avaliação é necessária, na medida em que a tecnologia chega à UTI sem, muitas vezes, ter sido devidamente conhecida a sua eficácia e a sua eficiência, bem como as mudanças que ocorrerão por conta de sua implementação. Muitas vezes a equipe sequer é preparada para utilizar devidamente uma tecnologia; também desconhece possíveis riscos que a utilização de determinada tecnologia pode acarretar. Nesse sentido, para Pillar (1991), a enfermeira deve ter conhecimento da importância de mais este seu papel, colocando-se atenta e vigilante à prevenção de agravos resultantes de utilizações tecnológicas.

Na utilização de tecnologia, a enfermeira também tem o papel de unificadora, devendo encontrar abordagens que superem a dualidade corpo-mente e a ênfase na precisão a todo custo que caracteriza a medicina (Zwolski, 1989). Sullivan et al (1989)

citam que as enfermeiras são trabalhadoras de conhecimento humanístico neste cenário, servindo como ponte entre o ambiente tecnológico e os clientes gravemente enfermos e suas famílias. Isso reforça o quanto a enfermeira precisa ter conhecimento de seu papel, de forma a agir ocupando o espaço que lhe é devido, e que vai muito além da rotineira execução de meros procedimentos técnicos.

Este é um outro agravante que se associa à situação na qual o indivíduo em estado crítico se encontra. Trata-se do grande número de procedimentos realizados pela enfermagem, que por serem executados inúmeras vezes podem tornar-se rotineiros, havendo o risco de se tornarem até mesmo mais importantes do que as necessidades dos clientes para quem as atividades são dirigidas.

Isso é observado na própria aproximação entre o pessoal de enfermagem e o cliente em UTI, o que se dá, quase exclusivamente, para a execução de tarefas, vinculadas ao cuidado de enfermagem complementar à prescrição médica ou ainda a outros circunscritos à higiene corporal e alimentação. Possivelmente, muito desse quadro está atrelado também ao racionalismo imposto pela divisão técnica do trabalho, que visa a efetividade e o maior número possível de atribuições executadas no menor espaço de tempo. O que se destaca então é o prejuízo da relação enfermeiro-cliente, muitas vezes coisificada a despeito da aproximação física periódica do profissional no âmbito do espaço físico destinado ao cliente.

Conforme Marsden (1992), o limite entre a ciência e a tecnologia não é claramente definido, pois não podemos imaginar a ciência sem a sua consequência técnica; e como de acordo com a autora a ciência é incapaz de lidar com questões e valores, nos dizendo o que pode ser feito, mas não o que deveria ser feito, através da investigação filosófica e do discurso moral podemos explorar as dimensões éticas da terapia intensiva.

O avanço tecnológico trouxe consigo um preço, pois o retrato da doença, que agora é obtido a partir de evidências numéricas e gráficas, omitiu características que vinham da vida subjetiva do cliente, fazendo com que essas características imprecisas e subjetivas fossem se tornando crescentemente irrelevantes na construção de diagnósticos e no desenvolvimento de terapias (Reiser, 1992a.). Com isso, o senso subjetivo de doença foi subestimado por classificações de disfunção biológica

A transformação das informações acerca dos dados fisiológicos de relatos subjetivos em representações objetivas fez com que evidência de alteração clínica pudesse passar a ser avaliada antes mesmo do indivíduo percebê-la. Assim, a presença e uso da máquina em vez da pessoa como sensor profetizou um futuro em que a dependência nas variáveis capacidades humanas em detectar evidências de alterações fisiológicas seria substituído com o agrupamento de dados fidedignos por máquinas incansáveis e invariáveis (Reiser 1992.b)

Para Marsden (1992) o “imperativo tecnológico” que dita que “deveríamos fazer o que podemos fazer” tem contribuído para muitas implicações éticas, sendo as mais destacadas o abandono da tecnologia sustentadora da vida, o reconhecimento e prevenção da desumanização da equipe e a alocação de recursos na terapia intensiva.

A utilização dos mais variados equipamentos em UTI é determinada de uma maneira freqüente, pela necessidade de monitoração de parâmetros fisiológicos, prevendo intervenção precoce ou suporte temporário de grandes funções vitais enquanto o organismo não tem condições de mantê-las. No entanto, Jonsen citado por Marsden (1992) coloca duas características do tratamento sustentador da vida que contribuem para o desenvolvimento de implicações éticas: uma é quando a tecnologia passa de suporte parcial a suporte total da vida, e a outra, quando a tecnologia passa de suporte temporário a suporte permanente.

Como a tecnologia no que diz respeito ao uso de equipamentos de um modo geral é utilizada em caráter de urgência, a característica de sua finalidade pode não estar clara. No entanto, a evolução da condição do cliente, onde os limites de manutenção de uso da tecnologia não ficam claros, torna-se um momento importante para a equipe multiprofissional discutir as implicações envolvidas na sua utilização, sendo este ao meu ver, a maior implicação ética.

Reiser (1992b) alerta que como a tecnologia avançou, tornando-se mais poderosa, somos crescentemente capazes de salvar vidas, mas não pessoas, onde muitos clientes tem vida sem experiência, vida sem consciência, vida sem relacionamentos.

O sofrimento vivenciado pelos clientes que tornam-se dependentes dos mais variados equipamentos também é compartilhado pelos seus familiares. No entanto, Reiser (1992.b) cita que a equipe também sofre com a família na sombra da incerteza sobre o que é ético na manutenção da vida, e coloca o diálogo como um aspecto crucial para atender a família.

Contudo, apesar do sofrimento imposto pela própria natureza, onde o cliente encontra-se “fora de possibilidades terapêuticas”, a enfermagem precisa estar atenta, pois o ser humano persiste ali presente, precisando do conforto, e que ainda assim não pode ser visto apenas na esfera do cuidado com o corpo, pois antes mesmo do corpo, existem as relações deste corpo com o mundo.

No que diz respeito ao reconhecimento e prevenção da desumanização da equipe, Marsden (1992) afirma que o fundamento da moralidade é a experiência do valor das pessoas e seu ambiente, sendo isto que torna a moralidade mais que um disparate; salienta ainda que à luz deste fundamento de moralidade a avaliação ética da UTI demanda que consideremos se o ambiente tecnológico da UTI beneficia as pessoas a quem pretende servir.

Ao se ter consciência dos aspectos que podem interferir na recuperação dos clientes, ou até mesmo no desempenho de sua atribuição profissional a enfermagem pode assim diminuir as consequências do uso da tecnologia. Utilizando as palavras de Kenner citado por Reiser (1992a) de que “traumatizar o corpo é traumatizar a mente” acredito, entretanto, que fatores que vinculados às relações humanas, por exemplo, podem interferir no corpo. Isto refere-se por exemplo, aos clientes em UTI que desenvolvem a assim chamada síndrome de UTI, em decorrência do isolamento da família, ausência de estímulos sensoriais familiares.

Isto torna implícito o reconhecimento da participação do cliente em sua assistência, já que de acordo com Garman e Rinehart (1991, p. 215) “no estranho mundo de máquinas, medicações, desconforto e estranhos controlando suas funções fisiológicas o cliente se percebe sem poder nenhum sobre si mesmo nesta atmosfera tensa e fria... a enfermeira dispende muito tempo “apagando pequenos incêndios”, ou lidando com uma crise após a outra, passando a ter dificuldade em ver o cliente como algo mais que problemas físicos”

Neste sentido, a tecnologia influenciou como vemos a doença e quais são as suas características que deveriam comandar nossa atenção. A esse respeito, a tecnologia criou alguns problemas, porém com soluções, contudo, principal dentre eles é o de ter o olhar fixo na experiência subjetiva da doença, fazendo com que a enfermagem aceite o desafio de manter seus valores tradicionais, pois através da relação humana pode-se reduzir assim as implicações éticas relacionadas com a tecnologia.

Finalizando, Reiser (1992b) nos chama a atenção de que a ética lembra aos profissionais que eles são agentes morais com escolhas a serem tomadas sobre o uso dos instrumentos no cuidado, fazendo-as aplicando padrões e princípios morais para os fins que eles e seus pacientes desejam. Deste modo, encoraja a enfermeira em perguntar a si mesma a sua conduta, bem como pacientes, famílias e equipe que se confrontam com ela

são pressionados para uma reflexão moral de modo que possam fazer escolhas sobre a tecnologia sensatamente e bem.

INDO ALÉM DO MODELO TRADICIONAL DE ASSISTIR:

A incorporação do modelo habitual de assistir em UTI, em que se prioriza a utilização de equipamentos e instrumentais voltados para a sobrevivência (tida como característica inerente à assistência em UTI, onde a prioridade é a manutenção da vida) dificulta o desvelar e até mesmo o reconhecimento do cliente enquanto ser humano.

Por isto, esta proposta, se diferencia pelo cuidar não apenas no sentido habitualmente entendido, mas sim o de incluir o compreender no cuidar. Isto equivale a dizer do esforço de superação do modelo habitual, constituindo-se um processo de assistir na intencional busca de qualidade humanística com clientes internados em UTI. Ao se ver a assistência desta forma, o cuidado "vai além" porquanto propõe-se a enxergar a partir da existência, voltando o olhar para aspectos expressivos que na maioria das vezes diante do afã do sistema cotidiano de cuidar não tem sido considerados em clientes de UTI. Isto inclui dizer que faz diferença quando, ao cuidar, se considera uma especial atenção no sentido de que a utilização intensiva de instrumentos e equipamentos só ocorra dentro de um nível de humanização, indo adiante da obtenção de dados fisiológicos. Defendo um outro cuidar, considerado a partir da compreensão de que tanto o enfermeiro quanto o cliente estão co-existindo na situação de humana espacializada fisicamente pela condição de internação em UTI. Nesse compreender o cuidar, abrem-se caminhos para que co-participem da característica que lhes é comum, a de serem humanos. O cuidar não fica restrito, portanto, ao conhecimento exclusivamente pelo seu caráter "científico", e a sua natureza não se circunscreve à execução de procedimentos, instrumentais, mas sim torna-se voltado à essência, de autenticidade expressiva, levando em consideração a singularidade e a valorização da intersubjetividade, tão relegada em função de uma habitual e quase forçada prática

mecanicista do cuidar no sistema institucional vigente. O cliente nesta proposta, é um ser humano cheio de potenciais a serem desvelados e referidos no cuidado que pretende a construção de um maior grau de humanização, e possibilitem o alcance do "ser-mais" nos clientes em cuidado.

Ao contrário desta proposta, o mais habitual é o apelo da avalanche de cuidados instrumentais levando o pessoal de saúde a não estar atento a estes aspectos humanísticos; com isso, a equipe pode ir perdendo a percepção do encontro com o cliente enquanto ser humano (ser-no-mundo). Ao tratar deste aspecto, vale lembrar: Reichle e Maynes apud Kimura (1984, p. 28) quando adverte o pessoal de saúde no seguinte teor: "Por estar vivenciando uma situação crítica, isto não significa que o cliente esteja alheio à sua problemática de saúde, e muito menos à sua capacidade de sentir, ver e ouvir as quais tornam-se mais aguçadas, pois o interesse por si próprio é proeminente nesta situação".

O sistema institucionalizado de assistência à saúde em UTIs encontra-se permitindo a tessitura de um intrincado pano- de-fundo, no bojo do qual se encontra um modelo habitual de assistir, onde por vezes tudo tem sido realizado em prol da tecnologia, e as ações têm sido desenvolvidas de modo mecanizado, e então automatizado, centrado na instrumentalidade antes que na expressividade. Propondo-se a ir além, têm surgido alguns modelos teóricos com novas abordagens no processo de cuidar. Afinal, se a proposta da enfermagem é cuidar de pessoas, torna-se necessário uma compreensão melhor deste ser, ser humano, com quem é compartilhado o cuidar, enquanto foco de uma atuação profissional. É no sentido de ultrapassar modelos que não atentem primariamente para o ser humano, que esta proposta quer se colocar e assim ver as tecnologias em UTI como veículos desse cuidar. Quando as tecnologias são veículos ou meios, a expressão e significados do cuidar com o cliente ganham sentido humano, e isto significa um caminho para ir além do modelo habitual de assistir.

Ir além do modelo habitual de assistir, é então considerar que apesar de todo o avanço da ciência e da tecnologia nos últimos anos, isto por si só não basta, caso se desatrele essa evolução da esperança de bem-estar e aumento da qualidade de vida dos seres humanos no mundo. À enfermagem cabe ir além sim, à procura de explorar novas abordagens, que orientem seu trabalho ao compromisso do "mais-ser" em cada cliente, ou ainda social e à dimensão específica de estar e lidar com o outro ser humano no mundo. A necessidade de buscar uma abordagem de enfermagem ao cliente que se caracterize por sua mais-humanização tem contraponto na sedução do avanço da ciência e da tecnologia em si, bem como na repercussão destas nos valores e crenças das pessoas em sociedade.

Concordo com Ferlic apud Amorim (1979), ao citar a importância dos aspectos científicos da enfermagem, se esse caráter científico estiver a serviço da qualidade de vida do ser humano, até porque o próprio ser humano e o relacionamento pessoa-pessoa, é um valor inerente ao cuidado profissional de enfermagem. Para mim, no trabalho em UTI, a tecnologia é um instrumento de que a enfermagem dispõe para estar junto do ser humano em determinada experiência de saúde vivida, e então não podemos perder de vista a necessidade humana de humanizar-se, no encontro efetivo com o outro ser, que segundo Praeger e Hogarth (1990), pode estar sendo afetado pelas rotinas de enfermagem e pelo mecanicismo, sendo necessário termos consciência do modo como isto ocorre para que possamos nos preparar e estar mais abertos à experiência vivida por nós (pessoal de enfermagem) e clientes, que igualmente precisamos ser vistos e reconhecidos como seres humanos.

Este aspecto também é enfatizado por Gulino (1982) ao afirmar que procedimentos, pressão do tempo e concentração mecânica sobre as habilidades tendem a produzir uma atitude fria e rejeitadora em relação ao cliente, que diminui sua natureza humana e inibe a habilidade da enfermeira de desenvolver seus próprios e únicos potenciais, tendo estes costumes institucionalizados se tornado barreiras à autêntica

comunicação. Skipper et al (1963) citam que uma das barreiras que se colocam na comunicação entre clientes e equipe se refere à crença de que a equipe está sempre atarefada, com excesso de trabalho, pouco tempo para cuidar de todos os clientes.

O mundo-vida da enfermagem sofreu mudanças decorrentes do avanço tecnológico, particularmente por sua intensividade de uso em UTIs. A utilização dos métodos empirico-positivistas, tão enraizados em nós, coloca o fenômeno em questão, a experiência do cuidar, à parte do todo do ser-no-mundo que se deseja compreender, passando a experiência a ser objetificada e quantificada. Com isso, os aspectos da experiência humana, a vivência, a intersubjetividade podem deixar de ser percebidas, limitando assim a ação da experiência de enfermagem para compreender o fenômeno, a situação de enfermagem.

Para compreender melhor a experiência vivida por clientes e enfermeiros, de modo a favorecer uma aproximação, um resgate da natureza humana no processo do cuidar, é necessário que os enfermeiros façam uma reflexão a respeito de si próprios, enquanto seres-no-mundo, para compreender melhor esta experiência e prestar uma assistência realmente centrada no ser humano.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A abordagem que adoto como referência neste trabalho decorrente de análise de uma prática assistencial é proposta pelas próprias autoras (Paterson & Zderad) com o nome de "enfermagem fenomenológica" por entenderem as mesmas que seus elementos básicos decorrem da vertente filosófica da fenomenologia. O desafio da complexidade metodológica se expressa numa proposta a um só tempo aberta e profunda. Exige de quem a adota uma atitude de compreensão da experiência do cliente, a partir de que a enfermeira também compreenda a si mesma, enquanto ser humano no contexto dos cuidados assim vivenciados, na intencionalidade de construir com o cliente uma assistência primariamente centrada no ser.

Como os elementos deste modelo de autoria de Paterson & Zderad são conceitualmente entendidos como derivados das idéias básicas da fenomenologia, vale rever algumas idéias acerca de sua fundamentação metodológica, o que também faz diferença e concorre para ir além do modelo habitual da assistência de enfermagem a clientes em UTI.

ALGUMAS CONCEPÇÕES ACERCA DA FENOMENOLOGIA

Segundo Dartigues (1992) o termo fenomenologia figurou pela primeira vez no texto "Novo Organon", datado de 1764 e escrito por J. H. Lambert, sendo por este entendido como a Teoria da Ilusão. No entanto, foi em 1807 quando Hegel publicou a obra "Fenomenologia do Espírito" que este termo foi historicamente introduzido na tradição filosófica. Apesar disso, a fenomenologia se perpetuou como movimento filosófico através da iniciativa de Husserl, no início do século XX, que deu ao termo fenomenologia um novo conteúdo, patenteando-o como um protesto contra o neokantismo e o empirismo, pensamentos filosóficos predominantes na época.

Com isto, Husserl propôs um "retorno às coisas mesmas", indo além da objetividade incontestável defendida pelos moldes positivistas, defendendo a construção de uma ciência voltada para as experiências vividas (Dartigues, 1992). Desta forma, a fenomenologia apresenta-se como um "método de descrição das coisas mesmas" (Taylor, 1993), referindo-se a um retorno ao mundo da experiência, ao "mundo vivido", não com a finalidade de explicações ou relações causais, mas sim com a preocupação de descrever o fenômeno sob observação e encontrar a sua essência. Para a fenomenologia, o fenômeno é percebido sem preconceitos, sem qualquer construção conceitual, sem pressupostos interpretativos, ou seja, tal e qual se mostra ao olhar ingênuo.

Assim, a fenomenologia é uma ciência eidética, "ciência das essências", descritiva das essências do vivido, ciência intuitiva, anterior de direito a toda ciência indutiva ou empírica (Taylor, 1993).

Segundo Heidegger (1989), etimologicamente o termo fenômeno é procedente da expressão grega "*phainomenon*", sendo derivado do verbo "*phainestai*", que significa mostrar-se, sendo então o fenômeno aquilo que se mostra em si mesmo, o

que se manifesta para uma consciência, o que se desvela ao sujeito como resultado de uma interrogação.

Logo, não há fenômeno que não seja fenômeno para uma consciência. Não existe consciência que não seja consciência de algo. Esta idéia de intencionalidade introduzida por Husserl, a intencionalidade da consciência, de que "a consciência é sempre consciência de alguma coisa", é um dos princípios fundamentais da fenomenologia, a consciência é sempre intencional, não existe independente do objeto, estando sempre dirigida para o fenômeno.

A fenomenologia é tanto um modo de pensamento ou percepção quanto um método, sendo seu objetivo descrever a experiência vivida, tentando trazer à linguagem percepções da experiência humana com todos os tipos de fenômeno (Streubert & Carpenter, 1995). Conceitos centrais ao método incluem a intencionalidade, essências, intuição.

A intencionalidade é o mesmo que dirigir-se a algo, é uma maneira de entrar em contato com um objeto ou estabelecer referência entre a consciência e seu objeto (Castro, 1991).

Esta idéia de intencionalidade, que significa o direcionamento para alguma coisa, um modo de ter contato entre a consciência e o objeto para o qual esta se volta, torna possível a identificação do fenômeno a partir de sua essência. Isto quer dizer que fora do ato da consciência as essências não tem existência, já que é a consciência que as visa, as apreende e lhes dá sentido.

A essência refere-se aos elementos relacionados ao ideal ou verdadeiro significado de algo; são conceitos que dão compreensão comum ao fenômeno sob investigação (Streubert e Carpenter, 1995).

A intuição diz respeito à compreensão eidética, ou interpretação apurada do que é significado na descrição do fenômeno sob investigação; para a intuição no sentido fenomenológico requer que o pesquisador imaginativamente varie os dados até o momento da emersão de uma compreensão comum sobre o fenômeno (Streubert e Carpenter, 1995).

Heidegger citado por Forghieri (1984), considera que antes da consciência existe o próprio homem, denominado de *Dasein* (ser-aí), somente a partir do qual pode-se falar de consciência, que é caracterizado por ser-no-mundo, a estrutura captada pelo homem no seu próprio existir, onde a compreensão de si só ocorre a partir da compreensão de sua relação com o mundo que cria e é criado pelo ser.

Nessa perspectiva, podemos nós profissionais como seres humanos virmos a superar a visão mecanicista que nos está tão incrustada, e romper com o modelo cartesiano naquilo que nos é adverso, para fazermos superações, voltando a uma prática do enfermeiro baseada na compreensão do ser-aí-no-mundo-com-os-outros, mundo este, no qual o enfermeiro se envolve, não podendo ser visto à parte do processo que aí se engendra. Neste sentido, a abordagem fenomenológica tem sido proposta como adequada à compreensão na enfermagem .

Por não estar preocupada com a objetividade dos fatos, na fenomenologia não há a dicotomia sujeito-objeto, tornando possível, inclusive valorizando a subjetividade e a intersubjetividade. Para Omery (1983), como as crenças e valores de nossa profissão incluem uma visão do fenômeno humano enquanto ser holístico e significativo, justifica-se a abordagem fenomenológica, por compartilhar tais valores e crenças, considerando tudo que se encontra disponível na experiência sob estudo, esforçando-se para compreender qual o significado total da experiência para os seus participantes.

Ao descrever que a dimensão subjetiva é preponderante em relação a objetiva, não podendo o homem ser convertido em objeto de manuseio, já que o homem é sempre sujeito, nosso semelhante, Capalbo(1994) propõe a utilização da fenomenologia como método de investigação. Reforça que funções e papéis ao serem estudados pela enfermagem devem recolocar tais questões na visão centrada no sujeito enquanto pessoa portadora de uma visão e valor ontológico próprios, sujeito concreto responsável pela sua vida, e não mais uma abordagem que o coloque como objeto-coisa, número ou numa dimensão de anonimato.

A fenomenologia também é vista como um modo de compreender a prática de enfermagem de acordo com Taylor (1993), ao considerar que como a enfermagem ocorre no mundo real da prática, e como tal perspectiva envolve a consideração de intenções e significados, o método de pesquisa escolhido para compreender a prática de enfermagem deve ser capaz de gerar conhecimento das pessoas que estão envolvidas na enfermagem, ou seja, enfermeiras e clientes nos cenários da prática cotidiana. A autora também traça alguns paralelos entre a fenomenologia e a enfermagem, ao afirmar que ambas consideram que os fenômenos de interesse estão intimamente relacionados com as experiências subjetivas, e as pessoas são vistas como seres subjetivos sendo as experiências objetivas e subjetivas significativas em termos do contexto em que se encontram, também estando preocupadas com a interpretação das experiências das pessoas na vida diária.

De acordo com Streubert e Carpenter (1995), assim como a filosofia, a sociologia e a psicologia, a fenomenologia também é vista como um campo de investigação integral para a enfermagem, sendo um método de pesquisa que oferece à enfermagem a oportunidade de descrever e clarificar fenômenos importantes para a prática, educação, e pesquisa.

A fenomenologia também é defendida como uma das mais valiosas abordagens filosóficas de investigação na descoberta de significados e descrição da experiência por Appleton (1993), reforçando que o estudo da experiência vivida de clientes e enfermeiras aprofunda a compreensão do fenômeno da arte de enfermagem.

ALGUMAS IDÉIAS BÁSICAS DO MODELO DE PATERSON & ZDERAD

Segundo Praeger e Hogarth (1990), para Paterson & Zderad, a teoria de uma ciência da enfermagem desenvolve-se a partir de experiências vividas pela enfermeira e clientes, na prática de enfermagem. A teoria, então, torna-se uma resposta à experiência fenomenológica, sendo considerada a fenomenologia o estudo do significado do fenômeno para um indivíduo em particular.

A teoria humanística da prática de enfermagem ou a enfermagem fenomenológica de Paterson & Zderad tem evoluído desde 1960 (Laffrey e Brouse, 1983), motivada por suas crenças individuais de que a enfermagem constitui-se em uma experiência existencial. A teoria foi fortemente influenciada pelos trabalhos de Husserl, Marcel, Buber e Nietzsche, sendo resultante de anos de experiência em enfermagem clínica, na reflexão e exploração das experiências tal como elas foram vividas, com clientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiras e outros profissionais que prestam cuidado (Praeger e Hogarth, 1990).

Paterson & Zderad desenvolveram a enfermagem fenomenológica como uma metodologia para compreensão e descrição das situações de enfermagem, constituindo um método de busca da compreensão enfermeiro-cliente, de modo que o enfermeiro possa estar com o cliente de uma maneira humana e conseqüentemente curativa (Praeger e Hogarth, 1990).

De acordo com Paterson & Zderad (1988, p. 23), a enfermagem é entendida como um diálogo vivo que requer o envolvimento enfermeiro-cliente, sendo o cuidado a “característica essencial da enfermagem”. A enfermagem surge como uma resposta aos males da condição humana, em determinadas condições: quando um ser humano necessita de certo tipo de ajuda e outro a proporciona. O significado da enfermagem como ato humano está no ato mesmo. Contudo, a enfermagem humanística ou fenomenológica não pode ocorrer sem o compromisso autêntico do enfermeiro de estar com o cliente e de agir com ele, pressupondo escolhas responsáveis de sua parte.

Conforme Paterson & Zderad, existem 3 conceitos que reunidos formam a base da enfermagem: diálogo, comunidade e enfermagem fenomenológica.

O DIÁLOGO

O diálogo trata-se do enfermeiro e cliente relacionando-se de modo criativo, sendo a enfermagem um diálogo vivido. O diálogo da enfermagem é vivido através das ações de enfermagem; essas ações podem ter significados diferentes para o cliente e enfermeiro (por exemplo, tocar e ser tocado), podendo as ações de enfermagem agirem como ocasiões ou catalisadores para as mudanças no diálogo, abrindo-o ou desviando-o em uma direção para um nível verbal, como exemplificado no caso de, ao dar banho em um cliente poder estimulá-lo a discutir sobre sua imagem corporal ou seu medo de deformação (Paterson & Zderad, 1988, p. 29). Neste diálogo as autoras do modelo entendem que estão envolvidos o encontro, a relação, a presença e os chamamentos e respostas.

No diálogo, o encontro é o momento em que seres humanos se reúnem, caracterizado pela expectativa implícita de que o enfermeiro prestará ajuda se o cliente a necessitar. Como o ato de enfermagem implica num encontro de seres humanos, a enfermagem é um tipo particular de encontro, onde este ato vivo e humano (de

enfermagem) ocorre conforme seu objetivo, influenciando nas características e no processo de diálogo de enfermagem. O encontro pode ser influenciado por alguns fatores.

O planejamento ou espera pelo encontro pode ter influência na medida em que podem surgir inúmeros sentimentos motivados pela antecipação do encontro. O grau de controle que cliente e enfermeiro tem sobre o encontro também o influencia, já que ambos podem escolher o como e o quanto abrir-se ao diálogo. Paterson & Zderad exemplificam esta escolha como no caso em que a enfermeira simula estar demasiadamente ocupada, ou quando o cliente simula estar dormindo. Outro aspecto que influencia na qualidade do encontro é a própria singularidade do enfermeiro e do cliente, pois no sentido existencial cada um é produto de sua própria escolha, é sua própria história.

Segundo Paterson & Zderad (1988, p. 31), "...é importante considerar a amplitude dos encontros humanos, que vão do trivial ao extremamente significativo. As atividades de enfermagem, embora tragam cliente e enfermeiro em uma proximidade física, não garantem uma autêntica intersubjetividade, onde um ser humano relaciona-se com outro como uma presença, em vez de um objeto".

Neste encontro é preciso estar atenta ao perigo de dominação que pode ocorrer, quando a enfermeira impõe sua visão de mundo ao cliente, e este deixa de ser reconhecido pela enfermeira como um ser singular e único. Com isso, a enfermeira deixa de ser uma presença para o outro, deixando de ser autêntica, escondendo-se atrás de um papel profissional, levando o cliente a não sentir a presença atrás da "fachada". A escuta genuína também se faz presente no encontro, onde a enfermeira está ciente de que tudo que o cliente diz deve ser reconhecido como novidade, e não como uma recitação de informação já conhecida (Omery, 1983).

No diálogo, a relação compreende o processo de tratar com o outro, significando estar com ele. Os seres humanos podem relacionar-se como sujeito a objeto e como sujeito a sujeito, sendo ambos os tipos de relação essenciais para a existência humana genuína.

Enquanto evento interhumano, na relação enfermeiro-cliente tanto um quanto outro podem ser vistos como sujeitos ou objetos. Um exemplo de quando a enfermeira é vista como um objeto por parte do cliente é quando esta é vista apenas como uma “função”, por exemplo, “supervisora”; por outro lado, o cliente é visto como objeto quando visto como um “caso clínico”. Na relação sujeito-objeto este é desindividualizado, tornando-se substituível por qualquer outro que tenha as mesmas características.

Na relação sujeito-sujeito torna-se possível conhecer o outro em sua individualidade singular; uma pessoa desenvolve seu potencial humano, tornando-se um indivíduo singular mediante sua relação com os outros seres humanos.

Tanto a relação sujeito-sujeito como a relação sujeito-objeto são essenciais para a existência humana, sendo elementos integrais da enfermagem humanística .

A presença da pessoa, que não se limita em seu aspecto físico, é a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto e disponível para a outra pessoa de um modo recíproco. Na tentativa de se apreender o ser, o foco deve estar voltado para o momento existencial do outro; ao se agir assim, a presença da enfermeira é percebida pelo cliente como um ser humano que está neste momento preocupado não primariamente consigo mesmo, mas com a maior compreensão possível da experiência do ser do cliente, favorecendo com que ocorra um diálogo autêntico, onde segundo Paterson & Zderad (1988,p. 30), “A pessoa aberta ou disponível revela-se como uma “presença”. Isto não é o mesmo que ser atencioso; um ouvinte pode ser atencioso e ainda assim, recusar a dar-

se. Ações visíveis não necessariamente significam presença, então não podem ser comprovadas. Mas podem ser reveladas direta e inequivocamente por uma olhada, um toque, um tom de voz. Disponibilidade implica, assim, não somente estar à disposição do outro, mas também estar com ele com o todo de si mesmo. Além disso, envolve reciprocidade. O outro também é visto como uma presença, como uma pessoa em vez de um objeto, tal como uma função ou um caso”.

Os chamamentos e respostas são transacionais, sequenciais e simultâneos, ocorrem de forma verbal ou não, referem-se à capacidade dos enfermeiros de relacionarem-se com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida, simultaneamente. Neste sentido, a solicitação do cliente pode ser um chamamento por ajuda, e ao mesmo tempo uma resposta à disponibilidade do enfermeiro. Por outro lado, o modo como o enfermeiro responde ao chamamento de um cliente é, por si mesmo, um chamamento por um particular tipo de resposta, um chamamento pela participação no diálogo. Isto reforça a necessidade de ao prestarmos assistência reconhecermos a enfermagem como chamamento e resposta intencionais. Ao ignorá-los, não percebemos muitas vezes as necessidades emergentes dos clientes, que podem ser expressas subjetivamente, bem como podemos deixar passar despercebidas não somente as respostas exibidas pelo cliente, bem como nossos chamamentos e respostas, na situação de enfermagem.

No entender de Paterson & Zderad, a comunidade diz respeito a duas ou mais pessoas que através do partilhar subjetivo de significados são confortados e cuidados, encontrando significado para sua existência através do partilhar e da relação com os outros, o que torna possível o "ser- mais".

Segundo Kleimann (1986), a enfermagem humanística ou fenomenológica coloca-se como uma teoria da prática de enfermagem que é baseada na filosofia existencial, procurando o significado da enfermagem no ato existencial e valorizando a

experiência como o meio de desenvolver nova teoria através da descrição fenomenológica da arte-ciência de enfermagem; é a enfermagem vista dentro de seu contexto humano.

A enfermagem fenomenológica proposta por Paterson & Zderad compreende uma metodologia para compreensão e descrição das situações de enfermagem, sendo proposta pelas autoras cinco fases nesta abordagem, apresentadas a seguir:

A primeira fase do processo é denominada “ *Preparação da capacidade da enfermeira para o vir a conhecer*” o que torna implícito o preparo da enfermeira em estar aberta às experiências humanas de modo a ampliar sua possibilidade de conhecimento da situação dos indivíduos na situação de enfermagem. Isto pode ser alcançado através da imersão total em trabalhos literários e dramáticos selecionados e que estejam relacionados com o conhecimento e compreensão do ser humano, voltados para as apresentações, representações e descrições da natureza humana. Esta “imersão” segundo Meleis (1985) inclui reflexão, contemplação e discussão. O auto-conhecimento também é importante, bem como o desenvolvimento da auto-percepção. Esta fase do processo, é de certa forma um pré-requisito para a sua implementação, apesar de também se dar ao longo do seu decorrer. No entendimento de Paterson & Zderad é preciso que a enfermeira tenha a capacidade de subjetivamente vivenciar o outro. Para tanto necessita possuir uma sensibilidade da condição humana, que é obtida através da literatura, artes, teatro, dentre outras formas, incluindo terapias de crescimento pessoal.

A segunda fase do processo é a que “*A enfermeira conhece o outro de modo intuitivo*” onde para Paterson & Zderad segundo Meleis (1985) significa ver o mundo através dos olhos do sujeito ou do cliente. Para Praeger e Hogarth (1990) diz respeito a “entrar no outro”, que supõe estar aberto ao sentido da experiência do outro, com a finalidade de captar as sutis nuances envolvidas na interação humana; para tanto, sugerem que o estar na situação de enfermagem ocorra sem quaisquer noções preconceituosas, tentando evitar expectativas, rótulos e julgamentos. Paterson & Zderad

citam a concepção de intuição de Dewey que a considera como uma meditação das condições e uma síntese mental que produz juízos verdadeiros. Paterson & Zderad também salientam que na investigação de enfermagem o problema a ser resolvido é o conhecimento que se tem do outro, o modo em que vive e vê seu mundo.

No desenvolvimento do processo, sua terceira fase é aquela em que “*A enfermeira conhece o outro de modo científico*” o que implica na separação do que é conhecido, sendo os fenômenos intuitivamente conhecidos encarados, analisados, comparados, interpretados e recebendo um nome e categoria, buscando relações entre as partes. Para Lafrey e Brouse (1983) implica na conceitualização de relacionamentos considerados entre componentes, tendências e padrões levando a uma interpretação simbólica da visão seqüencial da experiência. Segundo Meleis (1985), as experiências subjetivas são recontrastadas, sofrendo reflexão sendo posteriormente transcrita a visão fundida; os relacionamentos são considerados, sendo analisados, sintetizados e depois conceitualizados, ou ainda interpretados simbolicamente. Para Paterson & Zderad (1988, p.72), “O desafio de comunicar a realidade do mundo vivido da enfermagem requer autenticidade com o self e um esforço rigoroso na seleção de palavras, frases e gramática precisa”.

A quarta fase do processo é denominada “*A enfermeira de modo complementar, sintetiza outros conhecimentos*”, que para Praeger e Hogarth (1990) é o momento em que ocorre o estabelecimento de relações, comparações e contraste, para chegar-se a uma síntese das várias realidades conhecidas, permitindo um contraste entre elas, evidenciando as convergências e divergências, levando em consideração a experiência pessoal e a experiência de cada cliente. No entendimento de Meleis (1985) esta fase é obtida pela comparação e contraste de situações de enfermagem semelhantes para se chegar a uma visão ampliada.

A última fase do processo é na qual ocorre “*A sucessão, no íntimo da enfermeira, das multiplicidades à unidade paradoxal*” sendo uma fase que para Meleis (1985) desdobra-se das múltiplas realidades para uma conclusão que inclui o todo, que incorpora as multiplicidades e contradições. Para Praeger e Hogarth (1990) esta fase evolui do processo descritivo de um fenômeno vivido; trata-se da visão articulada da experiência que passa a ser expressa em um todo coerente, uma verdade além da síntese do todo. É uma conclusão mais ampla que reflete a experiência do cliente e a compreensão da enfermeira, tendo esta conclusão um significado para ambos.

