

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC / UFPR**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CTI:
DA AÇÃO / REFLEXÃO À CONSCIENTIZAÇÃO**

ALDA APARECIDA MASTELARO HAYASHI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Assistência de Enfermagem

ORIENTADORA:

PROFA. DRA. MARIA LOURDES GISI

**Curitiba
Julho/2000**

FICHA CATALOGRÁFICA

**Catálogo da publicação elaborada pela da Biblioteca
Central do Centro de Estudos Superiores de Londrina.**

H 329c Hayashi, Alda Aparecida Mastelaro

O cuidado de enfermagem no CTI: da ação/reflexão à conscientização. Alda Aparecida Mastelaro Hayashi, Florianópolis: UFSC, 2000.
125p; 30 cm

Dissertação - Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Cuidado de enfermagem.
 2. Terapia intensiva
 3. Humanização - Enfermagem
 4. Enfermagem - Conscientização
- I. Gisi, Maria Lourdes - Orientadora
II. Título

CDD 610.7361

31/07/2000

**A PRÁTICA DO CUIDADO HUMANO DE ENFERMAGEM NO CTI:
DA REFLEXÃO À CONSCIENTIZAÇÃO**

ALDA APARECIDA MASTELARO HAYASHI

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 31 de julho de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Área de Concentração: Assistência de Enfermagem



Profª Drª Denise E. Pires de Pires – Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Drª. Maria Lourdes Gisi
Presidente



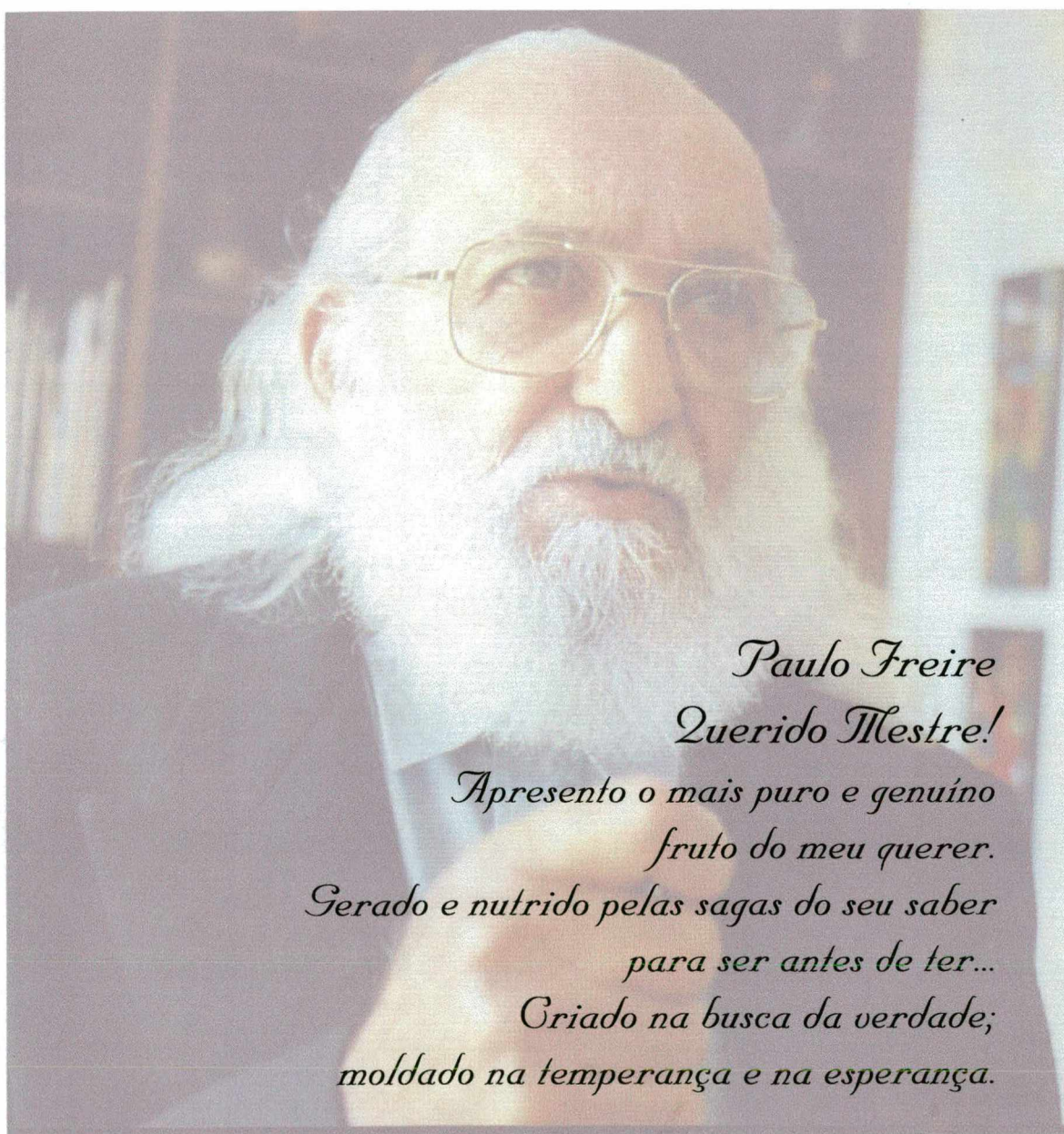
Profª. Drª. Rosita Saupe
Membro



Profª. Drª. Maria Ribeiro Lacerda
Membro



Profª. Drª. Maria de Lourdes Centa
Membro Suplente



Paulo Freire

Querido Mestre!

*Apresento o mais puro e genuíno
fruto do meu querer.*

*Gerado e nutrido pelas sagas do seu saber
para ser antes de ter...*

*Criado na busca da verdade;
moldado na temperança e na esperança.*

Dedicatória

*Ao meu esposo Sérgio e às minhas
filhas Fernanda e Natália,
que neste passar e esquecer de estar presente,
fique nas ausências o perfume do amor que
sempre nos uniu. Obrigada pela força,
pelo estímulo e entusiasmo que sempre me
ofereceram nestes anos de estudos.
Vocês são a expressão mais bela do meu viver!*

*Aos Integrantes da Equipe de Enfermagem do CTI,
aqueles que compartilharam comigo, sonhos,
expectativas e esperança, com o compromisso
de estabelecer, além do saber, a compreensão do
cuidar com consciência e com competência.
Vocês são as sementes do germinar de
um novo futuro da Enfermagem.
À vocês a minha gratidão!*

Agradecimentos

A Deus,

de ti Senhor recebi o dom mais precioso: a vida

No corre-corre da vida diária, esqueço tantas vezes de Te agradecer.

Obrigado Senhor, por todos aqueles que entraram na minha história de vida e me ensinaram a crescer, pelos meus braços perfeitos, enquanto há tantos mutilados, pelos meus olhos perfeitos, quando há tantos sem luz, pelas minhas mãos que trabalham, quando há tantas que mendigam. É maravilhoso Senhor, sorrir, quando há tantos que odeiam.

Viver, quando há tantos que morrem antes de nascer. Sobretudo, ter pouco a pedir, e tanto há agradecer.

Aos meus pais, Aurora e Walter,

inspiram-me a certeza da presença e a segurança de teus passos guiando os meus. O carinho de suas vozes, a esperança do seus sorrisos. O conforto de suas lágrimas, o brilho dos seus olhares. Me fizeram tão grande quanto o amor de vocês por mim. Se eu pudesse lhes fazer eternos... eternos eu lhes faria!

A vocês que sempre compartilharam meus sonhos e desalentos, vitórias e derrotas, alegrias e tristezas, incentivando-me a prosseguir a jornada, fossem quais fossem os obstáculos, que mesmo as vezes distantes fisicamente, mantiveram-se ao meu lado, lutando pelo meu sucesso. Muito obrigada. A mais profunda admiração e gratidão!

*Aos meus irmãos Edilson, Leila e Alessandra,
pelo carinho, solidariedade e exemplos de trabalho e competência.
Muito tenho aprendido com vocês.*

*Aos meus cunhados,
especialmente ao Cláudio, Ana Paula e Ney, pela ajuda com materiais
didáticos e pelos conselhos nos momentos de angústia. Muito obrigada!*

*À Prof.^a Dr.^a Maria Lourdes Gisi,
obrigada, pelos momentos de força, de compreensão, de paciência, de
confiança, de orientação e de amizade. A vida é uma história que
sempre continua... no navegar do mar da vida não existe fim para
aqueles que acreditam no poder de uma amizade. Que Deus lhe
abençoe!*

*Às Prof.^{as} Dr.^{as} Rosita Saupe e Vanda Jouclas,
o esforço, a tenacidade, e o querer vencer transformam o mundo. No
compartilhar do saber, é que se encontra o desvelar de uma nova
identidade. Obrigada pelos conselhos por ocasião da qualificação. Muito
aprendi com vocês.*

*Às Coordenadoras do Mestrado - Prof.^{as} Dr.^{as} Maria
de Lourdes Centa e Tamara Cianciarullo,
obrigada pelos momentos de força, de paciência e de amizade.*

*Aos professores do Mestrado,
no compartilhar do saber, é que se encontra o desvelar de uma nova
identidade. O sucesso é como o ar que respiramos, enche nossa alma,
renova nossa mente e transborda para a vida. Muito aprendi com vocês.
Muito obrigada!*

Elaine, Damares e Lília,

queridas amigas e mestres, em cuja prática docente ensinar jamais foi transferência de conhecimento feita pelas educadoras aos alunos. Ao contrário, para vocês, ensinar é uma aventura criadora.

Andréia, Lílian e Regina,

na aurora da vida, o amanhecer traz a esperança de dias melhores. O esforço, a tenacidade, e o querer vencer transformam o mundo. No compartilhar do saber, é que se encontra o desvelar de uma nova identidade. O sucesso é como o ar que respiramos, enche nossa alma. Renova a nossa mente e transborda para a vida. Muito aprendi com vocês. Obrigada!

Aos Colegas de Mestrado,

foi gratificante encontrar, neste grupo, pessoas alegres e amigas. Os sorrisos, os abraços, e a acolhida. Serão sempre lembrados.

Cristina e Silvânia,

a palavra de apoio, a torcida, o sorriso, o estímulo, o ajudar, o silenciar para deixar fluir representam gestos de amizade, símbolo de união que permearam os momentos mais importantes desta trajetória. No silêncio do ajudar vocês se fizeram presentes na minha vida. Obrigada amigas!

Às Colegas do Departamento de Enfermagem do Cesulon,

do nosso convívio fraterno, registro a presença de enfermeiras decididas, lutadoras e amigas. Tem sido maravilhoso trabalhar com vocês.

Leonice, Ercília e Conceição,

a amabilidade, o trabalho e o carinho correspondem aos gestos de almas puras e amigas. Obrigada por tudo!

Édna Picelli, Vera Portella e Luiza Estância,

foi no silêncio do ajudar que vocês se fizeram tão presentes na minha vida de mestrandia. Agradeço a amizade.

Ao Cesulon,

pelo incentivo e facilidades proporcionadas durante o período de mestrado. Muito obrigada!

Ao Hospital,

campo de pesquisa, e, particularmente à Serência de Enfermagem e à Enfermeira Supervisora do CTI, pela colaboração e facilidades proporcionada durante a coleta de dados. Muito Obrigada!

Jossânia e Rose Marie,

ah! se aqui eu pudesse expressar o vigor desta amizade! Só Deus é testemunha do quanto meu coração guarda de carinho, de afeição, de respeito por esta grande amizade. Amizade esta, nascida na flor da idade, fortalecida no desabrochar da vida, cultivada no decorrer dos anos... O comum desvelar da coragem de transpor obstáculos, o compartilhar das expectativas e esperanças. Queridas amigas, palavras são poucas para expressar minha eterna gratidão e amizade.

HAYASHI, Alda Aparecida Mastelaro. **O cuidado de enfermagem no CTI: da ação/reflexão à conscientização.** Florianópolis, 2000. 125p. Dissertação (mestrado) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Paraná.

RESUMO

Este estudo relata e analisa a experiência vivenciada junto aos integrantes da equipe de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva — CTI — de um hospital geral de uma cidade do norte do Paraná. Partiu-se da seguinte questão norteadora: a equipe de enfermagem pode prestar o cuidado humano no ambiente tecnicista do CTI?, procurando responder esta questão trabalhou-se com os seguintes objetivos: — verificar como a equipe de enfermagem percebe a prática do cuidado junto aos pacientes e seus familiares no CTI; — identificar os fatores que interferem na prática do cuidado humano de enfermagem na terapia intensiva, e — propiciar espaço para reflexão e superação da prática existente pela prática do cuidado humano de enfermagem no CTI. A concepção freireana de conscientização foi o suporte para trabalhar as questões referentes à prática do cuidado humano no CTI. O trabalho de campo utiliza o método Paulo Freire dividido em três momentos: levantamento dos temas, tematização e tomada de consciência/conscientização. O método propiciou a compreensão de que é necessário possibilitar ao indivíduo utilizar suas habilidades e seus próprios conhecimentos, para encontrar soluções para seus próprios problemas e desenvolver a capacidade de tomar decisão consciente. Partiu-se dos pressupostos que o homem quando compreende sua realidade pode levantar hipóteses e soluções para aquela realidade e assim transformá-la, e que o homem é capaz de transformar uma realidade quando tem consciência. Este estudo deixou evidente a importância de propiciar espaço para a discussão.

HAYASHI, Alda Aparecida Mastelaro. **The care of nursing at the ICU: from action/reflection to awareness.** Florianopolis, 2000. 125p. Dissertation (Master Degree) Graduate Course on Nursing, Federal University of Santa Catarina/University of Paraná.

ABSTRACT

This study describes and analyses the experience that a nursing team went through at the Intensive Care Unit (ICU) of a general hospital in a city in the North of Parana, Brazil. The question that oriented this study was: Is it possible for the nursing team to provide human care within the high technical environment of an ICU? Having this question in mind, the study addressed the following goals: a) verify how the nursing team understands the care practice when assisting the patients and their relatives at the ICU; b) identify the factors that may interfere in human care practice while practicing the intensive care, and c) start reflecting this condition of practice and replace the current nursing care practice for the human care practice of nursing at the ICU. The study of the issues related to human care practice at the ICU was based on Paulo Freire's conception of awareness. The field work was carried out by using Paulo Freire's method which was split in three phases: survey of themes, organization of subjects of study and awareness. The method made it clear that it is necessary to give individuals an opportunity to use their skills and knowledge in order to find solutions for their own problems, as well as to develop their ability to make conscious decisions. The study took into consideration that when an individual understands his reality he is able to elaborate hypothetical issues and find solutions for that reality, thus being able to change it; it also considers that the individual is able to change the reality when he is aware of it. This study evidenced how crucial it is to create conditions for discussions.

SUMÁRIO

1 APRESENTANDO O TEMA	1
2 DELINEANDO A TRAJETÓRIA	14
3 REVISANDO INFORMAÇÕES SOBRE A TERAPIA INTENSIVA	19
3.1 Revendo Dados Históricos Sobre a Terapia Intensiva	20
3.2 O Cuidado Humano de Enfermagem Frente a Tecnologia da Terapia Intensiva	25
3.3 Aspectos Éticos da Enfermagem na Terapia Intensiva	28
4 FUNDAMENTANDO O ESTUDO	31
4.1 O Cuidado Humano de Enfermagem	33
4.2 O Ser Humano e o Processo de Humanização pela Conscientização	38
4.3 Diálogo e Reflexão, Instrumentos no Processo de Conscientização	47
5 DESCREVENDO OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	50
5.1 Etapas do Estudo	53
5.1.1 Levantamento dos Temas	53

5.1.2 Tematização	53
5.1.3 Tomada de Consciência/Conscientização	54
5.2 Viabilização do Estudo	55
6 INTERPRETANDO OS DADOS	64
6.1 Fatores que são Obstáculo ao Cuidado Humano de Enfermagem no CTI	65
6.2 Fatores Favoráveis ao Cuidado Humano de Enfermagem	96
7 REFLETINDO SOBRE O PROCESSO VIVIDO.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	Pedido de autorização para realizar o estudo no hospital	114
ANEXO 2	Pedido de autorização para a gerente de enfermagem	115
ANEXO 3	Pedido de colaboração com o estudo à supervisora do CTI	116
ANEXO 4	Termo de consentimento livre esclarecido	117
ANEXO 5	Texto: "O Menininho"	118
ANEXO 6	Texto: "A Falha na Comunicação"	120
ANEXO 7	Texto: "Falar e dizer"	122
ANEXO 8	Texto: "Como uma Interpretação Errada Pode Levar a uma Resposta Errada"	123
ANEXO 9	Manual de orientação para as famílias (folder)	124
ANEXO 10	Proposta de formação de um grupo permanente de discussão e reflexão da prática do cuidado humano no CTI	125

1 APRESENTANDO O TEMA

*Sei que as coisas podem até
piorar, mas sei também que é
possível intervir para melhorá-las.*

PAULO FREIRE

Fios, tubos, catéteres, luzes de alerta, gráficos, frascos de soros e drogas. O “habitat” de um paciente do Centro de Terapia Intensiva — CTI é a versão da alta tecnologia, de uma luta cuja origem se perde no tempo: o homem contra a morte. A era da cibernética invadiu também a área da saúde, trazendo vários benefícios com a introdução de aparelhos modernos e sofisticados, aliados à informática. Sobre este aspecto CURRY (1995, p. 26) ressalta *O avanço técnico-científico foi tão rápido que mal pudemos conhecê-lo melhor, aparelhos e sistemas foram criados, usados e desativados sem que muitos tivessem tempo de conhecê-los. Ao não se dar conta onde termina a máquina e começa o paciente, a relação com a máquina pode tornar o cuidado de enfermagem um ato mecânico e o paciente ser visto como uma extensão do aparato tecnológico.*

É notório que os CTIs ou as Unidades de Terapia Intensiva — UTIs — são unidades planejadas para prestar assistência especializada aos

pacientes em estado crítico, com risco de vida e que exigem maior controle e assistência médica e de enfermagem ininterruptas. Segundo CURRY (1995) esses fatos justificam a introdução da tecnologia cada vez mais aprimorada na tentativa de, por meio de aparelhos, preservar e manter a vida do paciente em estado crítico, através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exige profissionais de saúde altamente capacitados e habilitados.

Ainda com relação ao CTI e UTI, observamos que essas unidades são envolvidas por certo mistério e admiração. Somos levados a admirar os enfermeiros especializados, que calmamente acionam este ou aquele botão, tão acostumados que estão com os equipamentos eletrônicos e os procedimentos complexos. Locais onde é prestada assistência médica e de enfermagem especializadas, nas 24 horas do dia, onde todos, homens aliados às máquinas, tem a preocupação única de aumentar as chances de sobrevivência de pacientes em estado crítico de saúde.

Podemos considerar que por esses motivos, entre outros, os CTIs passaram a ocupar lugar de destaque nas organizações hospitalares modernas, e essa valorização criou o mito que atrai muitos alunos e profissionais, levados pela constatação de que maior tecnologia implica em maior conhecimento e maior conhecimento leva a maior reconhecimento profissional. É verdade que o avanço técnico, aliado à ciência, trouxe muitos benefícios, como menor tempo de hospitalização e menor índice de morbidez e mortalidade (GOMES, 1988).

Não há dúvida, que o aperfeiçoamento dos centros de terapia intensiva determinou nos últimos 20 anos, um impacto significativo na assistência de doentes em estado crítico. Os avanços dos conhecimentos médicos, técnicos e de enfermagem permitiram aos CTIs prolongar e salvar vidas, muitas vezes em circunstâncias aparentemente impossíveis. / Podemos constatar essas informações através da reportagem de PASTORE na Revista Veja (maio, 1995) onde diz que os CTIs salvam três em cada quatro doentes que recebem, mas funcionam num mundo sombrio, de tubos, lâminas, agulhas e gemidos. Nesse ambiente muitos outros problemas acometem os pacientes como por exemplo, a privação do sono e a solidão.

É correto afirmar que a tecnologia favorece o atendimento imediato, o diagnóstico mais preciso, dá segurança para toda a equipe do CTI, porém pode contribuir para o processo de desumanização, tornando as relações humanas frias e distantes, fazendo com que o paciente se sinta abandonado, insignificante e invisível. No entender de BETTINELLI (1998, p. 12) *...a visão tecnicista leva a inversão de valores, preocupação excessiva com a máquina e pouca preocupação com o ser humano internado*. Sabemos muito sobre a máquina e pouco ou quase nada sobre a pessoa que estamos cuidando, o paciente hoje não é sujeito, mas objeto e "recipiente" de determinações ou cuidados da enfermagem. CREMA; WEIL e D'AMBROSIO (1993, p. 133) ressaltam que *Sofremos atualmente as conseqüências do condicionamento materialista, mecanicista e reducionista do paradigma cartesiano-newtoniano [...] o homem, então, se fez máquina, robotizou a sua mente e mecanizou a sua rotina existencial*. Na verdade, toda atitude profissional da enfermagem deve ter como meta a busca da dignidade humana, do respeito, da valorização da vida e da qualidade deste viver e não se voltar apenas para o arsenal tecnológico.

A rotina do dia-a-dia no CTI, pode inibir a percepção do profissional, tornando-o alienado. Em se tratando da alienação do profissional FREIRE (1999b, p. 24) comenta *A alienação do profissional não lhe permite perceber o óbvio*. O que significa que o homem alienado tende a ficar mais na forma que no conteúdo, ou seja, passa a ver as coisas mais superficialmente. Ainda conforme FREIRE (1999b) as ações profissionais passam a ter um caráter técnico, negligenciando ou minimizando o homem ao confrontar o dilema humanismo — tecnologia. E respondendo a esse dilema, opta pela técnica, considerando que a perspectiva humanista é uma forma de retardar as soluções mais urgentes.

O que se observa no cotidiano do CTI, é que raramente o paciente é respeitado na sua individualidade e privacidade. Sabe-se, no entanto, que estes aspectos contribuem de forma fundamental para o seu restabelecimento, conforme explicita KURCGANT (1991, p. 20).

Em geral, as necessidades emocionais do paciente de CTI afloram quando o sistema biológico entra em equilíbrio. A orientação e a informação o tranquilizam, pois quando o paciente tem suas dúvidas esclarecidas sente-se mais seguro e confiante. O ambiente é hostil e agressivo e a explicação sobre os aparelhos bem como a presença amigável e o interesse ajudam muito. Ouvir-lo e informá-lo sobre sua doença, os procedimentos, a família e mesmo sobre o que está acontecendo fora do hospital, faz-se necessário.

Além dos cuidados físicos e emocionais com o paciente, outro aspecto importante de competência da equipe de enfermagem diz respeito ao seu papel como elo de ligação entre o paciente e a família. Os familiares, em geral, estão tensos, inseguros e com medo do que poderá ocorrer com o paciente. Existe o medo do próprio ambiente, dos aparelhos e o medo de como chegar até o paciente de forma a não prejudicá-lo. O médico esclarece sobre o diagnóstico médico, mas os familiares têm necessidade de falar sobre o diagnóstico e pedir maior esclarecimento sobre tudo aquilo que diz respeito ao paciente. A explicação sobre o que é melhor para o paciente e sobre os equipamentos, deve ser feita tantas vezes quantas forem necessárias. Ainda segundo KURCGANT (1991, p. 20) nesses momentos *O enfermeiro não deve se restringir a responder perguntas dos familiares mas deve ficar atento para detectar indícios que indiquem insegurança e medo.* O paciente no CTI por estar correndo risco de vida, está muitas vezes com sua percepção mais aguçada, ele está atento as nossas mensagens e sentimentos emitidos na maioria das vezes de uma forma não verbal.

STEFANELLI (1993, p. 70) ressalta que *É por meio da comunicação que um ser humano se mantém em interação com o outro, somente se ela for adequada é que o enfermeiro poderá ajudar o paciente e seus familiares.* Isto mostra de forma clara, que a comunicação deve ser utilizada como um processo interativo entre a equipe de enfermagem, o paciente e a família.

Ainda de acordo com SILVA (1996, p. 14) *A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos,*

permitindo melhorar o relacionamento entre os indivíduos.

Estabelecer uma adequada comunicação tem sido uma preocupação da enfermagem, o que pode ser constatado na literatura existente na qual se destacam a importância da comunicação, da interação, da ajuda-confiança na prática do cuidado humano.

STEFANELLI (1986) em seu artigo "Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente", demonstra uma preocupação com a qualidade da assistência de enfermagem prestada em hospitais. Trata-se de uma síntese do conhecimento básico necessário para a compreensão do relacionamento enfermeira-paciente, como base da assistência de enfermagem psiquiátrica e para o ensino desta. Entretanto, sua aplicabilidade estende-se a todas as áreas de enfermagem. Ainda de acordo com STEFANELLI (1986, p. 63) *Seja qual for a situação ou especialidade, há sempre uma interação enfermeira-paciente. A experiência de relacionamento terapêutico pode ser empregada com os indivíduos, família, grupos e comunidades.*

Outro trabalho nesta área foi um estudo realizado por ARAÚJO (1984) sobre as dificuldades do enfermeiro para lidar com o paciente que não se comunica verbalmente. A autora verificou que a maioria dos enfermeiros considerou difícil o relacionamento terapêutico com este tipo de paciente. As características apontadas que mais dificultam a assistência de enfermagem são: *...não responde quando solicitado ou sua resposta é curta e rápida e ...não mantém uma conversação* (p. 53). Neste estudo foi detectado que os enfermeiros consideram necessário muita paciência e tempo para o atendimento ao paciente que não se comunica verbalmente e que os enfermeiros não sabem que atitude tomar frente ao paciente com as características citadas e que na maioria das vezes não dispõem de tempo para buscar outra forma de comunicação.

CARNEIRO (1982) em seu estudo "A comunicação enfermeiro/paciente em unidade de terapia intensiva", abordou os aspectos relacionados à familiarização da equipe de enfermagem e paciente ao ambiente e com técnicas

assistenciais empregadas no CTI. Analisou a influência da comunicação nas emoções e problemas vivenciados por ambos. Concluiu que o tipo de comunicação é um dos fatores de maior tensão, ansiedade e medo, caracterizando-se por mensagens curtas, breves e unilaterais, o que não corresponde à expectativa expressa pelos pacientes e que a comunicação adequada que poderá constituir-se em um meio terapêutico para diminuir a ansiedade, o medo e a solidão dos pacientes.

As conclusões dos estudos citados anteriormente nos mostram claramente que o papel da equipe de enfermagem é procurar devolver o equilíbrio não somente físico mas também no aspecto emocional, aos pacientes sob seus cuidados. Para FREIRE (1999b, p. 28) *O homem não é uma ilha. É comunicação.* A comunicação pode ser também considerada como um aspecto do cuidado humano de enfermagem, uma vez que a equipe de enfermagem estará valorizando o afeto, os sentimentos e a atenção em seus contatos com os pacientes e seus familiares.

É sobre isso que nos fala CAPRA (1996, p. 28) *...você não precisa de advertências morais para demonstrar cuidado e afeição, você o faz por si mesmo, sem sentir nenhuma pressão moral para fazê-lo.* Mas para isso é necessário criar ambiente e condições de trabalho favoráveis para que o profissional reflita sobre sua prática.

Pode-se dizer que se faz sempre necessário o aprimoramento da equipe de enfermagem não só como técnicos, mas, sobretudo, como pessoas que se comunicam e que interagem num plano de grande empatia com os pacientes, conforme nos indica ROCKENBACH (1985, p. 54)

O preparo profissional da enfermagem deveria incluir, necessariamente, treinos de ajustamento e vivências grupais, uma maior preocupação com a humanização do cuidado. Não só as escolas deveriam se preocupar com estes aspectos, mas as próprias instituições hospitalares, nos seus programas de formação

permanente, deveriam incluir, sistematicamente, estudos e dinâmicas de grupo.

No entanto, o que se observa é um distanciamento entre os profissionais do CTI e o paciente. A comunicação é inconsistente, o cuidado é impessoal e por que não dizer pouco humanizado. Há uma maior valorização dos aspectos científicos, da fisiopatologia sendo esquecidos o envolvimento, o calor humano, a humanização.

Esse distanciamento da equipe de enfermagem, que transforma o cuidado de enfermagem em um simples procedimento mecânico, pode ser atribuído a um mecanismo de defesa, pois o sofrimento do outro também nos infunde medo, porque vemos como num espelho, a fragilidade, a vulnerabilidade, a morte, elementos da nossa condição humana que não gostamos de ver. De acordo com PESSINI (1991) provavelmente seja esta uma das razões dos pacientes terminais serem quase que esquecidos, uma vez que eles nos fazem confrontar com nosso próprio fim.

Por outro lado, cabe questionar se esses profissionais de saúde que atuam nos CTIs foram preparados para perguntar aos pacientes ou familiares quais as suas necessidades, respeitar os seus valores ou sobre quais direções de tratamento deveriam tomar em situações de dilemas de fim de vida. Este questionamento sugere a necessidade da reflexão bioética como uma instância que procura salvaguardar a dignidade humana.

Outra questão que não deve ser esquecida no ambiente do CTI no que diz respeito aos profissionais não só da enfermagem, mas da equipe de saúde que ali trabalha é o fato de serem confrontados diariamente com questões relativas à morte, o que pode estar relacionado a uma das causas geradoras de estresse. Será que estão preparados e experimentados para lidar com essas situações? Para NOVAES; KÜHL e KNOBEL (1998) a equipe do CTI também se utiliza de mecanismos de defesa para evitar o confronto com a angústia gerada pela participação permanente no sofrimento do paciente.

Através de diversos estudos podemos observar que o cuidado humano, a humanização não são abordagens novas. Nos últimos anos, os profissionais da área de saúde estão se dando conta de que o aspecto da humanização é tão importante quanto as terapias realizadas, pois é no hospital onde mais se necessita da competência técnica aliada ao calor humano. Além disso, o atendimento humanizado pode influenciar positivamente nos resultados esperados quanto à recuperação do quadro do paciente (ARALDI, 1995).

De acordo com WATSON (1985) para que ocorra o cuidado humano de enfermagem é necessário que a enfermeira detecte os sentimentos do outro, através de suas habilidades de observação, ações, palavras, comportamentos, pensamentos, sensibilidade e intuição.

Ainda com relação ao cuidado humano de enfermagem MEZOMO (1980, p. 23) afirma que *Humanizar não é técnica, nenhuma arte e muito menos um artifício, e sim um processo vivencial que permeia a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando realizá-lo e dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das situações peculiares que encontra em cada momento dentro do hospital.* Realizar o cuidado de enfermagem com competência, significa, não somente agir sobre a coordenação do cuidado, analisar e propor soluções para os problemas, mas, principalmente, estabelecer uma comunicação e interação adequadas com o paciente e seus familiares, objetivando proporcionar-lhes um ambiente físico e social tão agradável quanto possível, ressalvados os dissabores inevitáveis do tratamento.

Assim, quando nos reportamos ao cuidado humano de enfermagem, estamos nos referindo ao cuidado em que se leva em consideração o homem na sua totalidade. Aqueles que vão muito além do cuidado focalizado no risco biológico de perda da vida. Sendo os CTIs locais repletos de equipamentos de alta tecnologia; não é raro, defrontarmos-nos com excelentes técnicos, conhecedores exímios dos aparelhos que eles manipulam com maestria, mas parecendo calouros na arte de confortar, de ir ao encontro das pessoas sofredoras que perdem sua identidade e são identificadas friamente com um caso

ou com um número.

Em meio a tanta tecnologia e complexidade no ambiente da terapia intensiva, o paciente às vezes é esquecido ou relegado ao plano secundário. Fato este que nos faz questionar: — Onde fica a humanização sobre a qual muito se ouve falar nas escolas de enfermagem e que deve ser parte integrante de todas as ações de enfermagem? — É preciso que a equipe de enfermagem do CTI reflita sobre seus próprios valores, seu conhecimento como ser humano, assim assumam a responsabilidade de pelas suas questões profissionais como por exemplo, desenvolver o cuidado de enfermagem.

Dar explicações aos pacientes e seus familiares sobre os equipamentos e o ambiente físico no qual estão inseridos é algo importante que os profissionais de enfermagem podem fazer. É necessário que estejam melhor preparados e disponíveis para um contato mais pessoal com o paciente e sua família. Principalmente porque alguns pacientes ingressam no CTI, lúcidos e conscientes, percebendo tudo o que ocorre ao seu redor e conforme as características individuais de cada paciente, entre as quais o grau de instrução, o nível socioeconômico e a complexidade de seu quadro clínico, podem sentir-se inseguros ou se imaginarem em estado muito grave.

Como membros da equipe de enfermagem devemos, portanto, prestar o cuidado ao paciente como um ser global, não esquecendo a sua individualidade, o contexto familiar e social ao qual está inserido, aceitar e respeitar a sua forma de ser; procurando atuar de forma mais humanizada; buscar melhorar a interação; dar maior importância a afetividade no dia-a-dia do trabalho hospitalar. Tudo isso deve ser contemplado não somente na relação com os pacientes e seus familiares, mas também nas relações com os demais profissionais da equipe de saúde. O que sustenta o trabalho estressante no hospital, e mais especificamente no CTI, é a capacidade de transformá-lo em fonte de prazer.

Nesse sentido parece oportuno resgatar o cuidado humano de enfermagem, como uma prática constante da enfermagem no ambiente da terapia intensiva. Passar por um CTI, é uma experiência traumatizante que muitos

recordam como um pesadelo. Como exemplo citamos os depoimentos a seguir.

Os três relatos abaixo são de pacientes que estiveram internados no CTI, local onde foi feito o estudo. Estes depoimentos foram colhidos através de um estudo preliminar que antecedeu o trabalho realizado junto aos integrantes da equipe de enfermagem do CTI.

M. H. 72 anos, esteve internado no CTI por problemas respiratórios e em seu depoimento assim se manifestou:

Uma das coisas mais traumatizantes era ouvir as pessoas que trabalhavam lá (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas) falando de mim como se eu fosse um objeto, uma coisa inanimada. Eles conversavam sobre mim, nunca conversavam comigo, e jamais respondiam minhas perguntas. Depois de algum tempo comecei a me sentir como se fosse uma coisa e não uma pessoa.