A CONSTRUÇÃO DE UMA ESTRUTURA CONCEITUAL APROPRIADA À ABORDAGEM DE ENFERMAGEM DESENVOLVIDA EM MINHA PRÁTICA ASSISTENCIAL

A estrutura aqui apresentada, foi elaborada com base portanto, em fundamentos teórico-metodológicos escolhidos para esta prática com enxertos de outros interesses da proposta para apropriar uma prática assistencial para clientes em UTI, bem como em alguns conceitos e pressupostos da teoria de enfermagem humanística ou fenomenológica, conforme Paterson & Zderad. Entretanto, meus valores, crenças e experiência profissional, bem como a leitura de vários autores que utilizaram a fenomenologia como abordagem para compreender melhor a experiência humana, influenciaram a leitura da original proposta por Paterson & Zderad e me conduziram a fazer a inserção da referência a significados envolvidos com a tecnologia como um dos eixos de interrelação numa conceitualização de interesse para as experiências de enfermagem com clientes em UTIs.

Desse modo, a prática assistencial que ora re-leio para expor a minha compreensão a novas compreensões parte de crenças com as quais comungo, e estas, guardam vinculações com teorizações de Paterson & Zderad que despertam pelo valor para o processo de enfermagem que vivi com clientes em UTIs. A estas crenças se acrescentam aquelas minhas próprias, sobretudo quanto ao significado da tecnologia para a enfermagem enquanto um diálogo vivido com os referidos clientes. Algumas dessas

crenças estão expostas a seguir como uma declaração de uma tendência do meu modo de pensar, sentir e agir diante das experiências de enfermagem. São elas:

-O ser humano tem particularidades próprias, únicas, por isso para evoluir precisa conhecer o significado de sua experiência de vida com a finalidade de atingir o maior grau possível de bem-estar e mais-ser.

-O ser humano tem a possibilidade de realizar escolhas conscientes e responsáveis quando atribui significado às suas experiências de vida.

-A abordagem humanística de enfermagem é vivida e compartilhada a partir do compreensão dos significados das experiências de vida de enfermeiros e clientes.

-A tecnologia de saúde na abordagem humanística de enfermagem, significa veículo para interrelação com o cliente.

-O propósito da abordagem humanística de enfermagem é buscar a possibilidade de promoção do ser humano através da intersubjetividade para compreender a experiência de vida e poder auxiliar o indivíduo a decidir sobre sua trajetória no mundo e com o mundo para atingir o bem-estar e "mais-ser", ou seja, sua humanização.

-O enfermeiro ao reconhecer e utilizar um crescente preparo para alcançar seu auto-conhecimento, a partir de si mesmo, pode ampliar sua perspectiva, passando a ter uma sensibilidade maior à experiência humana.

Ao expor as crenças que compõem essa tendência do meu modo profissional de ser, sentir, pensar e agir, certamente aí se encontram implícitos alguns conceitos que emergiram e imergiram durante o processo de enfermagem desenvolvido nessa experiência de prática assistencial com clientes em UTI.

Neste ponto, apresento a descrição de alguns relatos que no conjunto das situações evidenciam como os conceitos se mostraram no processo de enfermagem a partir da metodologia utilizada para apreender e compreender significados ao descrever situações de enfermagem vividas, dialógicamente, com os clientes.

ENFERMAGEM : *Abordagem profissional centrada na intersubjetividade humana, vivida, compartilhada, cuja intencionalidade é a busca e o conhecimento de si mesmo e do outro, para o alcance do "mais-ser", ou seja, da mais humanização, através da compreensão do significado de experiências de vida e busca de potenciais.*

A enfermagem, no contexto desta abordagem, "... vai além da competência técnica, é mais que um relacionamento unidirecional enfermeiro-cliente. Em vez disso, ela se mostra como a busca de uma relação transacional que se responsabiliza em investigar e cuja expressão demanda a conceituação baseada na consciência existencial de si e do outro." (Paterson & Zderad, 1988, p. 3). Ao assistir um cliente em situação crítica, a enfermeira vivencia uma experiência que é única não somente do ponto de vista da condição desafiante para o cliente em si, mas também do ponto de vista do que significa para ela enfrentar a situação desafiante de cada cliente. Ao relacionar-se com o cliente, construindo o diálogo em intersubjetividade, compartilha este encontro enquanto um momento existencial, buscando o que esta experiência é para cada um, em seu significado.

Nesta prática assistencial referida fundamentalmente no conceito de Enfermagem ora descrito, foi possível perceber que o conhecimento de enfermagem passa pelo conhecimento intencional de mim mesma, mas também e principalmente, atinge o conhecimento do outro ; e que o trabalho de enfermagem se configura em um processo que está muito além do cunho meramente formal e objetivo de uma profissão, e, ainda, que acima de tudo está centrado na intersubjetividade enfermeira-cliente. O compartilhar com as experiências de vida dos clientes de UTI foi tão expressivo em

riqueza de significados que para serem compreendidos requereram o abandono do modo habitualmente utilizado para assistir em UTI e a adoção de intensa familiaridade com a situação de cada um dos clientes como nunca antes tinham sido por mim tão vivenciadas.

Com a experiência neste trabalho de prática assistencial pude ainda reconhecer e atentar para alguns aspectos que somente puderam ser buscados pelo caminho da intersubjetividade e conseqüente compreensão de significados. Um exemplo disso pode ser visto na colocação a seguir, que traz em sua descrição, a maneira como a intimidade da cliente esteve tratada. Destaca-se o respeito à privacidade no modo de ser do cliente, se impõe como primordial traduzindo o envolvimento meu, como enfermeira, com ela na situação de cliente, como sucintamente narrada a seguir:

No período em que eu cuidava de Diana, pude ver como ela era bastante comunicativa e extrovertida; um dia, estava eu em sua presença quando um funcionário aproximou-se perguntando qual dos clientes iria ser banhado naquele horário; aproveitei a oportunidade para perguntar a esta cliente se preferia tomar banho naquele momento ou em outro horário. Ela perguntou-me quem iria dar o seu banho; respondi-lhe apresentando-me para isto, ao que ela respondeu "então quero agora". Percebi nela uma segurança e conforto decorrente, possivelmente, da relação que estava construída entre nós; sentiu-se segura mostrando isto inclusive durante o banho, ao continuar percebendo o conforto e o respeito à sua intimidade. Durante este banho, ela participou, apesar das limitações (estava sob ventilação mecânica) e ainda solicitou que eu lavasse seus cabelos. Na ocasião, embora estivesse entubada, ela me contou o quanto ficava "adiando" o banho, pois "tinha vergonha", sentia-se constrangida, ainda mais quando a pessoa que era designada para isto era do sexo masculino, e que ela quase não o conhecia, pois ele só se aproximava dos clientes para fazer os banhos.

Nosso encontro caracterizou-se por uma familiaridade que liberta da proximidade institucional forçada, transformando-se em um momento em que pude com prazer proporcionar conforto à Diana, colaborando com sua auto-estima, quando Diana pode exercitar seus potenciais, participando de seu próprio cuidado, e tendo seus desejos, na medida do possível, atendidos.

Um banho... para o pessoal de enfermagem aparentemente não mais que um procedimento rotineiro, diante de clientes em situações críticas de saúde no contexto de UTI. No entanto, ao lidar com o cliente, de modo a centrar a relação na intersubjetividade, dá-se um encontro, e nele, percebe-se a complexidade contida; há uma simultaneidade de ações que no processo aparentemente simples de execução de um banho se inserem; no exemplo citado o diálogo que mantivemos estimulou a cliente a fazer opções de escolha e assim foram possibilitadas as realizações de alguns de seus desejos e necessidades potenciais, os quais poderiam ter ficado adormecidos, caso não tivesse sido exercida a enfermagem nessa perspectiva de leitura dos significados para o alcance da promoção e dignidade das pessoas envolvidas naquela situação.

Outra cliente, Artêmis, falava bastante, e insistia frequentemente para receber uma refeição via oral, o que ainda não estava indicado, em função de uma hiperglicemia que se apresentava. Quando após muita insistência, de sua parte, eu novamente lhe confirmei que ela precisaria permanecer em jejum, sob esta alegação, Artêmis fez uma expressão de desapontamento, e fez um gesto de quem cobriria o rosto com o lençol, virando-se de costas para mim; percebi que ela estava me recusando, como se eu é que não estivesse querendo satisfazer uma vontade dela. Antes mesmo dela se virar completamente, peguei suavemente sua mão e re-expliquei que a decisão em relação ao tipo e ao momento de sua alimentação só dependia do resultado do próximo exame, o qual indicaria a quantidade de "açúcar" no seu sangue; e, ainda, que era atentando para isto que seria liberada ou não a

sua dieta. Nisto ela falou "Mas você bem que podia ajudar, traz um cafézinho prá mim, ele (o médico) não precisa saber, fica entre nós". No entanto, após eu ter re-explicado à Artêmis da necessidade de ficar em jejum naquele período, ela me disse: "...então é melhor ficar de bucho vazio mesmo, né? Depois dessa juro prá você que não vou pedir mais nada prá comer, quando o dr. disser que eu posso comer, é que já vôtá boa".

Eu conversei com Artêmis sobre estas questões no ambiente hospitalar as quais, muitas vezes, não são tão agradáveis quanto as do dia-a-dia com saúde ou não, mas estamos mais determinados em casa; no entanto, algumas restrições fazem parte do tratamento até para que seja superada a situação mais imediata ou o motivo de internação e possamos voltar aos poucos, à regularidade anterior da vida. Uma restrição alimentar, que no início de nosso encontro poderia ser tomada como oportunidade para dificultar nossa relação, tornou-se um diálogo profícuo, o qual na verdade serviu de meio para uma aproximação, maior e mais significativa, e favoreceu que Artêmis compreendesse o significado dessa experiência a ponto de manifestar além dessa compreensão de si mesma, uma transformação efetiva nas expressões de nossa caminhada intersubjetiva. Artêmis passava então a optar, a decidir compartilhadamente não só sobre a sua dieta, mas sobre outros aspectos de sua vida, ali na UFI. Mantinha-se receptiva e empática, o que era visível por sua fisionomia em seus chamamentos e minhas respostas, a exemplo do olhar e sorriso nos momentos de minha chegada para cumprimentá-la nos turnos em que trabalhei. Era uma experiência de significado para nós, ela e eu.

Nesses poucos exemplos por mim trazidos ao texto, a enfermagem neles desenvolvida, mostrou-se um diálogo vivido em caminhada intersubjetiva, e nessa

vivência, o conhecimento de mim mesma e do outro foram pontos altos para ambos na compreensão de significados da própria experiência em que estávamos envolvidos e nela, a promoção da humanização pelas ações do cuidado.

TECNOLOGIA: *Produto da ciência e da inventiva do homem, sob a forma de métodos, procedimentos, e instrumentos que podem ser utilizados para o alcance humano do "mais-ser".*

Assim, a tecnologia para a enfermagem é um veículo voltado para o alcance de necessidades que muitas vezes a própria natureza não tem condições de suprir.

A tecnologia na UTI, tanto a que se refere a processos e métodos quanto a de produtos (equipamentos) ambas têm a finalidade de propiciar a recuperação de situações de saúde dos clientes em estado grave, é de modo geral, um ponto central na atuação dos trabalhadores de saúde nesse setor hospitalar. Nesta experiência de prática assistencial foi intencional lidar com a tecnologia como veículo de humanização, e intensificando sua possibilidade de estar a serviço da intersubjetividade.

A utilização de tecnologia no processo de assistir em enfermagem em UTI pode ser vista como veículo de humanização, se buscado o resgate da intersubjetividade; este conceito emergiu em várias situações, das quais tento colocar aqui um exemplo:

Em um outro momento, Diana estava entubada, e aprendeu a se comunicar nesta situação porque fizemos um acordo, o qual consistia em que toda vez que ela quisesse falar algo que estava muito difícil para a equipe compreender, poderia usar papel e caneta para escrever (o que foi colocado a seu dispor, a seu alcance); quando quisesse alguma coisa mais urgente, podia também até mesmo tocar um sino pequeno que lhe fora entregue em mãos, e ainda, se fosse o caso, bater na grade do seu próprio

leito, sobretudo quando quisesse expressar que sua secreção traqueal fosse aspirada e ter o balonete do tubo esvaziado para que o ar pudesse passar por suas cordas vocais e assim articular as palavras. O estabelecer, em conjunto com o cliente, outros modos (além do verbal) de comunicação, nasce naturalmente, quando se vivencia com o cliente em intersubjetividade, e assim juntos encontram alternativas de usos de tecnologia colocando-as como veículo de mais humanização.

A entubação oro-traqueal, que a princípio priva o cliente de sua capacidade de expressar-se verbalmente, gera conseqüentemente a necessidade do cliente expressar-se de modo alternativo, e, por outro lado, da enfermeira aprender e reconhecer esses vários outros modos de manifestação relativos à expressão e comunicação do ser humano. A presença do tubo oro-traqueal, a despeito do desconforto que causa e que é declarado pela maioria dos clientes, é ainda assim mais um momento em que o cliente pode desejar expressar importantes dúvidas, suas ansiedades, seus medos de uma forma até mais explícita do que se pudesse comunicar-se verbalmente, ao perceber a intersubjetividade presente entre a enfermeira e o cliente.

Outra exemplificação de como a tecnologia pode ser utilizada diz respeito novamente à Diana, quando estava fazendo uso de oximetria de pulso. Após eu ter explicado à ela a finalidade do equipamento e modo de usá-lo, também procurei criar um momento para que ela expressasse suas dúvidas e seu conhecimento em relação à sua situação. Coloquei a minha disponibilidade para traduzir-se nos meus gestos e assim facilitei que ocorresse a emergência dos chamamentos e respostas. Assim Diana, ao saber da finalidade da oximetria de pulso, chamava-me e perguntava periodicamente quanto aos valores, e ao afastar-me dela, pegava no meu avental perguntando "Você volta? Não sai daqui, não melhorei ainda". A expressão da própria situação humana pode ser favorecida com o uso

da tecnologia. A confiança e a familiaridade vai sendo acrescentada e aos poucos Diana foi reconhecendo na tecnologia um veículo de mais aproximação pela possibilidade de diálogo que seu uso impõe. Crescentemente chegou o equilíbrio entre perguntas e respostas e Diana foi se independendo e gerando opções, decisões e compartilhando sua experiência de um modo intersubjetivo, mais confiante e mais humano.

Aprende-se, em situações como esta, que a tecnologia pode se tornar um veículo de mais humanização e o alcance disso implica em um atento processo de cuidar onde se mostram estágios diferentes, embora quase simultâneos que vão do requerimento de uma configuração física da presença da enfermeira até o sentimento de sua presença pela confiança em sua disponibilidade mas tendo adquirido como cliente o senso de compartilhar as decisões e mostrar-se independente porisso mesmo. A experiência de ter a intencionalidade de estar disponível ao outro (no caso o cliente) caminha por sucessivas aproximações e culmina com um mútuo código intersubjetivo de chamamentos e respostas.

AMBIÊNCIA: *espaço interno e externo ao ser humano que inclui elementos possibilitadores do "mais-ser".*

Em uma ampla dimensão, a ambiência do ponto de vista externo aqui referida, circunscreve-se fisicamente ao cenário de uma UTI, sendo completamente estranha à espacialidade antes vivenciada no cotidiano dos clientes. Nesse lugar, as pessoas foram, muitas vezes, admitidas subitamente. Nesse espaço externo, apresenta-se então, como uma área física repleta de equipamentos desconhecidos, ruídos e iluminação artificial contínua, pessoas desconhecidas e vestidas com sobre-capas e outros apetrechos além de um elenco de procedimentos invasivos e agressivos. Este espaço externo também compreende as relações sociais, não somente do espaço entre o enfermeiro e o cliente em estado grave, mas também entre este e o conjunto de

profissionais de saúde que atuam na UTI, os quais, geralmente, utilizam uma linguagem técnica não reconhecida por aqueles a quem os cuidados são prestados. É um espaço de privação da companhia contínua da familiares. Há também o espaço interno ao ser humano, o qual compreende muitos elementos, como auto-conceito, auto-imagem, crenças, valores, dentre outros, os quais, por si sós, mostram-se importantes na prática assistencial desenvolvida. Estes elementos igualmente fazem parte do espaço interno do cliente como do enfermeiro, sendo influenciadores de suas relações sociais como um todo, não se limitando apenas a uma relação estritamente técnica, instrumental, como por vezes se concebe como relação profissional. Esta ambiência, está cercada de tecnologia, que embora desenvolvida com a finalidade de assistir o ser humano, possui o potencial de por vezes, agir de forma adversa à ele.

Nesta experiência de prática assistencial, o estudo me levou a pensar que embora a ambiência possua elementos diversos, quando estes são devidamente reconhecidos e utilizados podem propiciar condições que conduzem ao "mais-ser". Se não vejamos cenas micro porém reveladoras de algumas dessas colocações.

Dionísio expressava-se irritado, desconfiado, falava pouco, apenas quando estimulado. Ao aproximar-me dele, que estava tossindo bastante, ofereci-lhe uma toalha, e ele logo aceitou. Ao permanecer um pouco ao seu lado, e ao conversar a respeito de sua história desde quando ele chegou à UTI, ele me falou: " Nem sabia que vinha prá cá, minhas coisas todas ficaram lá no quarto". Perguntei a ele se havia alguma coisa que ele gostaria que fosse trazida para ele, ao que ele respondeu: "Traz meu pente, minha escova, minha pasta de dentes, um rosariozinho que minha mulher deixou, um santinho e um retrato dela que também ficou lá. Sou muito católico, minha filha. Prá mim é muito importante ter meus santos por perto, me sinto mais protegido"

A utilização de objetos que a um primeiro olhar podem parecer, aos outros, menos expressivos, na verdade para os clientes correspondem a uma ligação que ainda pode ser mantida com o mundo do lado de fora do hospital e a preservação do seu mundo interno, interior. Ao reconhecermos na ambiência um espaço que possui elementos que podem possibilitar o "mais-ser", e utilizá-los para tal, na verdade estamos propiciando condições mais terapêuticas. A consideração atenciosa do espaço interno em cada ser humano, como no caso de Dionísio, sua crença, suas memórias, seus afetos, é uma marca de ocupação da intersubjetividade que se manifesta por valorizar aquilo que o cliente imprime significado e busca desvendar que significado se exprime através do encontro, do diálogo, das perguntas e respostas autenticamente vivenciadas com os clientes. Uma proposta que possibilita o mais-ser de ambos os envolvidos, cliente e profissional constrói a base da relação de mais-humanização na prática assistencial de enfermagem..

SER HUMANO: *Presentificação do ser-no-mundo, singular e peculiarizado pela busca e conhecimento de si e dos outros, para atingir não só o bem-estar, mas o "mais-ser", através da relação em ambiência.*

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

"MAIS-SER": *Processo humano construído através do relacionamento consigo mesmo e com os outros, abrindo-se à promoção, para tornar-se o seu viver*

manifestado mais humanamente possível, de modo a, em uma particular situação de vida, explicitar o maior grau possível dessa humanização.

Nesta proposta, o "mais-ser" é tido como o maior potencial humano a ser alcançado pelo cliente mesmo na situação crítica de saúde em que se possa encontrar; isto faz ver que embora o cliente seja influenciado pela doença, não é delimitado somente por ela. Uma determinada experiência na vida do ser humano, no caso a situação que o levou à internação em UTI, não limita a sua capacidade humana, no seu sentido mais amplo, de expressar-se, sentir medo, esperança, solidão. Ao contrário, sua capacidade humana é exaltada em experiências dessa natureza.

HUMANIZAÇÃO: *É a proposta e ação concreta intencionalmente orientada na assistência de enfermagem para o "bem-estar e o "mais-ser" do ser humano.*

A humanização, no contexto de aplicação desta abordagem, refere-se ao envolvimento existencial do enfermeiro com o ser humano em situação grave de saúde em UTI, onde ambos vivenciam e compartilham a experiência, reconhecendo suas singularidades e construindo mutuamente diálogo na intersubjetividade.

RECOMPOSIÇÃO DA TRILHA PERCORRIDA EM DIREÇÃO À COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA EM UTI

Trilhar este caminho em direção à compreensão do fenômeno da experiência internação na UTI foi um momento muito significativo para mim, já que estive vivenciando a assistência sob um novo prisma. Enquanto enfermeira, tenho aprendido a colocar-me junto aos que vivenciam a experiência de internação na UTI, uma situação existencial concretamente vivida, e aberta a uma relação intersubjetiva num espaço de compreensão desta experiência, em suas várias tonalidades significativas.

No entanto, para desvelar esta experiência (ou horizonte) até então tido por mim como "oculto", trilhei alguns caminhos, que a seguir descrevo:

O LUGAR DA ASSISTÊNCIA

Primeiramente, procurei delimitar o campo no qual seria realizada a presente prática assistencial com um processo de coleta de dados mais sistemáticos. Foram escolhidas duas UTIs, uma pertencente ao Governo Estadual, e a outra pertencente ao Governo Federal.

A primeira instituição, um Hospital Regional, está localizado em um município da Grande Florianópolis, e vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Santa

Catarina; esta constitui o campo com o qual tenho vínculo profissional há mais tempo. É um hospital público, de médio porte, que possui unidade clínica, cirúrgica, oftalmologia, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, emergência adulto e pediátrica. Também tem residência médica em cirurgia geral e oftalmologia. A UTI possui capacidade para 12 leitos, estando atualmente 5 leitos ativados. Localiza-se no segundo andar, próximo à sala de recuperação pós-anestésica e centro cirúrgico. Tal unidade não dispõe de qualquer tipo de janelas; ali a noção de tempo é obtida apenas através do relógio existente na parede, e a iluminação é completamente artificial. A ventilação é feita por ar condicionado. Ainda no que refere à área física, dos cinco leitos ativados um é isolamento com seu respectivo banheiro. Pelo fato de não ter sido previsto local adequado para depósito de equipamentos e rouparia, dois leitos foram desativados e seus boxes utilizados individualmente para esta finalidade. Da mesma forma, o segundo quarto de isolamento foi desativado, funcionando como vestiário da equipe de enfermagem, já que também não foi prevista esta área no projeto da unidade. Os cinco leitos são divididos por boxes com divisórias e estão dispostos em um salão onde também estão situados o posto de enfermagem e um local para preparo de medicação; ao lado deste, uma sala para lavagem e desinfecção de material. No corredor posterior encontra-se a sala de lanche, o expurgo, banheiro de funcionários e secretaria. O quarto de plantão médico encontra-se ao lado da rouparia. Quanto aos recursos humanos a equipe conta com uma enfermeira chefe da unidade, seis enfermeiras assistenciais, dezessete técnicos/auxiliares de enfermagem e um escriturário, cumprindo carga horária de 30 horas semanais. A distribuição do horário de trabalho é de seis horas (matutino ou vespertino) ou 12 horas (diurno/noturno). Nenhum modelo teórico em particular é seguido no planejamento da assistência de enfermagem. Os registros de enfermagem mais frequentes dizem respeito aos parâmetros dos grandes sistemas vitais, bem como de funcionamentos de aparatos como ventiladores mecânicos, drenos, cateteres, sondas.

A segunda instituição, é um hospital terciário administrado com recursos federais. É um hospital de ensino que atende clientes adultos em diversas especialidades, dentre elas: cirurgia geral, clínica médica, traumato-ortopedia, pediatria e oftalmologia. Possui aproximadamente 184 leitos ativados, distribuídos pelas diversas especialidades. A maioria dos clientes atendidos é de origem pública. Possui residência em cirurgia geral e clínica médica, recebendo estudantes do curso de graduação em enfermagem e medicina da Universidade Federal de Santa Catarina e outras universidades. Sua UTI tem capacidade para 7 leitos, dentre estes, 2 isolamentos. Durante esta prática assistencial, apenas 6 leitos estavam ativados. A área situa-se no 4o. andar próximo ao centro cirúrgico, sendo atendidos clientes provenientes das diversas unidades de internação e emergência. Sua planta física é quadrangular. Os leitos são separados por divisórias, assim permitindo uma maior privacidade aos clientes. A iluminação é em parte artificial, possuindo pequenas janelas, acima da cabeceira dos clientes. A ventilação é feita através de ar condicionado central. Não sendo considerados os 2 leitos de isolamento, os 5 leitos são distribuídos em um salão. Neste salão estão o posto de enfermagem, uma área para preparo de medicação e as entradas para o quarto de plantão médico, sala de expurgo, banheiro de funcionários, vestiário, secretaria, copa, uma sala para desinfecção de material e rouparia. Atualmente, a UTI conta com 1 enfermeira-chefe, 7 enfermeiras assistenciais, 20 técnicos/auxiliares de enfermagem e 5 auxiliares de saúde (atendentes), cumprindo uma carga horária de 40 horas semanais. São distribuídos em turnos de 6 horas (matutino ou vespertino) e 12 horas (noturno). Nesta UTI, assim como nas demais unidades da instituição, é seguido o modelo de assistência com base teórica de Wanda Horta, ao lado de uma sistemática de registro de enfermagem identificada com princípios do método Weed (Prontuário orientado por problemas).

OS HABITANTES EVENTUAIS

Prosseguindo no meu caminhar, após terem sido escolhidos os campos de atuação, dei outro passo, que foi o da minha identidade com clientes que fariam parte do

estudo. Optei por colocar como limite do estudo assistencial, clientes adultos, internados em uma das UTIs citadas, que tivessem o potencial de expressar-se, ainda que de forma não-verbal, de modo que eu pudesse apreender melhor como vivenciavam aquela situação, bem como qual o significado que essa experiência tinha, segundo eles próprios.

Hermes: Tinha 38 anos, barbudo, bem comunicativo, adorava futebol. Era uma pessoa bem simples, aparentava não ter grande vaidade, prestava atenção a tudo na UTI, era muito curioso. Foi internado na UTI por ter sido submetido a uma gastrectomia por úlcera perfurada e sepsis.

Artêmis: Tinha 70 anos, muito carinhosa, tinha um modo tranquilo de falar, porém julgava que todas as coisas tinham que ser do modo como ela queria. Tinha as mãos bem macias, e os cabelos completamente brancos, adorava cozinhar. Foi para a UTI por ter sofrido descompensação da diabetes.

Diana: Tinha 42 anos, bem humorada, risonha, adorava piadas e fazer brincadeiras com os membros da equipe; tinha uma audição aguçadíssima, e prestava tanta atenção na rotina da UTI, que muitas vezes quando os membros da equipe conversavam entre si, perguntando onde se encontrava determinado material, ela se encarregava de responder e indicar. Buscava sempre superar suas limitações. O motivo de sua internação na UTI foi insuficiência respiratória aguda, em decorrência de síndrome de Guillain-Barré.

Ísis: Tinha 35 anos, silenciosa, falava apenas quando muito estimulada, mas depois que começava a falar não parava... Era quieta, tinha um semblante tristonho. Foi para a UTI para fazer diálise peritoneal; tinha insuficiência renal aguda em decorrência de lúpus eritematoso sistêmico. Na ocasião estava grávida, mostrava medo...

Apolo: Tinha 45 anos, era obeso, brincalhão, porém imponente, culto. Como fumava demais e também adorava comer, estas eram suas solicitações mais frequentes. Foi para a UTI por sofrer de doença pulmonar obstrutiva crônica e sepsis.

Dionísio: Tinha 68 anos, era alto, descendente de alemães. Mostrava-se como uma pessoa rude, tinha as mãos calejadas e os pés rachados, marcas de quem trabalhava no campo, era agricultor. Falava alto e era bastante religioso. Sofreu gastrectomia total por neoplasia.

Antônio : Tinha 67 anos, falava pouco, mas comunicava-se bastante com gestos e expressões corporais; era franzino, parecia ser uma pessoa carente de afeto. Internou por ter sofrido um infarte agudo do miocárdio, tinha seqüela de poliomielite.

Minerva : Tinha 42 anos, ficava com o corpo completamente oculto pelo lençol o tempo todo, era envergonhada, vaidosa, penteava os cabelos com frequência; foi para a UTI por ter tido quadro de choque durante a cirurgia (gastrectomia por neoplasia).

Cada um dos clientes escolhidos foi assistido por mim durante seu período de permanência na UTI. Todos os dias eram feitos contatos telefônicos com as enfermeiras das duas UTIs, para que eu soubesse se haviam ou não clientes que se incluíssem no estudo. Isto se fez necessário pelo fato de que frequentemente todos os clientes de uma ou outra UTI encontravam-se extremamente graves e impossibilitando sua inclusão no estudo, o que provocava idas infrutíferas aos hospitais. Desta forma, não houve uma seqüência de frequência a um ou outro hospital, já que meu comparecimento era determinado pela presença de cliente que pudesse participar do estudo.

Cabe aqui ressaltar que a maioria dos clientes que fizeram parte deste trabalho foram assistidos no Hospital Regional já descrito.

Pelo fato de o modelo teórico de Paterson & Zderad utilizar o referencial fenomenológico, o número de clientes participantes não foi estabelecido a priori, e nem se constituía o expressivo procurado. O que importou para este trabalho foi a repetição de falas, gestos, observações e tudo o que evidenciasse que um dado fenômeno se desvela. Com isto, as informações aqui transcritas refletem muito das experiências de oito clientes assistidos por mim quando estiveram internados em UTI.

EU, MEU NOVO OLHAR E MINHA PERPLEXIDADE AO PERCORRER AS FASES DO PROCESSO

Embora prestar assistência de enfermagem ao ser humano cuja condição de ser-no-mundo está abalada por severos comprometimentos orgânicos seja aquilo a que me proponho cotidianamente há 8 anos de vida profissional, logo no início, ao utilizar este referencial teórico senti um grande desconforto, quando o comparei ao que fazia antes, até mesmo pelo desconhecimento de uma nova realidade a ser vislumbrada neste outro modo de cuidar. No início do uso dessa referência sentia-me cercada pela insegurança e expectativa relacionada com a receptividade que os clientes apresentariam, bem como com a aptidão no uso da metodologia que eu mesma havia escolhido. Apesar disso, acreditava que estava trilhando o caminho certo, pois com o referencial proposto por Paterson & Zderad baseado na fenomenologia, seria possível fazer uma análise da vivência expressada pelos clientes, apreender o significado intencional desse vivido, e com isto buscar uma prática de enfermagem humanística, voltada para estas pessoas, tal como eu percebia importante a relação enfermagem-cliente em situações “utianas”, essas que se caracterizam pela apreensão e ansiedade de uma internação emergencial em situações críticas de vida-morte enfrentadas por seres humanos.

Apesar de a assistência de enfermagem que habitualmente vem se prestando às pessoas internadas na UTI não se constituir uma novidade para mim, com este referencial agora por mim eleito, cada encontro passou a se apresentar como uma situação nova, o que me gerava uma sensação semelhante à de um estreante. O abandono do costume antigo com os moldes assistenciais que atendem a um sistema fundamentado, quase que exclusivamente em aspectos biológicos, sempre voltados para explicações causais dos fatos observados, aumentava a minha insegurança. Adotar uma postura tonalizada pelo referencial fenomenológico, colocando tudo o que se apresentava a mim, na minha perspectiva, no mesmo horizonte, tornou-se um aprendizado, já que também implicava na questão do abandono das “prioridades” vinculadas unicamente a assistência tecnicizada e rotinizada com a qual, de um modo geral, se convive nos atuais serviços de saúde. No momento em que me vi identificada com o referencial de que ora trato, rompeu-se a dicotomia sujeito-objeto, para o resgate da essência do sujeito. Para isto, foi necessário mover a sensibilidade e intuição para que eu pudesse adentrar no mundo daqueles clientes, ouvindo-os, olhando-os, envolvendo-me de uma maneira empática, procurando compreendê-los. Aqueles seres humanos, eventuais clientes, com os quais foi compartilhada esta experiência, ofereceram-me uma aprendizagem de infinita riqueza de significados relacionados à vida das pessoas em situações de internação em terapia intensiva.

COMPOSIÇÃO METODOLÓGICA BÁSICA DO PROCESSO EM PATERSON & ZDERAD

A metodologia de análise incluída neste trabalho vem do próprio processo proposto por Paterson & Zderad, o qual encontra sustentação no método da pesquisa fenomenológica, e em meus estudos pude vê-lo em correspondência ao descrito em trabalhos brasileiros de Martins e Bicudo (1989). Percebi que era possível compreender que o processo de enfermagem fenomenológica comporta as duas etapas de análise compreendidas no referido método, ou seja, a análise ideográfica ou individual que está coberta pelas quatro primeiras fases, e a análise nomotética, que passa da síntese dessa análise individual à estrutura geral do fenômeno, o que está coberto na fase que Paterson & Zderad concebem como “unidades paradoxais”.

Ao compreender desse modo, a análise das descrições individuais constituem a primeira parte (abordagem ideográfica), com seus quatro momentos: 1) Leitura da descrição apenas para criar familiaridade com elas; nessa fase busquei apreender o sentido do todo. A minha reflexão se prendeu à capacidade de compreender a linguagem do sujeito (a linguagem dos sujeitos/ a descrição ingênua); 2) Discriminação de unidades de significado: “Aqui, voltei às descrições, relendo-as agora para identificar as unidades de significado que emergiam da análise. É verdade que nesse momento as unidades de

significado são construídas e emergiram, portanto, de acordo com minha atitude, disposição e perspectiva como analista, o que em Paterson & Zderad corresponde ao “conhecimento intuitivo”; 3) Transformação das expressões do sujeito em linguagem do pesquisador. A reflexão aqui se concentrou em arrancar das descrições ingênuas, as categorias que expressavam as múltiplas realidades que nelas se ocultam. Em Paterson & Zderad corresponde à “linguagem do pesquisador”; 4) Síntese das unidades de significado. Estas sínteses levam consigo os meus “insights” como analista e compõem proposições consistentes referentes às experiências dos sujeitos. Em Paterson & Zderad esta fase corresponde à “síntese das realidades conhecidas”. Com esta primeira parte completada, também se tinha composto ao que Martins e Bicudo (1989) compreendem como análise ideográfica, na pesquisa fenomenológica.

A segunda parte, compreende na pesquisa fenomenológica a análise nomotética, porquanto vai dessas sínteses de situações individuais à aquilo que se constitui estrutura geral do fenômeno; em Paterson & Zderad isto corresponde à fase denominada de “Unidades Paradoxais”, pela sua peculiaridade de serem proposições que fogem ao “esperado” e “conhecido” na opinião comumente explicitada.

Encontrar os paradoxos correspondeu então a uma segunda etapa de análise, a qual indicou a passagem do individual para o geral, objetivando chegar à estrutura geral do fenômeno. A fase de Paterson & Zderad corresponde portanto, uma abordagem nomotética que articula as situações individuais dos sujeitos (clientes) a algo mais geral. Esta foi uma fase do processo das mais laboriosas, até porque as publicações das próprias autoras de referência teórica do modelo adotado neste trabalho, expõem sobre sua proposta nessas fases do processo, em textos que nem sempre transparecem o desdobramento do método de análise para sua operacionalização. Ao perceber a insuficiência de orientação para proceder metodologicamente, a busca da fase de “paradoxos”, conforme previsto na culminância do processo, no modelo de Paterson & Zderad, é que busquei como literatura adicional textos de pesquisa qualitativa com

modalidade fenomenológica, já que o referido modelo parte de idéias fundamentais da fenomenologia. Assim, é que tive acesso a trabalhos de Martins e Bicudo (1989) autores de estudos com abordagem de pesquisa fenomenológica, e dos mais referenciados em pesquisas de enfermagem dessa natureza, tais como Boemer (1986), Castro (1990).

Nesse sentido, encontrei com essas leituras a possibilidade de realizar uma análise que fosse compatível com a proposta de Paterson & Zderad quando constituíram a fase de “busca de unidades paradoxais”. Justifico essa opção sobremodo na afinidade de Paterson & Zderad com as bases da fenomenologia, de tal sorte que denominaram o modelo por elas criado, de enfermagem fenomenológica. Além disso, a minha preocupação esteve centrada nos sujeitos situados (os clientes), em suas experiências, encaminhando-as para o seu mundo-vida, na intencionalidade de tornar explicitada a teia dos acontecimentos de sua vida diária, o que é textualmente narrado como parte da pesquisa fenomenológica por Castro (1990), ao referir-se também ao método fenomenológico descrito pelos autores Martins e Bicudo (1989).

Para chegar operacionalmente às unidades paradoxais parti das unidades de significado da descrição ingênua para alcançar as sínteses dessas unidades de significado criando proposições referentes às experiências dos sujeitos. Finalmente cheguei à análise nomotética indo das sínteses das situações individuais e procurando as convergências entre as sínteses chegando assim a aquelas proposições que revelam a estrutura geral do fenômeno.