Outra paciente, J. V., que fez cirurgia cardiovascular, sofreu os mesmos problemas da maioria dos pacientes, o que pode ser observado através do seguinte relato:

Sem a menor privacidade, eu fiquei horas semi despida em cima de uma cama, com os outros pacientes ao lado me observando, imagine logo eu uma mulher de 58 anos. Pior ainda, foi quando eu vi um senhor que estava ao meu lado morrer, e também o fato de não poder dormir devido as conversas e luzes acesas o tempo todo. Minha família nem sempre era informada sobre meu verdadeiro estado de saúde, as pessoas respondiam as perguntas demonstrando pouco interesse, não davam explicações sobre aqueles tubos e aparelhos.

O senhor A. R., 69 anos, passou pouco mais de 24 horas no CTI, após ter sido submetido a uma traqueostomia permanente. Na impossibilidade de expressar verbalmente o que sentiu naquele período, deixou registrada a sua impressão através de uma poesia:

Durante (minha estada no CTI)

*Nas primeiras horas de tensão
Frágil, sem dor, sem agarrar,
Momento difícil e ilusão
Se fico, se vou, já peço perdão
Até quando posso resisti
Deitado o tempo não há de passar.
Noites que não tem dia , sem dormir
Apenas dormente, sem força, sem entregar
Vem à tona: "o Senhor é meu pastor,
nada me faltará"
Ponho em dúvida se continuar
Repito mil vezes "nada me faltará"
Segundo por segundo não quer passar.....
Fantasmas de pé presente
Entrando e saindo gente
Do lado direito e esquerdo
Caricaturas de doentes*

*Pernas para cá, pernas para lá
Parafernália de mercado persa
Tubos e canudos afora
Engraçado este lugar!*

*Via como tal, esparadrapo
e companhia...
Aberto só os olhos para ver
Para coçar não tinha lugar, mas quem?
Bom pra piolho pegar*

*Sem se mexer , ouvindo outros gemer
Agora você ri, lá você sente
Hoje você fala: comigo não vai acontecer*

*Nos momentos bons ou sofridos
Nunca deixo de pensar
Nada me faz certeza
De Deus minha vida tirar
Creio no meio desta transição
Da vida o que fazer
Se será pelo bem ou pelo mal
Não está em mim escolher*

*Viajando , parece mesmo
Que tivesse nas profundezas do mar
Escuro, podendo pois respirar
Olhar e ouvir
Mas nunca mais subir*

*Deus me tirou o falar
Agora quanto mais tenho aprendido
Em silêncio vindo a respeitar
Por misericórdia, ainda deixou
meus ouvidos*

As percepções dos pacientes retratadas nestes depoimentos caracterizam o atendimento no CTI como impessoal e pouco humanizado, voltado muito mais para o arsenal tecnológico do que para o doente que recebe esse cuidado. A partir desses depoimentos tem-se a impressão de, que o ser humano, por estar

gravemente enfermo, fica reduzido a alguma coisa sem sentimentos, sem pudor, sem direito a ter a individualidade e a intimidade respeitadas, como se para mantê-los vivos se justificasse a manipulação, o isolamento e a automatização da assistência intensiva.

Refletindo sobre a função e o papel da enfermagem, deparamo-nos com ações rotineiramente repetidas, mecanizadas, sem atenção especial na interação pessoa a pessoa e sem a preocupação de se estabelecer uma relação ajuda-confiança. Tais reflexões motivaram o interesse em desenvolver um trabalho junto à equipe de enfermagem que atua em um CTI, buscando, desta forma, contribuir para o repensar e para redimensionar a atuação da equipe de enfermagem no cuidado humano de enfermagem com os pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva de um hospital geral. Através da reflexão e do diálogo discutindo o seu dia-a-dia, estimulando o envolvimento saudável e restaurador no tratamento do paciente crítico.

Na literatura, observamos que vários trabalhos têm focado a assistência ao paciente em CTI, evidenciando problemas e relacionando técnicas aprimoradas, que vêm contribuindo para a prestação de uma assistência efetiva. Entretanto, ainda há muito o que ser desenvolvido para que uma prática do cuidado mais humanizado seja alcançado. De acordo com KOIZUMI (1997, p. 483) *As pesquisas cujas bases vêm das áreas de humanas são ainda pouco exploradas na enfermagem de terapia intensiva e precisariam ser desenvolvidas não só com relação ao paciente, mas incluir os seus familiares.*

Existem trabalhos na literatura ressaltando os aspectos de cuidado humano de enfermagem em CTI, mas ainda insuficientes. Este assunto ainda não foi esgotado. Na grande maioria dos trabalhos existentes, o que tem sido focalizado centra-se nas unidades intensivas, como prestadoras de cuidados críticos. Estes cuidados estão relacionados mais ao aspecto instrumental do que a dimensão expressiva como os trabalhos de KOIZUMI; KAMIYAMA e FREITAS, 1979; TAKAHASHI, 1991.

Apesar do pouco interesse no cotidiano e no exercício profissional da

enfermagem, já existem alguns trabalhos voltados para a análise da influência do ambiente de CTI nas relações de trabalho da equipe de enfermagem que atua nessa área.

Vale ressaltar que a maioria dos estudos existentes mostram que o CTI é o ambiente mais estressante do hospital, tanto para os pacientes e seus familiares como para a equipe de saúde. Estes trabalhos afirmam que os profissionais de enfermagem, atuantes nessa área, são pessoas com elevado nível de ansiedade e de estresse, devido a fatores como a gravidade das doenças dos pacientes, a sobrecarga de atividades e o contato freqüente com situações de risco de vida e com a morte (LUNARDI FILHO, 1995; FERREIRA, 1998).

Em seu trabalho, PAGANINI (1998) elaborou um marco de referência de cuidado humano visando a transformação da prática. Constatou que faz-se necessária a oferta de alternativas para combater a desmotivação e o imobilismo dos profissionais na área da enfermagem. Sugere como alternativas a capacitação dos cuidadores no processo interacional e a valorização e o aperfeiçoamento humano através do reconhecimento da ciência de Enfermagem voltada à prestação de cuidados e a reflexão da prática diária.

Neste estudo, busquei realizar uma reflexão dialógica com os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, cuidadores que trabalham no CTI, utilizando os pressupostos do método Paulo Freire. A intenção foi contribuir para o desenvolvimento de novas maneiras de atuar, refletindo sobre o aspecto de humanização da profissão. Sem deixar de considerar que o trabalho na terapia intensiva constitui uma agressão permanente à saúde física e mental da equipe de enfermagem em função do contato constante com a doença, com o sofrimento e com a morte.

Este trabalho foi elaborado visando resgatar a essência da enfermagem, que é o cuidado. Esse cuidado deve ser realizado com competência, consciência, compaixão, e confiança. Desta forma, o conhecimento produzido, poderá auxiliar no desenvolvimento e no aprimoramento profissional dos envolvidos, tornando-nos co-responsáveis pela construção da história da nossa profissão.

2 DELINEANDO A TRAJETÓRIA

*Onde existe uma vontade,
existe um caminho.*

BERNARD SHAW

Trabalhei durante quase 10 anos em um centro de terapia intensiva — CTI que atendia pacientes adultos e crianças de todas as idades e com capacidade para atender 22 pacientes clínicos e cirúrgicos nas diversas patologias. Após alguns anos atuando neste setor, dediquei-me a observar as questões de relacionamento, comunicação e humanização no ambiente daquela unidade e também em outras unidades de terapia intensiva. Com base nessas observações, foi surgindo a preocupação de como a equipe de enfermagem na terapia intensiva poderia atender os pacientes e seus familiares de uma forma mais humana, atenuando as adversidades decorrentes das ameaças e da quebra da homeodinâmica familiar. Naquele momento, sem subsídios, não encontrava uma maneira adequada de trabalhar essas inquietações.

Depois de alguns anos, atuando não mais como enfermeira assistencial mas como docente da Disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica e supervisora de estágio no mesmo CTI, o interesse pelo tema ressurgiu. Essa nova situação permitiu-me observar com maior atenção como se dava a prática do cuidado e a

comunicação com os pacientes e familiares, por parte da equipe de enfermagem neste setor.

Fui percebendo a equipe de enfermagem deste centro, preocupada basicamente com a fisiopatologia, esquecendo-se de aspectos como a sensibilidade e a interação. Parecia que o importante era apenas o aspecto científico e o que podia ser quantificado. O envolvimento e a troca de sentimentos pareciam ser proibidos. Caso ocorresse uma relação mais profunda com o paciente e com a família, no entendimento da equipe, isto poderia interferir na objetividade ou contribuir para a perda do equilíbrio, tão necessários à rápida tomada de decisão. De maneira geral, ignorava-se a solidão e o nível de consciência dos pacientes, e tudo era comentado até mesmo com brincadeiras. Pressupunha-se que determinados pacientes estivessem inconscientes, o que nem sempre correspondia à realidade. Raramente informavam aos pacientes conscientes sobre o ambiente, os equipamentos e os procedimentos que eram executados.

Pude observar também que em determinadas ocasiões, integrantes da equipe de enfermagem comportavam-se como se a família estivesse atrapalhando, demonstrando má vontade ao responder as perguntas dos familiares, bem como sendo inflexíveis na liberação de visitas. Para (KURCGANT, 1991, p. 19)

A inflexibilidade na obediência a horários, regras e normas são salutaras quando se trata de tratamentos e controles prescritos para o atendimento das necessidades fisiológicas. Já, essa mesma inflexibilidade, no atendimento das necessidades emocionais do paciente e do familiar são altamente nefastas. Neste momento, a competência do enfermeiro para criar e inovar deve ser compatível com o atendimento humano e individualizado, não só voltado para o paciente mas também para a sua família.

Em minha trajetória profissional a questão da humanização sempre foi

motivo de reflexão junto à equipe de trabalho, enquanto enfermeira assistencial. Atualmente como docente, busco trazer o tema da humanização para as vivências dos alunos no campo da prática no Curso de Enfermagem, por acreditar na importância de uma prática de enfermagem humanizada, contrapondo-se à indiferença, ao contra-humanismo insensível e fechado, atitudes comuns encontradas hoje no ser humano e nas suas relações sociais.

Todas estas inquietações, que emergiram durante a minha trajetória profissional, fizeram-me buscar o mestrado, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos bem como aprimorar minha prática. Desta forma, contribuir com propostas de mudanças na instituição e no centro de terapia intensiva, local onde atuo supervisionando estágio na disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O mestrado proporcionou-me novos conhecimentos, oportunidades e novas perspectivas no campo do ensino e da pesquisa, objetivando uma prática de enfermagem mais consistente. Todos estes fatores, somados à vivência profissional, ajudaram-me a compreender o verdadeiro papel do profissional dentro de um ambiente extremamente tecnicista e especializado.

O cuidado pode ser considerado o espírito da enfermagem uma vez que não sendo apenas um componente de sobrevivência humana é imprescindível para a vida. Por acreditar que a enfermagem é, além de ciência, uma arte que se realiza a partir do cuidado a ser prestado com uma conotação humanista e com base nos conhecimentos científicos, permito-me levantar a seguinte questão: **A EQUIPE DE ENFERMAGEM PODERÁ PRESTAR O CUIDADO HUMANO NO AMBIENTE TECNICISTA DO CTI?**

No percurso da minha trajetória profissional, tenho procurado entender e refletir sobre a prática do cuidado de enfermagem, que está predominantemente ligada à rotina de atendimentos de pacientes críticos em centros de terapia intensiva. Pude perceber que a comunicação, a sensibilidade, o respeito a dignidade e a relação ajuda-confiança neste contexto possuem fundamental importância para a prática do cuidado humano de enfermagem no CTI. O que levou-me a estabelecer os seguintes pressupostos:

- O cuidado é a essência da enfermagem. Não sendo humanizado não é cuidado, é técnica ou procedimento, ou não cuidado.
- A equipe de saúde é composta por indivíduos que trazem consigo crenças, valores e sentimentos. Nas relações de trabalho a equipe deve ter habilidades e capacidades de perceber e lidar com situações que possam causar conflitos ou traumas.
- A desesperança nos imobiliza e nos faz cair no fatalismo; a esperança é o suporte fundamental para promover mudanças na enfermagem.
- O diálogo e a reflexão sobre a prática podem transformar e humanizar o cuidado de enfermagem.
- Quanto mais reflete sobre a realidade e sobre a situação concreta, mais o homem emerge, consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade e transformá-la.
- A comunicação efetiva com o paciente e com a família favorece o cuidado humano de enfermagem.
- Uma família orientada e participativa no processo ajuda na recuperação do paciente.

Visando a implementação do estudo com a equipe de enfermagem com vista a propiciar momentos de diálogo e reflexão da prática diária e conseqüentemente melhorar a comunicação, a interação e a relação ajuda-confiança, para tornar o cuidado prestado aos pacientes do CTI mais humanizado, este estudo teve os seguintes objetivos:

- Verificar como a equipe de enfermagem percebe sua prática do cuidado junto aos pacientes e familiares dos pacientes internados no CTI.
- Identificar os fatores que interferem na prática do cuidado humano de enfermagem na terapia intensiva.
- Propiciar espaço para reflexão e superação da prática existente pela prática do cuidado humano de enfermagem no CTI.

3 REVISANDO INFORMAÇÕES SOBRE A TERAPIA INTENSIVA

*Mais do que máquinas, precisamos
de humanidade.
Mais do que inteligência, precisamos
de afeição e doçura.
Sem essas virtudes a vida será de violência
e tudo estará perdido.*

CHARLES CHAPLIN

Neste capítulo faço uma retrospectiva histórica do Centro de Terapia Intensiva — CTI — a fim de compreender como se deu a sua criação e evolução através dos tempos. Essa unidade é vista por muitos como "um campo de batalha" e talvez esta conotação advenha do fato de ter sido inventada a partir das necessidades que surgiram com as guerras. Em seguida, busco evidenciar as questões relacionadas à equipe de enfermagem no que diz respeito aos aspectos de interação, da humanização do cuidado de enfermagem e as implicações do arsenal tecnológico no cuidado de enfermagem prestado. Por fim concluo com os aspectos éticos que envolvem a atuação da enfermagem no contexto da terapia intensiva.

3.1 REVENDO DADOS HISTÓRICOS SOBRE A TERAPIA INTENSIVA

O Centro de Terapia Intensiva é a área hospitalar destinada ao tratamento dos doentes graves, porém recuperáveis. Concentra recursos humanos e materiais especializados e, através de uma assistência contínua, promove o restabelecimento das funções vitais do organismo (BENDIXEN e KINNEY, 1979; GOMES, 1988; FONSECA e ANJOS, 1983).

PIERIN; PADILHA e CRUZ (1990) citando a British Medical Association, afirmam que o CTI é um serviço que possibilita a contínua observação das funções vitais do paciente, de modo mais eficaz que qualquer outra área do hospital.

Alguns fatores têm contribuído para o desenvolvimento de métodos especiais no atendimento ao paciente hospitalizado, como por exemplo a procura do melhor meio do cuidado a ser dispensado ao paciente crítico, não só para a sua sobrevivência, mas para o seu retorno à existência normal. A separação de alguns pacientes em determinado espaço físico, tem como objetivo facilitar sua observação e propiciar conforto e comodidade aos pacientes que não estão em estado crítico.

Apesar de ser o local ideal para o atendimento de pacientes agudos graves recuperáveis, o CTI parece ser um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital tanto para os pacientes e seus familiares quanto para a equipe de saúde (LOPEZ, 1972; REICHLE, 1975; SWEETLAND, 1971; VREELAND e ELLIS, 1989). Além de ali se desenvolver o tratamento intensivo, agressivo pela própria natureza, existem ainda outros fatores altamente prejudiciais à estrutura psicológica do paciente. São eles: a falta de condições favoráveis ao sono; a ocorrência de cenas dramáticas de atendimento, como por exemplo a reanimação cardíaco-respiratória; do contato com pacientes graves; do isolamento; da suposição da gravidade da doença e do risco que os pacientes

correm.

A preocupação em manter uma observação efetiva e dirigida a pacientes mais graves já fora apresentada por Florence Nightingale na guerra da Criméia quando buscou um método para observar continuamente muitos pacientes com poucas enfermeiras. Florence e sua equipe dispunham os pacientes de maneira que os mais graves ficassem junto à área de trabalho do grupo facilitando a observação e o atendimento contínuos. Conforme GOMES (1988, p. 3) *O critério assim estabelecido e baseado no grau de dependência do paciente é conhecido como — vigilância Nightingale — e persiste ainda hoje, com algumas modificações.*

Esta necessidade de colocar em determinado local do hospital pacientes gravemente enfermos, com a mesma patologia ou com patologias diversas, veio ao encontro do objetivo de atender rápida e eficazmente aos pacientes graves, minimizando esforços e concentrando recursos que possibilitassem a redução de custos, permitindo maior abrangência no atendimento qualificado de doentes, além de melhorar a assistência individualizada (KNOBEL e KÜHL, 1998).

A história dos Centros de Terapia Intensiva mescla-se com a evolução dos avanços tecnológicos alcançados pela medicina moderna. Neste estudo houve também a intenção de verificar se existe alguma razão ou diferença que se faz quanto a utilização das denominações Centro de Terapia Intensiva — CTI — e Unidade de Terapia Intensiva — UTI.