Feitas essas colocações de esclarecimento da ligação entre as etapas e momentos de análise no método da pesquisa fenomenológica em Martins e Bicudo (1989) e as fases do processo de enfermagem fenomenológica em Paterson & Zderad, vale considerar ainda que o processo em Paterson & Zderad não se enquadra como uma rota única antevista. Cada instância do processo tem um movimento próprio na trilha do mundo da intersubjetividade entre enfermeira-cliente. Esse caráter de flexibilidade, no

entanto, requer uma composição metodológica básica, a qual aqui recoloco, ora de modo situado na experiência em descrição.

A BUSCA DE CONHECIMENTO: UMA TRAJETÓRIA CONTÍNUA NO ASSISTIR EM ENFERMAGEM

Fundamentalmente, o processo de enfermagem que ora passo a descrever, iniciou-se, encaminhou-se e desenvolveu-se sob a minha própria mobilização na busca de meu auto-conhecimento, o que segundo as autoras do modelo em pauta, é uma prática básica para a enfermeira constituir a própria trajetória do assistir a clientes. Paterson & Zderad em seu modelo, citam esta busca pelo auto-conhecimento como um primeiro passo do processo de enfermagem, e nesta minha prática assistencial percebi a necessidade dessa busca como parte integrante no andamento da assistência, sustentando-se enfim como um recurso fundamental ao desenvolvimento do processo assistencial de enfermagem aqui referido.

A trajetória para a realização deste processo em prática assistencial, iniciou-se após 8 anos de trabalho de enfermagem diretamente com clientes, gerando em mim uma inquietação e um ímpeto por desvelar a experiência em si do que é e do que pode vir a ser a assistência de enfermagem a clientes em UTI. No entanto, eu sabia que na verdade estaria abrindo os meus olhos para ver, perceber os fenômenos que são intrínsecos àquela assistência que me inquietava, e que com certeza eu iria me deparar com uma previsível incompetência em reconhecer as mensagens contínuas existentes no cuidar, porquanto eu agia até então orientada por um modo de conhecer guiado por outro modelo mais biomédico, mais clínico, mais normativo, mais linear, o qual impunha que se soubesse o que encontrar em cada situação clínica, o que me dava até uma maior "segurança" nos afazeres assistenciais. Porém, aceitei o desafio, suscitado por minha inquietação e tomei a decisão de estar plenamente aberta à experiência, ainda que não soubesse passo a passo como utilizar esta liberdade. Mas para que isto acontecesse, foi

necessário uma tomada de decisão pessoal e profissional que incluiu, principalmente, o propósito de iniciar buscas estratégicas para o meu auto-conhecimento. Esta fase inicial neste caminho metodológico por um novo olhar no processo de enfermagem, na verdade foi aceita por mim, a partir daí, como um processo contínuo, intencional, no intuito que descreverei nesta dissertação, de buscar conhecer-me e manter-me aberta às experiências do mundo, o que contrariava todo o meu caminhar anterior nos modos manifestos de ver e de ser.

O caminhar para ir encontrando o “auto-conhecimento” fazia sentido primordial na constituição desta outra trajetória assistencial que eu desejei trilhar. Para tanto, procurei fazer incursões em algumas literaturas e reflexão a partir de autores como Buber, Heidegger, Marcel na busca de minha identificação com a questão existencial. Paralelamente busquei assistir a filmes que abordam as várias faces da existência humana tais como Hora de Despertar, Gaby, Meu Pé Esquerdo, os quais nos mostram pontos de profunda reflexão em temas relativos aos inúmeros potenciais humanos alcançáveis. Esta necessidade de investir de modo não-formal no meu auto-conhecimento, se fez revigorada ao perceber que, embora já existisse a “inquietação” em relação à assistência prestada aos clientes em UTI isso não bastava. Era necessário ir além... Com isso, no meu íntimo havia um conflito, entre o que eu pensava e o modo como eu agia. O meu pensamento era levado a considerar o humano e a técnica, o ser-doente e o ser-enfermeiro como se isto já não pudesse ser afastado do meu processo de vida profissional. Para isto tive que preparar a mim mesma para transpor o conhecido e me deixar ousar conhecer a prática assistencial de enfermagem em UTI de um outro modo, transpondo ou retirando os véus que se colocavam sobre o mundo que a mim tocava ver. Daí a necessidade de preparar-me para o conhecer, tão bem representada na frase metafórica de Russell citadas por Paterson & Zderad: “...janelas abertas para o mundo...” (Paterson & Zderad, 1988 p. 70).

A necessidade de estar aberto às experiências humanas que estão presentes no cotidiano se incluem poderosamente neste processo, para que tais experiências possam ir se desvelando.

A intenção de busca do auto-conhecimento neste processo, portanto, constitui uma condição a meu ser como enfermeira. Na percepção de que a enfermeira se conheça e aceite a si mesma está implicado reciprocamente o “aceitar” e compreender o outro, sendo este aspecto também enfatizado por Murray (1963). Perceber que este era um momento apropriado para este processo, embora tenha sido de certa forma um processo dolorido, se mostra hoje como um bem-estar, ainda que nos limites de um crescimento pessoal. Tenho refletido sobre o confronto do ser consigo mesmo e o quão difícil é a narrativa da experiência dessa natureza. Não tinha imaginado que fosse tão difícil despir-me para mim mesma, no sentido existencial, e ficar face a face com minhas próprias ambivalências e contradições humanas, mas também e só hoje sei, não poderia imaginar o significado que a vida passa a ter quando se torna tangível conhecer o mundo da experiência de cuidar, desse modo. Vale aqui salientar que esta busca pelo auto-conhecimento não se esgota enquanto parte deste processo; pelo contrário, é um aspecto que espero contemplar no meu cotidiano de forma a fazer parte do enriquecimento de minha vida pessoal e profissional, continuamente.

RECONHECENDO O CONHECIMENTO INTUITIVO COMO PARTE DA CONSTRUÇÃO DO SABER EM ENFERMAGEM

O momento proposto para a implementação deste processo denominado de “conhecendo o outro intuitivamente”, se deu desde o encontro com cada um dos clientes pela primeira vez, continuando ao longo do processo. Estes encontros, na verdade, referiam-se a momentos que exigiram de mim uma nova postura, pois foi preciso que eu fosse de modo intencional à compreensão do cliente, estando atenta e aberta à sua própria experiência. Isto também implicou no uso da intuição, da

sensibilidade e na superação da mera repetição de procedimentos que são extremamente normatizados na rotina diária em UTI. Para tanto, foi necessária a re-aprendizagem para ouvir, olhar, sentir o cliente de modo a resgatar a compreensão de uma situação existencial que transcende o restrito assistir no aspecto clínico. Embora pareça ingênua, esta abordagem exigiu de mim que refreasse os encaminhamentos e “ordens” com os quais eu já tinha muita intimidade e me desse o tempo da escuta e da reflexão para os gestos, posturas, e verbalizações expressas pelo cliente. Tinha que me conter para não me utilizar de movimentos, decisões automatizadas e ainda redimensionar procedimentos técnicos rotineiros antes isolados e meramente rotineiros. É bem verdade que tive que para isto, tive que tomar providências quando a situação o exigia, mas exercitava-me para adequá-las a cada situação vivida e não me limitar à prática clínica normatizada, como via única.

O desenvolvimento desta abordagem humanística na vertente de Paterson & Zderad foi base ao exercício de compreensão da experiência vivenciada pelo cliente, e esta tem implícita a influência do modo em que o ser humano vive e vê o seu mundo. No entanto, para chegar a tal conhecimento tornou-se preciso que eu realmente estivesse envolvida, “do lado de dentro” da situação de enfermagem, reconhecendo a subjetividade que a permeia, uma vez que neste outro modo de prática assistencial pelo qual optei, o enfermeiro faz parte daquilo que é estudado. Buber, citado por Paterson & Zderad (1988, p. 69) coloca como pré-requisito para conhecer o outro intuitivamente (ou imaginar o seu real potencial para chegar ao "mais-ser") a capacidade de reconhecer o outro como singularidade, respondendo a esta condição sem se impor e perpetuando a capacidade da surpresa e questionamento, estando realmente com o outro, e não apenas em aparência. Também é requerida a visão de que cliente e enfermeira estão em um campo comum, de intersubjetividade, cuja relação ocorre a partir do reconhecimento e consideração das inúmeras facetas do ser humano. Isto requer um aprendizado para

reconhecer o que Paterson & Zderad denominam “chamamentos e respostas” já explicitados anteriormente.

Interiormente, temos uma série de condições e conhecimentos que quando mobilizados podem chegar a uma síntese que resulta em juízos “verdadeiros”; no entanto, a decisão é pessoal e responsável em utilizar este tipo de conhecimento. No meu caso, decidi mobilizar tais condições em decorrência de minha insatisfação com os tradicionais modos ainda vigentes de exercer as práticas assistenciais de enfermagem nas UTIs.

No nosso dia-a-dia, não apenas o aspecto profissional, nos nutre de uma gama de informações e experiências sensíveis, e que podem ser utilizadas ou não, a fim de alcançar o conhecimento intuitivo; na prática cotidiana há o costume rotineiro do cumprimento de tarefas, geralmente de forma isolada e que não levam em consideração o momento existencial do cliente e do enfermeiro, ainda que se saiba o quanto isto influencia o cuidar. Contudo, em função da aparente “segurança” e hábito enraizado dos moldes mais lineares da utilização e valorização do conhecimento pautado no modelo biomédico, estes conhecimentos técnicos são os quase únicos utilizados. Por sua vez, outro tipo de conhecimento, o intuitivo, fica em segundo plano, embora este complete, amplie e influencie o saber na prática de enfermagem, oferecendo subsídios para o questionamento profissional e pessoal.

Tendo em vista as características dos clientes internados em UTI existem situações em que a enfermagem precisa “fazer” pelo cliente como ele próprio faria por si, caso pudesse. Assim, as ações revestidas deste enfoque, foram cobertas de uma intencionalidade que é diferenciada do mero “cumprimento de tarefas” passando a ser realizadas as atividades de modo a tentar buscar sua totalidade e buscar compreendê-lo. Desta forma, embora os procedimentos técnicos indicados às situações continuassem a ser realizados, o foram de uma forma diferente, isto é, servindo de veículos para o

encontro, o diálogo, os chamamentos e respostas, a aproximação, bem como para o resgate de potencialidades a serem estimuladas com os clientes.

O conhecimento intuitivo incluiu um “chegar junto” de forma empática, o que caracterizou o início do próprio relacionamento com o cliente, sendo precedido de uma apresentação pessoal. A receptividade era facilitada através do diálogo, do toque de modo carinhoso, humano, quando então eu me colocava em disponibilidade ao cliente tentando compreender como ele vivenciava a experiência de internação na UTI. Para tanto, eu estimulava o cliente (que estivesse disposto a tal) para me descrever do modo que lhe fosse possível, as suas impressões a respeito de como se sentia estando na UTI. Para que nosso diálogo fosse facilitado, eu procurava manter o ambiente privativo e permitindo que o cliente se expressasse por quanto tempo julgasse necessário e pudesse, já que o diálogo estava embutido no próprio cuidar, na intersubjetividade, e respeitando o tempo vivido do cliente.

No momento caracterizado pelo conhecimento intuitivo, eu procurava “manter” tanto quanto possível afastados os conhecimentos prévios que possuo, não apenas os relacionados à questão profissional. Isto tinha a finalidade de evitar que expectativas, preconceitos, rotulações ou julgamentos pudessem influenciar minha percepção da situação do cliente.

Reconheço que tive dificuldades em manter afastados os conhecimentos prévios e até preconceitos, no entanto, fiz um esforço consciente, no sentido de impedir que fosse prejudicado o conhecimento intuitivo que eu esperava obter de mim a partir do relacionamento com os clientes, embora isto não significasse que eu estivesse abstenendo-me do meu modo de pensar, já que ao interrogar o cliente sobre sua situação, por certo eu era dirigida por uma interpretação pré-reflexiva do que eu encontraria.

As manifestações do diálogo do processo de cuidar foram descritas tal e qual se deram, a partir de registro em diário de campo, registrando a maior quantidade possível de informações. Imediatamente após a assistência, dados que eu não havia conseguido registrar no momento eram escritos, pela facilidade em rememorar acontecimentos recentes. Assim, essa compreensão intuitiva dos vários fenômenos que se evidenciavam ao estar com os vários clientes emergiam através de meus pensamentos que se moviam como que para frente e para trás, entre a impressão que eu havia tido e a experiência do cliente, conforme ele se manifestava no encontro, como se fosse um “intercâmbio intuitivo”. Esse alternar para a frente e para trás pode permitir entendimentos e posteriormente proporcionar o desenvolvimento e o preenchimento desta vivência em maiores detalhes.

A seguinte situação ilustra um momento em que pude perceber o emergir do conhecimento intuitivo obtido no decorrer de minha prática.

Artêmis, internou em uma UTI em decorrência de cetoacidose diabética; em um dado momento da assistência, perguntou-me se iria morrer: essa pergunta transformou-se em um embaraço para mim. Disse-lhe, sinceramente, que de todos os clientes que estavam ali na UTI ela era a que estava menos grave. Novamente ela me perguntou: "Vou morrer?" e novamente me senti em uma condição incômoda, respondendo a ela que todos vamos morrer um dia, embora nunca saibamos a hora. Nisto, Artêmis tratando-me mais carinhosamente, falou: "Mas minha filha, com todo o conhecimento que você tem, o que você acha de mim, você acha que eu vou sair daqui viva?". Fiquei surpresa com a ênfase com que ela fez esta pergunta a mim. Segurei fortemente sua mão e percebi que em fração de segundos alguns questionamentos igualmente existenciais me ocorreram.

Por que será que embora com a experiência e intuição que tenho obtido no decorrer dos anos da prática assistencial com diversos clientes eu tivesse “certeza” que ela teria alta da UTI, eu não conseguia passar confiança nessa possibilidade para transmitir isto, verdadeiramente, a Artêmis ? Por que será que eu temia dizer isto com o ânimo interno que eu mesma tinha ? Por que será que eu não poderia falar disso como uma forte possibilidade ? Este era um lado dos inúmeros pensamentos que me vinham. De outro lado, como eu ficaria se afirmasse isso a Artêmis e por ventura ela apresentasse qualquer complicação que a levasse à morte ?; assim eu pensava. E ainda: “como ficaria Artêmis se eu lhe desse esse tipo de informação e ela complicasse ? ”. O peso da confiança que a cliente depositava em mim era grande e a minha resposta plenamente afirmativa poderia lhe trazer um grande alívio. Relutei, porém decidi optar por dizer à ela que com o que eu já tinha visto na minha experiência ela sairia com alta com muita certeza; no entanto, imprevistos sempre podem acontecer. E vislumbrei um reânimo ao dizer que sua luta pela vida e a ajuda da equipe poderiam acelerar a intencionalidade dos melhores êxitos. Esse diálogo se valeu do conhecimento intuitivo já que ele partiu do meu “chegar junto” e se baseou em gestos constituídos em chamamento-resposta, no campo de nossa subjetividade.

Avalio hoje que apesar de que, ao fornecer este tipo de resposta, eu tivesse utilizado a intuição, o peso da resposta foi mais influenciado pelo quadro clínico geral, e por possíveis comparações dentro da minha experiência profissional com clientes em UTI. Ao que indica a prática, exercitar-se na utilização do conhecimento intuitivo é um treinamento a ser realizado, para que a intuição, com mais frequência, esteja valorizada no dia-a-dia das relações que o pessoal de enfermagem tem com os clientes. Até porque, os clientes cobram respostas intuitivas, mas será preciso muito desapego ao já incorporado como aprendizagem convencional de enfermagem para se valer desse tipo de conhecimento sem exageros, leviandades e dentro do limite que lhe é próprio.

O “como eu sei que sei” é um conhecimento que permanece latente e que tem o potencial de nos auxiliar a tirar os véus para ver o que o ser humano realmente é. Muito se pode atribuir como raiz dos obstáculos a um uso mais pleno e claro da intuição, o “cientificismo”, que valoriza apenas a razão e as formas sistemáticas, quantificando dados, e hiperestimando a objetividade, na tentativa de proteger o “conhecimento” das denominadas “tendências” da subjetividade.

Na prática que embasou este trabalho, pude ver que preciso reequipar-me com a finalidade de poder utilizar o conhecimento intuitivo mais confiantemente, nos limites humanos, mesmo porque ele é, necessariamente, parte da construção do saber de enfermagem

UTILIZAÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO NO PROCESSO

Para o modelo de Paterson & Zderad que orientou esta prática, um outro momento do processo constituiu-se da utilização do conhecimento científico. Assim, uma vez a situação de enfermagem tenha sido vivenciada de modo intuitivo, ela é conceituada e expressada de acordo com algum referencial do conhecimento sistematizado como científico. Para isto, os registros das “vivências”, com as informações obtidas dos clientes e minhas próprias, e particulares anotações foram relidas, exaustivamente, quantas vezes eu julgasse necessário, e as situações de enfermagem foram lembradas, re-cenificadas. Isto teve a finalidade de me familiarizar com o modo e as expressões utilizadas pelos clientes, bem como acrescentar dados que porventura não tivessem sido antes registrados, embora ainda sem qualquer preocupação interpretativa. Em seguida, era feita uma reflexão de forma a categorizar as informações obtidas intuitivamente e avaliadas previamente para encontrar aspectos que se destacavam e se apresentavam com maior frequência, colocando em evidência os significados emergentes na descrição, e buscando relação entre suas partes tentando apreender o sentido do todo. Várias vezes era necessário que eu retornasse e relesse

cada descrição, estando atenta a cada detalhe que os clientes expressaram. Atentamente detia-me em expressões, entonações de voz, detalhes, na busca dessa apreensão do significado que ali estava implícito, que muitas vezes, queria me dizer muitas coisas, me mostrar um sentido mais amplo. Tomando como referência o que diz Bergson apud Paterson & Zderad (1988, p. 73) "... ao permanecer fora da coisa que se pretende conhecer o conhecimento é incompleto". Coloquei-me sempre a pensar que "permanecer fora da coisa" é um processo que se dá habitualmente no campo convencional no contexto da UTI. Por isso mesmo, tendo em vista as peculiaridades deste processo, a enfermeira faz parte do que é estudado. Paterson & Zderad (1988, p. 73) colocam que Buber e Bergson vêem o conhecimento no sentido que vai da intuição à análise.

Tomando novamente como exemplo, a vivência com Artêmis, em determinado momento de nossa conversa, ela desviou o olhar para trás de mim, ao que também me virei para ver o que chamara a sua atenção. Um cliente havia falecido e Artêmis olhou para o corpo sobre a maca coberta com um lençol com uma expressão assustada, e me falou: "Coisa triste, né... ser humano tudo se resume a isso aí ó, nem parece que já viveu um dia."

No meu registro, a experiência seguiu outro rumo. No entanto, ao recriar a cena, ao reler as anotações, lembrar detalhes, remetendo-me ao passado e revivendo no presente a fala, a expressão corporal na busca de completar este conhecimento intuitivo, num pensamento expresso num movimento que representava um intercâmbio no vai-e-vem frente a experiência e minha percepção, percebi que esta teria sido uma oportunidade para conversarmos a respeito da morte, a respeito da qual Artêmis já havia tentado iniciar o diálogo. No seu íntimo, a visualização do corpo inerte gerou associação com a morte, não tendo sido explorada em sua plenitude a oportunidade para conversarmos sobre este aspecto imprevisível e inerente à condição humana. Quem sabe,

é bem possível, ela fazia as perguntas a si mesma, referenciada no que se passava com outros ali na UTI... Em um primeiro momento, a dificuldade que tive em responder as perguntas formuladas por Artêmis a respeito de sua própria possibilidade de morrer, configuraram-se mais como uma relutância (ou inabilidade) em respondê-las. No momento seguinte, após eu ter refletido sobre o contexto no qual esta situação ocorreu, fiquei em dúvida se o fato de (como havia dito anteriormente) ter colocado o conhecimento do quadro clínico geral com um peso maior do que com o conhecimento intuitivo ocorreu realmente por insegurança na minha intuição, segurança ou maior valorização com o conhecimento do quadro clínico ou efetivamente um despreparo meu, até mesmo por habitual ausência de reflexão pessoal e coletiva (profissional) a respeito da morte. No entanto, esta trilha: da intuição à análise indicou vários horizontes que coexistem em uma mesma situação. Assim, eu retornava à verbalização dos clientes para verificação de minhas interpretações. Neste sentido, o que anteriormente se apresentava a mim como subjetivo e vago, foi lentamente se desvelando, tornando-se significativo e evidenciando o que os clientes por mim assistidos tentaram expressar, permitindo-me chegar a uma síntese destas várias realidades.

SINTETIZANDO AS REALIDADES CONHECIDAS

Neste passo do processo, as múltiplas realidades que se tornaram conhecidas, a partir do conhecimento intuitivo e científico foram comparadas e sintetizadas. Para o efeito de comparação, esta síntese baseou-se não somente na experiência de enfermagem que eu já tinha vivenciado com outros clientes, mas também com aquela que eu obtive ao estar junto a cada cliente. Neste sentido, a este momento, os vários momentos vivenciados, as várias realidades já conhecidas, que embora muitas vezes sejam semelhantes ou não, não são antagônicas, já que segundo Paterson & Zderad “uma não nega a outra”. Na comparação e síntese ocorre o diálogo entre as múltiplas realidades conhecidas, e que não se conhecem diretamente entre si. As

realidades são interpretadas, selecionadas e classificadas. A seguinte ilustração tenta exemplificar uma das várias sínteses que emergiram a partir das realidades vividas.

Hermes gostava de conversar bastante. No início de nosso encontro, ao perguntar-lhe como ele estava se sentindo, ele me respondeu "...estou me sentindo sózinho aqui". Prosseguindo nosso conversar, em um outro momento, ele disse que "...aqui é um lugar bom, cuidam da gente direitinho... dão muita atenção, toda hora vem alguém ver se tá tudo bom comigo, dão tudo bem na hora". No decorrer de nossa conversa, eu lhe pedi que me explicasse melhor o que era esse "se sentir sózinho", embora ele tivesse dito que a todo momento alguém estivesse ali com ele. A isto, Hermes assim respondeu: "Mas é diferente, o pessoal vem toda hora aqui para ver se está tudo certinho, se o soro está pingando, se esses fios estão no lugar. Mas é diferente, eles vem aqui para ver se está tudo certinho com o serviço deles, mas prá proscar não".

O exemplo acima descrito evidencia a ambigüidade do significado da presença. São dois pontos de vista a respeito de uma mesma realidade. A presença, o estar com o outro, é percebido pelo cliente não apenas como o cumprimento das tarefas inerentes ao cuidado biológico, mas sim como um cuidado humano. Do outro lado, da equipe, há o caráter de impessoalidade (como usada a expressão "o pessoal", "eles") onde "todos" prestam o cuidado na persistência até mesmo do anonimato, levando a crer que o cuidado está restrito ao cumprimento dos afazeres assistenciais rotineiros e técnicos e que não levam em consideração o existir humano.

Um outro ponto ainda destacado no encontro com Hermes, foi a respeito da disponibilidade da pessoa, já que segundo ele "*...sempre dizem que tem um monte de coisas prá fazer... mas às vezes sobra um tempinho, daí o pessoal fica todo conversando entre eles e não dão bola prá mim*". Este distanciamento pode de certo

modo ser justificado pelo caráter de coisificação, onde a equipe vê o cliente apenas como algo do qual aproximam-se apenas para a execução de tarefas, deixando para trás a necessidade de ver o cliente reconhecido como ser humano. No entanto, utilizando as palavras de Giles (1989, p. 180), vale salientar que

“...qualquer ser existente pode ser considerado como objeto por um *eu* que assume a atitude *eu-coisa*, atitude de distanciamento, de objetividade, da mesma maneira qualquer ser existente pode ser companheiro para o homem num encontro *eu-tu*”

Este aspecto assim denominado de coisificação também foi evidenciado por Apolo, que necessitava que fosse realizada uma dissecação venosa devido à sua fragilidade capilar e acentuada obesidade. Assim que tomei conhecimento desta necessidade, dirigi-me a ele informando-o os motivos pelos quais tal procedimento tornou-se necessário, suas finalidades e como o procedimento seria realizado. Para minha perplexidade, o cirurgião aproxima-se sem sequer dizer seu nome, apenas dizendo que “ia pegar uma veia maior”, realiza o procedimento, durante o qual eu permaneço ao lado de Apolo. Após o procedimento ter sido realizado, e o cirurgião retirar-se, Apolo falou: “Viu só, se você não me avisa, ele ia chegando sem pedir licença e sem me dizer direito o que ia fazer comigo”.

Ao se ver o ser humano como objeto, como assim pontuo as situações anteriormente exemplificadas, perde-se o modo de ver a enfermagem como uma forma de realização na relação EU-TU proposta por Buber e tão comentada por Paterson & Zderad; ou de outro modo, não há relação, mas apenas a resolução de problema do cliente, se tomarmos o TU como objeto manipulável. A visão de que o outro é parte de mim, já que sou assim como o outro me reconhece, promovendo e aceitando uma relação EU-TU, não é alcançada, desarmando a intersubjetividade já que “... o eu do relacionamento *eu-coisa* difere fundamentalmente do *eu* do relacionamento *eu-tu*; na

categoria *eu-coisa* o *eu* se retrai, procura controlar o objeto de sua atenção- e nunca afirma o outro tal como o afirma no relacionamento *eu-tu*" (Giles, 1989, p. 181).

Ao aprofundar-se a questão a respeito da coisificação, após estas várias sínteses, pode-se dizer que não apenas o cliente é "coisificado", mas também a própria equipe, já que segundo Giles (1989)

"A atitude *eu-coisa* torna-se fonte de mal quando o indivíduo se torna tão preso à ela que permanece absorvido nas suas próprias preocupações, quando deveria estar respondendo de maneira nova e espontânea, sempre mais adequada aos seres com os quais ele se encontra. Embora a atitude *eu-coisa* não seja má em si, porque de fato, sem esta atitude, o homem não pode nem sequer viver, aquele que vive só numa tal perspectiva não é homem".

E na presente proposta de Paterson & Zderad, busca-se o homem, e porisso a intersubjetividade - o EU-TU.

O ALCANCE DAS UNIDADES PARADOXAIS

Esta fase diz respeito ao momento em que as variadas sínteses obtidas através das vivências e descrições obtidas com cada cliente e percebidas por mim ao longo deste caminhar expandiram-se, através de um salto intuitivo objetivando a descrição de proposições sob a forma de paradoxos.

Esta fase do processo em Paterson & Zderad (1988, p. 74) para mim não está muito clara, onde inclusive citam que é "altamente provável senão que absolutamente necessária". Com a finalidade de facilitar a descrição deste momento, recorri a Martins e Bicudo citados por Castro (1990), onde relata os momentos propostos pela investigação fenomenológica. Em um primeiro momento busquei o significado constituinte do fenômeno geral acerca de cada estrutura individual, através da releitura das várias estruturas individuais determinando que aspecto destas manifestavam verdade geral e quais não constituíam. A seguir, prossegui com a leitura atenta das várias sínteses que surgiram, agrupando-as conforme as divergências e convergências existentes

entre elas. Por último, procedi com a formulação das condições constituintes de relações estruturais do fenômeno em geral, que culminou com a proposição de unidades paradoxais, que se propõem ao alcance de uma compreensão maior, que está além de multiplicidades e contradições. Com isto, minha própria compreensão também se expandiu, favorecendo com que ao longo deste meu caminhar, no meu horizonte fosse se erguendo uma outra luz, na perspectiva de iluminar a experiência tornando-a uma assistência também voltada a desvelar as faces que estavam embutidas no cuidar.

Deste modo, a partir de cada fala, cada gesto, cada ação, a compreensão da realidade vivenciada pelos clientes na unidade de terapia intensiva foi emergindo, compreensão esta que tem o potencial de, ao alcançar todos aqueles que cuidam, tornar o cuidado com o respeito de uma esfera mais humanística, buscando potencialidades a serem desenvolvidas.

1. A comunicação, em suas mais variadas formas, tem não apenas o potencial de estimular, mas também o de inibir a dialogicidade enfermeiro-cliente, influenciando a qualidade do encontro.

Paterson & Zderad (1988, p. 60) nos falam que “...através das palavras o homem tenta descrever significativamente os estados vivenciais de ser um ser-no-mundo”.

Quando a comunicação, é vista enquanto necessidade, na assistência de enfermagem em UTI, é por ela também que fluem os caminhos que possibilitam a formação de um elo na proximidade enfermeiro-cliente.

A enfermagem, ao buscar o desenvolvimento de maneiras facilitadoras de comunicação pode criar oportunidades para que ocorram encontros mais genuínos, assim também melhorando a qualidade da assistência, já que favorece o desvelamento do outro, no caso, o cliente.

A aflição do cliente em compartilhar a insegurança, a incerteza, o sofrimento, o medo, o desconhecido, dentre tantos outros aspectos, com os profissionais que atuam em UTI, é bastante relevante. Se o diálogo não for reconhecido nem vivenciado, o cliente não se mostra, também fazendo com que muitas vezes seus sentimentos e idéias não sejam valorizados. Assim, perde-se a oportunidade de uma melhor compreensão da experiência do cliente, já que ao exercitar a intersubjetividade, a comunicação e o relacionamento interpessoal o encontro torna-se possível.

Isto mostrou-se claro quando eu cuidava de Hermes, lembro-me que conversávamos sobre outras coisas que não estavam aparentemente vinculadas diretamente à experiência de internação. De certo modo, este encaminhamento de conversa se dava com a finalidade de conduzi-la para a explicitação da experiência que nós (Hermes e eu) estávamos vivenciando. Em um dado momento Hermes assim me falou:

“Gosto muito de falar, sou muito prosador, mas aqui pouca gente me dá papo... Às vezes puxo uma prosa, mas aí me viram as costas, sempre dizem que tem um monte de coisas prá fazer... Já vi que aqui se trabalha muito, mas às vezes tem um tempinho, daí o pessoal fica todo conversando entre eles e não dão bola prá mim... No início pensei que me achavam chato, mas aí vi que é assim com todo mundo, deviam conversar mais com a gente”.

A busca de abertura de canais de comunicação (aqui exemplificada com uma conversa que a princípio não era diretamente relacionada à realidade que se buscava conhecer), foi mais uma tentativa utilizada pelo próprio cliente:

“Até já tentei dar umas indiretas, perguntei ao Hermógenes (funcionário da UTI) como tinha sido o jogo do Avaí, ele disse que tinha perdido e foi-se embora. Eu queria conversar mais, gosto de conhecer as pessoas”.

A continuidade e a intensidade imprimida e valorizada enquanto tarefas e coisas dentre afazeres assistenciais, predominantes na UTI, que trazem enfermeiro e cliente em uma proximidade física maior e que por isso poderia facilitar a comunicação, também tem o poder de ofuscar a sua importância .

Ísis havia sido internada na UTI por estar sofrendo de insuficiência renal aguda decorrente de lúpus eritematoso sistêmico. Um outro agravante de sua situação é que ela estava grávida e supunha o risco de interrupção da gravidez. Eu tinha me declarado estar à sua disposição, assegurando-lhe espaço para conversar, e o fiz intencionalmente diante de sua ansiedade. Ela falava sem parar. Em um momento ela disse: “Desculpa eu estar falando tanto, mas gosto de conversar, se a senhora tiver que fazer outras coisas, é só dizer, tá ?” Respondi que ela podia continuar conversando, pois as outras coisas (as medicações, por exemplo) já haviam sido feitas, e como estava cuidando somente dela, poderia ficar à vontade para falar o que e o quanto quisesse. Além do que se nos sentíssemos à vontade quando eu precisasse interromper por alguma razão especial ela também saberia entender , e por certo eu voltaria para retomar o assunto. Seus olhos encheram-se de lágrimas, quando ela me falou, dentre outras coisas, do medo de perder o filho, da saudade do marido. Escutei muito atentamente e pude perceber que era tudo o que ela precisava. Passou a falar em ritmo mais pausado e ela mesma tranqüilizou-se quanto às manifestações de ansiedade, até então ocultadas.

Dada a peculiaridade da assistência em UTI, por vezes o “conversar” é relegado a um segundo plano. Se tomarmos todo cliente como único, e não “mais um”, priorizando a comunicação, ou pelo menos, colocando-a no mesmo nível de importância de outras necessidades, podemos conhecer melhor quais são e como são vividas as experiências; este conhecimento fortalece os alicerces sobre os quais pode se apoiar a ciência da enfermagem.

Se considerarmos a afirmação de Heidegger (1981), de que o mundo é algo compartilhado com os outros, assim o “ser-com” constitui essencialmente o “sendo-no-mundo” do “Ser-aí”. Logo, “ser-com” é uma característica existencial e fundamental do “Ser-aí”; “sendo-com-os-outros” é o modo como o ser se relaciona, sente, pensa e vive com seus semelhantes.

Entretanto, o compartilhar de experiências pode ser recoberto pela névoa do imediatismo, isto quando muitas vezes são provocadas aberturas para que o cliente se expresse, fale, desabafe, mas isto não é valorizado, como um encontro genuíno que desvela e faz compreender a experiência do outro.

Tal desvalorização percebi quando estava com Diana. Ela era dependente de ventilação mecânica há um longo tempo. Na ocasião, estava fora do aparelho, em mais uma das várias tentativas de auxiliar Diana a conseguir voltar a respirar espontaneamente. Nesta oportunidade, percebi que estava acontecendo uma piora de sua condição ventilatória. Apesar disso, houve uma certa insistência da equipe na tentativa de mantê-la fora do respirador. Embora com dificuldade para respirar, Diana sempre se esforçava ao seu máximo para expressar-se. Nesta ocasião ela me escreveu: “Acho que deviam levar mais consideração com o que a gente fala. Poxa vida, se eu digo que não estou agüentando, porque aumentam o meu sofrimento, dizendo que é frescura? Dá a impressão de que o que a gente diz não vale nada. Tô aqui desse jeito, nessa agonia, as pessoas não acreditam quando eu falo...”. Permaneci ao seu lado, e disse à Diana que para mim era muito importante as coisas que ela tinha a me comunicar, e que eu estava ali para além de tudo, ouvi-la, ajudá-la. No entanto, eu já estava começando a ficar preocupada, pois estava passando do horário de receber suas medicações, que incluía antibióticos. Sem expressar minha preocupação com essa tarefa, para não deixá-la mais angustiada, perguntei-lhe se estava sentindo melhoras, ao que ela respondeu que sim com a cabeça. Em seguida, perguntei se poderia me afastar por uns instantes para preparar sua medicação, ao que ela

respondeu levantando o polegar. Rápidamente retornei, e apesar de todas as tentativas ela retornou para a ventilação mecânica.

O cliente é valorizado enquanto ser existencial também a medida em que é incluída sua participação no seu próprio processo de assistência, através do diálogo. Neste sentido, são propiciadas condições para que o enfermeiro também “seja-com” o cliente, já que segundo Merleau-Ponty citado por Madeira (1993, p. 54), “Na experiência do diálogo é constituído entre o outro e eu um terreno comum, meu pensamento e o seu formam um único tecido, meus propósitos e os do interlocutor são exigidos pelo estado de discussão, eles se inserem numa operação comum da qual nenhum de nós é o criador (...) No diálogo presente sou liberado de mim mesmo, os pensamentos dos outros são bem pensamentos meus, não sou eu quem os forma”

Em outra oportunidade, no dia seguinte em que fui cuidar de Diana, fiquei assustada ao entrar na UTI, pois havia muita movimentação ao redor de seu leito. Diana estava cianótica, e estava sendo trocada sua cânula de traqueostomia. A troca da cânula estava sendo difícil, e foram minutos de angústia que pareciam uma eternidade para todos nós. Preferi não me intrometer, para não prejudicar o ritmo próprio do andamento dos procedimentos, limitando-me a observar de longe. Após a cânula ter sido trocada, aproximei-me de Diana e segurei em sua mão, ficando assim por alguns minutos. A enfermeira do turno se aproximou e perguntou-me se eu iria cuidar de Diana, o que confirmei. Em seguida, ela me descreveu como Diana havia passado as últimas horas e o motivo de tamanho tumulto, que foi a necessidade da troca de urgência da cânula de traqueostomia, que havia ficado obstruída por acúmulo de secreção. A seguir a enfermeira afastou-se, deixando-me a sós com Diana. A esta altura Diana já estava com uma expressão facial mais tranqüila. Ainda assim procurei deixá-la mais relaxada, falando para ela que eu estava ali, que o sufoco maior já havia passado, e que ela devia no momento preocupar-se em respirar. Mesmo assim, ela me pediu a prancheta e o lápis para escrever. Novamente disse-lhe que era melhor que ela ficasse mais relaxada, mas ela

insistiu e lhe forneci a prancheta e o lápis. Ela escreveu: "Acho que eu não precisava ter passado por esse sufoco todo, porque o dia todo falei pra todo mundo que eu tava sentindo que tava passando pouco ar, mas ninguém levou a sério. Ai deu no que você viu".