No entender de SIMÃO (1976) a UTI pode ser distinguida de CTI de acordo com a modalidade de patologia que assiste. Para o autor UTI é portanto, a unidade programada para um atendimento especializado, direcionado a uma determinada patologia (Unidade Renal, Unidade Coronariana) e CTI é a unidade polivalente capaz de atender pacientes com diversas patologias e constantemente associada a uma unidade semi-intensiva (USI).

Para TAKITO e TAKITO (1977, p. 28) *Uma UTI poderá ser destinada a pacientes de um hospital geral e receber pacientes com os mais variados*

diagnósticos, diferindo das UTIs de hospitais que se propõem a atender pessoas com determinada patologia ou faixa etária. No entanto, outros autores reforçam que a admissão dos doentes nesta unidade deve basear-se no nível de assistência que os mesmos requerem e não na especialidade clínica, classificando-os em três tipos: pacientes de cirurgia, de clínica médica e coronarianos, conforme os requisitos especiais de tratamento para cada tipo. Outros autores acreditam que estes pacientes podem ser agrupados em áreas próximas, constituindo um CTI e em unidades específicas as UTIs, em áreas completamente separadas.

O fator que determinará a opção pela concentração ou isolamento dependerá do porte do hospital e da disponibilidade financeira, o que favorecerá a concentração, em função da centralização de recursos humanos e materiais.

Alguns autores ainda hoje confundem as terminologias UTI / CTI, sendo mais aceita a definição preconizada por SIMÃO (1983) que conceitua a UTI como unidade especializada em determinada patologia e o CTI como unidade polivalente, capaz de atender a diversas patologias e frequentemente associada a unidade semi-intensiva.

A história da terapia intensiva, no entanto, demonstra que as UTIs foram as primeiras a surgirem; posteriormente surgiram os CTIs.

Em muitos casos estas unidades (UTIs) foram criadas para atender a uma necessidade emergencial, a exemplo da unidade para envenenamento com gases, implantada durante a Primeira Guerra Mundial (BENDIXEN e KINNEY, 1979; KNOBEL e KÜHL, 1998).

A Unidade de Queimados surgiu em 1942, após o incêndio no Conconut Grove. Iniciam-se as unidades de assistência intensiva após uma epidemia de poliomielite de 1947 a 1952, na Suíça, Dinamarca e França, com o objetivo de atender aos pacientes portadores desta patologia. Foram criadas a partir da experiência com o trauma nos conflitos armados na Segunda Guerra Mundial e na Guerra da Coréia e aperfeiçoadas depois no Vietnã. Essa experiência foi transposta para a vida civil aparecendo, portanto, na década de

50, as unidades de choque nos hospitais norte-americanos (BENDIXEN e KINNEY, 1979; SIMÃO, 1983; KNOBEL e KÜHL, 1998).

Conforme nos demonstra a história, situações de calamidades como incêndios, epidemias e guerras, provocaram um elevado número de mortes decorrentes da incapacidade de assistência adequada em tempo hábil. Em resposta a tal fator, surgiram novas pesquisas neste campo da assistência e na própria medicina, tais como a evolução dos respiradores, a utilização de transfusões sanguíneas e melhor controle do doente em choque.

Ocorreram mudanças nas técnicas anestésicas que levaram à criação e utilização dos monitores, dos tubos orotraqueais, do oxigênio e dos respiradores (BENDIXEN e KINNEY, 1979; FERRARI, 1983; KNOBEL e KÜHL, 1998).

SIMÃO (1983) enfatiza que os primeiros centros de terapia intensiva surgiram na América do Norte, entre 1946 e 1948, com a implantação das primeiras salas de recuperação pós-anestésica ou pós-operatória. Cita o começo do uso dos antimicrobianos como rotina na terapêutica. Para esses lugares eram encaminhados os pacientes traumatizados da Segunda Guerra Mundial e Guerra da Coreia para receberem cuidados clínicos e, em particular, os cuidados respiratórios. Esses locais passaram a ser então considerados de primordial importância para garantir a sobrevivência. SIMÃO relata ainda que a partir de 1954 estes centros passam a ser utilizados por doentes não cirúrgicos.

Após o surgimento desses centros, organizaram-se as unidades de choque, em 1958, às quais progressivamente somaram-se as unidades coronarianas, de diálise renal e respiratórias.

No Brasil, apesar da escassa bibliografia a respeito, a origem e evolução histórica das unidades de terapia intensiva são semelhantes a ocorrida em outros países, embora com alguns anos de atraso. KNOBEL e KÜHL (1998) indicam a criação da primeira Sala de Recuperação no Hospital Pronto Socorro do Rio de Janeiro, em 1956. A seguir foram criadas unidades específicas para o atendimento dos pacientes com problemas coronarianos, respiratórios e renais. A

instalação do primeiro Centro de Tratamento Intensivo no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro deu-se em 1960.

A partir da década de 50 estabeleceu-se uma política econômica que provocou modificações na área da saúde. Nesta época, o desenvolvimento do parque industrial fez crescer a população urbana e, conseqüentemente, a expansão dos serviços previdenciários. Os hospitais começaram a incorporar a moderna tecnologia médico-científica (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1985).

Assim, de acordo com IDE (1989, p. 93)

O perfil do sistema de saúde a partir desse período se caracteriza pela absorção dos avanços tecnológicos, pelo aprimoramento dos métodos diagnósticos e terapêuticos, pela absorção dos recursos farmacêuticos e de equipamentos, enfim, pela priorização dos níveis de atenção secundário e terciário, sobrepujando a atenção primária.

Como destacou a autora, esse desenvolvimento tecnológico teria finalidades óbvias, ou seja, a sintonia e subordinação aos interesses empresariais das multinacionais vinculadas à saúde, que viam na sofisticação da saúde a solução para todos os males, independente do custo, caracterizando assim, a vinculação da política assistencial aos interesses econômicos.

Nesse contexto do cenário nacional, surgiram e se desenvolveram os CTIs. Não se trata aqui de negar a validade da atenção terciária enquanto parte do sistema de saúde. O que parece questionável é a prioridade a ela atribuída, na época de sua criação, objetivando atender aos interesses do comércio internacional. Esse nível assistencial traz implícita a seguinte contradição: de um lado o que há de mais atualizado e especializado, ou seja, a tecnologia de ponta e, de outro lado, a falência de todo o sistema de saúde.

Evidencia-se, portanto, a necessidade de reavaliar prioridades no sentido de combinar ações preventivas, evitando o aparecimento precoce de doenças, incorporando a necessidade de implantação de um sistema de saúde hierarquizado, regionalizado e apto a interferir no processo saúde-doença nos três âmbitos de prevenção, todos necessários desde que articulados e coerentemente utilizados.

É inquestionável a necessidade de que haja diferentes níveis de atenção e prevenção e estudos que possam contribuir para uma assistência de qualidade na qual se insere a humanização do cuidado de enfermagem prestado nos diferentes serviços de saúde, principalmente naqueles de maior complexidade, como é o caso dos CTIs.

3.2 O CUIDADO HUMANO DE ENFERMAGEM FRENTE A TECNOLOGIA DA TERAPIA INTENSIVA

Ao analisar a situação concreta da enfermagem e dos enfermeiros nos CTIs, são identificadas diferentes situações que podem constituir-se em objeto de análise. Neste estudo busco evidenciar as questões relacionadas à equipe de enfermagem quanto aos aspectos de interação, da humanização do cuidado e as implicações do arsenal tecnológico no cuidado prestado. Questiono, portanto, se a enfermagem poderá prestar o cuidado humano neste ambiente dominado pela tecnologia.

Vários são os estudos que detectam a insatisfação da clientela em relação aos cuidados de enfermagem recebidos nos CTIs (IDE, 1989). Alguns doentes chegam a referir que preferiam morrer a terem que retornar a essa unidade.

As percepções de pacientes retratadas nesses estudos parecem caracterizar esse atendimento como impessoal e pouco humanizado, voltado muito mais

para o arsenal tecnológico do que para o doente que recebe essa assistência. Tem-se a impressão, a partir desses depoimentos, que o ser humano, por estar gravemente enfermo, ficaria reduzido a alguma coisa sem sentimentos, sem pudor, sem o direito de ter sua individualidade e intimidade respeitados. É como se mantê-lo vivo, justificasse a manipulação, o isolamento, e a automatização da assistência intensiva.

Por esta razão surge a necessidade de redimensionar a prática da enfermagem a partir da inter-relação entre tecnologia e humanização, sendo a tecnologia o meio e nunca a principal finalidade da assistência. Assistir um paciente crítico é muito mais do que manter-lhe a vida, controlar parâmetros hemodinâmicos, manipular eficientemente aparelhos, enfim, seguir condutas técnicas.

Seria primordial, de acordo com IDE (1989, p. 96) *Amparar alguém que pela doença teve uma ruptura e uma ameaça a um projeto existencial que o tornou vulnerável perante a morte e dependente de outros para a satisfação de necessidades básicas, que não podem ser menosprezadas pela equipe de saúde.* Concordo com a autora, pois compreendo ser válido salvar vidas, só não é cabível negligenciar a qualidade dessa vida. A percepção que cada paciente tem dessa vivência, é fundamental no processo de cuidar. Nesse sentido, mais do que nunca, evidencia-se o valor da comunicação, do relacionamento humano, do respeito à situação de dependência e carência desenvolvidas pelo doente gravemente enfermo no contexto de CTI.

Para que a equipe de enfermagem valorize o relacionamento humano na prática do cuidado diário do paciente no CTI e sua atuação junto aos pacientes e familiares não se limite a executar rotina no dia-a-dia, tornam-se necessários a motivação no ambiente de trabalho e a reflexão sobre sua atuação profissional. Sobre a reflexão, FREIRE (1980) nos fala que quanto mais o indivíduo refletir sobre a realidade, ou seja, na prática diária, mais ele emerge comprometido e pronto a intervir na realidade para transformá-la. A motivação da equipe de enfermagem no ambiente de trabalho resulta, principalmente, do respeito e

valorização profissional que a chefia imediata, ao reconhecer e valorizar o empenho da equipe e concede-lhe remuneração digna.

A conscientização de que a complexidade do cuidado intensivo pressupõe o compromisso primordial e prioritário do enfermeiro e da equipe de enfermagem para com a prestação do cuidado humano de enfermagem, é requisito imprescindível à qualidade da prática do cuidado humano de enfermagem. Uma vez que a tecnologia e as medidas terapêuticas oferecidas nos CTIs são necessárias e indispensáveis para que sejam atingidos os objetivos destes centros. Entretanto, tais medidas são insuficientes para tornar realmente efetivo o cuidado ao indivíduo, considerando-se que o paciente é um todo bio-psico-sócio-espiritual. Ele não pode deixar de ser visto como tal, pois seu estado emocional pode, muitas vezes, estar tão afetado quanto o físico. A respeito do paciente ser visto como um todo HORTA (1979, p. 3) diz *O Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente.*

Diante das adaptações a que as sofisticações técnicas conduziram a assistência à saúde, é fundamental a compreensão de que todos os avanços foram absorvidos atendendo a demanda do mercado, com vistas a proporcionar a garantia ou a valorização da vida. Todavia, nos últimos anos, a abordagem dos aspectos de humanização nos relacionamentos interpessoais da equipe de enfermagem com os pacientes e familiares nos CTIs, é evidente, embora ainda insuficiente. Contudo, estes passos na abordagem da humanização revelam a preocupação de diversos autores em impedir o completo domínio do homem pela máquina.

Por isso, acredito ser necessário que, como membros da equipe de enfermagem, busquemos demonstrar não somente aprimoramento técnico, mas também a atitude humana, habilidade e sensibilidade, mesmo nos momentos que atuamos em situações de sobrecarga emocional, neste relacionamento com os pacientes e familiares.

SANTIN (1998) que ao refletir sobre o cuidado de enfermagem relata que desejaria encontrar na enfermagem uma presença, onde o estar presente

significa estabelecer laços pessoais de confiança e de esperança. E ainda que esta presença tivesse mãos hábeis (o saber-fazer) e carinhosas (o saber-ser). Hábeis através de conhecimentos seguros e técnicas eficazes e carinhosas porque inspiradas num coração sensível.

O relacionamento faz crescer. Com estas palavras, quero expressar uma das mais comuns e eficientes formas de fazer o bem em qualquer lugar, mas especialmente no hospital. Se o paciente receber um cuidado humano de enfermagem poderá ter a sua recuperação acelerada e se a enfermagem estiver consciente deste fato, poderá prestar um cuidado humano a todos os pacientes em quaisquer circunstâncias.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA

Como consequência do crescimento desenfreado dos avanços e das inovações científicas e tecnológicas, que ocorreram a partir da metade do Século XX principalmente pelas fortes transformações que o mundo passou nas últimas grandes guerras mundiais e de suas profundas seqüelas por elas provocadas houve a necessidade de se estabelecer novas coordenadas éticas e morais, para orientar as inovações que surgiram de forma desenfreada no cotidiano das pessoas.

Para FORTES (1994) estes avanços tecnológicos também se refletiram consideravelmente no campo das ciências médicas e biológicas e trazem em si enorme poder de intervenção sobre a vida e a natureza, obrigando-nos a profunda reflexão bioética em razão de suas consequências para os indivíduos e para a sociedade. Ainda, segundo o autor, foi durante a década de 60 que, nos Estados Unidos e na Europa surgiu uma crescente preocupação entre os especialistas e estudiosos de ética-moral. Eles alertavam para a urgente

necessidade de se adequar as questões éticas a esse progresso veloz e evolutivo da ciência e da tecnologia, assim nasce o que se denomina Ética Aplicada e que é constituída de três disciplinas: a ética ambiental, a ética dos negócios e a bioética.

Os enfermeiros intensivistas não são imunes à incerteza moral, ao dilema e à angústia, particularmente em questões como adiar ou interromper o tratamento e sobre a ordem de "não ressuscitar". Como exemplo, relata-se o caso a seguir.

Uma jovem americana, Karen Quilan, entrou em coma, provavelmente devido a uma "overdose" de álcool em combinação com tranqüilizantes, e foi mantida em ventilação artificial por cerca de um ano. Como seu estado permanecia inalterado, em aparente vida vegetativa, seus pais apelaram para a Corte Americana solicitando o desligamento dos mecanismos de suporte que a mantinham viva. Concedida a autorização, embora sem o respirador mecânico, ainda houve uma sobrevida. Conforme DIAS (1999, p. 28) *O mais delicado dos princípios é o da justiça, em face do qual se questiona até que ponto é legal e não apenas legítimo suspender os suportes de vida.*

Esse episódio lançou a semente do que é hoje a bioética. Vista como um conhecimento novo, gerou e gera grandes discussões com relação à definição dos seus limites teóricos, objetivos e linha de trabalho (GARRAFA, 1994). E as respostas devem ser buscadas, e é a isso que a bioética se propõe, através da leitura e interpretação de seus quatro princípios básicos: da não maleficência, da beneficência, da autonomia e da justiça.

Quanto à questão de manter ou suspender o suporte de vida de pacientes que estão na UTI, nos casos em que a recuperação se torna irremediável, a equipe de enfermagem procura não entrar no mérito dos aspectos legais ou morais, e sim buscar planejar e efetuar os cuidados mínimos de higiene e conforto necessários a manter a dignidade do ser humano que está sob seus cuidados.

Entretanto, vale ressaltar que o progresso contínuo e desenfreado de avanços tecnológicos em terapia intensiva torna as questões éticas mais relevantes, urgentes e difíceis. A ética pode proporcionar um meio para ajudar a especificar os deveres morais dos enfermeiros e a esclarecer essas questões. A bioética ou a ética de enfermagem questiona especificamente quais nossas obrigações como enfermeiros e quais os fins que a enfermagem deve buscar. O Código de Ética e Deontologia fornece aos enfermeiros e auxiliares diretrizes básicas para endereçar tais questões.

Além de diretrizes e dos princípios morais gerais, valores pessoais e emoções ajudam a determinar a atitude do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem em uma situação específica. Conforme referem HUDAK e GALLO (1997) ao tomarem como base o livro "Criton" de Platão, onde, no diálogo entre os personagens Criton e Sócrates, este orienta-nos a permitir que apenas a razão e não a emoção, guie nossas decisões. Não concordo com estas colocações pois, a forma como percebemos uma questão é uma manifestação de nossas convicções morais que não podemos e não devemos ignorar. Nas questões éticas, devemos atuar de forma a manter o senso de auto-respeito profissional, bem como a dignidade do paciente.

O respeito aos direitos dos pacientes na prática cotidiana em terapia intensiva, passa pelo questionamento dos próprios pacientes e familiares e pela abertura de espaços para diálogo com os próprios profissionais de saúde. Para tornar essa prática mais humanizada, devemos ter em mente que a manutenção da integridade ética requer um exame sistemático das ações junto ao paciente, de forma que a assistência valorize cada vez mais a vida, tanto de quem recebe como de quem presta o cuidado de enfermagem na terapia intensiva.

Na verdade, o que nós profissionais da enfermagem sempre devemos ter em mente, respaldando a nossa atuação ética, é que o serviço, a tecnologia, o avanço científico, venham valorizar a qualidade de vida do ser humano. O princípio norteador da ética, na enfermagem do CTI, deve ser o da valorização da vida com qualidade; do respeito ao ser humano como cidadão; do respeito à cultura, às crenças e aos valores de cada indivíduo.

4 FUNDAMENTANDO O ESTUDO

*As idéias nada podem realizar. Para
realizar as idéias são necessários
homens que ponham a funcionar
uma força prática.*

MARX

O marco referencial serve de guia no trabalho do enfermeiro e consolida a sua prática com a teoria, necessitando que os conceitos estejam interligados para possibilitar a percepção global do fenômeno. O marco oferece diretriz para nortear o processo do cuidado na enfermagem, e tais conceitos e abstrações formuladas a partir da literatura constituem-se na diretriz desse profissional (TRENTINI e DIAS, 1994).

O marco referencial deste estudo sedimentou a prática e foi elaborado a partir de um processo reflexivo, tendo como base as idéias de Paulo Freire, e de outros autores que tratam o tema abordado. Através do diálogo e da reflexão, sobre o cuidado, a relação ajuda-confiança, a comunicação e a interação da equipe de enfermagem na prática do cuidado no Centro de Terapia Intensiva, buscou-se chegar à compreensão da importância do cuidado humano de enfermagem.

Os conceitos utilizados constituem uma base teórico-filosófica de compreensão do fenômeno, cuja importância dá sustentação metodológica à prática assistencial, mostrando um caminho a ser seguido pelos profissionais no dia-a-dia de um CTI.

A disposição de trabalhar com a metodologia de Paulo Freire nas questões do cuidado humano junto a equipe de enfermagem do CTI, foi reforçada a partir das idéias de SAUPE; BRITO e GIORGI (1997, p. 72) quando dizem

A relação dialógica entre os homens proporciona desenvolvimento de cada um, na qual a individualidade, as crenças, características pessoais, linguajar são respeitados. O conhecimento que é adquirido nesta relação, objetiva a humanização e o homem se reconhece no outro, com as mesmas possibilidades ...

No decorrer do estudo, observei que os conceitos de ser humano, processo saúde/doença, ambiente, enfermagem, cuidado humano, família, comunicação e educação que havia elaborado durante a prática assistencial, embora abrangentes não eram os mais adequados para dar sustentação e fundamentação a análise e interpretação dos dados obtidos nas falas dos sujeitos do estudo. Portanto, optei por trabalhar na dissertação, os seguintes conceitos: o cuidado humano de enfermagem, o ser humano e o processo de humanização pela conscientização, diálogo e reflexão como instrumentos no processo de conscientização. Tais conceitos serão explicitados a seguir.

4.1 O CUIDADO HUMANO DE ENFERMAGEM

A demonstração de afeto é identificada como sendo uma forma de expressão do cuidado. Assim, um simples gesto, um toque, o estar atento, um olhar e um sorriso carinhoso são considerados formas de mostrar que há interesse e que o outro é importante. Para SILVA (1999) a demonstração de afeto evidencia a sensibilidade de cuidadores, sendo portanto um modo humano de ser, que pode ser desenvolvido pela enfermagem através do cuidado.

O cuidado humano da enfermagem pode influenciar positivamente nos resultados esperados quanto a recuperação do paciente (ARALDI, 1995). A enfermagem preocupa-se com a promoção da saúde, com o cuidado dispensado aos pacientes e com a restauração da saúde. A enfermagem é uma profissão com história, valores e princípios.

A enfermagem consiste, segundo WATSON (1985, p. 53) *Na ciência e na filosofia do cuidar/cuidado, através da identificação dos fatores científico-humanísticos da enfermagem. Estes fatores são os mecanismos de cuidar de outro ser humano.* Desta forma, considero que a atuação da enfermagem vai além da competência técnica, é a prática do cuidado ao ser humano, com muitos significados como: estar com, ter atitudes de apreço, empatia, disponibilidade, entre outras.

Os significados do cuidado humano citados por WALDOW (1999, p. 130) são: *Aceitar, assistir os outros, ser autêntico, envolver-se, estar presente, confortar, preocupar-se, ter consideração, ter compaixão, expressar sentimentos, ser paciente, compartilhar, ter habilidade técnica, segurança, valorizar o outro, respeitar a privacidade, ouvir...* Dessa forma, o cuidado humano envolve uma ação interativa, pois conforme WALDOW (1999, p. 129) *A finalidade do cuidado é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises do viver e do morrer.*

Neste estudo cuidado humanizado tem o mesmo significado de cuidado humano, definido por WALDOW (1999, p. 29) como *...uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, uma forma de viver o mundo*. O cuidado humano de enfermagem na terapia intensiva, traduz não somente o agir sobre a coordenação do cuidado, o analisar e propor soluções para os problemas, mas principalmente o estabelecimento de uma comunicação adequada com o paciente e seus familiares, o estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança, o estar presente, o ter consideração, o respeito, a privacidade e a dignidade, o oferecimento de um ambiente de respeito ao ser humano que está sob os cuidados de enfermagem e aos seus familiares que também participam deste processo de cuidado.

Dessa forma, ao exercer o cuidado de enfermagem no ambiente da terapia intensiva, devemos buscar realizá-lo levando em consideração os vários aspectos do ser humano que assistimos. Cuidar do ser humano visando os aspectos que vão muito além do focalizado no risco biológico de perder a vida e da evolução tecnológica.

Buscando o significado do cuidado, no seu sentido mais amplo ele traduz o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. Para BOFF (1999, p. 11) *No cuidado se encontra o sentido de ser consciente do humano*. Quer dizer que no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações o agir corretamente.

Do ponto de vista existencial, de acordo com HEIDEGGER (1989) o cuidado se acha como prioridade, anterior a qualquer atitude e situação do ser humano, o que significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato, significa reconhecer o cuidado como um modo de ser essencial. O cuidado entra na natureza e constituição do ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o homem desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Esse cuidado reforça nossa identidade como pessoas, como seres de relações.

Para BOFF (1999) ser pessoa significa a capacidade de acolher a vida, significa cuidar de nosso corpo. Cuidar do corpo implica a busca de assimilação criativa de tudo que nos possa ocorrer na vida; como lazer e trabalho, sucesso e fracasso, saúde e sofrimento. Na concepção de POLAK (1997) o corpo é expressão, é fala, é linguagem. A concepção da enfermeira como corporeidade implica em novas formas de cuidar: o corpo que cuida e o corpo cuidado conscientemente constróem juntos a trajetória naqueles momentos do cuidar. A mesma autora concebe o cuidar como *Resultante do processo de construção do conhecimento, como momento dinâmico [...] cuidar se dá em situação de encontro. É projetar-se em direção ao outro e ao mundo, com respeito e competência, com sensibilidade e solidariedade* POLAK (1997, p. 126).

FERNANDES (1996) define cuidado como derivado do cuidar que significa preocupar-se com, interessar-se por, cogitar, meditar, atentar, pensar, refletir. Ao cuidado se atribui o desvelo, a solicitude, a diligência, a atenção e o bom trato. Reitero o expresso por BOFF (1999) ao afirmar que o cuidar se traduz em uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e concentra-se no outro com desvelo e solicitude. Cuidar das pessoas implica em ter intimidade, senti-las, acolhe-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar do outro é entrar em sintonia com, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele.

Na forma de cuidado, encontramos o modo de ser no mundo que permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância e definitivamente conta. O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. De acordo com BOFF (1999, p. 97) *Desde a mais remota antiguidade, assistimos a um drama de perversas consequências: a ruptura entre o trabalho e o cuidado*. As pessoas vivem escravizadas pelas estruturas do trabalho produtivo, racionalizado, objetivado e despersonalizado, submetidos à lógica da máquina. O cuidado foi perJORativamente classificado como feminilização das práticas humanas, como empecilho à objetividade na compreensão e como obstáculo à eficácia.

E como fazer para combinar o trabalho com cuidado? Procurei alicerçar-me no pensamento de BOFF (1999) que o importante é colocar cuidado em tudo, isso significa: ter capacidade de sentir o outro, de ter compaixão com todos os seres que sofrem; de obedecer mais a lógica do coração, da cordialidade e da gentileza do que à lógica da conquista e do uso utilitário das coisas. O rosto do outro torna impossível a indiferença, o rosto e o olhar lançam sempre uma proposta em busca de uma resposta, é na acolhida ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com o rosto do outro que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e nesta relação que se estabelece o cuidar. Cuidar do outro é zelar para que essa ação de diálogo eu-tu, seja libertadora e construtora de aliança de paz. Esta é também a concepção de diálogo de FREIRE (1980, p. 81) *O diálogo não pode existir sem um profundo amor pelo mundo e pelos homens... não pode existir sem humildade. Assim, o diálogo exige fé no homem, fé no seu poder de fazer e refazer, de criar e recriar, fé na sua vocação de ser mais humano, na sua capacidade de exercer o cuidado humano.*

Para SANTIN (1998) o cuidado possui um significado a partir do próprio homem. É comportamento, valor, atitude vivida no dia-a-dia das pessoas, em determinadas circunstâncias, mas antes disso, diz respeito a sua característica de ser humano.

WATSON, (1988, p. 6) diz que *...o cuidado é o valor fundamental ou ideal moral, no qual a enfermagem tem o compromisso de manter a dignidade do paciente e estabelecer uma relação de ajuda-confiança.*

Entendendo o cuidado como um fenômeno percebido e vivido pela enfermagem e pelo paciente, é necessário que a enfermagem demonstre no seu cotidiano, não somente aprimoramento técnico, mas também atitude humana, habilidade e sensibilidade até mesmo em situações de sobrecarga emocional.

De acordo com MEURER (1998) quando se fala da falta de humanização do cuidado de enfermagem é comum colocar-se a culpa na tecnologia, como se fosse uma entidade e não um mecanismo criado pelo homem para a melhoria da qualidade de vida. É simplista a visão de que todo o mal da humanidade é

decorrente do enorme desenvolvimento tecnológico e de que para se retomar a característica humana devemos voltar a viver em cavernas. Sendo que sob o aspecto da humanização não se aceita observar o homem que morre por falta de tecnologia, nem ver um homem ser submetido a requintes tecnológicos sem o mínimo de dignidade. Conforme explicita FOLTA (1975, p. 144) *Trata-se de criar o humanismo dentro da tecnologia. O que se faz necessário é ter uma equipe de enfermagem preparada para atender o paciente de forma humanizada. Portanto, para falarmos do cuidado humano ao paciente é vital que nos preocupemos antes com nossa própria humanização.*

O preparo profissional da enfermagem para o cuidado humano deve passar não só pelas escolas, mas também pelas instituições de assistência à saúde, deve constar na formação permanente e continuada do pessoal. É necessário que a equipe de saúde seja sensibilizada para o assistir de maneira humanizada.

Analisando o cuidado humano de enfermagem, acredito que ele não passa apenas pela questão técnica, nem somente pela arte, mas é antes uma postura, uma atitude e uma vivência permeada pela técnica e pela arte de cuidar do outro.

SOUZA; POSSARI e MAGAIAR (1985) explicitam como pontos a serem considerados pela equipe de enfermagem do CTI, para possibilitar o cuidado humano, o respeito à privacidade do paciente, a personalização do atendimento, o estímulo para a colaboração no seu tratamento, a participação mais ativa dos familiares. Afirmam também ser necessário que os integrantes da equipe de enfermagem demonstrem além de aprimoramento técnico, atitude humana, habilidade e sensibilidade.

Conforme já dito anteriormente, SANTIN (1998) faz referência ao fato de que ao necessitar dos cuidados desejaria encontrar na enfermagem uma presença, estar presente significa estabelecer laços pessoais, e criar espaço para a confiança e a esperança. Acima de tudo gostaria que esta presença tivesse um rosto. Um rosto comunicativo, expressivo, falante, mesmo no profundo silêncio; e

o rosto iluminado por um olhar humano, como um olhar amigo, sendo um elo unido aos demais olhares amigos que esperam restaurar a plenitude da vida.

Quando passamos a ver a enfermagem exercida a partir da perspectiva da situação humana, é facultada a possibilidade de voltar o cuidado para além do meramente físico. Assim, de acordo com BARBOSA (1999) a atenção passa a ser focalizada na singularidade de cada ser, e seu potencial de crescimento em cada encontro por ocasião do cuidado humano de enfermagem.

Para delinear a estratégia para chegar ao cuidado humano, acredito que há necessidade de transformação na estrutura de atendimento. A partir dessa perspectiva, faz-se necessário dar oportunidades à equipe de enfermagem do CTI, para a reflexão sobre seu cotidiano, no sentido de repensar a prática diária. Através do diálogo com seus pares e com sua realidade para analisá-la, revê-la e reavaliá-la, buscando apreendê-la, assim dar-se-á o processo de conscientização, através do qual a equipe poderá transformar-se, para modificar o seu cuidado, tornando-o mais humanizado.

4.2 O SER HUMANO E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO PELA CONSCIENTIZAÇÃO

Entendo ser humano, a partir do pensamento de Paulo Freire, como um ser inacabado, social e cultural, um ser singular, que está em constante busca, que cria, recria e transforma o mundo e a si próprio (FREIRE, 1999b).

Para WATSON (1985) ser humano é o indivíduo valorizado em si, a ser atendido, respeitado, zelado, compreendido e auxiliado. Ser humano, contrapondo-se e coexistindo com o tecnicismo, é aquele que é, está, é o indivíduo, a família e a comunidade, nos aspectos psicológicos, sociais, espirituais e biológicos. Cada ser humano é único, pois é uma história, um referencial. É um

ser que compartilha, vive e se relaciona com outros no mundo, faz parte do universo.

Na proposta deste estudo, dois seres humanos precisam ser evidenciados: um por ser o sujeito direto do trabalho implementado — a equipe de enfermagem. O outro por ser alvo para o qual se destina a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem — o paciente e sua família.

Os integrantes da equipe de enfermagem são vistos como pessoas que prestam os cuidados de enfermagem aos pacientes. Fazem parte da equipe de enfermagem o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e o técnico de enfermagem. O enfermeiro é o líder da equipe, e cada integrante desta equipe tem suas atividades estabelecidas e regulamentadas dentro da Lei do Exercício Profissional. Tendo como diretriz o saber-fazer e o saber-ser. O saber sendo considerado como o instrumental que a enfermagem utiliza para realizar o seu trabalho, instrumental este legitimado e reproduzido pelo ensino desta prática. O saber-fazer que se refere ao conhecimento científico, ao cuidado. E o saber-ser que considera os aspectos bioéticos, o relacionamento, o compartilhar, o ser autêntico, o envolver-se, o valorizar o outro. O saber é histórico e, contempla a estrutura organizacional e política do serviço de saúde e a estrutura social do país, na dinâmica das relações econômicas, políticas e ideológicas (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

De acordo com o pensamento de WATSON (1988) é a partir da compreensão de sua inserção com o ser único, pertencente a um todo. É a partir do autoconhecimento que o enfermeiro encontra em si mesmo a vocação e a motivação para exercer a profissão, assumindo a responsabilidade para continuar crescendo e mantendo uma relação saudável e harmoniosa com o mundo do qual faz parte. É a partir desta compreensão que o ser humano — cuidador de enfermagem — respeita e valoriza a si próprio e o ser por ele cuidado.

O outro ser que necessita ser abordado é o paciente/cliente que é o sujeito do cuidado da enfermagem. Ser humano como define Wanda Horta é o que

necessita de cuidados de outros seres humanos em alguma fase de seu ciclo vital (HORTA, 1979). É para ele e sua família que a prática do cuidado de enfermagem precisa ser repensada, refletida, para que se torne mais humanizada.

Uma das características do ser humano é que ele é um ser histórico, segundo FREIRE (1980) e se sabe homem, portanto consegue definir o mundo e definir-se dentro do mundo. Pode analisá-lo, contemplá-lo, falar dele, com ele, e, sobretudo, transformá-lo.

A vocação natural do homem é ser sujeito da sua história, porém os mecanismos criados pelas sociedades atuais tornam difícil ao homem a percepção de que é capaz de determinar sua história e de transformar sua realidade. Ele vivencia um processo cultural de alienação. E de acordo com FREIRE (1980) alienados não podem superar sua dependência incorporando-se à estrutura que é responsável por esta mesma dependência. O autor fala também que, não há outro caminho para a humanização — a sua própria e a dos outros — a não ser uma autêntica transformação da estrutura desumanizante e somente o homem poderá transformar esta estrutura.

Outra característica do homem é a de que ele é um ser inconcluso, em processo de construção permanente, inacabado, educando-se a cada momento de seu existir. O homem é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta autoreflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca, sendo esta busca a raiz da educação (FREIRE, 1980).

Neste processo de educar-se, de se tornar sujeito de sua própria existência terá que passar, obrigatoriamente, pela reflexão do seu cotidiano no trabalho, da sua forma de ser, de trabalhar, da sua realidade. A realidade de cada homem é diferenciada em função do local, época e sociedade em que vive. FREIRE (1980, p. 34) diz que *não existe homem no vazio*. Cada homem vive num contexto e período de tempo, num lugar e num contexto social e cultural determinados. E esse contexto social, temporal e cultural tem desenvolvido mecanismos que não

permitem que o homem perceba que suas ações cotidianas e rotineiras são conduzidas por simples tradições e atos mecânicos.