Acredito que deste modo, a valorização de tudo aquilo que nos é dito pelos clientes e o respeito pelos seus próprios "limites" pode propiciar o estabelecimento de uma ambiência mais segura, mais confortável, onde o cliente não sente sua individualidade ameaçada, já que o enfermeiro aceita e valoriza o que o cliente diz.

Considerando-se que a comunicação vai além da articulação, recepção de palavras, sons, é oportuno registrar a existência e a manifestação da linguagem corporal, que ao ser reconhecida, decodificada pode em muito colaborar para uma melhor compreensão das vivências do ser humano. Na UTI, como de uma maneira muito freqüente, os clientes estão impossibilitados de se comunicarem verbalmente, a linguagem corporal pode ocupar um lugar de destaque. Para isto, é necessário que a enfermeira aprenda a reconhecer esta linguagem e a utilizá-la, já que a nossa linguagem corporal também transmite muitas coisas para aqueles que assistimos, já que segundo Weil e Tampakow (1989, p. 7), "...pela linguagem do corpo você diz muitas coisas aos outros. E eles tem muitas coisas a dizer para você... É uma linguagem que não mente"

Neste sentido, a linguagem corporal se mostrou quando eu estava cuidando de Minerva. Quando eu falei que seria necessário que recebesse uma injeção, seus olhos se arregalaram. Percebi o medo da realização deste ato estampado em seus olhos. Com isso foi gerada a oportunidade para que nos aproximássemos e ela pudesse mais livremente conversar a respeito de seus medos, facilitando nosso diálogo.

A linguagem corporal também "falou mais alto" no meu convívio com Eros. Ele havia sido admitido há pouco tempo na UTI, aproximadamente 30 minutos. Ao caminhar em sua direção vi que Eros estava com os olhos bem atentos ao movimento da unidade; o cobertor que estava sobre seu corpo estava bem puxado, ao nível do queixo, de modo que a única parte

visível de seu corpo era a cabeça. Vi nos seus olhos a sensação de falta de proteção, que simbolicamente era manifestada. Aproximei-me ainda mais de Eros, tocando em seu braço, sob o cobertor e apresentando-me. À medida em que nossa conversa fluía, aos poucos Eros foi se descontraindo, ficando com sua face mais relaxada, descobrindo-se colocando os braços sobre o cobertor e gesticulando bastante.

A expressão corporal é passível de ser reprimida caso a enfermagem não esteja aberta em se considerar o respeito e a valorização pela expressão do ser humano.

Uma situação em que pude perceber esta repressão de expressão foi quando eu estava com Artêmis, que havia passado por um breve período de desorientação devido à hiperglicemia. Logo que sua condição clínica melhorou, e a glicemia atingiu valores dentro da faixa de normalidade e Artêmis tornou-se mais consciente, apresentei-me a ela informando que ela havia sido transferida da emergência, e que agora ela estava na UTI. Perguntei se ela se lembrava de quando veio da emergência, ao que Artêmis ficou pensativa, assim respondendo: "Estava meio esquisita, não sabia onde tava, fiquei meio sem entender as coisas, só sentia o pessoal me amarrando, aí fiquei mais nervosa ainda".

Ao reconhecer a linguagem do corpo, estando a enfermagem consciente e aberta à sensibilidade do outro, para mais criteriosamente distinguir a agitação da necessidade de expressão, pode assim a enfermagem, também auxiliar o resgate da espacialidade, já que segundo Heidegger (1981), o espacializar é uma característica ontológica existencial do ser humano, e através do corpo, dos gestos, dos movimentos ele poderá comunicar-se com os outros, aproximar-se dos outros e encontrar o lugar que lhe é próprio no ambiente.

Com frequência, na UTI a atividade cotidiana muitas vezes é cuidar do corpo na esfera de manutenção da vida biológica. Ao se questionar aos profissionais de enfermagem qual a visão de corpo que estes possuem, ilumina-se um caminho que amplia a qualificação da enfermagem, através da transcendência da visão restrita de corpo

enquanto orgânico, com significado meramente biológico, também favorecendo ao cliente situar seu corpo enquanto ser-no-mundo na UTI.

Na situação de internação em terapia intensiva, embora seja extremamente importante a consideração pelo o que o cliente tem a nos expressar e como esta expressão ocorre, também precisamos estar atentos ao que é comunicado ao cliente, e como. Uma consideração importante também é a de sempre reconhecer o cliente como ser humano, e não denominado como número de leito, por exemplo, como pode ser observado na descrição.

Quando estava com Ísis, eu me encontrava em uma situação bastante incômoda, pois eu já sabia da possibilidade dela ter que ser submetida a um aborto, bem como sabia de sua fragilidade e natural desejo de levar a termo a sua gravidez. Apesar de minhas tentativas em explicar como ela estava clinicamente, ela falou:

“Não agüento mais ter que ficar aqui sem saber de nada e ver que as pessoas estão falando de mim... Às vezes os médicos falam do leito 2 e olham prá mim... Aqui é o leito 2 não é ? Pois então, porque eles não vem aqui e falam direto prá mim, não precisam ficar comentando escondido, isso é muito chato... Eu já ouvi várias vezes, eles pensam que não escuto, mas escuto sim...”

Do mesmo modo acima relatado por Ísis, que prefere que as informações que dizem respeito a ela lhe sejam comunicadas diretamente, em uma outra situação, com Diana, ela explicitou o comentário feito pela equipe e que ela ouviu, em relação aos outros clientes:

“Dizem muita coisa ruim, tipo: aquele lá não sai, tadinho, é tão novo; ou senão, coisa tipo: porque aquele infeliz não morre logo... Eu escuto tudo e conheço os outros (clientes) mesmo não dando prá ver eles. Eu não sei quem tá de um lado ou do outro, mas conheço de tanto que escuto o pessoal falar... Essa aqui do lado eu sei que tá

podre, porque todo mundo reclama de cuidar dela. Só não escuto falar de mim, mas acho que é porque quando o pessoal muda (plantão) fala baixo que é prá eu não escutar”.

Assim, pode-se também perceber a implicação ética presente no assistir. Em UTI, muitas vezes a própria equipe não está atenta aos comentários que são feitos no decorrer da assistência. O reconhecimento da implicação da própria comunicação não é obtido. Em função da gravidade extrema de muitos clientes da UTI, a equipe deixa de compreendê-lo como um ser humano que ainda se apresenta, ignorando inclusive sua percepção e sua audição. Como se isso não bastasse, também ignora que, em função da própria alteração de estímulos sensoriais presentes no ambiente, alguns clientes ficam com a audição extremamente aguçada, passando a ter conhecimento equivocado acerca de sua própria condição, ou ainda, conhecendo a situação de outros clientes que se encontram na UTI.

2. A tecnologia que ameaça, circunscreve, ameaça gravidade, amedronta, afasta o ser-aí é a mesma que possibilita a dimensão humana pelo caráter dialogal vivo a partir da presença do pessoal de enfermagem com o cliente.

Paterson & Zderad nos colocam que o diálogo de enfermagem ocorre através dos atos de enfermagem, e que se considerados a complexidade de possibilidades nesta característica singular do diálogo de enfermagem, associados aos fatores decorrentes dos avanços tecnológicos para a enfermagem pode-se ver que estas possibilidades tornam-se confusas (1988, p. 31). Desta maneira, o diálogo de enfermagem pode alterar, dispersar ou não o significado do imperativo tecnológico, pois de acordo com Curtin (1984) quanto mais tecnológico o ambiente - e mais tecnológica a intervenção- maior a necessidade de contato humano, de respostas humanas a necessidades fundamentalmente humanas.

O imperativo tecnológico, mais marcadamente percebido nas UTIs, ocorre através da utilização de equipamentos. Contudo, saliento que se incluem a tecnologia das

relações, do processo de comunicação, bem como do desenvolvimento e execução de técnicas propriamente ditas.

Na UTI, pela própria disponibilidade e imediatismo dos recursos tecnológicos existentes, a enfermagem precisa estar alerta no que refere a sua utilização, já que o seu uso implica no alcance de necessidades que a natureza por si só não consegue alcançar. Um recurso terapêutico frequentemente usado na UTI é a sedação. Sua utilização em si mesma é um paradoxo, no seguinte sentido: ao mesmo tempo em que a sedação pode representar um alívio para um cliente que está sofrendo em função de uma agitação decorrente de ventilação mecânica, também pode representar a inibição da expressão do ser, conforme explicitado por Dionísio

“Quando vim prá cá acordei apavorado, pensava que ia fazer só a operação, mas aí acordei com um cano na boca e esse aparelho aí (respirador) me forçando a respirar. Eu tentava falar e não conseguia, aí uma moça veio, me deu injeção e dormi de novo”
(Dionísio)

Assim, pode-se perceber a implicação do uso da sedação. O fato de se ter este recurso, não significa o seu uso em primeira mão, mas sim de que o próprio contato humano, o esclarecimento, orientar o cliente em relação ao local em que se encontra podem ser até mesmo mais efetivos. Cooper citado por Fontaine (1994) coloca que a competência técnica acalma e o toque gentil empregado pelo enfermeiro fazem mais do que qualquer terapia para comunicar cuidado e limitar o desconforto, e que a enfermeira competente e cuidadosa tenta manter essa relação humana com o cliente apesar da abundância de tecnologia.

A utilização de equipamentos levaram alguns clientes a perceberem-na como a aproximação de sua própria finitude. Isto refletiu o medo, a ambigüidade de saber que a tecnologia mantém a vida.

“Já estive um pouco pior, mas agora sem aquele cano na boca estou melhor” (Minerva)

“Cada vez que você tem que tirar esse catarro da minha garganta penso que vou morrer, que vai ser a última vez” (Diana)

“Pensava que fosse morrer com esse troço na garganta, não agüentava mais, ainda bem que vocês tiraram, senão eu arrancava” (Dionísio)

Na medida em que os clientes reconhecem que estão localizados em um ambiente destinado à assistência de clientes em estado crítico, eles passam a situar o seu estado de gravidade.

“Mas será que estou tão ruim prá ficar aqui ? Se eu já estou melhor, não preciso ficar mais aqui. Quero mesmo é ir pro quarto.” (Minerva)

“...afinal estou na UTI, e aqui é lugar de gente que está muito mal.” (Apolo)

Com isso, percebem a própria existência, o que os conduz a vivenciar momentos de grande ambigüidade, deparando-se com o enfrentamento da condição vida/morte. Esta ambigüidade presente na existência humana, imprevisível, não permite que o homem tenha segurança em agir, conforme Merleau-Ponty citado por Madeira (1993 p. 86) ao descrever

“Mas posso viver muito mais coisas do que posso representar, meu ser não se reduz ao que me aparece expressamente de mim mesmo. A minha existência é ambivalente, há em mim sentimentos aos quais não dou nome (...) onde não estou integralmente”.

O desconhecimento da finalidade dos vários instrumentos e artefatos na UTI mostrou-se de forma marcante para vários clientes:

“Esses fios não deixam eu me mexer direito... só se ouve barulho de máquina, isso me assusta muito. É tanta coisa, né ? Esses caninhos e esses fios todos em cima da gente, parece que vai dar

choque... E esse caninho (sonda vesical) vou ficar muito tempo com isto ? É que incomoda tanto... (Minerva)

“Só essa mangueira aqui incomoda (sonda nasogástrica). Isto aqui (eletrodos) é do coração,não me atrapalha” (Eros)

Se retomado o caráter de diálogo, pelos atos de enfermagem, a dimensão humana do cuidado pode ser propiciada. Os procedimentos, ações inerentes ao cuidado na UTI em verdade ocorrem, sob a ótica do cliente, na forma de uso de apetrechos que lhes são desconhecidos completamente. Na assistência, da UTI, ao se ter os utensílios tecnológicos como a serviço do ser humano, explicando sua finalidade, pode-se reduzir em muito o medo do desconhecido, levando enfermeiro e cliente a uma proximidade, já que segundo Paterson & Zderad (1988, p. 32), “...o diálogo de enfermagem se desenvolve em um mundo real de objetos, objetos costumeiros da vida cotidiana e todos os tipos de aparato clínico; ambos os tipos de objetos influem nas transações enfermeiro-cliente e sua influência é variada, podendo ser experimentada de modo diferente”.

No seu cotidiano, cada ser humano se vê cercado de objetos de uso costumeiro, ferramentas que agem como prolongação de si mesmo. Ao ser introduzido em um ambiente novo, percebe a si mesmo como um ser em um mundo estranho, repleto de novos objetos. Para a equipe de enfermagem, os mesmos objetos são vistos de forma diferente. É desta maneira que ao compartilharem uma situação, os objetos do universo que estão compartilhando tem significados diferentes para cada um deles. Os objetos em si mesmos, bem como as relações das pessoas com estes podem servir para estimular ou inibir a transação intersubjetiva de enfermagem.

3. Na internação em UTI, apesar de sua especificidades que evidenciam o risco de perder a vida, o cliente desconhece o motivo por estar ali, desconhece o ambiente e os cuidadores.

A internação em UTI, que com muita frequência ocorre de modo inesperado, significando o recurso extremo de tentativa de recuperação/melhora do seu estado de

saúde, momento de muitos fatores desconhecidos (as pessoas que cuidam, o lugar, os equipamentos) na verdade se dá sem se estar atento a importância destes fatores.

De acordo com Paterson & Zderad, (1988, p. 31) “o diálogo de enfermagem está sujeito a todas as forças caóticas da vida real. A enfermagem ocorre em um mundo de homens e coisas no tempo e espaço. Em muitos casos é um mundo especial, o mundo do sistema de cuidado de saúde, que está imerso no mundo cotidiano”. Se tomarmos as circunstâncias que podem interferir no diálogo de enfermagem, podemos ver o obscurecimento do diálogo.

O desconhecimento de sua doença e do motivo pelo qual estava internado na UTI tornou-se presente na afirmação de um dos clientes.

*“Sei que foi no estômago (a cirurgia). Disse o doutor que era pouca coisa, era tipo uma ferida (...) Sinto-me péssima, não sei o que tenho. Ninguém chega aqui e me diz qual o meu problema afinal.
(Minerva)*

No assistir, torna-se inclusa a necessidade de descobrir juntamente com os clientes qual o seu nível de conhecimento acerca de seu motivo por estar na UTI. Ao se alcançar este conhecimento, criam-se oportunidades para melhorar a qualidade do próprio encontro, bem como educar os clientes no que diz respeito às questões de saúde.

Em outras situações, a informação não foi compreendida pelos clientes,

Sobre minha doença não sei quase nada. Ninguém me explicou direito, sei que tem um negócio de umas celas (células), mas eu não entendi... não sei o que esses médicos tanto falam (Ísis)

“Ah, eu não entendia nada, falavam aquelas coisas difíceis e eu meia zozza ainda só entendi quando falaram da diabete” (Artêmis)

Neste sentido, Paterson & Zderad alertam que o envolvimento com as demandas imediatas de nosso “estar com e fazer com” o cliente pode desviar o foco de

nossa atenção. Com isso, partindo da experiência pode-se saber que as interações humanas podem ter efeitos humanizantes ou não.

Isto inclui a atenção com a própria linguagem que utilizamos de forma a tornarmos apropriada para aqueles que assistimos. O uso de metáforas também é uma alternativa que pode facilitar a compreensão por parte dos clientes.

O fator espaço é importante para que se explore o diálogo de enfermagem, já que é influenciado pelo espaço mensurável e pelo espaço experimentado enfermeiro-cliente (Paterson & Zderad , 1988, p. 34).

O caráter súbito de ser admitido na UTI foi declarado por vários clientes:

“Não sabia que horas era... acordei apavorado, pensava que ia fazer só a operação... acordei com um cano na boca e esse aparelho aí... eu pensava que ainda tava na sala de operação, mas que nada, foi aí que disseram prá mim que era a UTI” (Hermes)

“Pensei que fosse acordar no quarto. O doutor que me operou não disse prá mim que eu ia ficar aqui” (Minerva)

Um aspecto que se mostrou forte foi o desconhecimento por parte dos clientes, de quem eram os profissionais que os assistiam.

“Depois de uma branquinha alta que trabalha aqui de manhã, acho que ela é doutora...” (Hermes)

“... um moço, acho que era o médico...” (Apolo)

“É muita gente que trabalha aqui... de vez em quando não dizem o nome, eu não sei se é doutor ou enfermeiro... aí é ruim, porque às vezes quero pedir alguma coisa e tenho que fazer psiu, não gosto disso não” (Hermes)

O diálogo entre enfermeiro e cliente é influenciado pelas numerosas relações interhumanas. Paterson & Zderad citam que quanto mais especializado o cuidado de saúde, maior o grupo de trabalhadores envolvidos, e maior a multiplicação de grupos, o que leva a transação intersubjetiva entre enfermeiros e clientes a ocorrer em um meio ambiente intra e interdisciplinar de mudança constante de pessoal, funções e papel.

4. A limitação da espacialidade (física) ao espaço do leito e à ambiência da UTI não circunscreve a extensão dos vínculos do cliente, que ao ser reconhecida propicia sua recontextualização e o resgate da referência enquanto pessoa, ampliando seus horizontes de possibilidades.

Na visão mais tradicional de UTI, a questão prioritária é a de preservação da vida enquanto organismo, refletindo em um dos aspectos da assistência de enfermagem que é aquele de cuidado com o corpo. Contudo, ao transcendermos esta visão limitada de corpo “biológico” criamos oportunidades para que o cliente não seja reduzido a uma “experiência de corpo”, mas sim de situar o próprio corpo na contingência que a existência lhe impôs, a necessidade de internação na UTI.

Resgatando-se a visão de homem na fenomenologia existencial, onde este se dá em um contexto, não sendo apenas mais um componente, mas sim a unidade no mundo, pode-se dar um novo rumo à visão de corpo, já que o corpo é o veículo do ser-no-mundo. Assim sendo, o corpo para o sujeito significa envolvimento no mundo, identificação com outros seres humanos e objetos, também significado vínculo, compromisso.

Um dos inúmeros envoltimentos (ou extensão) de um corpo no mundo diz respeito aos vínculos familiares. A internação em UTI, que embora prive o cliente de vários aspectos de sua identidade, não o priva da importância de como quer ser visto ou reconhecido pela sua família.

Minerva havia despertado da anestesia a que fora submetida há aproximadamente duas horas. Ela havia sido admitida na UTI à tarde, e inclusive foi visitada pelo seu marido, embora não tivesse percebido sua

presença naquela ocasião devido à anestesia. Como eu havia escolhido cuidar dela, a recebi na UTI, e acompanhei a visita do marido informando-o do seu quadro. Ele ficou alguns minutos a seu lado, afagou seus cabelos e beijou seu rosto. Embora seu tubo oro-traqueal houvesse sido retirado recentemente, Minerva conseguia falar bem, embora rouca. Perguntou-me que horas eram, e se poderia receber visita. Disse a ela que seu marido a visitou, e que acompanhei sua visita, tranquilizando-o em relação ao seu estado. Minerva falou: "... ele (o marido) me viu dormindo (sob efeito da anestesia), aí não vale, quero que ele me veja acordada, prá eu poder conversar com ele"

A preocupação com a família, a necessidade de que o membro familiar tenha a certeza de que está bem pode ser observada neste relato.

Uma outra confirmação deste aspecto foi observada ao estar com Dionísio, quando na ocasião estava se aproximado do horário da visita. Dionísio pediu material para que pudesse escovar seus dentes, desodorante e um pente, e me disse que "queria ficar bonito". Os vínculos com os objetos do seu ambiente cotidiano mostraram-se com Dionísio. Ele havia terminado de receber seu banho. Perguntei a ele se tinha material para que eu pudesse fazer sua higiene oral; ele respondeu que sim, só que não estava ali na UTI, pois ele havia sido internado lá após sua saída do centro cirúrgico, e todos os seus pertences haviam sido deixados na enfermaria. Perguntei se ele gostaria que eu fosse buscá-los, e como ele me respondeu que sim, aproveitei a oportunidade para ver se ele gostaria de ter consigo mais algum objeto que lhe pertencesse. A isto, ele foi enfático:

"Traz meu pente, minha pasta de dente, minha escova de dente, um rosariozinho que minha mulher deixou e um santinho que também ficou lá... é muito importante prá mim ter meus santos por perto, me sinto mais protegido"

As ligações espirituais, que permanecem fora do mundo da UTI exercem um forte poder sobre o cliente, como pode ser percebido na situação acima

Afastei-me de Dionísio para buscar o que ele havia me pedido. Quando eu trouxe o santinho (que na verdade era um cartão de papel) ele o beijou, e pediu para colocar o rosário em algum lugar perto do seu leito.

Os vínculos espirituais (ou religiosos) ao serem preservados agem como elementos fortificadores para que os clientes superem esta condição a que foram submetidos. A enfermagem, respeitando e fortalecendo este vínculo, auxilia o cliente a “sentir-se” em um contexto. Isto inclui a importância do conhecimento da religião do cliente, que pode ser obtida através do mesmo ou pela família.

Em uma situação quando estava com Hermes, conversávamos a respeito de religião, pois eu havia perguntado se ele tinha alguma e qual era ela, e ele me respondeu:

“Sou muito católico, fico contente com o padre que passa aqui todo dia, ele dá muita força prá gente... Tenho fé em Deus que vou sair dessa”.

Na assistência em UTI ao termos em mente que a assistência plena se dá não apenas em um contexto de unidade, mas sim que vai além dos limites físicos das paredes do hospital, torna-se possível conceber um assistir mais amplo, na busca de alcançar a maior proximidade com o “todo” do cliente.

A internação em UTI, embora tenha o potencial de privar o cliente de suas relações sociais, afetivas e econômicas, não as destrói. Deste modo, creio que ao resgatar estas relações possamos auxiliar a recontextualização. Todo ser humano, considerando sua singularidade, não é um ser isolado. Na UTI, aqueles a quem assistimos são pais ou mães, filhos ou netos, amigos, vizinhos, funcionários ou patrões de outros seres humanos, em uma estrutura social, afetiva ou econômica que permanece, embora muitas vezes abalada, pela internação na UTI.

O recebimento de visitas na verdade para muitos clientes significa o instante de entrelaçamento de elos com o mundo fora do hospital, instante este no qual as emoções afloram, advindo as mais variadas expressões, sendo a mais comum o choro.

“Eu moro longe, meu marido só pode vir de noite, às vezes não deixam ele entrar, isso me chateia muito... minha irmã vem todo dia me ver... mas é ruim, é um incômodo prá todo mundo. Meu filho tem que ficar na casa da sogra, fico preocupada em não incomodar os outros” (Ísis)

Nesta oportunidade perguntei a Ísis se gostaria de ter alguma foto do seu filho com ela, sendo a resposta afirmativa. Como seu marido só vinha no período noturno, neste mesmo dia fiquei até mais tarde, para poder conversar com ele. Nos dias seguintes, ela deixava a foto do filho sob o travesseiro e de vez em quando a olhava.

Em uma outra ocasião, o vínculo com os filhos também foi expressado:

“... eu fico pensando no meu filhinho, tadinho, tô com tanta saudade dele... fico pensando nele o tempo todo, isso me dá força para agüentar essa barra” (Hermes)

Embora a visita seja valorizada e respeitada, o tempo cronometrado não é tido como bom para os clientes.

“Seria bom se pudesse ter por perto as pessoas que a gente gosta, né? É muito pouco tempo que deixam as visitas entrar... meus filhos mesmo não vejo desde o dia que fiquei internada... o meu marido nem sempre pode vir aqui, isso me deixa mais triste ainda” (Diana)

O tempo cronometrado limita a liberdade de expressão, sendo importante que sejam consideradas as particularidades de cada cliente. Paterson & Zderad (1988, p. 33) enfatizam este aspecto, ao considerarem que “... os minutos, as horas cronológicas

são vividos de modo diferente por cada um (enfermeiro e cliente) dada sua diferente forma de ser na situação compartilhada(...) Os clientes vivem seu tempo em relação ao aborrecimento, à dor, à separação, à espera. O diálogo de enfermagem se desenvolve no tempo cronológico, porém tanto enfermeiro quanto cliente o vivem do ponto de vista de seu próprio tempo interior.”

Esta afirmação mostrou-se bastante clara quando Hermes e eu conversávamos a respeito de como ele buscava passar o tempo na UTI, pois ele mesmo havia falado que nós tínhamos muito trabalho ali. A isso ele assim falou:

“... o remédio eles dão na hora, eu sei porque para passar o tempo eu pergunto o que é que estão me dando de remédio e quantas vezes no dia tenho que tomar, aí toda vez que vem aqui olho pra aquele relógio e o espaço é bem certinho”

Neste sentido, justifica-se a importância em reconhecer que nem sempre o tempo vivido pelo cliente está em sincronia, simultaneidade com o nosso, pois ao se ter esta percepção criamos possibilidades para ampliar a liberdade de expressão, favorecendo conhecer melhor os clientes e conseqüentemente como vivenciam sua experiência.

Nessa recomposição da trilha percorrida, a expressão das convergências em unidades paradoxais traduzem o ponto alto do processo porquanto estas se colocam como fontes inesgotáveis de reflexões que a postura existencial provoca.

Assim, na situação humana com a qual a enfermagem convive em UTIs, o exercício de descrevê-las traz à tona o mais profundo questionamento existencial, e isto faz os enfermeiros não apenas compreenderem, mas relacionarem-se em mais humanização, apreciando, focalizadamente, as experiências de vida.

DA VOZ DO PROCESSO AO ECO DA EXPERIÊNCIA

De acordo com o referencial teórico que guiou este processo a sua voz apareceu na experiência como um eco. Com isto quero dizer que os conceitos fundamentais que embasaram teoricamente o desenvolvimento deste processo assistencial vivido, e olhado atentamente como uma experiência de prática me fez ouvir e cotejar os conceitos que emergiam como se fosse um eco. Por isso considerei apropriados os termos “voz e eco”, referindo-se ao processo e à experiência. Muitas vezes tive dúvida se escutava a voz ou o eco. Possivelmente a própria experiência emitiu sua voz enriquecendo minha compreensão do processo, ampliando o meu modo de vê-lo e, com isto, muitas vezes, o processo se fez eco.

O modelo utilizado como referencial teórico propõe como necessário o reconhecimento de situações de enfermagem como experiências existenciais, o que conduz ao conhecimento da qualidade humana do ser. Isto implica no reconhecimento da singularidade e da autenticidade da experiência. Tendo em conta as experiências em uma visão existencial isto remete à necessidade de uma aproximação existencial, de uma atitude humana por parte da enfermagem, face às situações de outros seres humanos, com os quais se envolve por opção profissional.

Na prática assistencial cuja experiência deu lugar a esta dissertação, pude considerar que o reconhecimento da existência singular dos seres humanos na condição circunstancial de cliente (em situação até considerada limítrofe de sua existência) tornou possível sim, o desenvolvimento de potencialidades do ser humano; não somente em

relação aos clientes, mas também em relação a mim mesma. A própria singularidade é citada por Paterson & Zderad como um paradoxo, já que ao mesmo tempo que o ser humano é tido como único, também é como seus semelhantes, sendo esta uma capacidade universal da espécie humana.

É fundamental que seja valorizado o aspecto da autenticidade, o que se mostra ao favorecer o ser humano para que ele seja o que realmente é, buscando o significado que as coisas têm para ele. Por várias vezes questionei o que realmente significava para o cliente os atos e contatos que no contexto “utiano” são comuns, como o banho no leito, a mudança de decúbito, aspiração de secreções, além de muitos sons e luzes, inclusive sob a forma de disparo freqüente de alarmes, dentre tantos outros. Perguntava-me que pensamentos ocorriam no íntimo de cada um dos clientes, o quanto sentiam-se incapazes de realizar atividades tão costumeiras tal como banhar-se, ficar na posição que considera mais confortável, tossir; o quanto sentiam-se restritos em seus atributos, que lembranças lhes assaltavam o pensamento e que sensações lhes despertavam?

A desconsideração do ser humano em sua singularidade faz com que a escolha a que todo ser humano tem direito deixe de ser acatada. No entanto, na UTI que se limita a assistência tradicional, como se já não bastassem as inúmeras restrições na UTI, que dependendo da maneira como são mantidas podem tirar o direito de escolha do cliente, este também tem sua singularidade perdida no contexto hospitalar. A luta pelo respeito à singularidade foi colocada claramente por Hermes, ao expressar sentimentos vividos em outras ocasiões quando lhe era feita a limpeza corporal:

“... às vezes acho que deixam a gente meio assim com as coisas à mostra; tem um moço aqui que quando vem dar banho em mim, sempre me deixa com as coisas de fora, eu já reclamei que não gosto, tenho vergonha, mas ele sempre faz isso. Já pedi prá ele colocar uns panos ali na frente, que nem umas moças fazem, mas ele diz que não precisa, que aqui tá todo mundo acostumado. Vocês podem tá, mas eu não tô.”

E ainda, quando Hermes conta a respeito da busca da receptividade a suas expressões verbais e, portanto, ao seu desejo de conversar assuntos amenos, diferentes de doença, tratamento, sofrimento, para citar alguns. Comentar um jogo de futebol, por exemplo, dando partida a uma conversa qualquer...

(Hermes): Como foi o jogo do Avai?

(Hermógenes): Perdeu. (Virou as costas e afastou-se)

Walke (1977) nos coloca a importância de reconhecer as “deixas” do cliente de que ele está apto a discutir os seus problemas de modo a criar uma atmosfera na qual o cliente sintase livre para revelar suas dificuldades, para si mesmo e os outros. Quando isto não ocorre a convivência é prejudicada.

Esta perda da continuidade da convivência evidencia-se sob a forma de um corte quando a singularidade vem à tona. O resgate da conversa, que poderia propiciar o conhecimento da singularidade não ocorre. Neste sentido, o trabalho fica reduzido ao cumprimento de ordem clínica, implicando na perda da subjetividade o que contraria o princípio existencial.

E é Hermes mesmo que comenta a recusa do profissional a corresponder a seu autêntico interesse de mostrar-se como ele é, ao afirmar que embora gostasse de conversar, poucos membros da equipe conversavam com ele, sob o argumento de que tinham uma série de atividades a serem realizadas. No entanto, o próprio Hermes percebia que, apesar do excesso de tarefas a serem executadas, os membros da equipe preferiam ficar conversando entre si a conversar com ele.

Cabe aqui ressaltar a implicação de traço ético no que diz tange ao desrespeito à singularidade. Embora a singularidade deva ser reconhecida entre todos os seres humanos, é importante considerar que no espaço intersubjetivo comum também são valorizados critérios humanos de respeito e dignidade. Se um dos aspectos da singularidade de Hermógenes referia-se ao fato deste ser calado, objetivo, isto por si só também tem limites, já que sua objetividade feriu o respeito à manifestação de Hermes,

que não pôde se mostrar como era, falante, e admirador do futebol, e que também buscava a oportunidade de conhecer melhor as pessoas.

Esta singularidade, como já paradoxalmente descrita, também existe entre os membros da equipe. No assistir, à medida em que nos reconhecemos e nos mostramos singulares aos clientes, são criados caminhos para que se possa alcançar um encontro genuíno, de dois seres singulares, e não o desenvolvimento de uma assistência sem levar em conta esse espaço de novas e crescentes potencialidades e expressões. Isto se coloca mesmo em simples gestos do cuidado profissional. É o caso de uma apresentação pessoal como precedente às atividades do membro da equipe de saúde, que por representar a identificação, é um modo de mostrar-se diferente por sua personalidade, tornando-se disponível como uma pessoa de referência para o cliente, à imagem de uma âncora em um porto seguro, no turbulento contexto da UTI. A ausência da simplicidade deste gesto foi evidente quando Hermes disse que não gostava de chamar as pessoas sem ser pelo nome; com isto, Possivelmente muitas vezes deixava de fazer perguntas. Nesse sentido outros clientes, sempre que se referiam a alguém ou ao conjunto da equipe de enfermagem, tratavam de expressar-se, até por essa ausência de identificação, com o termo “eles” (eles, da enfermagem). Esta omissão de identificação, mantendo o anonimato, também tem um traço ético, pois afeta a profissionalidade do sujeito, contrastando com a vivência existencial, podendo inclusive dificultar a enfermagem a ser consolidada como profissão, já que o sujeito efetuator das ações de enfermagem não honra a profissão ao proferir seu próprio nome.

Na simplicidade deste gesto, de apresentação pessoal, valoriza-se em toda a equipe a possibilidade do encontro genuíno, ao tempo em que se auxilia o cliente a inserir-se melhor no contexto de UTI, propiciando familiaridade e preservando as singularidades. Aprender a lidar com a singularidade implica primeiramente em perceber no que cada ser humano é diferente do outro. Assim, pode ser facilitada a superação da visão coisificada, como “cliente do leito 5”, tornando essa descrição em face da existência humana, como “Maria, aquela risonha”... De outro lado, Maria, a risonha, pode referir “Lúcia, aquela enfermeira da mão suave... lembrando de algum cuidado...

O referencial do modelo, orientado pela fenomenologia, torna implícita a sua descrição. Ao considerar que a fenomenologia nos dirige ao estudo da “coisa em si”, que neste modelo teórico é a situação de enfermagem experimentada existencialmente, evidencia-se a valoração da experiência, bem como as capacidades do ser humano para a surpresa e o conhecimento, exaltando o desenvolvimento do “novo” (Paterson & Zderad p. 24).

Como a enfermagem é tida como uma resposta humana, voltada para a valoração de algum potencial humano, pode a enfermagem desta forma ajudar o ser humano a ser o mais humano possível em um momento particular de sua vida resume significado para o trabalho profissional que a enfermagem realiza. Justifica-se isto pelo fato de que como a enfermagem é uma vivência entre seres humanos, seu conteúdo inclui todas as respostas possíveis do ser humano em uma dada situação, tanto de quem recebe quanto de quem presta o cuidado. Assim, limitar esta visão passa a ser uma negação desumana das potencialidades humanas. Na busca pela ampliação do ângulo de percepção da experiência humana, é preciso romper com a visão da rotina, pois esta rotinização tradicionalmente vista na assistência à saúde, é dada a sua afinidade com a opacificação da visão que se tem da experiência.

Sempre que foi possível, durante este estudo assistencial, busquei assegurar aos clientes com os quais estive, o direito de escolha, que por mais simples que possa parecer, preserva o respeito pela potencialidade; isto se deu desde a opção do cliente em não permanecer em uma determinada posição, mas sim em outra; ou até mesmo respeitar e favorecer a alimentação em horário ao qual estava habituado em seu lar, entre outros modos de incentivar as suas escolhas. Possibilitar de diversas formas o alcance de potencialidades humanas dos clientes, considerando que, em função de determinadas condições, são extremamente limitadas porém estão sempre presentes potencialmente, importa para nós descobri-las e utilizá-las.

Estes potenciais, acompanhando a orientação do modelo, também são considerados sob a ótica do enfermeiro. Assim, fui aprendendo a reconhecer minhas potencialidades, bem como minhas limitações, a partir das limitações e potencialidades de cada cliente com quem estive. Aprendi, dentre outras coisas, a valorizar o desejo, para

muitos considerado simples, dos clientes permanecerem em silêncio. O silêncio, que em outras oportunidades para mim se configurava em uma negação de diálogo, na verdade passou a mostrar-se como uma porta entreaberta, uma dica para se concretizar o diálogo, ainda que aparentemente um diálogo de mudos; aprendi a reconhecer a vivacidade, a notar a angústia, o medo, que se mostravam no silêncio. A partir do desenvolvimento de susceptibilidade a minha perspectiva, resultou um outro aprendizado, de resgate da intersubjetividade.