Em se tratando de ações rotineiras e mecanizadas nos reportamos a FREIRE (1980, p. 35) ao afirmar *O que mais custa a um homem saber, de maneira clara, é sua própria vida, tal como está feita por tradição e rotina de atos inconscientes*. Portanto, para que este homem desenvolva a consciência da sua realidade, faz-se necessário que reflita sobre a tradição do seu dia-a-dia espelhada em sua prática repetitiva e mecanizada. Isto é, para se tornar consciente da realidade é necessário questionar, dialogar e refletir sobre as ações na prática diária. Quanto mais reflete sobre a sua prática diária e a sua realidade, mais o homem consegue analisá-la de forma crítica, consegue compreendê-la melhor e transformá-la.

Quando está envolvido no fazer diário, nas ações rotineiras, o homem não consegue enxergar sua vida concreta e não se sente capaz de transformá-la, necessitando de ajuda para emergir, perceber, tomar consciência da realidade e, então, vencer o desafio e transformá-la.

Para FREIRE (1980) o papel fundamental dos que estão comprometidos numa ação para a conscientização, não é propriamente falar sobre como construir a idéia, mas convidar os homens a captar com seu espírito a verdade de sua própria realidade.

As ações da enfermagem têm se mecanizado e rotinizado, ao longo da história, a ponto de terem se tornado inquestionáveis e imutáveis, tornando-se, indubitavelmente, atos mecânicos que podem ser desempenhados sem reflexão. Esta forma de organização do trabalho também permite que, além da otimização do tempo e do aumento da produtividade, os profissionais possam esconder-se atrás da ordem, da técnica, da rotina não questionada, sem ter que se envolver com o paciente. Dessa forma o paciente não necessita ser encarado como homem, ao mesmo tempo que o profissional não precisa se sentir humano e nem encarar sua própria finitude em situações risco. Desta forma desumaniza-se.

Na enfermagem as atividades são desenvolvidas através da divisão do trabalho e de acordo com ALMEIDA e ROCHA (1980) essa divisão social do trabalho subdivide o homem e essa subdivisão pode produzir o menosprezo das capacidades e necessidades humanas. O que se percebe é que essa compartimentalização profissional, essa subdivisão de tarefas também compartimentaliza e divide o destinatário de seu cuidado. O que permite apenas uma visão estreita da realidade, não deixando evidente a totalidade, o contexto; a isto FREIRE chama de alienação, que é o contrário de conscientização.

Como já referido anteriormente FREIRE (1999b) enfatiza a alienação do profissional, pois impede o indivíduo de perceber a realidade tal como ela é. Significa que o homem alienado tende a ficar mais na forma que no conteúdo.

Para se chegar a conscientização, de acordo com FREIRE (1980, p. 26) *...implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma consciência crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e histórico...* Partindo deste contexto, compreendo que a conscientização é um processo dinâmico e inacabado, pois a realidade transformada mostra um novo desafio a cada momento histórico. *Por isso mesmo, a conscientização é um compromisso histórico* (FREIRE, 1980, p. 26).

Ainda, de acordo com FREIRE (1980) a conscientização é o processo de desenvolvimento da consciência, que ele classifica em três níveis:

Consciência Semi-intransitiva: os homens que se encontram neste nível de consciência apresentam sua consciência dominada. Desta forma não conseguem afastar-se suficientemente da realidade para poder conhecê-la, vislumbrá-la, apoderar-se dela, apreendê-la de forma crítica. O homem que se encontra nesse nível de consciência, está preocupado e interessado por circunstâncias e acontecimentos mais restritos à esfera biológica (vital) e não na esfera existencial. É o caso das pessoas que no dia-a-dia, lutam para a sua sobrevivência, estando preocupadas e interessadas, unicamente, no seu existir biológico.

Pelo fato de encontrar-se imerso no mundo vegetativo, biológico, o homem não consegue comprometer-se com o mundo existencial. Este homem, não podendo entender as causas dos desafios a ele expostos, transfere as causas de todos os acontecimentos à magia, a um poder superior. Assim, como as consequências dos acontecimentos recaem sobre seres superiores, de acordo com o "pensamento mágico" apresentado pelo homem neste nível de consciência, ele não se sente responsável nem comprometido com a transformação de sua realidade e de seu existir. Adquirindo uma postura fatalista diante da vida e se torna impotente para enfrentar às adversidades e os desafios que se apresentam. Também sente-se amedrontado quando necessita tomar atitudes no seu viver.

FREIRE adverte que em todos nós existe um pouco desta consciência semi-intransitiva, dessa falta de percepção estrutural, mas que devemos estar atentos para superá-las.

Consciência Transitivo-ingênuo: esse nível de consciência produz-se quando ocorre a emersão da consciência. Quando o homem consegue ter uma visão ampliada de seu mundo, de sua realidade, e não somente uma visão focal, mais voltada apenas para a questão biológica, da sobrevivência. Isto significa que ele está em processo de transformação, de despertar. Percebe então, o mundo com maior clareza e percebe a si mesmo no mundo e com o mundo, ou seja, reconhece o seu espaço e o que faz no mundo. Deixa de ser apenas um ser biológico, e deixa de ver o outro somente como um ser biológico, para transformar-se também em um ser histórico e reconhecer o outro como ser histórico. Vê-se capaz de conduzir sua história e de transformar sua realidade.

O nível de consciência transitivo-ingênuo é assim denominada por FREIRE devido à simplicidade com que o homem, nesse nível, procura explicar a causalidade dos fatos. Ele não se fixa no aprofundamento da análise de sua realidade, do seu mundo. Seu discurso possui um forte teor emocional, o que prejudica sua criticidade. Esse componente predominantemente afetivo e, por vezes mágico é decorrente da recente imersão da consciência semi-intransitiva.

Ele se encanta e ainda se deixa levar pelas explicações míticas e místicas. É tentado a se descomprometer.

Embora sua análise da realidade seja superficial, sua visão de mundo já está bastante ampliada, por isso, ele acredita que sabe tudo e procura impor sua verdade pelo discurso emotivo.

O homem, quando se encontra nesse nível de consciência, tem dois caminhos possíveis: regredir para a semi-intransitiva ou evoluir para o nível de consciência crítica.

Consciência-crítica: o homem, de acordo com FREIRE (1999c) no nível de consciência crítica, procura a causalidade verdadeira dos fatos e analisa com criticidade a realidade. É uma consciência inquieta que procura estar sempre dialogando com o mundo, com a natureza, com a história e com os outros homens. Esse homem é comprometido politicamente, e a sua interpretação dos problemas é profunda.

Outra característica importante do homem neste nível de consciência, é que ele está sempre disposto a rever seus posicionamentos e a discutir, e a dialogar com o mundo e com os homens. Não é fechado em seus pontos de vista e nem os impõe, como o faz o homem no nível de consciência transitivo-ingênuo. Sua argumentação é segura e fundamentada. Ele é receptivo tanto aos fatos novos quanto aos velhos. Sua escolha para os enfrentamentos ou diálogos com os problemas de seu existir é sempre racional e esperançosa.

FREIRE (1998, p. 10) nos convida a pensar na esperança quando diz *Não sou esperançoso por pura teimosia mas por imperativo existencial e histórico*. É necessário prescindir da esperança na luta para melhorar o mundo, prescindir da esperança que se fundamenta na verdade como na qualidade ética. A esperança tem grande importância em nossa existência profissional e pessoal, não há sentido a existência humana e a necessária luta para fazê-la melhor, sem esperança e sem sonho.

O homem, de acordo com FREIRE (1999c) quando vislumbra o seu mundo, o seu existir e a si próprio de maneira crítica, ele insere-se e integra-se na realidade para produzir transformação, para atuar em seu existir histórico, experimentando portanto, o processo libertador.

Assim, a consciência crítica é o ponto máximo do processo de conscientização e de humanização ou hominização dos homens.

De acordo com o pensamento de FREIRE, a conscientização só pode se dar através da relação dialógica entre o homem com o mundo e com outros homens, buscando a reflexão crítica sobre o mundo, sobre as ações dos outros homens e principalmente sobre as suas próprias, a fim de que se tornem ações refletidas.

É através das ações refletidas na sua práxis, que o homem vai em busca da humanização. FREIRE deixa claro em seus escritos, que não pode haver humanização, a não ser no mundo concreto do homem, isto é, a humanização deverá estar presente em suas ações, na sua vivência diária, na forma de ver e encarar o mundo. Humanizar não é adaptar o homem às situações e sim buscar transformar a realidade desumanizante. Para que tal situação ocorra, é necessário que este homem tenha consciência que o seu meio é desumano, conheça os mecanismos usados na opressão, na alienação e desumanização, situações estas muitas vezes revestidas de humanitarismo.

Muitas vezes a sociedade se utiliza, ingênua ou intencionalmente de um sentido de humanitarismo, como uma forma de demonstrar ao homem menos privilegiado a sua dependência das elites que, por vezes, se revestem de solidariedade e bondade. Tal mecanismo possibilita a manutenção do "status quo". A solidariedade é demonstrada através de obras de caridade, talvez como forma de amenizar as diferenças materiais e justificar o fato de uns terem tanto e outros tão pouco ou quase nada.

Portanto, a humanização é antagônica ao humanitarismo. Enquanto a última desumaniza o homem, coisifica-o, a primeira garante-lhe a sua vocação

em progredir e o estimula ao crescimento contínuo.

Também não me refiro aqui, ao Humanismo enquanto movimento cultural e literário, surgido no Renascimento. Aquele que segundo LARA (1986) exalta as questões naturais e coloca o homem como figura central e dominadora de toda a natureza.

Ao fazer um resgate na literatura, observa-se que o humanismo é a corrente que coloca os valores humanos acima de todos os demais, incluindo os materiais, os religiosos, os científicos e outros. Para FERREIRA (1986) o humanismo manifesta-se nos domínios lógico e no ético. No domínio lógico, aplica-se àquelas doutrinas que afirmam que a verdade ou falsidade de um conhecimento se definem em função de sua fecundidade e eficácia relativa à ação humana; no ético, aplica-se àquelas doutrinas que afirmam ser o homem o criador dos valores morais, que definem-se a partir das exigências concretas, psicológicas, históricas, econômicas e sociais que condicionam a vida humana. O dicionário de filosofia BLACKBURN (1994) define humanismo como geralmente relacionado a qualquer preocupação que dê ênfase ao bem-estar humano, dignidade e otimismo. A conceituação de humanismo, quando relacionado ao ser, se refere às atitudes humanas.

Os conceitos de humanismo foram incorporados pelo cristianismo, especialmente o protestante, resultando numa orientação cristã humanista. O *humanismo renascentista cristão crê no valor do homem na sua totalidade, em um dualismo de corpo e alma* (REZENDE, 1997, p. 5). Ao ver o homem dualisticamente como corpo e alma, a orientação cristã já o fragmenta. E a enfermagem que segue tal orientação por consequência também o fragmenta, embora tenha um discurso de assistência ou cuidado integrais ao ser humano.

O humanismo a que me refiro é aquele que entende o homem como parte da natureza. É aquele traduzido nos cuidados de enfermagem que vão muito além do focalizado no risco biológico da perda da vida. É o cuidado de enfermagem realizado com competência, com consciência, com compaixão, com confiança e com comprometimento.

A perspectiva do mundo tornar-se humanizado pode parecer utopia, porém acredito nessa possibilidade. Se analisarmos a realidade de hoje nos campos científico e tecnológico, estes já foram no passado considerados uma utopia. Certamente isto não teria se tornado realidade se os homens não perseguissem seus ideais.

Para FREIRE (1980) a humanização só pode ser conseguida pelas ações de homens que se tornam denunciadores de uma realidade desumana, e anunciadores da possibilidade da transformação dessa realidade.

4.3 DIÁLOGO E REFLEXÃO, INSTRUMENTOS NO PROCESSO DE CONSCIENTIZAÇÃO

Entendo, a partir de FREIRE (1999a) o diálogo como forma de comunicação horizontal entre dois polos que se relacionam pela empatia, fazendo-se críticos na busca de algo.

O diálogo é portanto, a comunicação do homem consigo mesmo, com outros homens e com o mundo, de forma crítica, procurando a transformação deste mundo, de modo que o homem possa crescer, evoluir, tornar-se melhor.

FREIRE (1996) nos fala de uma pedagogia da libertação, mediada pelo diálogo, e que busca libertar o homem de sua condição de oprimido, através do desvelamento e do conhecimento de sua realidade. Elege algumas características do discurso dialógico que considera mais relevante na educação, como por exemplo o estabelecimento de intercâmbio crítico entre o sujeito e o objeto a ser conhecido.

Ainda, de acordo com FREIRE (1983, p. 61) *...a educação exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro do segundo e a*

comunicação entre ambos. O sujeito pensante não deve pensar sozinho; não deve pensar sem a ação co-participante de outros sujeitos que também vivenciam a mesma prática profissional, através da reflexão e discussão de como atuam, em suma, a troca de experiências. Essa co-participação entre os sujeitos ocorre pela comunicação, e o que caracteriza a comunicação é o diálogo.

É na obra "Conscientização" que FREIRE (1980) trabalha o modo pelo qual vivenciou, na prática, uma interação dialógica com os seres humanos, visando uma posição de tomada de consciência.

Pois, conforme GADOTTI comentando FREIRE, em "Educação e Mudança" (1999b, p.16) *Se a possibilidade de reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, sobre suas ações; não existe no ser, seu estar no mundo se reduz a um não poder transpor os limites que lhe são postos pelo próprio mundo, do que resulta que este ser não é capaz de compromisso.*

O profissional de enfermagem, antes de ser profissional, é homem e, portanto, possui compromisso com a sociedade. Segundo FREIRE (1980) o compromisso exige ação-reflexão e o situar-se na realidade para atuar nela, através de sua práxis.

Entendo reflexão como o ato de pensar e repensar sobre o que se diz e o que se faz. Acredito que através da reflexão o ser humano pode alcançar a conscientização e, assim, transformar-se como pessoa, transformando também suas ações.

Procurando despertar este compromisso, ao trabalhar com a equipe de enfermagem, buscamos através do diálogo da reflexão sobre o cotidiano, sobre a prática assistencial, do compartilhamento com o vivido, do caminhar juntos e da co-participação, chegar a conscientização, objetivando alcançar o crescimento individual e grupal, em benefício da prática do cuidado humano de enfermagem.

Penso que quando se está envolvido nesse processo dialógico e reflexivo pode-se ampliar os conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar se

colocando no mundo, progressivamente substituir a visão ingênua por uma visão crítica. E é com essa visão crítica, no entender de FREIRE (1980) que existe uma busca do compromisso. O processo dialógico e reflexivo realiza-se pela troca de idéias, de experiências. O intercâmbio compartilhado abre novos horizontes rumo a uma conscientização, podendo conduzir à mudança.

O verdadeiro diálogo só pode existir a partir da visão de mundo e entre os homens comprometidos com a transformação deste mundo e de sua condição humana nele, entre homens que percebem o mundo como realidade dinâmica e temporal, entre homens que esperam verdadeiramente transformar o mundo. Para FREIRE (1980, p. 84) *Se os que dialogam não esperam nada de seus esforços, seu encontro é vazio, estéril, burocrático, cansativo.* Reitero o expresso por FREIRE ao afirmar que o diálogo existe na esperança que é característica da inconclusão dos homens.

No estudo realizado junto à equipe de enfermagem do CTI, o diálogo e a reflexão são instrumentos utilizados para se chegar ao processo de conscientização da equipe de enfermagem do CTI objetivando a transformação do cuidado de enfermagem atual, para torná-lo mais humanizado e humanizante.

5 DESCREVENDO OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

*O rio atinge seus objetivos, porque
aprendeu a contornar os obstáculos.*

QUO VADIS

Neste capítulo faço a descrição da metodologia utilizada no estudo e um detalhamento do caminho metodológico percorrido durante a realização do mesmo. Início delineando como se deu o contato inicial com a instituição e com os integrantes da equipe de enfermagem e os procedimentos que se referem aos aspectos éticos do estudo.

Finalizo o capítulo descrevendo como se deu a viabilização do estudo, efetuado através de encontros com integrantes da equipe de enfermagem de um centro de terapia intensiva. Explicito também como se deu a análise das falas dos sujeitos, efetuada através da técnica da análise de conteúdo de BARDIN, e os temas levantados a partir desta análise.

Este estudo desenvolveu-se em um centro de terapia intensiva/ adulto de um hospital geral de grande porte de uma cidade do norte do Paraná. É um dos locais de campo de estágio que mantém convênio com a instituição onde atuo

como docente. A autorização prévia do diretor geral, da gerente de enfermagem e da supervisora de enfermagem do CTI, foi obtida após o encaminhamento de solicitação escrita (Anexos 1, 2 e 3), enviada diretamente a esses profissionais, uma vez que o hospital não possui uma comissão de bioética.

Os sujeitos do estudo são integrantes da equipe de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) que trabalham no CTI no período da manhã e que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Anexo 4). Esses profissionais concordaram também que os encontros fossem gravados. Todos foram informados sobre os objetivos do trabalho e a maneira como a informação seria utilizada e, ainda, sobre a garantia do sigilo e do anonimato.