Por outro lado, com os clientes passei a reconhecer as minhas limitações, aceitando-as, processo este doloroso. Em determinados momentos, sofri em silêncio, no meu interior, nas situações com as quais eu não sabia como lidar. Foi realmente uma descoberta, pois passei a enxergar que o caminho por onde passa a assistência, é rodeado por flores e espinhos, e que o conhecimento técnico em muito há de ser complementado com o conhecimento inerente à condição humana, que flui paralelamente a cada acontecer técnico. Com certeza, é um caminho muito árduo, de incertezas, ambigüidades, mas também repleto de flores, das mais variadas tonalidades, no reflexo da beleza da multiplicidade de manifestações da existência humana.

No entanto, para que se possa conhecer as formas humanas de existência nas mais diversas situações em que a enfermagem se faz presente, Paterson & Zderad colocam que através da descrição as enfermeiras podem não apenas compreender mas também se relacionar melhor com o ser humano como este é. Esta colocação é completada com a opinião de Moyle, Barnard e Turner (1995) citando a importância do aprendizado em compreender e apreciar as experiências da vida; segundo os autores, uma forma seria o estudo da literatura popular, que auxilia na obtenção da compreensão e sensibilidade aos muitos componentes físicos e psicológicos das reações humanas à saúde, doença e hospitalização.

A descrição vista desta forma supera os relatos habituais de atos técnicos. Embora estes atos técnicos também façam parte da descrição, esta passa a englobar os eventos humanos, nos quais a enfermagem está bastante presente, pela sua própria natureza, como no caso da UTI, a dor, a separação, a possibilidade de morte, a insegurança, a emoção com as visitas de amigos e familiares, os projetos interrompidos,

a importância das providências de suas... a aflição de pensar nas despesas e conseqüências de seu problema de saúde e outros. A mediação entre estas situações torna-se única através da relação empática durante as experiências vividas e o conhecimento das histórias adquiridas pela experiência .

Dentre os argumentos para se descrever fenomenologicamente a enfermagem, está implícito que o estudo e a descrição dos fenômenos humanos existentes nas situações de enfermagem podem influir na qualidade da situação de enfermagem, no conhecimento que o ser humano possui da variação na capacidade para ser e o desenvolvimento e a forma em que este se dá na teoria de enfermagem e da ciência.

O resgate da intersubjetividade proposto pelo modelo tornam o ser e o fazer, muito interrelacionados. Nos moldes da assistência correntemente desenvolvida, as descrições de enfermagem estão mais centradas no aspecto do fazer, nas técnicas ou procedimentos de enfermagem, que têm um grande valor atribuído principalmente para efeito de confirmações ou de cobranças. Já o que observamos, de singular e de expressões de situação humana frequentemente com relativa facilidade, é apenas percebido, expresso, e por vezes, o próprio sentimento daí advindo, tido como secundário.

Tomando a experiência de enfermagem como interhumana, superamos a visão de percepção e passamos a sentir o sentido do ser, que ocorre de forma mais viva do que a descrição. Como o “sentir” o ser e o fazer ocorrem de forma simultânea, a descrição exclusiva do “fazer” torna a descrição da situação de enfermagem incompleta, perdendo a parte mais bela e viva de seu conteúdo e significado.

Ao viver a simultaneidade do ser-fazer do cuidar em enfermagem, transcende-se a assistência correntemente desenvolvida centrada no fazer, voltando o cuidado para um “ser-com” que propicia o desenvolvimento do cliente e do enfermeiro enquanto seres humanos, já que na perspectiva humanística a visão da enfermeira como de um ser em um corpo, de uma função ou alguém que realiza atividades, é superada passando a ser tida acima de qualquer condição como um ser humano . Ou seja, a

enfermagem deixa de ser vista como desempenho de um papel, tornando-se realização de atos que são em si mesmos necessidades voltadas ao alcance de potências humanas; por outro lado, o cliente também deixa de ser visto como alguém que desempenha um papel, sendo visto sim, como um ser humano que encontra-se em um momento indesejado e inesperado de sua existência.

Paterson & Zderad colocam o fenômeno de enfermagem sem considerar suas formas especializadas, já que seu domínio engloba todas as situações próprias da enfermagem. Como neste domínio a enfermagem humanística é uma transação intersubjetiva voltada para nutrir o bem-estar e o mais ser, seu material inclui todas as respostas humanas e interhumanas possíveis. Para que seja concebido um marco de referência que permita uma aproximação ordenada, sistemática e produtiva para o desenvolvimento de enfermagem humanística, as autoras citam que a chave disto está em observar o fenômeno de enfermagem tal como ocorre na vida real. Pode-se dizer que desta perspectiva a situação humana é a que prepara o cenário em que se vive a enfermagem, derivando-se desta situação as dimensões principais de enfermagem humanística.

Ao tomar a situação humana como marco de referência, nesta experiência vi que a ela é propiciada uma grande variedade de pontos de vista, deixando portas abertas para a exploração em variada direção, inclusive estimulando e valorizando a liberdade, a imaginação e a criatividade. Neste sentido, a assistência para fins deste trabalho engloba todas as situações próprias de enfermagem, em unidade de terapia intensiva, e ali a situação humana, o ponto inicial de derivação do marco.

Em função da gravidade e instabilidade das situações clínicas, uma quase única preocupação fundamental da enfermagem tem sido o cuidado com as necessidades físicas dos clientes; isto leva a uma tendência em ter a assistência normatizada e centrada na existência corporal do ser humano. Quando se passa a ver a enfermagem exercida a partir da perspectiva da situação humana, é facultada a possibilidade de voltar o cuidado vendo-o além do cuidado físico e da classificação do ser humano como organismo biopsicossocial. Assim, a atenção passa a ser focalizada na singularidade de cada ser e seu potencial de crescimento em cada encontro interhumano.

A atuação da enfermagem em unidade de terapia intensiva vem sendo tradicionalmente vista no âmbito das especialidades, adquirindo o caráter de fragmentação na abordagem assistencial. Com isto coloca-se uma outra questão para o uso deste modelo na UTI; é que ao assumir uma visão humanística a compartimentalização em especialidades clínicas perde lugar, pois tal visão (humanística) se aplica a todas as áreas. As autoras do modelo que tomei como referência ao processo assistencial desenvolvido, tratam deste aspecto e defendem a visão humanística no que tange a sua contribuição e aquisição de habilidades em aprofundamentos naquilo que se mostra apropriado ao ser e o fazer da enfermagem, de modo associado a estudos interclínicos desses fenômenos. Entendo, como Paterson & Zderad, que essa tendência leva a um avanço do modelo vigente de especialização, principalmente porque supera os limites da fragmentação.

O marco de referência assistencial que utilizei gerou a possibilidade de explorar os fenômenos vividos na enfermagem em relação ao tempo e espaço, referido a uma perspectiva existencial, centrada à atenção no modo como eu, enfermeira e o outro, o cliente compartilhamos o tempo e o espaço subjetivamente. A espera, o silêncio, a situação de emergência, o momento de rever alguém familiar, a emoção ao se dar conta da recuperação de uma função temporariamente perdida, dentre outros, foram instantes vividos compartilhadamente e valorizados no conhecimento de enfermagem. Paterson & Zderad sugerem que investigar tais questões pode proporcionar uma introspectiva valiosa de fenômenos importantes para a enfermagem.

Ainda que, nesta experiência, nas situações humanas em que mergulhei como enfermeira, tendo a visão de enfermagem humanística, a minha prática de enfermagem esteve guiada pelo questionamento emergente do próprio evento intersubjetivo vivido buscando discriminar se esses eventos estavam sendo humanizantes ou não. Cabe aqui citar que, o silêncio que permeia muitas vezes o assistir, pode ser humanizante em uma dada situação, porém desumanizante em outra. Aproveito a oportunidade para descrever uma situação:

Quando estive com Minerva, por várias vezes nossa conversa foi entrecortada pelo silêncio. Ao despertar da anestesia ela perguntou pelo seu

marido, dizendo que ele deveria estar muito preocupado ... (silêncio); aproveitei esta lacuna proporcionada pelo silêncio e perguntei a Minerva se gostaria que eu entrasse em contato com ele e informasse como ela estava, no que ela concordou. Ela me falou que ele estaria no corredor da UTJ, para onde me encaminhei, chamando-o e proporcionando uma maior tranquilidade para ambos. Em outro momento Minerva me perguntou se iria ficar muito tempo com a sonda para urinar; expliquei a ela que precisávamos saber quanto ela estava urinando para controlar a quantidade de soro que ela iria receber; ainda assim ela me disse que incomodava tanto ... (silêncio). Novamente retomei a conversa e disse à Minerva que eu sabia o quanto era desconfortável para ela a presença daquele artefato, e que ela sempre poderia comunicar todo e qualquer desconforto que tentariamos diminuir-lo. Tentei mudar a fixação da sonda, o que conforme Minerva, lhe incomodou menos.

Hays e Larson (1970) enfatizam que utilizar o silêncio de forma positiva e aceitadora pode ser um valioso instrumento terapêutico; ao se mostrar interessado, expectante no silêncio, a enfermeira encoraja o cliente a verbalizar, tomar iniciativa, comunicar o que está lhe oprimindo. Também pode “reduzir a marcha” de uma conversa, introduzindo a discussão de um assunto que seja mais importante para o cliente do que aquele que estava sendo discutido anteriormente. O silêncio utilizado desta forma evidencia propostas para o alcance do bem-estar e reconhecimento e utilização de potenciais humanos. Isto difere da utilização do silêncio para desviar a conversa para um assunto diferente em função do próprio enfermeiro não saber lidar com o tema, sendo preciso para isto muita intuição. Em um outro caso, ao não utilizar o silêncio como uma oportunidade para o próprio cliente questionar sentimentos, perdendo-se a chance de permitir ao cliente descobrir que ele pode ser aceito em seu silêncio, e que apesar da timidez e quietude, o cliente tem valor e é respeitado pela enfermagem.

Shwartz e Schockley (1970) comentam a freqüente dificuldade da utilização do silêncio para o pessoal de enfermagem, pois

“... eles pensam que nada está acontecendo e que eles estão perdendo tempo. Em longos períodos de silêncio eles se tornam cansados e sua atenção desvia-se do cliente. Se a enfermeira pudesse observar o cliente e a si mesma cuidadosamente, ela poderia descobrir que muito acontece entre eles nesses momentos.”

Neste sentido, é inerente ao modelo a indagação constante de quanto são considerados humanos ou não os eventos intersubjetivos na assistência.

No que se refere ao aspecto da formação profissional para a investigação em enfermagem humanística, Paterson & Zderad citam que a utilização da abordagem inicia no ponto em que a enfermeira se coloca na condição humana de investigadora. Esta assistência, pautada no modelo de enfermagem humanística, tornou-se atenta, voltada para o desvelamento da natureza e do significado do ato de cuidar como o evento de enfermagem é vivido, experimentado e como enfermeira e cliente respondem a este evento. Atentar para isto, gera a necessidade de investigação e almeja responder, clarificar algumas das perguntas mais relevantes da prática assistencial cotidiana.

Comentam ainda Paterson & Zderad que esta possibilidade ampliada de investigação é alimentada pela experiência, diferentemente das realizadas em laboratórios, as quais estão sujeitas a todo e qualquer tipo de controle, e presas à manutenção da objetividade; opostamente a esta investigação, a realizada na prática assistencial se configura em cenários os mais diversos, com planejamentos frequentemente alterados. Porém, este contexto transborda significados. E esta busca de relações entre a parte e o todo se dá de forma intuitiva, humana, baseada em muita reflexão com a finalidade de compreensão e solução. Daí advém as complexidades, contradições e inconsistências, que fazem com que muitas enfermeiras hesitem nesse tipo de experiência e busquem permanecer no campo das abordagens que se centram na objetividade.

A voz de Paterson & Zderad teve parcial embargo como eco nesta experiência que desenvolvi naquilo que o modelo alerta da enfermagem humanística, ou seja, que se pode aprender na situação de enfermagem compartilhando de forma duradoura com os colegas de profissão, já que esta é uma forma de proporcionar o

conhecimento. O exercício de cumprir com este importante aspecto foi revestido de intenso esforço de ampliar conversas na equipe formais e não-formais sobre a abordagem que este projeto assistencial previa no que diz respeito aos caracteres humanísticos da relação profissional que estava sendo desenvolvida. Nessas conversas, procurei dar formas analógicas, construí estórias e fiz metáforas como uma linguagem mais próxima de abstrações. Fui ouvida, ouvi, mas não posso dizer que conto com respostas duradouras a esse compartilhar. Compreendo que esta era a minha primeira investida nesse caminho e o alcance desse aspecto ficou tênue; além disso, sei quanto é difícil fazer rupturas dos modos cristalizados e, historicamente, “pesados” que valorizam dados objetivos e técnicos e transformar esse ser o fazer em uma “nova” linguagem intersubjetiva tal como compreendida com este modelo. Ademais, a instituição normatizadora das formas de relação da enfermagem com clientes é um desafio a ser enfrentado mais coletivamente, e esta experiência foi ainda individual, um exercício precipuamente acadêmico e portanto, ainda incipiente. Apesar de tudo isto, ao contrário do desânimo, vejo força na perspectiva de prosseguir nesse compartilhamento da abordagem que pretendo continuar vivenciando profissionalmente. Contudo, compartilhar com os colegas a abordagem, não significou escancarar a profunda experiência vivida, sobretudo na confiança. Esta foi convertida em questão importante, já que implicava em divulgação de experiências, conotando uma questão ética. Assim procedendo, me iniciei na troca de experiências gerando conhecimento para alcançar a compreensão e a comunicação significativa. Aqui foi respeitado o princípio de proteção ao mesmo tempo dos indivíduos e grupos envolvidos na experiência assistencial. Segui o que Paterson & Zderad sugerem quanto ao enriquecimento da descrição com o uso de abstrações, metáforas, analogias e parábolas. Assim, alcança-se a responsabilidade de ser, responder e transformar o conhecimento em palavras. O estudo da linguagem, particularmente da metáfora, como uma abordagem válida para a compreensão do mundo vivido-experencial do cliente também é descrito por Czechmeister (1994), ressaltando que a consciência da função expressiva da metáfora fornece um foco valioso para a escuta e compreensão do cliente.

Contudo, é necessário estar alerta quanto ao uso das palavras adequadas, pois a descrição por si só, ao retratar a experiência conceitualizada, já é mais limitada que a experiência única vivida. Também é primordial sempre ter em mente que a

descrição está voltada para o mundo subjetivo-objetivo existente no cotidiano em que se inserem os seres humanos subjetiva-objetivamente, preservando e respeitando suas mudanças.

Ainda que em outra instância, algumas autoras enfermeiras brasileiras nesses anos 90 vêm se utilizando da linguagem metafórica ao publicar artigos sobre a própria enfermagem. Essa linguagem é vista como a próxima linguagem por Capra (1990) ao comentar que as histórias, parábolas e metáforas são expressões essenciais do ser humano, e que ao explicitar as idéias deste modo podemos atingir um melhor entendimento, estabelecendo relações por nós mesmos, num ato criativo.

Na busca pela descrição mais fidedigna das experiências humanas está implícito um esforço, em escrever, estruturar, reescrever e reestruturar, processo este, às vezes, cansativo. Prosseguir com a seleção de palavras que descrevam a perspectiva de quem as usa, respeitando e salientando o caráter de, ida sem volta, das palavras.

Ao explicar sobre a lógica da metodologia fenomenológica, Paterson & Zderad abordam que uma filosofia explícita de enfermagem pode ser considerada uma prática mais significativa, revertendo essa prática assistencial em recursos para as enfermeiras, melhorias no serviço e também vista como um instrumento para revisão, correção e avanço do conhecimento próprio da enfermagem.

No ponto de partida metodológico, Paterson & Zderad colocam que a lógica do método está voltada para a resposta de como a enfermeira pode conhecer a si e aos outros, estabelecer comparações e sintetizar complementarmente as intermediações conhecidas. E ainda, enfatiza que a fonte na qual pode se buscar essa resposta está na situação de enfermagem em si mesma, através da descrição, que oferece subsídios para que possamos nos conhecer, também deixando pistas para alcançar o conhecimento do outro. Isto compreende o esforço em aprender a ver, ouvir, apreender as sutis nuances de cada ser que estão presentes na assistência. Assim será preciso dispor-se como enfermeira a assumir intencionalmente riscos, bem como estar aberta a tudo a seu redor.

Esta abertura às experiências se mostrou para mim de maneira contundente, pois sentia-me limitada em minha capacidade de perceber e de expressar o mundo oculto, no qual deveria mergulhar. De modo a obter o resgate até mesmo do conceito de enfermagem que existia no meu ser e fazer profissional, tive que assumir este compromisso, estando disposta a uma inversão na investigação, estando inclinada a descrever o que vejo e percebo no cotidiano de enfermagem. Confesso que muitas vezes não gostei do que vi, fenômenos como a incompreensão, a ausência de disponibilidade por parte da equipe de forma intencional ou não, o isolamento, o desgaste profissional, porém também vi coisas belas, como a manifestação de esperança, segurança, a comemoração compartilhada de melhora clínica, e até clientes que superaram a solidão da internação na UTI, e que vieram se despedir afetosamente antes de retornarem aos seus lares. Desta forma, passei a perceber de um modo diferente (mais audaz em correr riscos, menos receosa) vários fenômenos que estavam de certa forma ocultos pelo caos cotidiano. Estar aberta a esses inúmeros fenômenos que permeiam a assistência, requereu que eu estivesse aberta ao conhecimento. Creio que ampliando a maneira de ver e perceber as coisas, abrindo novas janelas, trilhando outros caminhos, vislumbrando outros horizontes pude tornar possível o impulsionar da singularidade, permitindo inclusive o arrojo de um outro modo de ver o crescimento potencial da profissão. Pude ver ainda que o significado da enfermagem humanística está no ato intersubjetivo existencial, e na singularidade da experiência humana, aí residindo o valor, já que a experiência clínica é uma parte que se desenvolve no bojo dessa prática.

O resgate existencial, de que o ser humano só é quando em relação com outros seres humanos, é visto na relação enfermeiro/cliente bem como entre a equipe. Isto diz respeito ao estímulo que esta abordagem imprime para procurar conhecer melhor os próprios membros da equipe de trabalho, compartilhando o saber apreendido com os clientes e com os membros da equipe. A experiência que cada componente da equipe tem, os seus pontos de vista diferentes sobre uma mesma situação, ao serem explicitados, divulgados, podem colaborar na compreensão dos fenômenos pertinentes à esfera de enfermagem.

Um outro ponto levantado por Paterson & Zderad e que pude ver nesta prática assistencial é o de que em função das descrições que cada enfermeira faz de sua

experiência, é esperado o surgimento de pontos de vista inúmeros; contudo, estes não podem ser julgados como certo/errado, (como preconizado nos modelos de assistência de dominância positivista), mas sim diferentes, já que através do seu contraste um pode se tornar mais claro em relação ao outro, e este diálogo de conceituações baseado em experiências pode resultar em uma síntese complementar. Com isso nos conduz à valorização dos fenômenos de enfermagem.

No que diz respeito à arte na enfermagem, Paterson & Zderad narram, como propriedade intrínseca do modelo o seu caráter humanístico, pois seu substrato é o evento interhumano. E pela própria posição humanista, a enfermagem também interessa-se pela humanidade e as artes. Na procura pelo enriquecimento do conhecimento do ser humano e da situação humana, as autoras citam como fonte a filosofia, a literatura, a poesia, o drama e outras formas de arte para usos de sua formação ou mesmo em seus relacionamentos de enfermagem. Essas bases como forma de expressão são consideradas meios para desenvolver a manifestação e descrição das realidades do mundo de enfermagem.

Este é um ponto de vital importância, já que os aspectos científicos e tecnológicos da enfermagem têm se encaminhado para propiciar o risco de obscurecer os elementos humanísticos e artísticos, que deveriam ser componentes integrais da educação e prática de enfermagem (Benner & Winbel, 1989; Younger, 1990, Darbyshire, 1993, citados por Darbyshire, 1994).

Heidegger citado por Darbyshire (1994, p. 858) também já demonstrava atenção com a preocupação da era moderna com o pensamento instrumental e racional, em oposição ao pensamento mais meditativo e contemplativo, ao dizer que “... a chegada da onda da revolução tecnológica na era atômica poderia cativar, fascinar, ofuscar e iludir tanto o homem que o pensamento calculativo pode algum dia vir a ser aceito e praticado como o único modo de pensamento”

Ao se conceber outras formas de relatar os estudos e a prática de enfermagem voltadas para as experiências vividas também oferecem-se formas mais

poderosas, sensíveis do que as encontradas nos livros-texto tidos como padrão. Assim, manifesta-se uma nova abordagem, promovendo alternativas de experiência, de pensamento e aprendizado na enfermagem, pela compreensão do cuidado através das artes e humanidades, expressando um assistir voltado ao humano. O poema, a metáfora, se incluem entre as possibilidades de uma descrição artística pelo seu estilo narrativo. Entretanto, a conciliação da utilização da arte e da ciência de enfermagem não tem sido contemplada na educação formal de enfermagem, sendo esta mais uma questão suscitada a ser discutida, pela relevância de sua aplicação. Paterson & Zderad salientam que a importância da inclusão das artes e das humanidades, nos programas educativos de enfermagem só virá como consequência de seus efeitos humanizadores. E acrescentam que artes e humanidades são um antídoto necessário para a despersonalização que acompanha a tecnologia científica e a mecanização.

Ao relacionarem a enfermagem com a arte, Paterson & Zderad (1988, p. 90) citam Abdellah, ao dizerem que

“A arte de enfermagem não deve ser confundida com a ciência de enfermagem. A primeira trata da capacidade intuitiva e da destreza técnica (frequentemente ritualística), assim como dos aspectos mais básicos de enfermagem; a última, se ocupa das verdades científicas. Ambas são importantes. Estão interrelacionadas e se complementam entre si.”

Hoje vem se tornando conhecidas as tendências de buscar a convergência da ciência com a arte, como de resto as convergências de métodos e as convergências até mesmo em utilização de correntes do pensamento. Entretanto esta não é um colocação sem polêmicas e, talvez porisso mesmo, tão importantes para os que desejam explicitar tais relações para um mundo mais humano.

No modelo são feitas várias referências à arte; uma dela diz que a arte pode tanto ser efeito do trabalho humano (obra de arte) como causa das coisas produzidas pelo trabalho humano (conhecimento e perícia do artista).

Desta maneira, ao se traçar paralelos com estas afirmações, alguns exemplos na qualidade de resultados da arte de enfermagem seriam o bem-estar, o conforto, o alento, a compreensão, ou seja, obras de arte da enfermagem. Poderia se afirmar que, em um contexto tão tumultuado quando o da UTI a arte de enfermagem se traduz em atos que embora singelos são repletos de beleza, como expressar ternura, validar desejos proporcionar conforto, respeitando os clientes como pessoas com desejos. Para que este tipo de arte se manifeste, resultando nestes efeitos, implica em a enfermagem ter conhecimento e perícia, trabalhando com destreza para consegui-los, superando a “aparência” e conseguindo enxergar na subjetividade.

Por ser intersubjetiva, a enfermagem com arte implica em fazer com e estar com. Assim, acredito que a arte clínica de enfermagem implicou em fazer-estar com o cliente no pudor do seu banho, no incômodo da aspiração traqueal, na incerteza de sua melhora, dentre tantas outras condições em que se aliam o saber técnico e a percepção de existência, sempre tendo em vista a participação ativa do enfermeiro para tornar real sua possibilidade, seja ela de conforto, ajuda, apoio... Isto denota a diferença no preenchimento da lacuna do fazer e do estar, que ao ocorrerem de forma intersubjetiva tornam repleta a enfermagem com arte; arte clínica segundo Paterson & Zderad, dizendo respeito à valoração de qualidades e sentimentos.

Deste modo, Paterson & Zderad afirmam que pode haver arte no cuidado com uma criança, com alguém que não contactua, como aqueles que se encontram em condição de coma, ou em transição da vida para a morte, utilizando as palavras de Buber e também salientam que a enfermagem vive a síntese da arte e da ciência no ato de enfermagem, sendo este um fenômeno mais fácil de viver que de descrever.

ALGUNS PONTOS PARA REFLEXÃO

Considerando a própria natureza do encaminhamento da prática assistencial e a descrição que culminou nesta dissertação, traço aqui algumas considerações (ou reflexões) acerca do caminho que trilhei, sem ter no entanto a intenção de esgotá-las. Isto se torna justificado pelo respeito ao caráter de mutação existente no contexto assistencial, onde pontos de vista diferentes implicam na construção de horizontes, muitas vezes paralelos ou que se sobrepõem.

A construção de uma vivência assistencial buscando ser pautada no referencial fenomenológico/existencial proposto por Paterson & Zderad conduziu ao meu próprio questionamento enquanto enfermeira, criando possibilidades para que eu visualizasse a assistência sob um novo prisma, levando-me a olhar mais atentamente o contexto profissional no qual me insiro. Isto diz respeito a enxergar o assistir além da técnica, com um olhar que engloba o ser humano vendo a técnica como um instrumento a seu serviço, um veículo através do qual pode-se alterar os conceitos vigentes e desta forma modificar a prática.

Outro ponto que julguei importante foi o de aprender a perceber as faces presentes na assistência como “novidade” suscitando outros questionamentos ao longo deste caminhar, despertando minha curiosidade, conduzindo-me a refletir e examinar minhas próprias crenças e valores para que eu pudesse tornar mais amplo o meu ponto de vista, e até mesmo me tornasse mais sensível no cuidado, ponderando em alguns

momentos como procede minha prática profissional, considerando minhas emoções, que por vezes são refreadas, se considerada a execução de tarefas vendo-as como rotineiras.

O processo utilizado transcendeu a análise individual das situações como de modo geral são vistas nos processos contidos em outras teorias. Neste aspecto o modelo de Paterson & Zderad se mostra mais complexo em sua fase intelectual de análise por ter que ir além da análise individual e ter que chegar necessariamente à transposição para a estrutura geral do fenômeno. E isto compreendeu as duas etapas de análise assim consideradas na pesquisa fenomenológica, ou seja, a individual e a de estrutura geral, denominada por Paterson & Zderad descrição de unidades paradoxais.

A formulação de unidades paradoxais extraídas da vivência obtida junto aos clientes permitiu que eu adentrasse ainda mais no contexto “utiano”, e compreendesse melhor como o “estar-com” em terapia intensiva se manifesta, em uma visão bidirecional, enfermeiro-cliente. Assim, pude questionar a metodologia proposta e a prática assistencial desenvolvida.

Desta maneira, pude passar a perceber e buscar compreender o ser humano a partir da experiência de enfermagem, que muitas vezes é contraditória, embora essencial para que seja desenvolvida a enfermagem de cunho humanístico, em uma tentativa de buscar uma superação do uso deste termo, “humanístico”, do senso comum.

A partir desta experiência tornei-me mais consciente da necessidade de estar aberta às expressões de cada cliente. Com isso, também aprendi a ouvir o que não é dito verbalmente, a enxergar o que não se vê no primeiro olhar e a perceber melhor o que cada cliente tem a nos transmitir, que inclui a dor, o medo, a esperança, que por serem “subjetivos” muitas vezes não são facilmente reconhecidas e tidas com o seu justo valor. Com isso, pude ser favorecida no sentido de conhecer melhor os clientes com que estive, apreendendo como se percebem no contexto da UTI, em suas mais ricas e variadas expressões.

Vivenciado desta forma a realidade do mundo da UTI, passando a perceber a singularidade e sendo autêntica, tornou-se um penetrar em um mundo invisível, como se fossem duas dimensões (mundos) que ocupam um mesmo espaço.

Ao escolher dissertar sobre este tema, tencionava desenvolver uma proposta de enfermagem a partir do modelo fundamentado em Paterson & Zderad, desta forma conhecendo sob uma nova ótica o assistir em enfermagem, buscando compreender o significado das experiências vividas juntamente aos clientes, para com isto sugerir propostas de prestação de assistência mais humanizada em um local tão repleto de tecnologia como a UTI.

Ver a assistência desta forma favoreceu a proximidade, compartilhando as experiências e permitindo o conviver com emoções e expectativas. Isso me impeliu a transcender o meu enxergar que era influenciado por estar em consonância com um cotidiano por assim dizer “pesado” pela indiferença provocada pela presença dos equipamentos, e “frio” pelo caráter de objetividade de gestos, ações. No entanto, o peso da indiferença dos equipamentos pôde se tornar reduzido pela leveza da plenitude de reconhecimento do ser humano. Passei a ver a tecnologia em UTI, aliada à sensibilidade e à intuição como pincéis através dos quais pude assistir as pessoas na forma de construção de obras de arte. Os equipamentos, procedimentos passaram a ser vistos como instrumentos. A objetividade tornou-se mais amena ao unir-se à subjetividade que alinhava a assistência como se fosse um fio, que precisa ser encontrado. Esta particularidade torna a assistência diferenciada.

Assim sendo, viver a realidade desta forma na UTI tentou buscar o resgate da singularidade, traduzindo expressões e maneiras de perceber não somente o local de desempenho de atividades profissionais, mas também as pessoas que formam a equipe de enfermagem, formando um contexto mais humanizado.

Ao se examinar (não num sentido tido tradicionalmente como clínico, mas sim existencial) as pessoas as quais cuidamos, percebemos que aqueles que se encontram na UTI são mais diferenciados ainda, pois estão ali em uma efervescência de

características humanas, que torna mais colorido o assistir, cabendo a nós reconhecermos e aprendermos como estas se manifestam.

A prática assistencial passou a ser vista como um momento de descobrimento, profícuo, momento de conhecimento, de exercício de intersubjetividade, fazendo com que eu passasse a reconhecer o ser humano sob o ponto de vista de ser humano e à medida em que foi crescendo a reflexão sobre a existência, mais alerta tornei-me passando de enfermeira a compartilhadora, companheira muitas vezes em situações que bordejavam a morte, na realidade que se manifestava. Logo, tornei-me consciente das pessoas.

O repartir o descobrimento do saber do outro, conhecer em intersubjetividade mostrou um caminho para que se pudesse andar em direção a uma experiência mais compartilhada, mais plena, respeitando o espaço para o sentido singular da experiência humana

Acredito que alguns pontos levantados no decorrer deste estudo possam servir de subsídios para inúmeros trabalhos. Não tenho a pretensão de considerar este tema de estudo como acabado, pois traduz-se apenas em um enfoque decorrente da descoberta de um novo modo de ver a assistência de enfermagem em UTI . Com isso, creio que a demonstração de outras maneiras de cuidar, de ensinar, de aprender a enfermagem possa cada vez mais auxiliar os enfermeiros em sua busca por uma compreensão maior dos clientes aos quais nos dedicamos

Desta forma, creio que o exercício de enfermagem em UTI implica em uma realização que considere os aspectos éticos e o peso da técnica. Além disso, que a enfermagem pondere e questione como estes seres humanos que cuidamos, vivenciam este encontro, em um local tão estranho, de modo que os traumas orgânicos muitas vezes já impostos pela terapêutica não agrave ainda mais as seqüelas maiores do ponto de vista do trauma de sua existência.

Foi bastante prazeroso caminhar considerando-me como ser humano, superando a visão tradicional de enfermeira enquanto função. Isto se tornou possível

resgatando-se a expectativa da descoberta, de poder ver as situações existenciais diferentes entre si, bem como as pessoas envolvidas nestas situações, criando possibilidades de crescimento pessoal e profissional, estimulando a criatividade e aprendendo-ensinando no contexto da vida

Finalmente, gostaria de deixar alguns questionamentos, no sentido de que os enfermeiros indaguem como tem sido desenvolvida a assistência de enfermagem em UTI, se tem ocorrido de forma empática e intersubjetiva, respeitando crenças, valores, e se o diálogo tem realmente existido, pois acredito que dessa maneira poderemos criar novas visões e assim transformar a enfermagem cada vez mais fundamentada na relação com o outro, de um modo intuitivo, dinâmico, sempre buscando desvelar o significado de ir além do assistir.

APÊNDICES

DESCRIÇÃO INGÊNUA	UNIDADES DE SIGNIFICADO
-------------------	-------------------------

DIANA 42 ANOS, DIAGNÓSTICO A
ESCLARECER SÍNDROME DE
GUILLAIN-BARRÉ ?).

Está no décimo terceiro dia de internação na UTI, sob VM controlada, traqueostomizada. Ela a princípio estava deitada, com os olhos fechados, porém não dormindo. Abriu os olhos assim que toquei no seu braço.(1) Chego perto dela, digo-lhe boa noite e apresento-me como a enfermeira que cuidará dela, dizendo meu nome. Tinha uma expressão triste,(2) mas mesmo assim me respondeu com um boa noite inexpressivo. Num primeiro momento tive a impressão de que seria muito difícil dialogar com ela, tendo em vista que as informações da passagem de plantão de que ela era uma paciente tida como “difícil”, ansiosa, e que estavam tentando tirar do respirador e que à mínima mudança dos parâmetros ventilatórios já dizia que estava com dor no peito e falta de ar. No entanto, percebi que ela me fitava atenta, como que eu fizesse alguma coisa por ela.

Perguntei se ela estava com fome, ela balançou a cabeça querendo dizer que sim.(3) Ofereci-lhe o café com leite e bolachas que a copa já havia deixado. Num primeiro momento, ela se alimentou de um modo completamente passivo, o que até entendi, pois ela tinha diminuição da força muscular. Subitamente, ainda que com dificuldade, ela pegou as bolachas da minha mão e começou a levá-las à boca sozinha. Fiquei surpresa e contente, pois havia sido informada de que ela não estava colaborando em quase nada. Nesse momento estimei-a, dizendo que isso era um sinal de melhora, e que ela deveria sempre esforçar-se em realizar atividades para se tornar mais independente, porque embora ela sofresse de uma doença que diminuía a força muscular, ela não poderia entregar-se, e que mesmo os movimentos por mínimos que fossem deveriam ser realizados. Enquanto ela acabava de alimentar-se, peguei a prancheta e

1- O toque é uma maneira de começar o diálogo com a cliente em UTI

2- A expressão facial é um modo de comunicação dos mais variados sentimentos

3- Na UTI os gestos são uma importante forma de comunicação

anotei em seu prontuário os seus sinais vitais. Mal terminei de anotar, ela me "cutucou" e perguntou "está tudo bem aí ?" (4) Disse-lhe que estava tudo dentro do normal. Ela terminou de se alimentar, retirei sua mesinha de alimentação e fui deixar os pratos na copa. Antes de me afastar, ela pegou no meu avental e me perguntou "você volta ?" (5) Eu respondi dizendo que só iria guardar a bandeja de alimentação e logo retornaria. Pude perceber que ela ficou aliviada com a certeza da minha presença. Antes de voltar à beira do leito, fui preparar sua medicação e o soro que já estava terminando. Ela ficou de longe observando, ao que retribuí com um sorriso que ela não correspondeu. Ao voltar à beira do leito, antes de administrar a medicação, ela me perguntou "isso é p/ que?" (4). Informei que naquela hora eram antibióticos e remédio contra úlcera. Ela fez uma cara de questionamento e em seguida perguntou "p/ que, se não tenho nada no estômago ?" (6) Expliquei-lhe que era uma prevenção, porque os pacientes que tem tendência a desenvolver úlcera pelo "nervosismo". Ela disse "ah, então vai me fazer bem, eu sou muito nervosa" (6). Em seguida, ela fez sinal de que queria limpar os dentes. Perguntei se ela tinha escova de dentes, ela balançou a cabeça dizendo que não. Então fui providenciar material p/ tal. Após feita a higiene oral ela disse "é melhor ficar com a boca limpa. Quando tiraram aquele negócio do meu nariz (SNG) saiu um cheiro e um gosto horrível" (7) Ela também fez caretas enquanto isso. Comecei a me sentir mais à vontade com ela e percebi que ela também.

Em seguida, aproximou-se a médica plantonista, perguntando à Diana como ela estava se sentindo. Diana balançou as mãos, querendo dizer + ou -, com os olhos um pouco arregalados. A médica não informou nada, apenas mudou seu regime ventilatório de volume controlado p/ SIMV+PS, e afastou-se. Diana pegou minha mão e disse "não sai daqui" (8) Eu falei que tudo bem, que eu iria ficar ali. Expliquei à Diana que todo paciente passa por várias fases antes de respirar sozinho, e ela estava passando para uma outra fase. Diana falou "eu não vou conseguir" (9)

4- na UTI a cliente tem interesse em saber como está o seu estado

5- A cliente à medida em que passa a conhecer o seu tratamento, também passa a questioná-lo, compreendendo-o melhor

7- O uso de sonda nasogástrica é percebido pela cliente como algo indesejável provocando um odor e gosto desagradáveis

8- Na mudança de parâmetros ventilatórios a cliente se sente insegura solicitando a presença da enfermeira

Disse à ela que ela tinha que tentar ao menos, ter força de vontade e pensamento positivo, pois até mesmo antes de ocorrer a mudança no regime ventilatório ela já havia que não iria agüentar. Ela falou "fica aqui comigo". (8) Disse à ela que ficaria ao lado dela o tempo que fosse necessário, pois estava cuidando só dela. Ela começa a ficar dispnéica e fica segurando firme minha mão. Puxo uma cadeira e sento-me ao seu lado. Diana fica a todo instante olhando p/ mim e perguntando "está tudo bem?"(4). Respondo que sim. Mostro p/ ela um aparelho pequeno que está no seu dedo (sensor do oxímetro de pulso) e pergunto se ela sabe p/ que aquilo serve. Ela responde que não.(10) Digo a ela que ele mede a concentração de oxigênio no sangue, e mostra numa tela ao lado de sua cama (ela vira o rosto com dificuldade p/ tentar ver) em quanto está. Digo-lhe que o valor normal é acima de 93 %. Ela me pergunta "e eu, tô com quanto ?"(4), e eu digo 98 %, e que está tudo bem. Sua frequência respiratória aumenta, ela começa a ficar sudoreica, olha p/ mim com expressão de angústia (2) e aperta minha mão mais forte ainda.(3) Repito que ela está passando por uma nova fase, e que ela precisa se concentrar em sua respiração, pois ela agora participa mais da respiração que o respirador, e é ela quem comanda a própria frequência respiratória. Também digo que ela precisa relaxar mais, pois a ansiedade aumenta a frequência respiratória, diminui a quantidade de oxigênio no sangue e leva ao cansaço, fazendo com que ela regrida no processo de desligamento do respirador. Ela me olha atentamente, e diz "tenho muito medo de morrer". (11) Digo a ela que estarei ao seu lado, e que se não tolerar os parâmetros do respirador serão alterados e que ela não será sacrificada por isso. Ela pergunta "olha aí p/ mim como é que tá ?"(4) referindo-se à sua saturação. Informo-lhe que está em 94%. Ela diz "abaixou, né? Estou me sentindo pior, acho que não vou agüentar". Eu que já estava de mãos dadas com Diana, observo que as extremidades de seus dedos estão menos rosados. Diana diz "tenho medo sempre que mexem no aparelho, (8) porque fico com falta de ar e dizem que é frescura. Tenho medo de

9- Os vários equipamentos utilizados não são conhecidos pela cliente

11- Na UTI a cliente tem medo de morrer

ficar sofrendo à toa" (12). Enquanto ela falava, observei que estava ficando sudoreica e que sua saturação caiu p/ 88%. Ela estava ficando mais agitada, e apertava minha mão com mais força (4), batendo contra a cama. Peço a um funcionário p/ chamar a médica. Digo a ela para procurar respirar mais fundo, e p/ ela não se preocupar, pois se ela não está tolerando ainda, era sinal de que ainda não estava na hora de ser retirada do respirador. A médica aproxima-se, e pergunta se Diana não está suportando mais, ao que Diana só balança a cabeça dizendo que não. (3) Ela retorna ao regime ventilatório anterior. Ao esboçar que iria me afastar, p/ preparar nova medicação, Diana segura no meu avental e diz "não sai daqui, ainda não estou boa". (5) Disse-lhe que era rápido, e que era necessário fazer isso, pois estava na hora de sua medicação. Mesmo assim, antes de me afastar do leito, ela acenou, me chamando, e preferiu falar:

"Acho que devia levar mais consideração com que a gente fala. Poxa vida, se eu digo que não estou aguentando, porque aumentam o meu sofrimento, dizendo que é frescura? Dá impressão de que o que a gente diz não vale nada"(12). A este ponto, eu lhe disse que o que ela me falava era muito importante, e tão importante, que eu estava ali bastante atenta a tudo que ela estava me falando, e com isso ela poderia contar. Diana continuava dispnéica. Ao retornar com a medicação, que desta vez ela não perguntou p/ que era. Ela esboçou iniciar a fala, mas como observei que ela ainda estava um pouco dispneica, perguntei se ela sabia escrever, ela respondeu que sim, então sugeri que ela escrevesse, pois aí ela se cansaria menos. Ela escreveu:

"Fiquei com medo quando disseram que eu vinha pra cá. Agora olha só, a vida dá volta e eu estou aqui, acordada com esse negócio na garganta e ainda vendo tudo.(13) Perguntei à Diana o que era esse tudo que ela estava vendo: Eu tô aqui desse jeito, nessa agonia, as pessoas não acreditam quando eu falo, e escutando tanta coisa que se diz aqui dentro"(13)

Observei que enquanto ela escrevia, embora com discreta dificuldade, ela se distraía, e com isso ficou menos dispneica e sua frequência

12- A cliente tem medo de sofrer desnecessariamente por não ser considerado o que ela diz

13- A necessidade de internação na UTI é considerada com medo, por estar com traqueostomizada, acorda, e vendo tudo o que se passa na UTI, incluindo comentários que ouve a respeito de outros clientes

respiratória diminuiu. Sua saturação de oxigênio já havia alcançado 100%. Nisso, tentando retomar o assunto, lhe perguntei o que ela escutava que a incomodava. E Diana continuava escrevendo: “Dizem muita coisa ruim, tipo, aquele lá não sai, tadinho é tão novo, ou senão coisa tipo, porque aquele infeliz não morre logo. Eu escuto tudo, e conheço os outros (pacientes) mesmo não dando prà ver eles, eu não sei quem tá de um lado ou do outro, mas conheço de tanto que escuto o pessoal falar. Essa aqui do lado eu sei que tá podre, porque todo mundo reclama de cuidar dela. So não escuto falar de mim, mas acho que é porque quando o pessoal muda fala baixo que é pra eu não escutar”.(13) Um funcionário aproxima-se de mim e pergunta qual dos pacientes iria receber banho (em função do diminuído número de funcionários, o banho dos pacientes também é realizado no período noturno, para diminuir a sobrecarga do pessoal do período matutino). Pergunto à Diana se ela prefere tomar banho agora ou pela manhã. Ela pergunta se sou eu que vou dar banho nela, e eu respondo que sim. Ela responde : "então quero agora". Antes de preparar o material p/ o banho, percebo que Diana está bem tranquila, mantendo boa saturação. Digo a ela que vou preparar o material p/ o seu banho, ela responde que "tudo bem" Antes de iniciar seu banho, pergunto se ela gostaria ajudar no banho, se lavando. Ela diz que tem medo de se soltar do respirador, (14) e eu digo que não tem perigo. Ela diz que "vai tentar". Coloco os biombos, e todo o material necessário do lado do leito. Diana me pergunta “você pode lavar meu cabelo, tem muito tempo que não lavo”. Respondo que sim, e iniciamos o seu banho. Coloco a luva de banho, e antes de iniciar o banho Diana diz que ela pode ajudar. Coloco uma luva de banho em sua mão e ela se esfrega, com uma expressão de estar gostando de fazer aquilo. Fico em silêncio observando, e ela diz que "não tem coisa pior do que os outros darem banho na gente; o ruim é que na cama não é como em casa"(15) . Terminamos o banho, verifiquei seus sinais vitais e pergunto à Diana se ela está com sono. Ela responde tô, mas não consigo dormir

14- A cliente tem medo de desprender-se do respirador

15- Para a cliente, na UTI é ruim receber o banho no leito

porque tenho medo de que mexam no aparelho enquanto durmo. Pergunto à ela se ela gostaria de receber um sedativo p/ poder dormir, ela responde que sim. Aplico o sedativo prescrito e em seguida Diana dormiu, mantendo o seu quadro estabilizado durante todo o restante da noite. Pela manhã, durante a passagem de plantão Diana despertou e olhou ao redor, ficando atenta ao que estava sendo dito. Após eu passar o plantão, chego ao seu leito e despeço-me dela, ela segura minha mão e pergunta quando eu volto, e eu lhe digo que dali à dois dias, à noite. Ela diz “que pena”, e eu digo p/ ela pensar direitinho em tudo que lhe falei, p/ ela tentar se recuperar logo. Em seguida despeço-me dela.

No dia seguinte, assim que cheguei à UTI, Diana olhou p/ mim com um ar de satisfação, e disse, (após um esforço mútuo de compreensão, pois por um lado eu estava com dificuldade de entendê-la, e de outro ela teve bastante paciência para repetir), esboçando choro “Eu não aguento mais ficar aqui. Já vi muita gente entrar, e também vi muita gente que não conseguiu sair. Tenho muito medo. Já se passaram quase quinze dias e eu ainda estou aqui, isso é muito sofrimento”(16) Nesse momento, fiquei meio sem saber o que dizer, afinal o prognóstico dela ainda era bastante indefinido. Mesmo assim, eu lhe disse que ela ainda estava ali na UTI porque ela ainda não estava conseguindo respirar sózinha, e que era melhor ela realmente só ir p/ o quarto na certeza de ir e não voltar para a UTI. Diana começou a chorar copiosamente, e com isso começou a querer tossir; eu já havia percebido a necessidade de aspirá-la, mas ela já estava apontando para o local da traqueostomia, enquanto eu já estava preparando todo o material necessário. No entanto, antes de fazer a aspiração, carinhosamente a toquei, e falei que já ia passar. Enquanto eu a aspirava fiquei preocupada, pois sua saturação começou a cair preocupantemente, e temi que o seu quadro pudesse piorar. Terminei a aspiração e permaneci ao seu lado. Fiquei em silêncio ao seu lado, esperando o que mais poderia ocorrer entre nós... Ela já menos angustiada, disse: “Cada vez que vocês tem que tirar esse

16- Na UTI a experiência de internação é acompanhada de um sentimento de insegurança por não saber se vai sair dela com vida.

catarro da minha garganta, penso que vou morrer, que vai ser a última vez. Ai, fico pensando nos meus filhos"(17). Ela continuou a falar, embora com dificuldade, "seria bom se pudesse ter sempre por perto as pessoas que a gente gosta, né?"(18). Concordei com ela, e perguntei porque ela estava dizendo aquilo. E ela prosseguiu: É muito pouco tempo que deixam as visitas entrarem... meus filhos mesmo, não vejo desde o dia em que fiquei internada... o meu marido nem sempre pode vir aqui, isso me deixa mais triste ainda".(18) Nisso, o alarme do monitor disparou, e por segundos pensei que ela fosse se assustar com isso, pois o volume estava alto, mas qual foi minha surpresa ao ver que a própria Diana conectou o cabo do monitor ao eletrodo. Ela aparentava um ar cansado, e perguntou se tinha chegado algum lanche. Verifiquei qual era o tipo de dieta que ela estava recebendo, e como era dieta livre, perguntei se ela gostaria de café com leite, ela disse que aceitava, então lhe ofereci um pouco do café que é preparado na própria UTI para os lanches dos funcionários. Enquanto ela se alimentava, eu observava seu padrão ventilatório, e fazia as últimas checagens na medicação e soros que ela estava recebendo. Eu perguntei a ela se eu poderia ir embora. Ela me agradeceu, dizendo: "obrigado por ter vindo me dar uma força". Apertei sua mão, e lhe desejei um sono tranquilo.

No dia seguinte fiquei assustada ao entrar na UTI, pois havia uma movimentação ao redor do leito da Diana. Ela estava cianótica, e estavam trocando sua cânula de traqueostomia que havia ficado obstruída por uma rolha de secreção. Preferi não me intrometer no próprio andamento dos procedimentos, pois todos os funcionários já estavam juntamente com o intensivista realizando a necessária troca da cânula. Limitei-me a aproximar da Diana, que ao me ver, estendeu sua mão para mim, onde ficamos de mãos dadas.(3) A troca da cânula foi um pouco difícil, e foram minutos de angústia não sómente para ela, mas para todos nós. Em seguida, a funcionária que estava cuidando dela me perguntou se eu iria ficar com ela, o que eu confirmei. Ela me narrou o que

17- O incômodo da aspiração endotraqueal é acompanhado da sensação de proximidade da morte, quando a cliente pensa nos filhos

18- O tempo de visita na UTI é tido pela cliente como inadequado, por ser curto, de horário fixo e que impede a entrada de crianças.

aconteceu, dizendo que Diana passou o dia sem alterações, a não ser a necessidade da troca da cânula. A funcionária afastou-se, e Diana olhou p/ mim com os olhos cheios de lágrimas e me disse que era muito bom para ela eu estar ali. Fiquei com vontade de chorar ao ouvir aquilo, pois senti que foi uma expressão realmente sincera. Embora já tivesse conhecimento de como Diana havia passado o dia, perguntei a ela como gostaria de se comunicar comigo, e como foi o dia dela. Ela preferiu escrever, e começou ficou pensativa olhando para o papel). Perguntei a ela se tinha alguém que ela estava esperando e que não veio. Fiquei em silêncio, e ela ficou olhando somente para o papel, fazendo alguns rabiscos. Disse a ela que se quisesse não precisava responder. Em seguida ela me perguntou *"Como foi o dia lá fora?"*(19) Respondi dizendo que o tempo havia ficado nublado e que choveu um pouco, mas que a temperatura estava agradável. Perguntei como ela estava se sentindo, se estava com menos falta de ar, pois ao olhar os parâmetros do ventilador mecânico vi que ela estava respirando com uma fração de oxigênio menor que do dia anterior, e que ela estava com um número maior de ventilações espontâneas. Ela escreveu *"estou me sentindo melhor, mas não sei se vou conseguir voltar a respirar sem essa porcaria de máquina. Sempre que acho que estou ficando melhor, volta a falta de ar e tenho que respirar com isso aí. Fico com medo, porque sei se vou conseguir voltar a respirar por mim mesma."*(9) Enquanto isso, ficamos em silêncio, desviei o meu olhar para o ventilador mecânico, pois eu tinha medo de que Diana realmente estivesse condenada a passar os seus dias presa a este aparelho. Ela me pediu outro lápis, e escreveu: *"Acho que eu não precisava ter passado por este sufoco porque o dia todo, falei pra todo mundo que eu tava sentindo que tava passando ar, mas ninguém levou a sério. Ai, deu no que você viu."* (20) Neste instante, tive a sensação de que ela não queria mais conversar, perguntei a ela, que disse que estava cansada. Ela me perguntou se eu iria passar a noite ali, e eu respondi que não, porque precisava descansar pois na noite seguinte eu estaria de plantão.

19- Na UTI a cliente sente-se isolada, sem ter noção de como foi o dia do lado de fora do hospital

20- Na UTI a cliente percebe que tudo que ela diz não é levado em consideração

Ela disse "então vai embora, você deve estar muito cansada. Não sei como vocês que trabalham em hospital aguentam, cuidar de gente doente cansa muito, né ?" (21) Eu lhe respondi que embora seja um trabalho cansativo, é gratificante, pois nos dá oportunidade de fazer alguma coisa por alguém que precisa. Ela pegou minha mão, e a beijou, me desejando boa noite. Na noite do meu plantão, ao chegar à UTI, Diana não estava mais. Me doeu olhar aquele leito vazio, e eu temia pelo pior. Mas fiquei alegre ao saber que ela tinha tido alta pela manhã e tinha ido para o quarto, e que estava passando bem.

21- A cliente vê o trabalho em UTI como muito cansativo

Síntese das múltiplas realidades conhecidas	Convergência de unidades de significac
1- Na UTI existem vários modos de comunicação com o cliente, como o toque, a expressão facial, os gestos	1,2,3,
2- A cliente em UTI tem interesse em saber do seu estado, bem como o seu tratamento, que à medida em que torna-se conhecido, é questionado	4,6,
3- A presença da enfermeira é fonte de segurança, pois a paciente sob ventilação mecânica cria dependência,e tem insegurança quando são alterados os parâmetros ventilatórios	5,8,9,14
4- Os procedimentos invasivos na UTI são desagradáveis, a aspiração traqueal traz consigo a sensação de morte próxima e alguns equipamentos não são conhecidos pela cliente	7-10-17
5- A cliente tem medo de morrer na UTI e de sofrer desnecessariamente, por estar entubada, acordada, acompanhando o movimento da unidade, ouvindo comentários de outros pacientes e sem ser considerada no que diz	11,12,13,
6-O banho no leito é ruim	15
7- A internação na UTI é acompanhada do sentimento de insegurança, por não saber se conseguirá sair de lá e por perceber que o que a cliente diz não é levado em consideração	16,20
8- O tempo de vista é curto e inadequado, impedindo a entrada de crianças, aumentando a sensação de isolamento da cliente, por não ter noção do que acontece do lado de fora do hospital	18, 19
9- O trabalho na UTI é cansativo	21

Proposições acerca das unidades de significado

Em UTI são utilizadas uma grande variedade de tratamentos e equipamentos cuja finalidade e funcionamentos ao serem conhecidos pode em muito diminuir a ansiedade decorrente de sua utilização, pois o cliente tem interesse em saber qual a sua condição o que o ajuda a firmar sua referência enquanto pessoa. Na busca por essa referência enquanto pessoa, o ser humano tem uma série de manifestações que estão além da utilização da linguagem verbal, que quando reconhecidas podem favorecer o entendimento acerca da situação que é vivenciada.

O enfermeiro ao saber reconhecer as várias formas de manifestação do cliente, pode ser uma fonte ainda maior de segurança no meio da utilização de equipamentos, principalmente a ventilação mecânica, cujo uso traz consigo a sensação de dependência gerando insegurança quando da tentativa de se retirar o cliente da ventilação mecânica.

A situação desta cliente mostra que não têm sido considerados seus sentimentos e sensações quando da UTI, apesar de ela se mostrar de uma forma clara com manifestações corporais, o que lhe agride ainda mais não apenas fisicamente, mas o seu ser, levando também a um distanciamento por parte da equipe, influenciando no verdadeiro encontro. Isso agrava ainda mais a incerteza em saber da sua real possibilidade de superar a necessidade de estar na UTI.

A cliente sente-se isolada dos filhos

DESCRIÇÃO INGÊNUA	UNIDADE DE SIGNIFICADO
<p>DIONÍSIO - P.O. GASTRECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA . 68 anos.</p> <p>Internado no fim da tarde do dia anterior, foi extubado há aproximadamente 30 minutos. Apresento-me dizendo meu nome, e como a enfermeira que irá cuidar dele. Ele se vira para mim, tossindo bastante. Ofereci-lhe uma toalha, e ele aceitou. Pergunto como ele se sente. Ele responde: "<u>Pensava que fosse morrer com esse troço na garganta, não aguentava mais, ainda bem que tiraram, senão eu arrancava</u>" (1) Fiquei ao seu lado, e quando melhorou do acesso de tosse, ele me perguntou: "<u>Quando é que eu vou sair daqui?</u>" (2) Eu respondo que eu não sei, mas acreditava que em breve, pois ele já estava conseguindo respirar sózinho, sem aquele "cano" que apesar de incômodo era o que ajudava ele a respirar. Ele disse "<u>sei disso, a gente precisa dessas coisas, mas é muito ruim</u>". (3) Disse a ele que eu estava ali para ajudá-lo, e que poderia contar comigo. Pareceu-me uma pessoa muito revoltada. Ele tinha uma sonda nasogástrica que ainda drenava secreção em grande quantidade, e que a todo momento o seu Dionísio colocava a mão. Dava a impressão de que ele se sentia acorrentado no leito. Tentei retomar o diálogo com ele, enquanto pegava sua toalha que estava suja, e perguntei-lhe de onde ele era. Ele me respondeu: "<u>Sou de Santo Amaro, moro na roça</u>". Ele realmente tinha todo o tipo de quem era lavrador. As mãos, calejadas, os pés rachados de andar descalço; aparentava ser descendente de germânicos. Seu Dionísio me pergunta se ele pode tomar água, e eu lhe disse que por enquanto não, mas se ele quisesse aliviar um pouco a sede, eu poderia molhar um pouco os seus lábios. Ele me olha e diz que gostaria. Após ter os seus lábios umedecidos com água, ele me falou : "<u>Não aguento mais ter que ficar com esse gosto ruim na boca</u>" (4). Perguntei a ele se não haviam limpado a sua boca, ao que ele respondeu "<u>Limparam sim, mas esse paninho</u></p>	<p>1- O uso de entubação endotraqueal é um motivo de incômodo para os clientes, que não suportam por muito tempo</p> <p>2- Na UTI os clientes tem necessidade de ter noção de quando terão alta</p> <p>3- Embora na UTI o cliente reconheça a necessidade dos vários equipamentos, sua utilização é vista como um incômodo</p> <p>4- O uso de sonda nasogástrica pelos clientes faz com que fiquem com gosto desagradável na boca</p>

que passam na boca da gente não limpa nada, quero mesmo é escovar os dentes.””(5) Perguntei se ele tinha escova de dentes ali na UTI, e ele me respondeu que não. “Nem sabia que vinha prá cá, minhas coisas todas ficaram lá no quarto””(6) Disse a ele que se ele quisesse, eu poderia trazer para a UTI alguns objetos que ele desejasse. Ele falou “você consegue mesmo?”, o que eu confirmei. Ele fez um olhar pensativo, como se houvesse uma série de coisas, mas por último disse “traz meu pente, minha pasta de dente, minha escova de dente, um rosáriozinho que minha mulher deixou e um santinho que também ficou lá””(7) Perguntei a ele que santinho era esse, e ele me falou que não era uma estátua, mas sim um santinho de papel, de São Judas Tadeu. “Sou muito católico, minha filha”” disse ele. “Prá mim é muito importante ter meus santos por perto, me sinto mais protegido.””(8) Falei para ele que era muito importante as pessoas terem fé, e expressarem isso às outras pessoas. Ao terminar de falar isso, observei que o seu soro estava terminando, e pedi licença a ele para me afastar brevemente para trocar o seu soro. Ao retornar ao seu leito, seu Dionísio estava com as mãos cruzadas sobre o peito, olhando para o teto, com os olhos fixos no vazio. Ele tinha uma aparência caquética, até mesmo pela própria história da doença. Assim que cheguei ao seu leito ele falou, *obrigado por tudo*. Foi aí que eu percebi que apesar de ter uma aparência “carrancuda” seu Dionísio era uma pessoa que provavelmente sempre foi extremamente trabalhadora, e que àquela altura da vida, tornou-se dependente das outras pessoas. Em seguida disse-lhe que não haveria porque ele me agradecer, pois eu estava ali para isso. Perguntei se ele desejava mais alguma coisa no momento, pois eu iria no seu quarto na enfermaria para pegar os objetos que ele havia solicitado. Ele me respondeu que não, e me agradeceu novamente. Observei-o, vi que estava tudo bem com ele, comuniquei à enfermeira da UTI que eu iria sair por uns instantes para pegar alguns objetos dele e dirigi-me à enfermaria (tomei a liberdade de garantir que iria pegar os objetos do seu Dionísio porque já sabia que era permitido na

5- Apesar dos cuidados relacionados à higiene realizados na UTI, o cliente sente falta da higiene realizada por ele mesmo

6- Quando internado na UTI o cliente é admitido de forma inesperada, sem ter consigo seus objetos pessoais

7- É importante para o cliente em UTI ter consigo os seus objetos de uso pessoal, bem como seus símbolos religiosos

8- A religiosidade é importante para o cliente e traz a necessidade de ter seus símbolos consigo

UTI os pacientes ficarem com alguns objetos pessoais, o que nem sempre é permitido em outros hospitais). Ao entrar na UTI seu Dionísio já estava olhando em minha direção. O seu leito era bem próximo à porta. Ao chegar à ele, disse-lhe que tinha boas notícias, ele me olhou com expressão de curiosidade, quando lhe disse que havia conversado com sua esposa, e que ela estava fora da UTI aguardando o horário da visita. Nisso, ele começou a chorar. Fiquei ao seu lado. Ele chorava, e tentava enxugar as lágrimas, com suas mãos tão marcadas pelo duro trabalho. “Ah, minha velha, trabalhamos tanto, sempre fiz tudo por ela, e agora no fim da vida ela sem condições é que tem que ficar resolvendo tudo prá cuidar de mim. Que fim triste” (9). Disse a ele que ela estava bem, que eu havia conversado com ela e explicado como ele estava. Ele me pediu para escovar os dentes, “quero ficar bonito”.(10) Após isso, ele pegou o santinho e o beijou, pedindo para colocar o rosário em algum local perto da cama dele,(11) então o coloquei sobre o balcão que fica na cabeceira. Verifiquei seus sinais vitais, esvaziei o coletor da drenagem nasogástrica (estava cheio) e a bolsa coletora de urina. Reposicionei os equipos de soros, pois a prescrição do dia já estava pronta, e como alguns soros estavam suspensos, retirei-os para deixá-lo logo mais à vontade. Ele me perguntou se ainda ia ficar “com aqueles negocinhos” (os eletrodos) no peito, e eu respondi que ele ainda precisaria, e expliquei-lhe a finalidade. Ele me perguntou “mas isso não dá choque não, né ?” (12), onde respondi que não. Pedi à ele que procurasse ficar no leito na posição que fosse mais confortável para ele, estiquei seus lençóis, e disse para ele que já estava na hora de sua esposa entrar. Fui até a porta, dona Marta estava sentada, cabeça baixa, de mãos cruzadas. Coloquei minha mão em seu ombro e falei que estava na hora dela entrar. Ela me perguntou: “Ele não tá muito ruim não, né ?”, onde eu respondi que não e que provavelmente ele teria alta à tarde (eu já havia ouvido comentários dos intensivistas a este respeito). Ela vestiu o avental, e dirigiu-se ao seu Dionísio. Ambos ficaram com os olhos

9- A internação em UTI é percebida como o aproximar da própria finitude, e o cliente fica preocupado com a família

10- A intenação em UTI não diminui no cliente a vaidade, o querer mostrar que está bem para a família

11- Para o cliente é muito importante manter próximo a si seus vínculos religiosos

12- O cliente desconhece a finalidade do equipamento utilizado em UTI, o que pode fazer com que fique menos confortável

cheios de lágrimas, e eu me afastei, observando-os. Ela lhe deu um beijo na testa, e ele pegou firme na sua mão, ficando instantes sem se falar. Preferi não observar, pois mesmo estando à distância acreditava que aquele era um momento que pertencia a eles, e que mesmo estando à distância, eu me sentia como uma "intrusa". Durante todo o período da visita eu fiquei lendo algumas informações a respeito de suas condições orgânicas. Quase no fim do horário de visita, dona Marta me chamou e perguntou se ele não podia tomar água, e lhe disse que ainda não, mas que poderia molhar seus lábios se ele assim desejasse. Ela pediu então que eu levasse a gaze umedecida que ela fazia isso para ele. Ela disse "tadinho, ele toma tanta água, e nem isso agora ele pode." (13) Respondi à ela que eu já havia explicado isso para ele, que ele não podia tomar água por enquanto, mas que brevemente ele poderia tomar água. Antes de sair, ela me agradeceu, e disse "cuida direitinho dele pra mim, tá ?". Eu disse à ela que ela poderia ficar tranquila em relação a isso. Ela lhe deu outro beijo na testa e disse à ele que tivesse fé em Deus para ficar bom e ir logo para casa. Ela se foi com os olhos cheios de lágrimas, e ele também assim ficou. E quase eu também...

Estava no horário da administração da heparina subcutânea, e ao esboçar o meu afastamento do leito, seu Dionísio me perguntou: "Você também já vai ?" (14), e eu respondi que só ia preparar sua medicação e já voltava. Ao retornar, como a medicação seria administrada por via subcutânea, perguntei onde ele preferia que fosse administrado, após ter mostrado para ele os lugares de aplicação. Ele disse que preferia que fosse "na barriga", porque "é onde ainda tem um pouquinho de gordura, do resto só tenho osso". Apliquei a medicação, e aproveitei a ocasião para saber o que ele sabia a respeito da sua doença. "Ah, minha filha, não quero falar disso não, é coisa muito ruim, só quero ficar melhor para sair daqui e ir pra casa." (15) Percebi que ele não queria falar a respeito de sua doença, e que muito provavelmente ele sabia o que era e o prognóstico (ele tinha câncer de estômago).

13- A internação em UTI é acompanhada de restrição de vários hábitos do cliente

14- O cliente gosta de ter alguém ao seu lado

15- Na UTI quando o prognóstico é bastante reservado, o cliente não gosta de falar acerca de sua condição, talvez por não aceitá-la

Em relação à medicação que ele estava utilizando, perguntei se ele sabia o que era e se desejava saber, ao que ele me respondeu que “já me explicaram uma vez, mas é muito complicado. Prefiro confiar, porque vocês sabe o que faz”.(16) Fez-se um silêncio. Perguntei como havia sido a vida dele. Ele me contou que foi nascido e criado na roça, sempre teve muita saúde, sempre trabalhou muito, era pobre mas na sua casa nunca faltou nada. Até que de uns anos para cá começou a emagrecer, perder o apetite, sentir dores na "barriga" e falta de ar, quando procurou o médico que disse para ele que era uma "coisa ruim". Ele parecia saber o nome de sua doença, porém não a aceitava, logo não dizia o seu nome.

Esperava conseguir com que me falasse mais sobre ele, mas súbitamente ele se calou. Perguntei a ele se preferia ficar só, e ele me respondeu que sim, mas que “foi bom a senhora ter ficado comigo” (17) Observei o monitor, conferi as medicações, soros recebidos, débito urinário, curativo cirúrgico, drenagem de sondas e drenos, e estava tudo ok. Despedi-me do seu Dionísio, e agradei pela sua colaboração, e perguntei se poderia vê-lo no dia seguinte, ele disse que sim. Lhe dei a mão, e ele, apesar de debilitado, apertou-a com força. Desejei que ficasse melhor, para em breve voltar a ficar do lado da esposa.

Síntese das múltiplas realidades conhecidas	Convergência de unidades significado
A entubação orotraqueal e os vários procedimentos a que o cliente é submetido são incômodos, porém necessários	1,3,4,
O cliente quer ter noção de quando terá alta da UTI	2
Apesar dos cuidados prestados relacionados à higiene prestados pela equipe, na UTI o cliente sente falta da higiene realizada por ele mesmo	5
O cliente é admitido na UTI de uma forma inesperada, sem ter consigo seus objetos pessoais e seus símbolos religiosos, que o ajudam a ter mais segurança	6,7,8,11
O cliente percebe o aproximar da própria finitude ao ser admitido na UTI, ficando preocupado com a família, sem no entanto perder a vaidade, querendo mostrar que está bem para a família	9,10
Os vários apetrechos utilizados na UTI podem limitar a movimentação do cliente, havendo equipamentos cuja finalidade o cliente desconhece, preferindo confiar na competência da equipe	12,16
Para o cliente é bom ter alguém ao seu lado	14,17
A internação em UTI é acompanhada da restrição de vários hábitos do cliente	13
Quando o prognóstico é bastante reservado, o cliente não gosta de comentar acerca de sua condição	15

Proposições acerca das unidades de significado

Quando está na UTI, o cliente é submetido a vários procedimentos, tais como entubação oro-traqueal, sondagem nasogástrica que são bastante desconfortáveis, sendo entretanto considerados pelo cliente como necessários. Para este cliente a chegada na UTI se deu de uma forma súbita, em que se vê afastado de seus objetos pessoais de referência, aí incluídos seus símbolos religiosos, que para o cliente proporcionam segurança. Na UTI o cliente também tem interesse em ter previsão de quando terá condições de alta. O aproximar da própria finitude é percebido pelo cliente na UTI, ficando preocupado com a família. Embora seja importante para o cliente ser visto pela família, o cliente gostaria de ser visto de uma maneira considerada por ele como apresentável.

Para o cliente, é bom ter alguém a seu lado, em um local onde se vê submetido a uma série de equipamentos e procedimentos, muitos deles desagradáveis, que também podem limitar sua movimentação. A restrição de hábitos, aqui incluído o alimentar, acompanha a internação na UTI, sendo mais um motivo de desconforto para o cliente. Quando o cliente possui um prognóstico considerado como “reservado”, não gosta de comentar sobre o seu estado, embora goste e queira ter alguém ao seu lado.

DESCRIÇÃO INGÊNUA	UNIDADE DE SIGNIFICADO
<p><u>APOLO, 45 ANOS, INTERNA NA UTI POR CHOQUE SÉPTICO A ESCLARECER. É UM PACIENTE OBESO (170 KG).</u></p> <p>Está com a cabeceira elevada, lendo uma revista. Aproximo-me dele, que vira seu olhar em minha direção. Digo-lhe meu nome e ele sorri, dizendo que eu deveria ser japonesa. Pergunto como se sente e ele me responde que está se sentindo “estranho”, pois ele é uma pessoa que <u>nunca teve nenhum problema de saúde, que de repente sente-se mal, é levado para um hospital, desmaia e acorda na UTI.</u>(1) Perguntei-lhe se ele havia sentido alguma coisa de errado nos últimos dias, ao que me respondeu que só um resfriado. <u>Me pergunta quando irá sair da UTI,</u>(2) e lhe respondo que em breve, apesar de não saber lhe dizer quando, pois sua pressão ainda estava baixa, e fazendo uso de drogas que precisavam de controle de gotejamento constante. Pergunto a ele como vê a internação na UTI; ele diz que <u>no início ficou assustado, pois imaginou que fosse ficar todo amarrado e com tubo na boca,</u> (3) <u>mas ao internar e depois da avaliação médica e com o pessoal da enfermagem perto, perdeu um pouco do medo.</u> (4) Perguntei a ele em relação ao que ele tinha medo. Ele disse que <u>tinha medo de morrer, afinal ele estava na UTI e lá é lugar de gente que está muito mal</u> (5). Digo-lhe que ele está certo em parte, pois na UTI também ficam pacientes que estão em risco de apresentar maiores complicações, como é o caso dele, e que na enfermaria ele não teria uma atenção tão intensiva como ele está tendo ali na UTI. Observo o seu soro que não está gotejando; ele tinha uma punção em uma veia periférica, que obstruiu, tornando necessária uma nova punção. Ele está atento a tudo, e diz: <u>“vão ter que me espetar de novo?”</u>(6). Digo a ele que sim, e ele diz que já é a 3a. vez que iam ter que "furar" ele. Peço para me afastar por uns minutos, pois ia pegar o material.</p> <p>(Converso com o médico sobre as condições</p>	<p>1-O cliente é admitido na UTI de uma maneira inesperada</p> <p>2- Na UTI o cliente tem interesse de saber a previsão de quando terá alta</p> <p>3- A internação em UTI vem ocorrer de um modo que o cliente fica assustado, pois acompanhada da idéia de restrição ao leito, entubação endotraqueal</p> <p>4- A presença da equipe auxilia a diminuir o medo</p> <p>5- A internação em UTI é acompanhada da idéia de morte, pois é tida como um local para pacientes muitograves</p> <p>6- Na UTI o cliente tem a necessidade de ter conhecimento acerca de todos os procedimentos a serem realizados</p>

venosas do sr. Álvaro (que são frágeis e de difícil visualização) que diz que no seu caso o ideal será uma dissecação de veia, devido aos riscos de se puncionar uma veia subclávia em função da obesidade, e que já entrou em contato com o cirurgião. Pergunto se o paciente já sabe disso, o médico diz que não). Retorno ao leito do sr. Álvaro, e explico-lhe a necessidade da realização da dissecação venosa e como será realizada. Ele me pergunta se sentirá dor (6), e digo que ele receberá anestesia local. Ele está bem apertado no leito, pergunto se na noite anterior ele conseguiu dormir, ele diz que não, pois a cama é muito estreita para ele. (7)

O cirurgião aproxima-se dele para realizar o procedimento, sem sequer pronunciar o seu nome e Álvaro pede para ficar ao seu lado,(8) eu lhe digo que ficarei. O procedimento é realizado sem problemas. Após isto, o cirurgião se retira, e o José me diz: “Viu só, se você não me avisa, ele ia chegando sem pedir licença e sem me dizer o que ia fazer comigo”.(9) Em seguida, afasto-me para preparar a sua medicação. As administro, ele fica observando (10). Em seguida verifico os seus sinais vitais. Ele pergunta como está sua pressão, (10) e eu lhe digo que está um pouco baixa. Ele franze a testa.