Não será efetuada a descrição mais detalhada do hospital, nem do centro de terapia intensiva e tampouco dos integrantes da equipe de enfermagem que participaram do estudo, uma vez que optou-se por não identificá-los. Não porque o estudo pudesse de alguma forma comprometer o hospital, a unidade ou os participantes, mas sim por acreditar-se que ao manter o sigilo, os participantes estariam mais à vontade para se expressar nos encontros durante o estudo.

O estudo tem uma abordagem qualitativa, foi desenvolvido com base nas minhas crenças e percepções e nos pressupostos do método de Paulo Freire, que enfatiza a relação dialógica e a ação/reflexão para se chegar à tomada de consciência ou à conscientização. Os participantes, em diálogo sobre o objeto a ser conhecido e sobre a representação da realidade a ser decodificada, responderam às questões colocadas pelo facilitador (pesquisador), aproximando a sua leitura sobre a realidade vivenciada no cotidiano (GADOTTI, 1996).

Buscou-se refletir com os participantes do estudo sobre sua prática diária para alcançar o cuidado de enfermagem mais humanizado ao paciente no CTI, por acreditarmos, a partir do pensamento de FREIRE, que o homem é sujeito de sua história e através do diálogo e da reflexão os participantes são sujeitos do processo e não apenas espectadores. Outro aspecto da escolha do referencial metodológico foi porque ele permite a interferência dos sujeitos no fato ou

fenômeno estudado, favorecendo mudanças e transformações na realidade estudada, já durante o próprio processo.

Existem várias leituras ou interpretações do método de Paulo Freire, para este estudo utilizarei a interpretação de MUZUKAMI (1986, p.80) onde o método preconizado por Paulo Freire é desenvolvido em três momentos entrelaçados, os quais são citados a seguir:

- ***Investigação temática:*** etapa em que os participantes e o facilitador buscam, em seu universo vocabular, no ambiente de trabalho e na sociedade onde eles vivem, as palavras e os temas centrais de sua biografia.

- ***Tematização:*** etapa onde eles codificam e decodificam esses temas; participantes e facilitador ambos buscam o seu significado, tomando assim consciência do mundo vivido.

- ***Problematização:*** etapa onde eles buscam substituir uma primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido.

Para alcançar os objetivos de verificar como a equipe de enfermagem percebe sua prática, identificar os fatores que interferem nesta prática e propiciar espaço para a substituição da prática do cuidado existente pela prática do cuidado humano; o estudo desenvolveu-se através das etapas interligadas descritas a seguir.

5.1 ETAPAS DO ESTUDO

5.1.1 LEVANTAMENTO DOS TEMAS

Foi o momento em que os participantes, em conjunto com o facilitador, buscaram, a partir da vivência da prática, identificar os temas relacionados ao cuidado prestado pela enfermagem a pacientes e seus familiares no ambiente do CTI. Para facilitar a reflexão foram feitos alguns questionamentos tais como:

- Como percebem seu contato e sua interação com as famílias e com os pacientes que estão sob seus cuidados no CTI?
- Vocês acham que o seu contato com o paciente e com a família pode propiciar um cuidado humanizado em CTI?
- Vocês consideram humanizado o cuidado efetuado por vocês?

Através dos momentos de diálogo e reflexão a intenção aqui foi verificar como a equipe percebe o cuidado de enfermagem em sua prática diária no CTI.

5.1.2 TEMATIZAÇÃO

Nesta etapa foram priorizados os temas para reflexão: comunicação, relacionamento com pacientes / familiares / equipe de enfermagem e desta com os demais profissionais. Para auxiliar a reflexão, nesta etapa, utilizei textos e depoimentos que retratavam problemas na comunicação, no relacionamento e no cuidado de enfermagem no CTI, objetivando identificar elementos da realidade do

ponto de vista dos participantes. Conforme o pensamento de FREIRE, tanto os participantes quanto o facilitador são transformados em pesquisadores críticos. Os participantes não são um recipiente vazio para ser preenchido pelo facilitador (GADOTTI, 1996). Neste sentido procurei identificar através das falas dos participantes, como eles percebiam o cuidado de enfermagem que era dado ao paciente no CTI e quais os obstáculos à prática do cuidado humano de enfermagem:

5.1.3 TOMADA DE CONSCIÊNCIA / CONSCIENTIZAÇÃO

Nesta etapa, antes de retornar aos encontros, foi efetuada a transcrição das fitas contendo as falas dos integrantes da equipe de enfermagem do CTI. A partir daí, foi realizada a análise do conteúdo dessas falas com o objetivo de levantar as dificuldades existentes, identificando sua natureza e suas causas, para num próximo encontro buscar as formas de superação. Assim, através do diálogo e da reflexão, propiciar a compreensão crítica da prática desenvolvida, visando a tomada de consciência e, se possível a conscientização e, posteriormente a transformação do contexto vivido pelos participantes.

O diálogo se fez presente no processo propiciando, como define o próprio Paulo Freire, uma relação horizontal entre as pessoas em relação. Os homens se educam juntos. O conhecimento não deve ser transferido, mas sim deve-se criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção.

Ao utilizar a metodologia de Paulo Freire para trabalhar o cuidado humano de enfermagem junto à equipe de enfermagem do CTI, a intenção foi propiciar espaço para reflexão, tomada de consciência e conscientização, objetivando a elaboração de propostas para a substituição da prática existente por uma prática do cuidado de enfermagem humanizado e, a seguir, proceder à análise e a investigação do que foi possível viabilizar na prática.

Portanto através da metodologia utilizada, partimos de uma realidade, ou seja, a visão da equipe de enfermagem sobre a sua prática do cuidado, verificando, a seguir, as dificuldades para a não realização do cuidado humano de enfermagem de uma forma mais ampla, para então chegarmos às possibilidades de mudança desta prática, isto é, substituir a prática existente pela prática do cuidado humano de enfermagem junto aos pacientes e seus familiares no CTI.

De acordo com FREIRE (1980) a conscientização não é apenas tomar consciência da realidade. Ela ultrapassa o nível de tomada de consciência através da análise crítica, isto é, através do conhecimento sobre as razões de determinada situação para então constituir-se em ação transformadora daquela realidade (GADOTTI, 1996).

5.2 VIABILIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo, como citado anteriormente, foi realizado através de encontros grupais, por meio do diálogo e da reflexão, buscou chegar-se à conscientização.

Cada encontro se desenvolveu em um clima de expectativa e de satisfação. Expectativa por medo que os profissionais não demonstrassem interesse ou não aceitassem participar do estudo, ou ainda, não dessem continuidade aos encontros. Satisfação, pois, conforme os encontros foram acontecendo e transcorrendo de maneira agradável, percebeu-se que estavam interessados e mostravam disponibilidade, o que foi depois reforçado pela suas falas.

Ao fazer a seleção dos sujeitos, a intenção inicial era que os integrantes da equipe de enfermagem do CTI, dos diversos períodos, participassem dos encontros. Foi constatado logo na abordagem inicial, que isto não seria possível, pois os encontros seriam realizados fora do horário de trabalho e a maioria dos integrantes, principalmente aqueles do período noturno, tinham outro emprego ou

outros compromissos que os impediam de permanecer ou retornar fora do horário do trabalho. Quase todos os integrantes do período vespertino estavam fazendo um curso de preparação para um concurso para preenchimento de vaga de Auxiliar de Enfermagem na Rede Pública (Secretaria Municipal de Saúde de Londrina) e, portanto, não tinham disponibilidade de horário para participar dos encontros.

Devido às dificuldades relatadas acima, optou-se em efetuar o estudo somente com a equipe de enfermagem do período da manhã.

Outra dificuldade a ser superada ocorreu logo após o Diretor Geral e Gerente de Enfermagem terem autorizado a prática na instituição. Os funcionários do hospital, através do Sindicato dos Profissionais da Saúde entraram com indicativo de greve devido ao fato da direção do hospital ter feito um comunicado informando que, a partir do mês seguinte, os empregados não teriam mais direito a 5 itens salariais (cesta básica, anuênio, horas extras proporcionais às 36 horas, férias prêmio e produtividade). Segundo os funcionários, sem tais itens, o salário seria reduzido em quase 50% do atual, que já não era dos mais elevados.

Neste clima de tensão, como poderia sugerir que eles participassem de um trabalho de humanização? Transcorrida uma semana, as negociações salariais progrediram e a situação se tranqüilizou. Rapidamente, fiz contato telefônico com a enfermeira supervisora do CTI, que já estava ciente, através de um ofício enviado anteriormente (Anexo 3), da proposta do trabalho a ser desenvolvido com a equipe de enfermagem daquela unidade. Assim foi marcado um encontro para explicar detalhadamente toda a proposta. Por intermédio dela, ficou marcado este primeiro encontro com a equipe de enfermagem do período da manhã.

O local escolhido para o desenvolvimento do trabalho com a equipe de enfermagem do CTI foi uma sala cedida pelo hospital ao Departamento de Enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Londrina — CESULON (Instituição onde atuo como docente). A sala era pequena mas aconchegante,

situada em local tranqüilo e com estrutura adequada ao tipo de trabalho a ser desenvolvido.

O **primeiro encontro** deu-se no início daquela mesma tarde pois, após a conversa com a enfermeira supervisora, fui até o CTI e fiz o convite a todos os auxiliares e enfermeiros.

Nesta ocasião, expliquei aos integrantes da equipe de enfermagem que o estudo se tratava da dissertação de mestrado em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e era, portanto, um trabalho particular que não tinha vínculo direto com o hospital; dessa forma, os encontros seriam realizados fora do horário de trabalho e gostaria de contar com a participação voluntária de cada um deles.

Foi explicado a eles que o trabalho seria realizado através de encontros grupais. Para que, mediante a reflexão e o diálogo fosse possível o repensar da prática diária voltada para o cuidado humano de enfermagem.

Dos onze auxiliares de enfermagem do período da manhã, apenas dois deles disseram não poder participar, uma vez que tinham compromissos todas as tardes; um deles estava fazendo um curso Teológico para a formação de pastores e o outro, o curso de Re-ensino do segundo grau. As duas enfermeiras do período da manhã e a supervisora do CTI aceitaram participar, num total de doze pessoas. Seguindo os procedimentos éticos, após a explicitação dos objetivos do estudo, todos aqueles que se dispuseram a participar foram informados sobre o termo de consentimento livre esclarecido, assim como a garantia do sigilo e do anonimato. Também foi solicitada a permissão para que os encontros fossem gravados e após concordarem, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 4).

Ficou definido, de comum acordo que os próximos encontros seriam, a princípio, semanais, no dia mais conveniente para eles. Quanto ao horário, estabeleceu-se que seria logo após a saída do trabalho, no período das 13h às 15h 30min. Após o registro de saída no cartão ponto, eles encaminhar-se-iam para o local do encontro.

Dois dias antes da data planejada para o **segundo encontro**, foi preparado um convite individual para cada um dos participantes e fixado um bombom com o nome — SEDUÇÃO — que foi entregue pessoalmente a cada um deles. Nesta ocasião, uma das enfermeiras fez a seguinte observação *espertinha* você [...] *usando a psicologia*. Mal sabia ela da minha ansiedade e receio que eles tivessem concordado em participar apenas por delicadeza e que na realidade não estivessem interessados naquele trabalho.

Pelo fato das reuniões ocorrerem em final de turno de trabalho, foi providenciado um lanche e refrigerantes para todos os encontros, uma vez que eles não teriam tempo para almoçar. Foram preparados, com antecedência o gravador e as fitas, a máquina fotográfica, e colocadas a toalha e as flores para deixar o ambiente mais agradável.

Pensando em como fazer a abordagem inicial do estudo, nasceu a idéia de programar uma dinâmica para descontrair os participantes e favorecer o diálogo. Para iniciar as reflexões, foi apresentado um texto elaborado a partir de reportagens de jornais e revistas onde os pacientes e familiares de pacientes que estiveram internados em UTI relatavam sua percepção do ambiente, da comunicação e interação com a equipe de saúde dessas unidades.

Enfim, chegou o dia ansiosamente esperado. Com grande expectativa, o local foi preparado de forma que não fosse esquecido nenhum detalhe.

Algumas faltas foram uma constante durante os encontros e apenas sete pessoas participaram assiduamente. A média geral dos encontros foi de dez participantes.

Após o lanche, foi realizada uma dinâmica que se deu da seguinte forma: foi solicitado que formassem um círculo com os braços estendidos e foi colocada uma bala na mão direita de cada um deles. Foram informados que, mantendo os braços naquela posição, eles deveriam retirar os papéis das balas e portanto, para que isso ocorresse necessitariam ajudar e serem ajudados para conseguir retirar o papel e comer a bala.

Ao final da dinâmica, estavam todos sorrindo e descontraídos, sentando-se então, tranqüilamente. Para iniciarmos as discussões e facilitar a reflexão sobre o cuidado de enfermagem no CTI, foi efetuada a leitura do seguinte texto montado a partir de depoimentos e reportagens de jornais e revistas que retratavam problemas na comunicação, no relacionamento e no cuidado de enfermagem na terapia intensiva.

A unidade de terapia intensiva talvez seja a parte do hospital que mais inspire medo e curiosidade. Medo porque se sabe que é para lá que são encaminhados os doentes mais graves; portanto, é nela que a morte ronda mais perto. E curiosidade justamente por essa razão: como é, como funciona o lugar onde o limite entre a vida e a morte é tão tênue e tão fácil de ser ultrapassado quanto cortar um fio de água com as mãos? Para quem olha do lado de fora, o que se vê é apenas uma profusão de fios que saem dos aparelhos que mantêm vivos os doentes — estáticos numa cama — e um punhado de médicos e enfermeiros acompanhando cada oscilação de movimentos apontada nesses equipamentos. Não se imagina que, por trás de tanta tecnologia e aparente frieza, exista um ambiente repleto de dúvidas, amor, medo, alegria, surpresa, dor, vida.

As UTIs salvam três em cada quatro pacientes que recebem, mas funcionam num mundo sombrio, de tubos, lâminas, agulhas e gemidos. A exemplo do francês M. D., 72 anos, ex-combatente na Indochina, que ficou dez dias numa UTI por conta de problemas no coração, uma úlcera duodenal perfurada e septicemia. ‘Era um inferno, um campo de batalha, mas foi o que me salvou’, diz ele, exímio jogador de golfe.

A geógrafa A. A., sofreu com os quarenta dias de internação do pai numa UTI. Quando morreu, ele estava em coma decorrente de um enfisema pulmonar. ‘Meu pai foi crucificado, era melhor ter ido para casa, mesmo que fosse para abreviar sua vida. Meu pai morreu de boca aberta. Isso é sinal de que, em seu último momento, não havia ninguém por perto’, diz ela: ‘Todo o calvário só o fez definhir dia a dia. No fim a gente vê que tudo isso é inútil’, lamenta a filha.

O corpo do paciente é espetado, perfurado e amarrado, e sua personalidade destruída. O ambiente é de dor e medo, gemidos e vozes estranhas. Mãos que limpam, lâminas que cortam. Um inferno de tubos de plástico, máquinas computadorizadas, agulhas na veia, choques elétricos. Um inferno na solidão desumana, em que nem os médicos são conhecidos, pois são especialistas desse corredor da vida e da morte.

Nos leitos vizinhos vultos brancos soluçam, gritam, falam frases desconexas. Quando morrem, passam por ali do lado, em cima da maca, cobertos por um lençol. Esse inferno salva. Os parentes dos mortos choram o pai que virou criança, a mãe petrificada, o avô irreconhecível. Esposa, filhos, netos, julgam que ninguém merece tanto sofrimento. Lamentam guardar tanta dor na memória. Os que sobrevivem sabem que uma jornada na UTI só não é pior que a morte.

A toda hora um doente está sendo mexido, espetado ou dopado. A maioria fica despida e inconsciente quase o tempo todo. As luzes estão sempre acesas. O barulho das máquinas é constante. A sensação é de 'irrealidade', diz uma paciente.

Depois desta leitura, os participantes começaram a falar sobre sua vivência e a refletir sobre como se dava o cuidado, a comunicação e o relacionamento com os pacientes e os seus familiares no ambiente do CTI.

No decorrer do encontro foram lançadas as seguintes questões para reflexão:

- Como vocês percebem o seu contato com as famílias e com os pacientes que estão sob seus cuidados no CTI?
- Vocês acham que o seu contato com o paciente e a família pode propiciar um cuidado humanizado em CTI?
- Vocês consideram humanizado o cuidado realizado por vocês?

Tais perguntas foram lançadas com a intenção de verificar como os integrantes da equipe de enfermagem percebiam sua prática do cuidado junto aos pacientes e seus familiares, bem como identificar os fatores que interferiam na prática do cuidado humano de enfermagem no CTI.

No início dos **três encontros seguintes**, realizei a leitura de vários textos

que abordavam falhas na comunicação (Anexos 5, 6, 7 e 8). Pela forma engraçada como estão escritos esses textos, além de explicitarem falhas na comunicação em diversas situações também serviram como dinâmica para quebrar o gelo inicial e, assim de uma forma mais descontraída era possível iniciar o diálogo e a reflexão sobre a prática do cuidado de enfermagem. O interessante era que depois de quebrado o gelo, os participantes começavam a dialogar e eram necessárias diversas intervenções para organizar as discussões, pois várias pessoas queriam falar ao mesmo tempo.