Peço ao sr. José que me fale um pouco sobre ele. Ele me diz que é advogado, mas que não exerce a profissão, sendo empresário de médio porte, com máquinas agrícolas. Diz que batalhou muito p/ ter uma vida confortável, que não aceitava a idéia de ter ficado doente,(11) pois estava preocupado com os seus negócios, ele não aceitava muito bem a idéia de se internar mas mudou essa impressão ao perceber a atenção que estava recebendo,(12) o que o deixava satisfeito. A este ponto, ele me pergunta de onde sou, pois percebeu um sotaque diferente em mim. Digo-lhe de onde sou, e ele continua a fazer uma série de perguntas acerca da equipe, como quantas pessoas trabalham ali, a escala de trabalho. Ele diz que no caso dele, estava bem contente de estar tendo aquele papo todo comigo, que por minutos até esqueceu que estava na UTI (13) Digo-lhe que na medida do possível, ele poderia me solicitar em relação a

7-Na UTI nem sempre a mobília utilizada pelos clientes são adequadas para o seu conforto

8-Para o cliente é importante a presença do enfermeiro quando da realização de procedimentos

9-Na UTI por vezes os procedimentos são sem que sejam devidamente informados ao cliente, incluindo a ausência de identificação do profissional que o realiza

10-Na UTI o cliente tem interesse pelo seu estado, manifestado sob a forma de perguntas sobre as medicações utilizadas e valores de parâmetros fisiológicos

11) O cliente não aceita a idéia de estar doente

12-Na UTI o cliente sente-se cuidado com atenção

13- O diálogo entre enfermeiro e

qualquer coisa, ao que ele agradece. Diz que está com sono, e que espera conseguir dormir. Apago a luz sobre o seu leito e digo-lhe p/ não se assustar caso o alarme do monitor disparasse, pois é um aparelho muito sensível, nem se assustar com a minha presença, pois de hora em hora eu vou ter que verificar sua pressão e demais sinais vitais.

Ele dormiu praticamente das 00:00 às 06:00 hs apesar de eu ter tido que verificar sua pressão arterial a cada 30 minutos.

Às 06:30 hs ele desperta, com o disparo do alarme do paciente ao lado, (14) que estava com o volume alto, pergunta que horas são e diz que pensava que fosse mais tarde.

Passo o plantão e despeço-me dele, que me pergunta quando trabalharei novamente. Informo-lhe, e ele me diz que espera que no meu próximo plantão ele já tenha tido alta da UTI.

cliente na UTI é importante pois ajuda a superar a necessidade de estar ali internado

14- O som dos alarmes dos monitores é motivo de prejudicando o repouso

Síntese das múltiplas realidades conhecidas	Convergência de unidades significado
<p>A internação em UTI é imprevisível e o cliente ao estar lá tem medo pela noção de que será restrito ao leito, submetido a procedimento invasivo como a entubação endotraqueal, também sendo acompanhada da idéia de morte, por ser considerado local para clientes em estado muito grave, sendo este medo diminuído com a presença do pessoal de enfermagem</p>	1,3,4,5,
<p>Na UTI o cliente tem a necessidade de conhecer os procedimentos a serem realizados, sendo a presença do enfermeiro importante durante a sua realização</p>	6,8,10
<p>O conforto do cliente é prejudicado devido ao mobiliário utilizado na UTI que nem sempre é adequado e pelo disparo dos alarmes dos monitores que prejudicam o repouso</p>	7,14
<p>O cliente sente-se desrespeitado ao ser realizado procedimentos sem que seja informado e pela ausência de identificação por parte do profissional que o realiza</p>	9
<p>O cliente sente-se cuidado com atenção, sendo auxiliado a superar a necessidade de internação na UTI através do diálogo com o enfermeiro</p>	12,13
<p>O cliente tem interesse em saber a previsão de sua alta</p>	3
<p>O cliente não aceita a idéia de ter ficado doente</p>	11

Proposições acerca das unidades de significado

Para o cliente, a internação na UTI é imprevisível. Ao estar lá o cliente tem a noção de que será restrito no leito e submetido a entubação traqueal. A idéia de morte acompanha a internação na UTI, por ser tida como local para clientes que se encontram em estado de gravidade extrema. Para o cliente, o medo da morte é diminuído com a presença do pessoal de enfermagem. Na UTI o cliente quer saber que procedimentos serão realizados, sendo importante a presença do enfermeiro durante a sua realização. Este cliente, infelizmente, foi submetido a um procedimento o qual não foi informado pelo profissional que o realizou, (que também não se identificou), mas sim pelo enfermeiro, o que realça a importância deste gesto. O conforto do cliente pode ser prejudicado pela mobília que não atende a constituição física do cliente, e pelo som de alarmes que disparam com frequência.

A necessidade de internação na UTI pode ser superada através do diálogo efetivo entre enfermeiro e cliente, que faz com que o cliente perceba que é assistido com atenção. Este cliente tem interesse em saber a previsão de sua alta, não aceitando o fato de ter ficado doente.

DESCRIÇÃO INGÊNUA	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p>PCTE: ARTÊMIS, INTERNA NA UTI POR CETOACIDOSE DIABÉTICA.</p> <p>Artêmis é uma senhora, de 70 anos, com os cabelos completamente brancos. Havia sido internada na UTI durante a madrugada. Chegou à UTI com glicemia de 476 mg/dl, tendo diminuído para 240 mg/dl. Em relação aos procedimentos, ela tinha apenas uma punção de veia periférica. Aproximo-me dela, tocando-a de um modo carinhoso e dizendo-lhe bom dia. Ela me retribuiu, dizendo : "<u>bom dia minha filha</u>". Perguntei como ela estava se sentindo, ela me disse que estava "<u>melhor</u>". Perguntei como havia passado a noite, e ela respondeu que "<u>quase não dormi, por causa do barulho dos outros pacientes</u>". Perguntei à ela que barulho era esse e ela disse que era "<u>de dor, de máquina</u>". Neste dia, os outros pacientes estavam sob ventilação mecânica, alguns agitados, e havia um outro paciente que sofreu politraumatismo que queixou-se de dor à noite toda. Dei-me conta de que havia aproximado-me dela sem dizer o meu nome, quando o fiz ela perguntou se eu poderia repeti-lo, porque ela não havia entendido. Disse a ela o que eu pretendia fazer (em relação ao trabalho) e ela concordou em participar, porque "<u>sei que vai ser bom pra mim</u>". Perguntei à ela se lembrava como ela tinha chegado à UTI (na passagem de plantão foi relatado que ela chegou desorientada), e ela respondeu que "<u>estava esquisita, não sabia onde tava, fiquei meio sem entender as coisas, só sentia o pessoal me amarrando, aí fiquei mais nervosa ainda; mais depois melhorei, fiquei entendendo e ouvindo tudo melhor</u>". Perguntei se ela se lembra do que ouviu. D. Artêmis disse: "<u>Ah, eu não entendia nada, falavam aquelas coisas difíceis, e eu meia zozza ainda só entendi quando falaram da diabete</u>". A funcionária da copa passou com a dieta para a paciente que encontrava-se ao lado de d. Artêmis, que seguiu a funcionária com o olhar; em seguida perguntou-me que horas eram, já passava das 07:30 hs, e ela</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Na UTI a cliente tem o repouso prejudicado pelo excesso de barulho 2- Na UTI há barulho de vários equipamentos 3- Ao chegar na UTI a cliente não sabe onde está, sentindo-se restrita ao leito, o que provoca inquietação 4- Na UTI a cliente não entende as expressões utilizadas

falou "logo vi que já passava da hora, tomo café bem cedinho, e ainda não comi nada. Ainda tenho que ficar de jejum ?". Como eu não tinha certeza de sua dieta, fui ao prontuário, onde havia a indicação de que ela ainda deveria permanecer em dieta zero. Ao retornar ao seu leito, antes mesmo de lhe fornecer a resposta, d. Artêmis já pediu um "café quentinho"; lamentei não poder fazer isso por ela, informei-lhe que ela ainda não podia alimentar-se, mas que em breve ela poderia se alimentar. Ela fez uma expressão de desapontamento, e fez menção de cobrir o rosto com o lençol, virando-se de lado e de costas para mim; parecia que ela estava me desprezando, como se eu não estivesse satisfazendo uma vontade dela. Antes mesmo dela se virar, peguei sua mão, e lhe disse que embora eu fosse enfermeira, este tipo de decisão em relação ao tipo e momento da alimentação cabia ao médico decidir; nisso ela falou "mas você bem que podia ajudar; traz um cafézinho prá mim, ele não precisa saber, fica entre eu e você." Achei engraçado o modo como ela me falou isso, ela estava me considerando cúmplice. Perguntei à ela se ela sabia o que era diabetes, e ela me disse "é claro que sei, é açúcar no sangue." Em seguida, expliquei-lhe de forma sucinta, o motivo pelo qual ela ainda não estava podendo se alimentar, o açúcar dela ainda estava um pouco alto, e era necessário esperar abaixar um pouco mais para que ela pudesse alimentar-se normalmente. Disse ainda que a própria internação dela na UTI deveu-se ao fato de o açúcar estar muito alto, e que se ela se alimentasse, ela poderia piorar o seu quadro. Enquanto eu falava, segurando sua mão, ela olhava fixamente para o meu rosto, prestando bastante atenção. Dona Artêmis me falou "então é melhor ficar de bucho vazio mesmo, né? Depois dessa juro prá você que não vou pedir mais nada prá comer, quando o doutor dizer que eu posso comer é que já vou estar boa. Minha filha, dá prá você ver o que que tá doendo aqui embaixo no meu braço"? Ela tinha uma punção de veia no antebraço direito, que estava infiltrando, e que precisava ser retirada. Expliquei a ela o que precisava ser feito, e que seria necessário

5- Os hábitos alimentares da cliente não são considerados na UTI

puncionar outra veia. Ela fez uma expressão como se já estivesse sentindo a dor da punção, e colocou a mão sobre o local onde estava a punção venosa, alisando-o, o que para mim deu a entender que ela não gostaria que este procedimento fosse realizado. Novamente disse a ela que era necessária a troca da punção, pois ia aumentar o inchaço, ia continuar doendo e o soro não estaria sendo adequadamente administrado. Ela me perguntou se isso realmente era necessário, porque ela já estava se sentindo "melhor"; informei-lhe que era necessário, pois de certa forma ela estava mantendo suas energias com aquele soro, inclusive recebendo as medicações. D. Maria falou "É você mesma que vai me espetar ou é outra pessoa ?" Respondi-lhe que seria eu, ao que ela respondeu: "Então já que não tem jeito, vamos lá, né?" Afastei-me para pegar todo o material necessário, e ao retornar ao seu leito, vi D. Artêmis tentando arrancar o esparadrapo que fixava o cateter. Disse a ela que deixasse, pois eu já iria retirá-lo. Ela me respondeu: "porquê, não posso ajudar ?". Disse à ela que é claro que ela poderia ajudar, mas eu já havia trazido todo o material para fazer aquilo, e como o esparadrapo estava bem aderido à sua pele, tinha que ser feito com cuidado, pois a sua pele era bem fina e com isso poderia machucar-se. Ela parou de mexer no local, e falou "então tira você." Enquanto eu retirava o cateter, disse a D. Artêmis, que se ela quisesse, poderia me dizer onde gostaria que o outro soro fosse instalado, e ela me respondeu "isso é com você". Disse para escolher o local que lhe fosse mais confortável, o braço direito ou esquerdo, para não incomodá-la muito. Ela disse que gostava de dormir de lado, mais para o lado direito, e se fosse possível, que eu utilizasse o "braço canhoto", porque aí ela podia dormir melhor. Depois de eu instalar o outro soro, informei que ela receberia uma injeção pequena, e perguntei onde gostaria que ela fosse aplicada. D. Artêmis falou "na barriga não !", em um tom bem enfático. Perguntei a ela porque não gostaria que a injeção fosse aplicada "na barriga", e ela me disse "porque na barriga não é lugar de tomar injeção; lugar de injeção é no braço ou

no bumbum... (silêncio). Com essa resposta, perguntei a ela se seguia algum tratamento devido à diabetes, e ela disse "tomo uns comprimidos, mas não sei o nome; minha filha que compra e me dá, mas injeção, essa que dizem que é prá baixar o açúcar, só tomo quando tenho que ficar internada." Perguntei quantas vezes ela havia sido internada por causa da diabetes, e ela me disse "umas cinco, seis vezes, mas nunca tão ruim como dessa vez, pensei mesmo que fosse morrer. É engraçado, né, a gente pensa na morte dos outros, mas se esquece que a nossa está juntinho da gente, mas a gente faz de conta que não vê. Dessa vez fiquei com medo, não sabia se tava aqui ou do outro lado." Foi interessante ouvir um paciente espontaneamente falar a respeito da morte sem ter que solicitar. Observei o monitor e observei que o traçado estava ruim, com interferências, e decidi trocar os eletrodos. D. Artêmis perguntou "não dá prá tirar esses negocinhos não, eu me sinto amarrada com isso". Perguntei se ela sabia para que servia aquilo, e diante de sua resposta negativa, expliquei a finalidade daqueles eletrodos, quando ela me fez outra pergunta "isso não dá choque não, né ?", onde respondi-lhe e tranquilizei-a. Em seguida verifiquei seus sinais vitais, quando ela me perguntou quanto estava sua pressão arterial, e ao informá-la (130/80 mmHg), ela falou que estava meio alta para ela, e que sua pressão "normal" era de 120/80. Disse à ela que variação mínima assim não tinha tanta importância. Estava sendo muito gostoso ficar com d. Artêmis, ela era uma pessoa muito simpática, a típica "vovó". Ela me perguntou se eu gostava do que fazia, e eu respondi que sim. Ela falou "cuidar de gente mais ou menos assim como eu até que dá, né, mas cuidar de gente que tá pior que eu que nem os outros daqui deve cansar muito, né?" Disse à ela que eu gostava muito do que eu fazia, e me dava um prazer muito grande cuidar dos pacientes graves, pois temos muito a aprender com eles, em função de sua gravidade. "E eu" disse ela, "estou muito grave? vou morrer ?". Essa pergunta foi um pouco embaraçosa para mim. Disse que de todos os que estavam na UTI ela era a que

6- A cliente desconhece o seu próprio tratamento, mesmo tendo que se submeter a várias internações

7- Na UTI a cliente pensa na possibilidade de morte

8- A presença de eletros para monitorização restringe a movimentação da cliente

9- A cliente desconhece a finalidade dos eletrodos utilizados

estava menos grave, e que a gravidade dela estava mais relacionada à necessidade de uma vigilância maior. "Mas eu vou morrer?" novamente ela me perguntou. Eu disse à ela que todos vamos morrer um dia, embora nunca saibamos a hora." Mas minha filha, com todo o conhecimento que você tem, o que você acha de mim, você acha que eu vou conseguir sair daqui viva ? Pode dizer, já estou velha e tenho que estar preparada para as coisas." Fiquei surpresa com a ênfase com que ela fez esta pergunta a mim. Embora com a experiência que eu tenho e com a intuição que obtive ao longo desses anos de prática, eu tinha quase que certeza que ela teria alta em breve da UTI, mas como afirmar ? Como eu ficaria se afirmasse isso à d. Artêmis e por ventura ela apresentasse qualquer complicação imprevisível que a levasse à morte ? E ainda, como ficaria d. Artêmis se eu lhe desse esse tipo de informação, e ela tivesse uma complicação? Foram questionamentos que me ocorreram em fração de segundos. Mas mesmo assim, disse à ela que com o que eu tinha visto na minha experiência, ela sairia com muita certeza, mas que imprevistos podem acontecer, o que eu não esperava que acontecesse com ela. D. Artêmis olhava para mim com penetrada, e me perguntou que tipo de imprevisto podia acontecer. Disse à ela que são vários, que cada ser humano é diferente do outro, na verdade são "caixinhas de surpresa". E ela completou a frase, "...que tocam musiquinha e tudo..." dando uma risada super gostosa. Nosso diálogo foi quebrado com a aproximação de uma funcionária que estava precisando do termômetro, que estava na minha mão por distração, pois eu estava bastante envolvida com a d. Artêmis. Ela me solicitou o termômetro e eu o devolvi. D. Artêmis me disse "Porque você não puxa uma cadeira e fica aqui comigo, em vez de ficar direto aí em pé ?" Fiquei contente em ouvir aquilo dela, pois me fez sentir o quanto eu estava envolvida com ela; peguei uma cadeira e me sentei ao seu lado. Abaixei as grades da cama (que ficam de um modo geral elevadas) para que pudéssemos conversar mais à vontade. D. Artêmis fez um comentário interessante. Ela falou que "é ruim ficar com

10-Em UTI os clientes se consideram em estado muito grave

essa grade abaixada, a gente já se sente preso amarrado na cama, ainda mais com essa grade, é como um bicho na jaula." Nisso, ela desviou o olhar para trás de mim, então olhei para trás para ver o que chamara a sua atenção. Havia ocorrido um óbito na UTI, e eu não havia percebido o "corre-corre" característico da parada cardio respiratória porque este paciente já era considerado como irrecuperável. Passou aquele corpo, sobre a maca coberto com um lençol, e D. Artêmis olhando com uma expressão assustada. Ela me falou "Coisa triste, né minha filha, ser humano tudo se resume a isso aí ó, nem parece que já viveu um dia". Achei muito profunda essa afirmação dela, e passível de muitas interpretações. Ela me perguntou o que eu tanto rabiscava, então eu lhe falei que como nós já havíamos conversado, eu tinha que registrar todo o nosso diálogo, pois tudo isso seria analisado, e ela me perguntou como que eu conseguia escrever tão rápido. Eu lhe disse que aquilo nem poderia se considerar escrita, e lhe mostrei os rabiscos que eu estava fazendo e que mais tarde tinha a incubência de decifrar. Ela riu, e disse que aquilo mais parecia letra de menino de escola. "Minha filha, gostei muito de ti, viu?", disse ela. Perguntei se ela havia esquecido do meu nome, e ela o respondeu, mas ela disse que preferia me chamar de "minha filha" não como falta de respeito, mas que ela chamava assim a todos que ela gostava. Disse à ela que eu me sentia muito orgulhosa por ter conseguido cativar tamanha consideração por parte dela. O médico responsável por ela aproxima-se e pergunta se poderia examiná-la por um instante, o que lhe foi permitido. Permaneci ao seu lado. Após o exame, ele falou que os exames dela estavam bem melhor, e que ela iria de alta para o quarto. A primeira pergunta que D. Artêmis fez foi "Então já posso comer ?". Sua dieta já estava liberada (embora com restrições), o médico informou isto a ela, que me perguntou "Vê uma comidinha prá mim?", e é claro que fui tentar conseguir um lanche para ela, pois o café da manhã já havia sido servido. Entrei em contato com a copa, que providenciou um suco, rapidamente tomado por D. Artêmis. Ela me agradeceu. Em seguida, me foi

11- As grades do leito da UTI fazem com que a cliente se sinta aprisionada no leito

comunicado que a prescrição médica dela já havia sido feita, e que ela já poderia ir para o quarto. D. Artêmis me pergunta "Já vou sair daqui?", o que eu confirmei, e que ocorreu mais rápido do que ela imaginava. Ela ficou com os olhos cheios de lágrimas. Desconectei os cabos do monitor, retirei os eletrodos, e solicitei a ajuda de uma funcionária para ajudar-me no transporte de D. Artêmis até a unidade de internação. Durante o curto trajeto, D. Artêmis me disse que embora a internação na UTI tivesse lhe provocado o medo, ela se sentiu menos insegura com a minha presença, "ficar no hospital seria bem melhor se fosse sempre assim, com alguém do lado dando atenção sempre". Chegamos à unidade de internação, e passei o plantão à enfermeira responsável. Dona Artêmis me perguntou "Você vai me deixar aqui?" Eu disse a ela que eu ficava apenas na UTI, e que dali em diante ela iria ficar com o pessoal daquela unidade. Ela falou "Mas quem é que vai ficar conversando comigo?" Respondi que ali ela também seria bem tratada, porque ela teria pessoas muito boas para cuidar dela. Quando eu disse a ela que eu já ia, ela puxou minha mão e conseqüentemente meu corpo, e me deu um beijo no rosto. "Vou ser sempre grata pelo o que você fez por mim." Lhe desejei melhoras, e retornei à UTI.

12- A cliente em UTI sente necessidade de saber quando terá condições de alta

Síntese das múltiplas realidades conhecidas	Convergência unidades significado
1- O repouso na UTI é prejudicado pelo excesso de barulho de outros pacientes e equipamentos	1,2,
2- Ao chegar na UTI a cliente não sabe onde está e não entende as expressões utilizadas pela equipe, sentido-se contida no leito, o que a leva a ficar agitada	3,4
3- Na UTI os hábitos alimentares da cliente não são considerados	5
4- A cliente pensa na possibilidade de morte na UTI onde os clientes são tidos como muito graves	7-10
5- A movimentação da cliente é restrita pela presença de eletrodos e grades elevadas, que fazem com que a cliente sinta-se aprisionada no leito	8-11
6- A cliente desconhece o seu tratamento, apesar de ter tido várias outras internações	6
7- A cliente desconhece a finalidade dos eletrodos	9

Proposições acerca das unidades de significado

Para esta cliente a admissão ocorreu sem que ela soubesse onde está e sem compreender o vocabulário utilizado pela equipe assistencial. Sua agitação e angústia foram aumentados pela contenção de seu corpo ao leito sem compreender o motivo.

Com a melhora de sua situação, a cliente não consegue repousar adequadamente, pelo excesso de barulho proveniente de outros clientes e do som produzido pelos alarmes de monitores e ventiladores mecânicos. Sua movimentação também é restrita tanto pela presença de eletrodos e seus cabos (cuja finalidade a cliente desconhece) bem como pela presença de grades elevadas da cama, o que faz a cliente sentir-se como que aprisionada.

Na UTI a cliente pensa na possibilidade de morte, por estar em um lugar que é considerado como que destinado a clientes em estado muito grave.

DESCRIÇÃO INGÊNUA	UNIDADE DE SIGNIFICADO
<p>HERMES 38 ANOS, 4o. P.O. GASTRECTOMIA POR ÚLCERA PERFURADA + SEPSIS.</p> <p>Chego ao lado do seu leito, ele está com os olhos fixos no vazio. No entanto, digo-lhe boa-noite, apresento-me como a enfermeira que cuidará dele nesta noite, e pergunto se ele gostaria de conversar comigo enquanto cuido dele. Ele diz que: <u>“tudo bem, estou me sentindo sozinho aqui, e o pessoal daqui as vezes não tem tempo, vivem correndo de um lado p/ outro”</u>.(1)</p> <p>Perguntei a ele como ele estava se sentindo ali na UTI, e ele me respondeu : <u>“Quando vim p/ cá, acordei apavorado, pensava que ia fazer só a operação, mas aí acordei com um cano na boca e esse aparelho aí (o respirador estava ao seu lado) me forçando a respirar.</u>(2) <u>Eu tentava falar, mas não conseguia, aí uma moça veio, me deu injeção e dormi de novo.</u>(3) <u>Não sabia nem que horas eram...(silêncio) quando acordei de novo e tentei falar, um moço, acho que era o médico e disse para eu ficar tranquilo que logo eu ia ficar sem o cano. Depois, me tiraram o cano, eu pensava que ainda tava na sala de operação, mas que nada, foi aí que disseram para mim que aqui era UTI.</u>(4) <u>Eu não conseguia falar direito ainda, minha garganta doía, tava cheio de catarro, mas toda hora vinha alguém ver se tava tudo bom comigo”</u>.(5) Enquanto isso, eu estava preparando material para que ele fizesse a sua higiene oral, ele estava expectorando muito, e tinha uma acentuada halitose. Perguntei a ele, o que ele achava da UTI, agora que ele estava melhor. Ele respondeu que: <u>“aqui é um lugar bom, cuidam da gente direitinho. Só que é muita gente que trabalha aqui, de vez em quando não dizem o nome, eu não sei se é doutor ou enfermeiro, aí é ruim, porque às vezes quero pedir alguma coisa e tenho que fazer psiu, eu não gosto disso não. Acho que todo mundo tem que ser tratado com respeito, nós doentes respeitamos vocês e vocês respeitam a gente”</u>. (6)</p>	<p>1- O paciente percebe-se sózinho em um local onde as equipe tem muitas atividades a serem desenvolvidas</p> <p>2- A internação na UTI ocorre de forma inesperada e uso de equipamento que o cliente desconhece</p> <p>3- A necessidade de expressão do cliente é reprimida com a utilização de sedação</p> <p>4- O cliente está na UTI sem saber onde está sem noção de tempo e espaço e pessoas as quais desconhece</p> <p>5- O uso da ventilação mecânica acarreta incômodos e o cliente percebe a proximidade da equipe em assisti-lo</p>

Perguntei se alguém tinha feito alguma coisa que ele achava que tinha faltado com o respeito. Ele disse: “Ah, moça, aconteceu umas coisas sim, mas não quero falar para não criar confusão...” (7) (silêncio).

Disse a ele para ficar tranquilo, pois precisava saber disso para cuidar melhor dos pacientes, e que se ele quisesse, não precisava dizer quem estava envolvido. Nisso, ele respondeu: “Se for assim, tudo bem. Sabe o que foi, às vezes acho que deixam a gente assim com “as coisas meio à mostra”. Tem um moço aqui que quando vem dar banho em mim, sempre me deixa com “as coisas de fora”, eu já reclamei que não gosto, tenho vergonha, mas ele sempre faz isso. Já pedi p/ ele colocar uns panos ali na frente, que nem uma moças fazem, mas ele diz que não precisa, aqui tá todo mundo acostumado. Vocês podem estar, mas eu não tô. Isso p/ mim é muita falta de respeito. Já fico sem graça quando vem dar banho em mim, e ainda me deixam destampado”.(8)

Perguntei se ele ainda tinha alguma coisa a dizer sobre falta de respeito. Ele disse: “Tem sim, mas não é tão grave. Eu gosto de falar, sou muito prosador, sabe, mas aqui pouca gente me dá papo. Às vezes até tento puxar uma prosa, mas aí me viram as costas, sempre dizem que tem um monte de coisas p/ fazer. Isso me deixa chateado, já vi que aqui se trabalha muito, mas às vezes sobra um tempinho, daí o pessoal fica todo conversando entre eles e não dão bola p/ mim.”(9) Isso me deixa triste, a gente fica aqui sozinho nesse canto, não vê a luz do dia, nem sabe quem está do lado, e ainda não conversam comigo, isso é de matar.(10) No início pensei que me achavam chato, mas aí vi que é assim com todo mundo, deviam conversar mais com a gente. Prá senhora ver uma coisa, depois de uma branquinha alta que trabalha aqui de manhã, acho que ela é doutora, a senhora é a segunda pessoa que ficou mais tempo aqui comigo, e isso é muito bom. Se isso fosse o tempo todo assim, tava 100 %.”(11)

Pedi licença a ele para me afastar por uns instantes para preparar outro soro, ele disse que nem precisava se importar com isso.

Ao voltar, tentei retomar o assunto, e

6- O cliente percebe-se como bem assistido, por muitas pessoas que não sabem nem o nome nem função

7- O cliente tem receio de comentar alguns fatos ocorridos com a equipe

8- O cliente sente-se exposto e desrespeitado em sua intimidade, e apesar de queixar-se de seu pudor não é atendido, sob a alegação do “costume” da equipe

9) Na UTI o cliente não é reconhecido em sua necessidade de verbalização, onde a equipe desculpa-se com a justificativa de excesso de trabalho, porém preferindo as conversas entre si

10) Na UTI o cliente sente solidão, em um local onde não tem a noção de tempo pela ausência de iluminação natural, por não conhecer os outros clientes e pela falta de conversa por parte da equipe.

11) O cliente considera que na UTI a falta de conversa ocorre com

enquanto verificava os seus sinais vitais, perguntei o que ele achava bom na UTI. Ele respondeu: “Ah, tem muita coisa. O remédio eles dão tudo bem na hora, eu sei porque p/ passar o tempo eu pergunto o que é que eles estão me dando de remédio e quantas vezes no dia tenho que tomar, aí toda vez que vem aqui eu olho p/ aquele relógio e o espaço é bem certinho. Teve um dia só que atrasou, mas eu entendi, é que morreu um moço aqui do lado, aí correu todo mundo p/ tentar salvar ele, foi aquela correria, aí atrasou”.(12)

E perguntei: e o que mais você acha bom aqui na UTI ?

“A atenção, dão muita atenção, toda hora vem alguém aqui ver se tá tudo bom comigo”.(13)

Aí, perguntei a ele: "mas você falou que não te deram papo...ao que ele respondeu:

“Mas é diferente, o pessoal vem toda hora aqui p/ ver se está tudo certinho, se o soro tá pingando, se esses fios (os cabos dos eletrodos, que ele apontou) estão no lugar. Mas é diferente, eles vem aqui p/ ver se está tudo certinho com o serviço deles, mas p/ prostrar não”.(14) Até já tentei dar umas indiretas, perguntei ao Araújo como tinha sido o jogo do Avaí, ele disse que tinha perdido e foi-se embora. Eu queria conversar mais, gosto de conhecer as pessoas. (15)

Peço-lhe licença p/ ver como está o seu curativo, e pergunto a ele quais são os seus planos p/ o futuro. Ele respondeu: “Mesmo quando eu estava bem mau, de cano na boca, (16) eu ficava pensando no meu filhinho, tadinho, tem só 6 aninhos tô c/ tanta saudade dele...(17) (esboça o choro, estimulo-o a chorar, o que ocorre prontamente, o que dura alguns minutos, em que fiquei ao seu lado, em silêncio).”Tô c/ muita saudade do meu filho, fico pensando nele o tempo todo, isso me dá força de vontade p/ ter pensamento bom de que vou ficar curado e ir embora p/ ficar com ele (17). Minha mulher deve estar trabalhando muito, ela vem aqui todo dia e não quer me dizer, mas sei que deve estar trabalhando muito, ela é faxineira e deve estar sendo difícil p/ ela também. Eu trabalho como vigia de noite, e de dia pesco p/ ganhar mais uns trocados. E o pior é que não sei quando vou ter dinheiro, porque com a doença agora só

todos os clientes e equipe, e mesmo quando o diálogo ocorre, o profissional nem sempre identifica-se ao cliente.

12) Na UTI o cliente desenvolve maneiras de passar o tempo, controlando o intervalo de suas medicações e interessando-se pelo seu tratamento

13) O cliente considera que é bem atendido pela frequência com que os membros da equipe aproximam-se dele

14) Na UTI a aproximação da equipe ao cliente se dá para a execução de tarefas, que não consideram a necessidade de conversar do cliente

15) O cliente tenta manter o diálogo de outras formas, e ainda assim não é reconhecido pela equipe

16) O cliente associa o maior uso de equipamentos com o seu estado de gravidade

17) A lembrança e o pensamento nos membros da família é motivo para dar forças aos clientes

18) A preocupação financeira

vou receber do INPS, é pouco (18). Mas não tem nada não, tenho fé em Deus que vou sair dessa.

Disse a ele que era muito importante ele ter fé p/ superar toda essa situação. Ele falou: “Ah, mas eu sou muito católico. Fico contente com o padre que passa aqui todo dia, ele dá muita força p/ gente, ele conversa muito comigo”.(19)

Verifico novamente os seus sinais vitais, e pergunto se ele quer que eu apague a luz que está acima de sua cama. Ele diz que sim, e dá um sorriso, de que "hoje já falou que chega...". Digo a ele que estarei sempre perto dele, e qualquer coisa é só chamar.

19) A necessidade espiritual é uma fonte de fortalecimento

Síntese das múltiplas realidades conhecidas	Convergência das unidades significado
<p>O cliente sente-se sozinho, não sendo reconhecido em sua necessidade de verbalização em um local onde a equipe prefere conversar entre si, aproximando-se do cliente para cumprir tarefas que não consideram a necessidade de conversar do cliente</p>	1,9,11,15
<p>A internação na UTI é inesperada, sem noção de tempo e espaço, onde o cliente desconhece o equipamento e as pessoas que dele se aproximam, sentindo solidão em um local sem iluminação natural e falta do conversar com outras pessoas</p>	2,4,10
<p>Embora na UTI o cliente perceba-se como bem assistido, essa assistência é prestada por pessoas que o cliente desconhece, que se aproximam com frequência dele, apenas para o cumprimento de tarefas que não consideram a necessidade de conversa do cliente, tendo o cliente medo de conversar alguns fatos com a equipe</p>	6,7,13,14
<p>O cliente sente-se exposto e desrespeitado em sua intimidade, quando a equipe alega que todos da equipe estão acostumados, ignorando a singularidade do cliente</p>	8
<p>A utilização de sedação pode reprimir a necessidade de expressão do cliente, que também não é reconhecida pela equipe quando o cliente busca conduzir, limitando-se a equipe a responder perguntas e encerrar o conversar</p>	3,15
<p>O uso de muitos equipamentos é associado pelo cliente com o seu estado de gravidade</p>	16
<p>Na UTI são preservados não somente a lembrança, o pensamento na família, a necessidade espiritual que são motivos para fortalecer o cliente, auxiliando-o a superar as condições impostas pela internação, mas também a preocupação com o sustento da própria família</p>	17,18,19

Na UTI o cliente desenvolve maneiras de passar o tempo, tal como controlando o intervalo de suas medicações, também incluindo interesse pelo seu tratamento

12

Proposições acerca das unidades de significado

Para o cliente, a internação na UTI se dá de uma maneira que ele não espera, onde após a cirurgia desperta sem noção de tempo, em um local estranho, sem luz natural, repleto de equipamentos que anunciam gravidade e compartilhado por pessoas que desconhece, que reprimem sua expressão ao tentar manifestar-se.

À medida em que passa a reconhecer que está na UTI, o cliente passa a considerar-se bem assistido, pelo número de pessoas que cuidam dele, e pela frequência com que se aproximam do seu leito. Entretanto, o cliente percebe que esta aproximação está mais restrita ao cumprimento de tarefas de “ordem clínica”, e que não levam em consideração a necessidade que o cliente tem de conversar. O cliente vê que os membros da equipe conversam bastante entre si, apesar de não conversarem com os clientes, sob a alegação de falta de tempo decorrente das inúmeras atividades a serem realizadas.

O respeito ao pudor não é mantido na UTI, onde a equipe considera que por estarem “acostumados” a verem os corpos dos clientes desnudos, não há motivo para existir este pudor por parte do cliente, que deste modo não é reconhecido em sua singularidade.

As condições impostas pela necessidade de internação na UTI podem ser atenuadas pelo cliente ao pensar na família e manterem sua crença espiritual. No entanto, a internação na UTI não afasta a preocupação do cliente com a situação financeira da família. Na UTI o cliente desenvolve várias maneiras de passar o tempo, controlando o intervalo de suas medicações, também desenvolvendo o interesse pelo seu tratamento.

DESCRIÇÃO INGÊNUA	UNIDADES DE SIGNIFICADO
-------------------	-------------------------

MINERVA: 42 ANOS, P.O. DE GASTRECTOMIA POR NEO, VEIO P/ UTI POR TER CHOCADO DURANTE A CIRURGIA.

Ao observá-la de longe, está atenta a tudo que se passa na UTI, seu rosto tem uma expressão de medo. (1) Ao me aproximar em sua direção, ela já fixou o olhar em mim atentivamente. Assim que estou ao seu lado, lhe disse: "Boa noite. Meu nome é Sayonara, e vou cuidar de você durante a noite. Como você está ? Ela respondeu: "Estou indo. Já estive um pouco pior, mas agora sem aquele cano na boca já estou melhor. (2) Estou doida p/ ir p/ o quarto" (3) . Perguntei a ela se sabia que cirurgia tinham feito nela, e ela respondeu: "Sei que foi no estômago, disse o doutor que foi pouca coisa, era só tipo uma ferida" (4) Enquanto observo o gotejamento dos seus soros, pergunto o que ela está sentindo agora (ela fala comigo, mas olha p/ um funcionário que leva material p/ uma entubação).(5) Ela responde: "Só sinto um pouco de dor aqui na barriga, e esses fios não deixam eu me mexer direito (6) , mas quero mesmo é ir p/ casa" (3) Explico-lhe que aquela internação na UTI era necessária, pois ela ainda não estava bem recuperada da cirurgia, e que dali ela ainda ia ficar uns dias no quarto p/ depois ir p/ casa. Ela perguntou: "Mas será que estou tão ruim p/ ficar aqui? (7) O doutor que me operou não disse p/ mim que eu ia ficar aqui. Pensei que eu ia acordar no quarto.(8) Eu fico daqui só espiando, os outros tão tudo ruim, (9) só se ouve barulho de máquina, isso me assusta muito.(10)

Expliquei-lhe que ela estava ali p/ uma observação melhor, pois durante a cirurgia a pressão dela baixou muito, e como ali tem mais gente, material especializado e médico constantemente, qualquer problema que ela tivesse, na hora teria condições p/ que fosse solucionado, e que se ela estivesse no andar e tivesse qualquer complicação, isso poderia até passar desapercebido, já que não tem pessoas

1- Na UTI a expressão corporal é uma forma de comunicação que também mostra que os clientes não ficam alheios ao seu redor

2- Há uma associação da presença de artefatos tecnológicos com o estado de gravidade

3- O desejo de sair da UTI

4- Apesar da internação na UTI a cliente desconhece do motivo de estar lá internada

5- A "curiosidade" acerca do que se passa no ambiente

6- A monitorização na UTI é um motivo para restringir a movimentação.

7- A internação na UTI é tida como necessária para os pacientes em estado muito grave.

8- Na UTI a cliente é admitida de uma forma que não era esperada por ela

9 - Embora esteja na UTI a cliente considera que os outros clientes estão em um estado maior de gravidade

10- O som emitido pelos vários equipamentos na UTI é motivo para

cuidando dela tão constantemente como na UTI. Ela me pergunta se o marido dela não vem vê-la.(11) Digo a ela que vou confirmar, pois creio que ele deve ter vindo à tarde, quando ela ainda estava anestesiada. Eu disse também que se tivesse condições de entrar em contato com ele, eu poderia pedir p/ que ele viesse p/ vê-la. Ela disse: "Quero sim. Ele deve ter me visto dormindo, aí não vale, quero que ele me veja acordada. Ele deve estar tão preocupado...(12) (silêncio).

Peço p/ afastar-me um pouco, pois iria preparar a sua medicação. Ela me pergunta se eu volto, e eu respondi que sim, que era só alguns minutos.

Mesmo de longe fiquei observando-a. Os olhos bem atentos ao movimento da unidade. O cobertor bem puxado ao queixo, só com a cabeça de fora. Também olha p/ o soro e p/ o relógio de parede.(13) Aproximo-me dela novamente e pergunto se demorei. Ela responde que não e que havia gostado de eu ter ficado ali com ela, porque se sentia menos sózinha. Falei p/ ela que se ela quisesse conversar comigo, teria todo o tempo que quisesse. (A sua expressão mostrou que ela gostou de ouvir isso).

Enquanto isso, comecei a administrar sua medicação. Ela me perguntou: "Esses remédios aí são p/ dor?" Eu respondi a ela que ali tinha um pouco de tudo (tinha umas 5 seringas), tinha remédio p/ dor, antibióticos, vitaminas. Ela disse: "Isso aí ajuda a gente a ficar boa né ?(14) O dr. disse que ainda vou ficar uns dias com esse caninho no nariz (a sng) até poder me alimentar. Não vejo a hora (15)...(silêncio) "De vez em quando levo susto, sai umas coisas daí de dentro (a sonda nasogástrica drenava secreção sanguinolenta)". Expliquei a ela que o que sai daquele "caninho" é um líquido do resto da cirurgia, que sempre sangra um pouquinho, e que isso é normal depois da operação.

Ela diz: "É tanta coisa, né ? Esses caninhos (ela também tinha cateter de oxigênio) e esses fios todos encima da gente, parece que vai dar choque.(16)

Perguntei a ela se ela sabia p/ que servia aquilo tudo. Ela disse que não. Só sabia que não gostava. Comecei a explicar-lhe o que era

assustar a cliente

11- Na UTI é a cliente sente necessidade de ser vista pelos membros da família

12- Na UTI é importante para a cliente que o familiar a veja em condições de manter diálogo, e não apenas receber visita sem manter contato

13- Pela linguagem corporal a cliente mostra um sentimento de necessidade de proteção, atenção ao seu tratamento e busca localizar-se no tempo olhando para o relógio

14-Na UTI a cliente tem interesse pelo seu tratamento querendo saber quais os medicamentos que são utilizados e suas finalidades

15-Na UTI o uso de sondas, cateteres é motivo de incômodo e sustos pela drenagem de secreções

aquilo tudo, ao que ela prestava bastante atenção.

Ela me perguntou: “E esse caninho aqui embaixo (a sonda vesical), vou ficar muito tempo com isso ?” (16)

Expliquei p/ ela que por ali estava saindo a sua urina, e que precisávamos saber direitinho quanto ela estava urinando, mas que acreditava que em breve ela iria ficar sem aquilo.

Ela diz: “Mas é que incomoda tanto”..(17) . (silêncio).

(Após ter feito as medicações EV, restou a heparina SC. Disse a ela que ia precisar fazer uma injeção. Os olhos dela se arregalaram e perguntou se ia doer (18). Respondi que só um pouco, que era uma injeção pequena, e a agulha era bem fininha. Perguntei se tinha algum lugar que ela preferisse, ela disse que não. Apliquei na face externa da coxa. Ela não reclamou.

Me perguntou se eu ainda ia espetá-la muito, e respondi que a próxima seria só no dia seguinte.

para a cliente que tem necessidade de saber quanto tempo permanecerá com o dispositivo

16-Na UTI a cliente percebe que são utilizados uma variedade de dispositivos, que embora desconheça o que sejam tem interesse de conhecer sua finalidade

17) A utilização de sonda vesical é um motivo de incômodo para a cliente

18-A necessidade de administração de medicações através de injeções é motivo de medo, que também é expresso pela linguagem corporal

Síntese das múltiplas realidades conhecidas	Convergência de unidades significado
A expressão corporal é uma boa forma de comunicação que mostra o medo e que a cliente não fica alheia ao seu redor, também evidenciando a necessidade de proteção e o interesse em saber de seu tratamento	1,5,13,18
A cliente é admitida inesperadamente, sem saber o motivo e submetida ao uso de vários equipamentos em um local considerado apenas para os clientes em estado muito grave	4,7,8,16
Os vários procedimentos e equipamentos, que são desconhecidos pela cliente, tais como monitores ao dispararem os alarmes são motivos de susto para a cliente, as sondas e cateteres, assustam pela drenagem de secreções, também sendo motivo de incômodo, estando sua utilização vinculada à gravidade do estado geral da cliente	2,3,6,10,15,17
Apesar de estar na UTI, a cliente considera que o seu estado não está tão grave quanto o de outros clientes, estando interessada em seu tratamento querendo saber quais os medicamentos que são utilizados e suas finalidades	9,14
Para a cliente é importante receber visitas pela família, porém preferencialmente em condições que ela possa manter o diálogo	11,12

Proposições acerca das unidades de significado

Ao estar na UTI a cliente mostra atenção ao que se passa ao seu redor, evidencia a necessidade de sentir-se protegida e o interesse pela terapêutica que lhe é instituída pela expressão corporal. O ingresso na UTI ocorre inesperadamente, sem que a cliente saiba o motivo, quando então se vê submetida ao uso de vários equipamentos, em um local considerado como voltado para os clientes em estado muito grave. Vários equipamentos e procedimentos são realizados na UTI e desconhecidos pela cliente, dentre eles monitores que assustam pelo disparo de seus alarmes e sondas e cateteres que são incômodos e assustam pela drenagem de secreções. A cliente também associa a necessidade de utilização destes apetrechos com a gravidade do seu estado geral. Embora esteja na UTI, a cliente considera que seu estado não é tão grave quanto o de outros clientes. O interesse da cliente pelo seu estado geral e tratamento não está diminuído na UTI. O recebimento de visita da família é importante para a cliente, sendo esta importância salientada em receber visita em condição de manter diálogo, o que difere do recebimento de visita quando encontrava-se ainda sob anestesia.

DESCRIÇÃO INGÊNUA	UNIDADE DE SIGNIFICADO
<p>EROS: 67 ANOS, INTERNA NA UTI (HU) POR IAM. TEM SEQUELA DE PÓLIO E HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA.</p> <p>Chego à beira do seu leito, ele está com as mãos ao peito. Apresento-me, ele fixa em mim a sua atenção. Pergunto como ele se sente, tenho que falar alto (ele tem dificuldade auditiva). <u>Ao começar a falar, gesticula bastante, deixando livre as mãos que até então estavam sobre o peito.</u>(1) Começa a falar, diz que já é o terceiro infarte que sofre e se julga muito forte. Pergunta como está a sua saúde. Digo-lhe que está um pouco melhor, e ele diz que fica contente em saber que vai melhorar. Diz que só pensa em voltar a trabalhar, ele tem uma vendinha. Fala que o maior incômodo dele é o problema que ele tem p/ urinar, que quer sair do hospital quando estiver curado de tudo, isso incomoda muito ele, já está com sonda há seis meses, não aguenta mais isso. Fica preocupado com a cirurgia (próstata), diz que quer fazer isso logo, mas ficou chateado, porque o médico falou que ele agora não tem condições, que o coração dele não aguentaria a cirurgia, o que deixa ele triste. Perguntei como ele estava se sentindo na UTI. Ele falou: "<u>P/ mim tudo aqui é bom, os médicos são bom, os enfermeiros são bom.</u>(2) <u>só essa mangueira afqui incomoda.</u> Quero sair daqui curado, eu não sou assim, tinha saúde. Do coração não sinto mais nada. Se estivesse em casa tinha morrido". Perguntei se ele achava o lugar barulhento, ele disse: "<u>Aqui não. O pessoal é companheiro, estão sempre aqui</u> (4). Em casa eu não tenho conforto, aqui é melhor que em casa. Aqui qualquer coisa o médico e os enfermeiros cuidam da gente. Aqui tô no meio dos recursos. Eu me acho bem, <u>só esse negócio aqui incomoda (aponta p/ sonda vesical).</u>(3) Pergunto a esse se esses fios (cabos do eletrodo) o incomodam. Ele diz: "<u>Isso aqui é do coração, não me atrapalha</u>"(5). Pergunto a ele o que pensa em fazer quando sair da UTI. Ele fala: "<u>Só penso em ficar bom</u></p>	<p>1-A linguagem corporal é uma manifestação de abertura ao diálogo</p> <p>2- O cliente sente-se bem cuidado pela equipe</p> <p>3- O uso de cateter vesical é motivo de incômodo para o cliente</p> <p>4- O cliente percebe a presença do pessoal da equipe que com frequência está ao seu lado</p> <p>5- O cliente conhece a finalidade do monitor cardíaco e para ele não é motivo de incômodo</p>

p/ sair daqui, (6) trabalhar e apreciar a vida, é bem valioso. Acha que daqui a um mês estou em casa? (7) Quero ir p/ casa logo, mas curado. Tenho medo que me mandem embora sem estar bom ainda...(8) (silêncio). Perguntei se ele tinha algum tinha algum outro tipo de medo. Ele disse: "Tenho medo de não poder mais andar. Eu já tenho essa perna meio fina por causa da paralisia, mas com minha bengalhinha eu ando. Mas se eu ficar sem conseguir andar, ah, aí acho que morro". Falo p/ ele: "O sr. é bem conversador, né?". Ele fala: "Sou sim, gosto de conversar p/ conhecer bem as pessoas, p/ passar o tempo. Eu já vi muita coisa, minha filha." Começa a tossir, e prende a expectoração. Falo p/ ele que ele deve expectorar, não precisa prender o catarro. Enquanto isso, peço licença e afasto-me p/ pegar uma toalha. Vejo que também já está na hora de fazer a sua nebulização, que aproveito e faço. Depois vem a tapotagem, ele tosse e expectora bastante. Em seguida, ele mesmo retomou a conversa. "Sabe que eu fumei por muito tempo, e larguei, quem fuma morre atrapalhado. Muita coisa a gente sofre sem ter porque, mas graças a Deus parei". Pergunto a ele qual a sua religião, ele me diz que é "católico afetivo". Ele me pergunta: "A sra. que tem prática nesse negócio, acha que eu vou ficar bom?". Disse p/ ele que ele havia melhorado bastante, e que provavelmente ainda hoje iria p/ o quarto. Com isso, sua expressão ficou mais relaxada. Peço que ele me fale um pouco sobre ele. Ele inicia sem hesitar: "Casei 3 vezes, uma mulher me largou, a outra morreu e minha atual não gosta muito de mim. É verdade, desde que estou aqui ela ainda não veio me ver, isso me deixa muito chateado. Todos os meus filhos vem me ver, só ela que não. Eu tenho muitos problemas...(faz silêncio e esboça o choro). Pergunto a ele quantos filhos e netos ele tem. Ele diz: " Tenho 4 filhas mulher, a mais novinha é meio doida, um namorado embuchou ela, e esse meu neto filho dela é muito levado, já fugiu até da FUCABEM. Já conversamos muito com ele, mas ele só quer saber de roubar e brigar. Ele não precisa fazer isso, mas não adianta (chora.....).Mas fazer o quê, às vezes a vida é muito dura,

6) Na UTI o cliente fica sempre pensando no momento de condições de ter alta

7) Quando na UTI o cliente tem necessidade de ter uma estimativa de quando vai ter condição de ir para casa

8)O cliente tem medo de que tenha alta da UTI sem ainda estar em condições

dona. (Quando falou do neto, colocou a mão à boca). Mas não deixa eles me mandarem embora, sem fazer a minha operação. A sra. sabia que da outra vez que fiquei internado, o povo lá fora fica perguntando como que é no hospital, se aqui não são tudo desumano, aí falo p/ eles que não, que tudo aqui é c/ amor e não é como eles pensam não, aqui é tudo bem tratado. O povo ainda é muito ignorante. Nisso chega a moça do laboratório, e pergunta a ele se se chama . . . ele confirma e diz: " Vou tirar um sanguinho, tá tio ?". Ele diz que tudo bem. Ela termina o procedimento e se afasta. O médico responsável por ele aproxima-se e informa que ele já está de alta da UTI. Ele pergunta sobre a sua operação, e o médico diz que isso será resolvido com o médico da enfermaria. Administro sua última medicação da UTI, e o preparo p/ a alta. Ele agradece a conversa e diz que foi muito bom conversar comigo.

Síntese das múltiplas realidades conhecidas	Convergência de unidades significado
A abertura ao diálogo é manifestada pelo cliente através da linguagem corporal	1
O cliente sente-se bem cuidado pela equipe, percebendo sua presença através da frequência com que está ao seu lado	2,4,
Apesar da utilização de uma série de apetrechos, alguns como os eletrodos de monitorização não é motivo de incômodo, inclusive conhecendo sua finalidade, enquanto que outros como a sonda vesical é motivo de incômodo	3,5,
Quando está na UTI o cliente fica sempre pensando no momento de ter condições de ter alta, questionando a previsão desta possibilidade, embora tenha medo de que esta ocorra sem que esteja em condições	6,7,8,

Proposições acerca das unidades de significado

Este cliente mostrou muito claramente a sua abertura ao diálogo através de sua linguagem corporal, que manifestava-se através da grande gesticulação. Considera que é bem cuidado na UTI , onde freqüentemente tem alguém ao seu lado, também tendo conforto, sendo a única causa de desconforto o uso de sonda vesical. O cliente revela que sente-se cercado de recursos que podem lhe propiciar melhora, embora pense freqüentemente no momento de sair da UTI, com a certeza de que terá em condições adequadas que conduzam à sua recuperação

DESCRIÇÃO INGÊNUA	UNIDADE DE SIGNIFICADO
<p>ÍISIS: 35 ANOS, REINTERNA NA UTI POR INS. RENAL, HIPOTENSÃO SECUNDÁRIA À LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, É GESTANTE.</p> <p>Parece assustada, já havia ficado internada um dia na UTI, recebendo alta e retornando 2 dias após, com exarcebação dos sintomas. Está grávida, com aproximadamente 22 semanas. É discutida a necessidade de ser realizado um aborto terapêutico, tendo em vista a agressividade da medicação que ela está recebendo. Ao aproximar-me dela, ela volta o seu olhar em minha direção. Apresento-me como a enfermeira que irá cuidar dela naquela noite. Ela diz que me conhece de vista (no meu último plantão, ao chegar ela estava tendo alta). Apresenta-se receptiva, prestando atenção a tudo que falo. Explico-lhe que ao cuidar dela também estou levantando dados para o meu trabalho, e peço sua permissão p/ usar o gravador. Ela diz que colabora no que for preciso, mas não quer que grave, pois fica com vergonha. Digo-lhe que tudo bem, mas que no entanto isso dificulta um pouco, já que muitas coisas devem ser registradas. Ela diz que entende e que terá paciência. Perguntei a ela como está se sentindo, enquanto começo a verificar os seus sinais vitais. Ela diz: " Sintome péssima, não sei o que tenho, estou preocupada com o nenen e não sei o que esses médicos tanto falam. Ninguém chega aqui e diz qual é o meu problema afinal. Perguntei se ela gostaria que eu tivesse maiores informações p/ que eu pudesse lhe dar. Ela diz: " Gostaria que sim. Como você vai ficar comigo aqui hoje, até aceito melhor qualquer coisa que tenha p/ dizer de ruim.</p> <p>Disse a ela que iria tentar conseguir o maior no. de informações possível, e conversar com os médicos, e que iríamos conversar juntos. Ela disse que tudo bem. Pedi que ela me falasse um pouco sobre ela, e ela me perguntou o que eu gostaria de saber. Eu disse que era o que ela gostaria de falar. Ela</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- A cliente desconhece o motivo de sua internação na UTI 2- A linguagem utilizada pelos membros da equipe não é reconhecida pela cliente 3- A presença mais contínua facilita a aceitação acerca das informações a serem recebidas

começou: " Sou casada, tenho um filho de 3 anos, moro em Ganchos...(silêncio, como se esperasse que eu perguntasse + alguma coisa... ou será que ela não quer falar mais nada ?). FIQUEI MEIO SEM JEITO. Retomei o diálogo, e perguntei o que ela sabe sobre sua doença. Ela falou: "Quase nada. Ninguém me explicou direito, sei que tem um negócio de umas celas, mas não entendi. Minha outra gravidez foi normal, não entendo porque essa agora tem tanto problema. E eu quero tanto esse neném, meu outro filho está esperando tanto...(silêncio). A senhora sabe de alguma coisa ? (Será que ela percebeu alguma coisa no meu olhar ?).

Disse que eu ainda não havia conversado com o obstetra, mas que por enquanto eu não sabia de nada. Ela retomou a conversa, dizendo: " Qualquer coisa me diga logo, tá? Não aguento mais ter que ficar aqui sem saber de nada e ver que as pessoas estão falando de mim". Perguntei a ela como ela sabe disso. Ela falou: " Fico daqui espiando. Às vezes os médicos falam do leito 2 e olham p/ mim. Aqui é o leito 2 não é ? ". Confirmo. Ela diz: "Então. Porque eles não vem aqui e falam direto p/ mim não precisam ficar comentando escondido. Isso é muito chato". Disse a ela que de repente não é dela que eles estão falando. Ela disse: " É sim, eu já ouvi várias vezes. Eles pensam que eu não escuto, mas escuto sim. Pergunto a ela o que ela está achando da internação dela na UTI. Ela falou: "Da primeira vez não liguei muito, que foi rápido. Mas agora não tô gostando não, aqui é muito fechado. Lá no quarto tinha as outras pacientes, eu podia andar, tinha luz, aqui não, tenho que ficar na cama direto, cheia de fios, de vez em quando tocam esses sininhos, me assusto. É ruim. Sem contar que já fiquei até com morto do lado, dá medo. Mas o pessoal é legal, de vez em quando vem aqui me dar força. Não sei se é porque gostam de mim ou por causa do meu estado, mas muita gente vem aqui me dar força. Até o pessoal da maternidade vem aqui me visitar. Isso dá força p/ mim, é bom. Perguntei a ela se ela sabia porque tinha vindo p/ a UTI. Ela falou: "Da outra vez, disseram que era por causa da pressão, foi rápido. Agora disseram que era por causa do

4-Há um desconhecimento da cliente acerca de sua doença de base

5- Na UTI a cliente percebe que são feitos comentários sobre seu estado de saúde, que no entanto não são ditos diretamente a ela

6- Na UTI a cliente se vê limitada ao espaço do leito pela presença de eletros, impedida de caminhar, ver a luz do dia

7- O disparo dos alarmes dos monitores é motivo de susto para a cliente, sendo desagradável

8- O compartilhar do mesmo ambiente com outros clientes que falecem é motivo de medo para a cliente

9- A presença constante de membros da equipe incluindo de outras unidades auxilia a cliente a superar a internação

rim, olha só tô inchada e quase não urino. Você sabe que também estou enchergando pouco?". Perguntei a ela se ela já enxergava pouco antes. Ela disse: " Não, isso foi de um dia p/ cá, anteontem vi tudo preto, foi horrível, pensei que fosse ficar ficar cega, mas hoje estou um pouco melhor, mas ainda vejo tudo borrado. Desculpa eu estar falando tanto, mas gosto de conversar, se que a senhora tiver que fazer outras coisas, é só dizer, sei que vocês tem muito serviço por aqui. Pedi a ela que não me chamasse de sra., mas de você, e que ela poderia conversar comigo o que quisesse, que eu tinha vindo só p/ cuidar dela.

Ela falou: " Que bom, fico contente com isso. Mas você veio aqui só p/ isso?". Expliquei a ela. Ela falou: " Quer dizer que fui privilegiada, estou ficando importante, né?". Perguntei a ela como geralmente ela é, se está sadia. Ela fala: " Ah, sou uma pessoa bem alegre, né, fiquei mais triste depois de ter que ficar no hospital, nunca fiquei doente, e agora fico doente estando grávida, é demais, né? Isso sem contar que meu filho teve que ficar na casa da sogra, fico preocupada em não incomodar os outros, eu moro longe, meu marido só pode vir de noite, às vezes não deixam ele entrar, isso chateia muito, mas pelo menos minha irmã vem todo dia me ver, ela conseguiu falar com o patrão dela, e ele entendeu, mas é ruim, um incômodo p/ todo mundo, isso me deixa triste. Falei p/ ela que ela tinha que fazer o possível p/ não ficar triste demais, pois isso pode ir contra ela. Ela disse que sabia disso, mas que era difícil. Falei p/ ela que eu também sabia disso, mas que eu estava ali p/ ajudá-la. Ela falou que ficava contente com isso, e que era bom saber que tinha alguém ao lado dela disposto a isso.

10- A cliente tem necessidade de conversar

11- Na UTI a cliente fica preocupada com a família

Síntese das múltiplas realidades conhecidas	Convergência das unidades significado
A cliente na UTI não conhece o porque de estar ali, e não compreende a linguagem utilizada pelos membros da equipe	1,2,4,5,
A presença constante da enfermagem facilita a aceitação das informações sobre o seu estado geral da cliente, auxiliando-o a superar a internação, a cliente tem necessidade de conversar	3,9,10
As informações que dizem respeito à cliente, não são ditas diretamente para ela, que ouve os comentários da equipe, o que é desagradável para a cliente	5
Na UTI a cliente se vê limitada ao espaço do leito devido aos eletrodos, impedida de caminhar, ver a luz do dia, assustando-se com o disparo dos alarmes, tendo medo por compartilhar do mesmo ambiente com clientes que faleceram	6,7,8
A cliente fica preocupada com a família, cujas visitas às vezes são impossibilitadas pelo horário determinado	11,12

Proposições acerca das unidades de significado

A cliente não sabe porque não está na UTI e não reconhece a linguagem utilizada pelos membros da equipe. No entanto, percebe que a equipe tece comentários sobre seu estado geral, sem contudo, lhe fornecer diretamente estas informações, sentindo-se a cliente excluída de fatos que lhe dizem respeito.

As informações sobre o estado geral da cliente, que nem sempre são favoráveis, são melhor aceitas através da presença constante da enfermagem, auxiliando a superação da internação na UTI, pois a cliente tem muita necessidade de conversar. Na UTI a cliente sente-se limitada ao espaço do leito, sem poder caminhar, sem ver a luz do dia, assustando-se com o disparo dos alarmes e sentindo medo pela presença de corpos já sem vida. A preocupação com a família é constante, nem sempre sendo contemplada a necessidade de recebimento de visitas, pela rigidez de horários para que ocorra.

QUADRO I - PROPOSIÇÕES QUE REVELAM AS UNIDADES PARDOXAIS EMERGENTES

UNIDADES PARADOXAIS	D	I	A	A	H	D	A	M	I	E
	D	I	A	A	H	D	A	M	I	E
	I	A	R	R	E	I	P	I	S	R
	A	T	T	R	R	O	O	N	I	O
	N	E	E	M	M	N	L	E	S	S
	A	M	M	I	E	I	O	R	I	S
		I	S	S	S	S	V	V	S	S
		S				O	A	A		
1- A comunicação, em suas mais variadas formas, tem não apenas o potencial de estimular, mas também o de inibir a dialogicidade enfermeiro-cliente, influenciando a qualidade do encontro	X		X	X	X		X	X	X	X
2- A tecnologia que ameaça, circunscreve, ameaça gravidade, amedronta, afasta o ser-aí é a mesma que possibilita a dimensão humana pelo caráter dialogal vivo a partir da presença do pessoal de enfermagem com o cliente	X				X	X	X	X		X
3- Na situação em UTI, apesar de suas especificidades que evidenciam o risco de perder a vida, o cliente desconhece o motivo por estar ali, desconhece o ambiente e seus cuidadores				X	X		X	X	X	
4- A limitação da espacialidade (física) ao espaço do leito e à ambiência da UTI não circunscreve a extensão dos vínculos do cliente, que ao ser reconhecido propicia sua recontextualização e o resgate da referência enquanto pessoa, ampliando seu horizonte de possibilidades	X				X	X		X	X	X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, Marcia. Ciência e consciência: a revolução pós-moderna do trabalho e a constituição do homem contemporâneo. Rio de Janeiro, 1993, 156 p. Dissertação (Mestrado) Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, UFRJ, Rio de Janeiro.
- AMORIM, Maria J. Enfermagem - profissão humanitária? Rev. Bras. Enf. v. 32, n. 4, p.359-368, out. 1979.
- APPLETON, Cathy. The art of nursing: the experience of patients and nurses. Journal of Advanced Nursing, n. 18, p. 892-899, 1993.
- BENDIXEN, John M., KINNEY, Henrik H. Assistência cirúrgica intensiva. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979, p. 1-11: História do tratamento intensivo.
- BUBER, Martin. Eu e tu. Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. São Paulo: Moraes, 1974, 170 p.
- BUZZI, Arcângelo R. Introdução ao pensar- o ser o conhecimento, a linguagem. Petrópolis: Vozes, 1991, p. 124.
- CAPRA, Fritjof. Sabedoria incomum. São Paulo: Cultrix, 1990.
- CARR, Maria R. Identificação de problemas de esfera física em clientes de unidade de tratamento intensivo. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, V. 21, n. 1, p.23-26, abril 1987.
- CAPALBO, Creusa. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 2, n.1, p. 70-76, maio 1994.
- CASTRO, Denise S. Experiência de clientes internados em unidade de terapia intensiva - análise fenomenológica. Ribeirão Preto, 1990. 137 p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da USP, Ribeirão Preto.

- CLARCK, Suzanne. Psychosocial needs of critically ill patients. IN: CLOCHESY, John et al. Critical Care Nursing. Philadelphia: W. B. Saunders, p. 75-90. 1993.
- COSTA, Luiza Aparecida Teixeira. Situações vida-morte - participação do enfermeiro. Rio de Janeiro, 1977. 98 p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem Ana Néri, UFRJ, Rio de Janeiro.
- CURTIN, L. Nursing: high touch in a high tech world. Nursing Management, v. 15, p. 7-8, 1984
- CZECHMEISTER, Catherine A. Metaphor in illness and nursing: a two-edged sword. A discussion of the social use of metaphor in everyday language, and implications of nursing and nursing education. Journal of Advanced Nursing, v. 19, n. , p. 1226-1233, 1994.
- DARBYSHIRE, Philip. Understanding caring through arts and humanities: a medical/nursing humanities approach to promoting alternative experiences of thinking and learning. Journal of Advanced Nursing, v. 19. p. 856-863, 1994.
- DARTIGUES, André. O que é fenomenologia. Trad. De Maria José J. G. Almeida. Rio de Janeiro: Livraria Eldorado, 1973, 163 p.
- FAGERHAUGH, Shizuko et al. The impact of technology on patients, providers and care patterns. Nursing outlook, v. 11, n. 11, p. 666-672, 1980.
- FAIRMAN, Julie. Watchful vigilance: nursing care, technology and the development of intensive care units. Nursing Research, v. 41, n. 1, p. 56-60, 1992.
- FONTAINE, Dorrie K. Controle não-farmacológico do desconforto do cliente durante a ventilação mecânica. Clínicas de Terapia Intensiva v. 4. N. 5, p. 703-716, 1994.
- FORGHIERI, Yolanda C. (org.). Fenomenologia e psicologia. São Paulo: Cortez, 1992, p. 14-25: Fenomenologia e existência.
- GALIZA, Margareth C. Estudo das necessidades dos clientes internados em UTI. Enfoque, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 29-32, dez. 1985.
- GARMAN, S., RINEHART, Nancy. Power and the critically ill client. IN: RINEHART, Nancy. Client or patient ? Power and related concepts in health care. St. Louis: Ishiyaku Euroamerica, 1991.
- GILES, Thomas Ranson. Martin Buber. IN: História do existencialismo e da fenomenologia. São Paulo: EPU, 1989, p. 177-218.
- GOMES, Alice M. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo: EPU, 1980. 153 p.
- GOULD, Dinah. Empathy: a review of the literature with suggestions for an alternative research strategy. Journal of Advanced Nursing, v. 15, p. 1167-1174, 1990.

- GULINO, Claire K. Entering the mysterious dimension of other : an existencial approach to nursing care. Nursing outlook, v. 13, n. 6, p. 352-357, 1982.
- HACKEL, Ritva. Communicating and interviewing: tools in nursing. IN: FLYNN, Janeth-Beth; HACKEL, Ritva. Technological foundations in nursing. Appleton & Lange: Connecticut, 1990.
- HALM, Margo A, ALPEN, Michele A. The impact of technology on patients and families. Nursing Clinics of North America, v. 28, n. 2, p. 443-457, 1993.
- HAYS, Joyce SamHammer, LARSON, Kenneth. Interacting with patients. New York: The MacMillan Company, 1978, 282 p.
- HEIDEGGER, Martin. Ser e tempo. 3. ed. Rio de Janeiro : Vozes, 1989. p. 56-69: O método fenomenológico de investigação.
 _____ Todos nós... ninguém . Tradução de Dulce Mara Critelli. São Paulo: Moraes, 1981 p.
- KAMYIAMA, Yoriko. O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas. São Paulo : USP, 1972. 111 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da USP, 1972.
- KLEYMANN, Susan. Humanistic nursing: the phenomenological theory of Paterson & Zderad . IN: WINSTEAD-FRY, Patricia. Case studies in nursing theory . National League for Nursing, 1986. P. 167-195.
- KIMURA, Myako. Problemas dos clientes de unidades de terapia intensiva: estudo comparativo entre clientes e enfermeiros. São Paulo : USP, 1984. 99 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da USP, 1984.
- KOIZUMI, Maria S. et al. Percepção dos clientes de unidade de terapia intensiva: problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 135 -145, 1979.
- KOIZUMI, Maria S. et al. Análise retrospectiva das pesquisas de enfermagem em terapia intensiva: 1975- 1984. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 5-17, 1986.
- LAFFREY, Shirley C., BROUSE, Susane H. Paterson and Zderad- a humanistic nursing model. IN: FITZPATRICK, Joyce J., WHALL, Ann L. Conceptual models of nursing: analysis and application. Maryland: Prentice- Hall, 1983, p. 181-202.
- MADEIRA, Anésia Moreira F. Tentando compreender o abandono da consulta de enfermagem a partir da fenomenologia existencial de Merleau-Ponty. Rio de Janeiro: UNI-RIO, 1993 Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da UNI-RIO, 1993.

- MARSDEN, Celine. Technology assessment in critical care. Heart & Lung, St. Louis, v. 20, n. 1, p. 93 - 94, jan. 1991.
- _____ An ethical assessment of intensive care. International Journal of Technology Assessment in Health Care, v. 8, n. 3, p. 408-418, 1992.
- MARTINS, Joel, BICUDO, M. A. V. Pesquisa qualitativa em psicologia- Fundamentos e recursos básicos . São Paulo: Moraes, 1989, 110 p.
- MELEIS, Afaf. Theoretical nursing - development & progress. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985, p. 247-254: Josephine Paterson and Loretta Zderad.
- MURRAY, Jeanne B. Self-knowledge and the nursing interview. Nursing Forum. V. 2. N. 1. P. 69-85, 1963.
- NASON, Marty. Psychosocial needs of critical care staff. IN: CLOCHESY, John M. et al. Critical Care Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993. p. 104-114.
- NORONHA, Dulce C. Implicações éticas na assistência de enfermagem do cliente crítico. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 38, n. 3 - 4, p. 349-354, jul/dez. 1985.
- OLIVIERI, Durval P. "O ser- doente" - dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo : Moraes, 1985, 81 p.
- OMERY, Anna. Phenomenology: a method for nursing research. Adv. Nurs. Science, v. 5, n. 1, p. 49-63, 1983.
- PATERSON, Josephine G., ZDERAD, Loretta T. Humanistic nursing. 2nd ed. New York: National League for Nursing, 1988
- PRAEGER, Susan G., HOGARTH, Christina R. Josephine E. Paterson and Loretta T. Zderad. IN: GEORGE, Julia. Nursing theories- the base for professional nursing practice. 3. ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1990, p. 279-292.
- REISER, Stanley J. The unfolding and ambiguities of survival therapy. International Journal of Technology Assessment in Health Care, v. 8, n.3, p. 382-394, 1992a.
- _____ Technologic environments as causes of suffering: the ethical context. IN: STARK, Patricia, McGOVERN, John P. The hidden dimension of illness: human suffering. New York: National League for Nursing, 1992b, p. 43-50.
- SCHWARTZ, Morris S., SCHOCKLEY, Emmy L. The nurse and the mental patient . New York: Russell Sage Foundation, 1956, p. 101
- SIBBALD, William J., INMAN , Kevin J. Problems in assessing the technology of critical care medicine. Int. Journ. Of Technology Assessment in Health Care, v. 8, n. 3, p. 419-443, 1992.

- SKIPPER, James, MAUKSCH, Hans, TAGLIACOZZO, Daisy. Some barriers to communication between patients and hospital functionaries. Nursing Forum, v. 2, n. 1, p. 16-23, 1963.
- STREUBERT, Helen J., CARPENTER, Dona J. Qualitative research in nursing-advancing the humanistic imperative. J.B. Lippincott: Pennsylvania, 1995
- SULLIVAN, J. Nursing 2020: a study of nursing's future. Nursing Outlook, v. 35, n. 5, p. 233-235, 1987.
- TAYLOR, Bev. Phenomenology: one way to understand nursing practice. Int. J. Nurs. Studies, Great Britain, v. 30, n. 2, p. 171-179, 1993
- TROTTO, Giorgio et al. O ser humano no centro de tratamento intensivo. IN: SIMÃO, Eros T. Terapia intensiva. Rio de Janeiro : Atheneu, 1976, p. 607-624.
- VANCOTT, Mary Lou; TITTLE, Mary B; MOODY, Linda E. et al. Analysis of a decade of critical care nursing practice research: 1979 to 1988. Heart & Lung, July 1991, v. 20, n. 4, p. 394-397
- WALKE, Mary A. K. When a patient needs to unburden his feelings. American Journal of Nursing, July, 1977, p. 1164-1166.
- WEIL, Pierre, TOMPAKOW, Roland. O corpo fala. Petrópolis: Vozes, 1991, 288 p.
- WICHOWSKY, Harriet C. Professional uncertainty: nurses in the technologically intense arena. Journal of Advanced Nursing, v. 19, n. 5, p.1162-1167, 1994
- ZWOLSKY, Kenneth. Professional nursing in a technical system. IMAGE, v. 21, n. 4, p. 238-242, 1989.