Antes de acontecer o sexto encontro transcrevi os relatos de todos os encontros anteriores. Para analisar as falas, utilizei a técnica de Análise de Conteúdo descrita por BARDIN (1994). Optei por utilizar esta técnica de análise pelo fato de possibilitar a busca dos significados a partir das narrativas dos sujeitos do estudo. Esta técnica tem como pressuposto a concepção da linguagem como dinâmica, sendo entendida como expressão da existência humana que, em diferentes momentos históricos, elabora e desenvolve representações sociais que se estabelece entre linguagem, pensamento e ações.

Assim, de posse do material transcrito das falas dos sujeitos do estudo, esquematizei alguns passos sugeridos pelo autor para efetuar a análise:

1) Leitura "Equi-flutuante" – fiz uma leitura de todo o material produzido, com o objetivo de favorecer o contato com o material ordenado, na sua totalidade. Efetuei diversas leituras, desta vez de maneira mais criteriosa, procurei apreender o que os sujeitos queriam comunicar através de suas falas.

2) Tomar em consideração – nesta etapa, grifei os pontos dos discursos que mais chamaram a atenção, quer seja pelo conteúdo, pela repetição, por implicar em conteúdos inesperados ou destoantes. Isto implicou em estar atenta àquilo que foi dito e a forma como foi dito.

3) Levantar hipóteses – nesta etapa agrupei as frases e palavras que continham o mesmo significado, objetivando chegar-se às unidades temáticas.

4) Análise dinâmica do discurso – Através da apreensão das unidades temáticas agrupadas em frases (aquelas destacadas nos relatos dos encontros), buscou-se os elementos para a compreensão do universo pesquisado (fatores que favorecem e fatores de obstáculo ao cuidado humano de enfermagem no CTI).

Em todo conjunto de passos procurei compreender a idéia dos sujeitos, inicialmente no âmbito individual, e a seguir, no contexto grupal e institucional.

O objetivo desta atividade foi identificar as situações que favoreciam o cuidado humano de enfermagem e aquelas que se tornaram obstáculos a este cuidado humano, no CTI.

Assim, os aspectos positivos, isto é, as atitudes que favorecem o cuidado humano de enfermagem no CTI (ver Quadro na página 105), foram destacados e reforçados junto aos integrantes do estudo, como forma de incentivo e valorização de cada profissional. Objetivou-se mostrar que eles também tem o lado positivo em relação ao cuidado humano e isto deve ser valorizado. E em relação aos aspectos negativos, ou melhor, aos fatores que são obstáculo à prática do cuidado humano de enfermagem no CTI, procurou-se propiciar espaço para substituí-los .

A etapa seguinte objetivou trabalhar as situações que apareceram nas falas dos sujeitos do estudo durante os encontros, as quais demonstraram ser fatores de obstáculo à prática do cuidado humano de enfermagem no CTI. Tais situações foram listadas, denominadas e representadas através de figuras estilizadas, sendo que algumas destas figuras estão contidas no texto de CIOSAK e SENA (1983) e as outras figuras foram desenhadas por um amigo. A seguir, foram elaborados cartazes com as figuras que demonstravam as situações que se tornavam obstáculo ao cuidado humano de enfermagem no CTI, reveladas nas falas dos integrantes da equipe de enfermagem do CTI.

No encontro seguinte, estes cartazes foram apresentados ao grupo; imediatamente eles reconheceram as situações representadas nos cartazes como

realmente presentes em seu cotidiano. Partindo destas representações e constatações, eles propunham as alternativas para superar ou melhorar tais situações. Antes do término do encontro ficou definido que estes cartazes seriam fixados no mural do CTI, juntamente com as propostas de superação para cada situação que se apresentava.

Após esta etapa descrita acima, realizamos um novo encontro, com o intervalo de três semanas. Esse encontro objetivou a avaliação do que foi possível aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem viabilizarem na prática diária, de acordo com as propostas sugeridas por eles mesmos.

6 INTERPRETANDO OS DADOS

*A vida é breve, a ocasião fugaz
A experiência é vacilante e
o julgamento é difícil.*

HIPÓCRATES

Neste capítulo apresento a interpretação e a análise dos fatores que são obstáculos à prática do cuidado humano de enfermagem no centro de terapia intensiva e dos fatores que demonstram as atitudes que favorecem o cuidado humano de enfermagem segundo as falas dos participantes do estudo.

Antes de iniciar a interpretação dos fatores que são obstáculo à prática do cuidado humano de enfermagem, devo confessar que só no decorrer do estudo e dos encontros notei o quanto estava equivocada, por estar focalizando meu olhar somente para as dificuldades dos pacientes e dos familiares no ambiente do CTI e esquecendo o aspecto da equipe de enfermagem do CTI. Faltava-me a compreensão de que os integrantes da equipe de enfermagem também sofrem o impacto causado pelo medo da morte. Até aquele momento eu os via e os considerava como os vilões da história.

Dar o primeiro passo para a análise e interpretação dos fatores que interferem na prática do cuidado humano de enfermagem no CTI constituiu-se,

talvez, na tarefa mais árdua do processo. Havia uma grande preocupação com relação a qualidade da discussão e da análise dos dados levantados nos encontros com os integrantes da equipe de enfermagem do CTI.

Agora, voltando meu olhar não somente para os problemas dos pacientes e seus familiares, mas também para as dificuldades dos cuidadores no ambiente do CTI, busquei analisar as situações que são obstáculos para o cuidado humano de enfermagem as quais passarei a descrever. Conforme citado no capítulo anterior, as situações que apareceram nas falas dos participantes durante os encontros e que demonstram ser obstáculo à prática do cuidado de enfermagem no CTI, foram listadas, denominadas e representadas através de figuras estilizadas. Algumas dessas figuras estão contidas no texto de CIOSAK e SENA (1983) e outras foram elaboradas especialmente para este trabalho.

6.1 FATORES QUE SÃO OBSTÁCULO AO CUIDADO HUMANO DE ENFERMAGEM NO CTI

Nos Quadros a seguir, a primeira coluna (fator de obstáculo ao cuidado humano) refere-se às categorias identificadas a partir das falas dos sujeitos. Na segunda coluna (fala dos sujeitos) estão algumas falas que foram selecionadas após a análise de conteúdo dos encontros realizados com os participantes do estudo. Na terceira coluna (proposta de superação), os participantes do estudo, durante o processo de diálogo, reflexão e conscientização, fazem as propostas para superar as situações que são obstáculo ao cuidado humano de enfermagem. Na última coluna (percepção dos sujeitos após o diálogo e reflexão) estão as propostas de superação que resultaram da percepção dos sujeitos sobre as mudanças que conseguiram viabilizar. As letras entre parênteses são as iniciais dos nomes dos sujeitos do estudo.

Os fatores que se apresentaram como obstáculo ao cuidado humano de enfermagem no CTI, conforme citado anteriormente estão representados por desenhos estilizados, nos quadros. Abaixo dos quadros estão as interpretações e análises de cada fator à luz do referencial teórico e outros autores que abordam o tema.

FATOR DE OBSTÁCULO AO CUIDADO HUMANO	ILUSTRAÇÃO DA CATEGORIA	REFLEXÃO	AÇÃO TRANSFORMADORA
<p>1. CUIDADO AUTOMATIZADO</p>	<p><i>Para o paciente, a sensação de estar sendo ignorado é a pior que tem... você estar lá e parecer que não está. E infelizmente fazemos isso. (S)</i></p> <p><i>... para mim não é só correria que faz isso, é que a coisa vai ficando meio automatizada mesmo... (A)</i></p>	<p>Deve ser terrível mesmo essa sensação de abandono, medo do ambiente e ninguém faz nada. (C)</p> <p>Não é perda de tempo parar e explicar as coisas para o paciente, e é isso que temos que fazer mesmo". (R)</p> <p>Acho que nós, apesar de na maioria das vezes ser corrido, podemos cuidar do paciente lembrando que ele é um ser humano, e se para nós aqueles equipamentos e materiais todos são comuns para eles e sua família não é. (I)</p>	<p><i>Eu acho que isso já não acontece mais, porque, mesmo os pacientes entubados eu aviso - Olha eu vou fazer uma injeção na perna... vou abaixar a cabeceira da cama por algum tempo para verificar a PVC (C)</i></p> <p><i>Eu tenho ficado mais atenta, conversado mais com os pacientes, dando mais atenção até para aqueles que não estão conscientes (M).</i></p>

CUIDADO AUTOMATIZADO

O que pensa o paciente quando recebe um cuidado sem uma orientação prévia? Devemos realizar os cuidados com,

agilidade e técnica adequadas, demonstrando segurança nas ações, mas isto não implica em exageros e violência.



Algumas ações realizadas na terapia intensiva podem parecer violentas para os pacientes ou para quem as observa. Por este motivo é importante que o paciente e seus familiares sejam orientados sobre os cuidados, bem como sobre os seus problemas, seu real estado de saúde, para que possam compreender e colaborar no tratamento.

O cuidado é a essência da enfermagem e não sendo humanizado não é cuidado, é técnica ou procedimento. Para tanto, ao prestarmos a assistência de enfermagem no CTI não devemos estar voltados somente para os aspectos técnicos referentes ao bom funcionamento dos aparelhos e às medicações administradas. De que adiantam os remédios, de que adiantam os equipamentos e a tecnologia se não há um coração, uma visão, se não há uma consciência por trás? Vivemos um tempo duro onde a consciência foi perdida. Com a consciência perdemos os valores, perdemos a ética. A ciência e tecnologia fantástica que desenvolvemos sem a consciência poderão levar a humanidade ao colapso.

Sobre este aspecto FREIRE (1980, p. 35) refere *O que mais custa a um homem saber, de maneira clara, é sua própria vida, tal como está feita por tradição e rotina de atos inconscientes*. Portanto, para que possamos desenvolver a consciência da realidade, há necessidade de refletimos sobre as ações do dia-a-dia, que na maioria das vezes encontram-se espelhadas em práticas rotineiras e mecanizadas. Isto quer dizer, para tornar-se consciente da realidade e interferir nela é necessário questionar, dialogar e refletir sobre as ações na prática diária. Procurei alicerçar-me no pensamento de FREIRE ao afirmar que quanto mais reflete sobre a prática diária, sobre a sua realidade, mais o homem consegue analisá-la de forma crítica, consegue compreendê-la melhor e transformá-la de forma consciente.

Ainda no que diz respeito a dialogar e refletir sobre a prática, FREIRE (1980) considera que o papel fundamental dos que estão comprometidos numa ação para a conscientização não é propriamente falar sobre como construir a idéia, mas convidar os homens a captar com seu espírito a verdade de sua própria realidade. Assim, ao observarmos esta realidade durante o estudo,

constatamos, através de algumas falas dos participantes do estudo, que as suas ações na maioria das vezes eram "mecanizadas e repetitivas", tais como demonstram os exemplos relatados a seguir: *...para o paciente, a sensação de estar sendo ignorado é a pior que tem, e infelizmente fazemos isso (S). ...para mim, não é só a correria que faz isso, é que a coisa vai ficando meio automatizada mesmo (A).*

Para o ser humano sob os cuidados da enfermagem, é terrível não poder comunicar seu sofrimento, e a equipe de enfermagem limitar-se a cumprir as prescrições médicas e realizar procedimentos, esquecendo-se do ser humano passivo, dependente, vulnerável e necessitado de cuidados. Devemos ouvir o paciente, facilitar sua verbalização e valorizar suas queixas; muitos problemas podem ser evitados a partir desta inter-relação, pois "quando o paciente cala, fala o órgão". Como os casos de hemorragias digestivas altas em consequência ao estresse, apresentadas por alguns pacientes internados no CTI.

É preciso indagar urgentemente: que é o ser humano? Que nos tempos modernos não vai além de uma concepção da máquina, além de uma concepção mecanicista-reducionista. Ao abordarmos a concepção reducionista, não há dúvidas que a maior mudança na história da medicina ocidental ocorreu com a revolução cartesiana, e como a enfermagem ainda segue o modelo biomédico no cuidado ao paciente, estas mudanças também nos influenciaram. Antes de Descartes, a maioria dos médicos atentava para a interação de corpo e alma, e tratavam seus pacientes no contexto do seu ambiente social e espiritual. E de acordo com CAPRA (1982) como a visão de mundo mudou, com passar do tempo, o mesmo aconteceu com concepções dos médicos de doença e, seus métodos de tratamento, sendo que antes de ocorrer esta dicotomia os médicos costumavam considerar o paciente como um todo. A filosofia de Descartes alterou profundamente esta situação. A divisão feita entre corpo e mente levou os médicos e conseqüentemente a enfermagem a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos emocionais, sociais e ambientais da doença.

Ao discorrer sobre a mecanicidade no livro: "De máquinas a seres vivos", ROMESÍN e GARCIA (1997) falam que nós, seres humanos modernos, vivemos em conflito, perdemos a confiança nas noções transcendentais que antes nos davam sentido à vida humana sob a forma de inspirações religiosas. Ficou-nos em troca a ciência e a tecnologia que não nos dão o sentido espiritual que necessitamos para viver.

Não estou fazendo uma crítica inconsequente à ciência, à tecnologia, à especialização. Elas são necessárias, porém nós precisamos mudar o enfoque alienado da máquina, da especialização, para o enfoque holístico; nessa perspectiva, a pessoa pode atuar numa área específica sem perder a visão do todo; consegue pensar globalmente, agir localmente, para não "agir loucamente" que é o que aparentemente nós temos feito.

É necessário o resgate da espiritualidade e da consciência. E isso não será possível se para nós não houver clareza sobre como vemos o ser humano que estamos cuidando. Ao que tudo indica, nossa visão contemporânea do ser humano é materialista; o ser humano é matéria, nós somos simplesmente um corpo e precisamos cuidar desse corpo. É por esta razão que de acordo com CREMA (1999) quando um enfermeiro, um médico, um fisioterapeuta, tem uma visão materialista, é muito difícil acompanhar seres humanos que estão no leito de morte no CTI, porque este será visto como uma ferida, uma derrota, uma vez que esse corpo caminha para o fim.

Cuidar do outro não é cuidar só de seu corpo; é cuidar também da sua alma. O que é alma? É mente e emoção. Sob este aspecto, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem que estejam cuidando do paciente, não olharão apenas para o corpo, mas sim para os olhos dessa pessoa; buscarão perceber os sentimentos, irão dialogar. É necessário que olhemos para os olhos das pessoas. Nós, cuidadores, somos muito privilegiados: lidamos com seres humanos o que pode nos ensinar muito, pois cada ser humano é um mistério, é único, jamais vai se repetir. Sobre este aspecto reportamo-nos a CREMA (1999, p. 43) que assim se refere *...se você olha para os olhos da pessoa que você está cuidando, você vai*

se encontrar com um ser humano único. A sua existência profissional nunca vai ser chata, porque você vai cuidar de almas, e isso muda completamente sua tarefa. Dominados pela cegueira esquecemos, na vida cotidiana, o olhar que permite ver a harmonia do homem e do mundo natural ao qual pertencemos e já quase não somos capazes de sentir a concepção poética do mundo e vivemos em luta contra ele na correria do dia-a-dia.

Chegamos ao final do século com a certeza de que o que sabemos é ainda insuficiente para atingirmos ou mesmo nos aproximarmos do outro e até da nossa própria natureza. Para SILVA (1999) a civilização moderna nos ensinou a saber excessivamente, mas não nos ensinou a sentir e a selecionar o que é preciso saber a respeito da qualidade do nosso viver.

Olhando por outro ângulo, observamos que a realidade de cada homem é diferenciada em função do local, época e sociedade em que vive. FREIRE (1980, p. 34) diz que *não existe homem no vazio*. Cada homem vive num contexto e período de tempo, num lugar e num contexto social e cultural determinados. Quando o homem não se percebe neste contexto social, temporal e cultural suas ações cotidianas e rotineiras são conduzidas por simples tradições e atos mecânicos. Daí, a necessidade de estarmos constantemente abertos e conscientes das nossas próprias ações.

Para FREIRE (1999d) o papel fundamental dos que estão comprometidos numa ação para a conscientização, não é falar sobre como construir a idéia, mas estar captando, com seu espírito a verdade, a sua própria realidade. Acredito que durante os encontros por ocasião do estudo, através do processo de diálogo e reflexão sobre seu cotidiano no trabalho, sua forma de ser, sua forma de trabalhar, sua realidade os sujeitos do estudo conseguiram mudar muito de sua prática. Podemos constatar isso através de suas falas: *Eu acho que isso (cuidado automatizado) já não acontece mais, porque, mesmo os pacientes entubados eu aviso — Olha eu vou fazer uma injeção na perna [...] vou abaixar a cabeceira da cama por algum tempo para verificar a PVC (pressão venosa central) (C). Eu*

tenho ficado atenta, conversado mais com os pacientes dando mais atenção até para aqueles que não estão conscientes (M).

A análise dessas falas nos leva a pensar que atingimos o objetivo de transformar ações rotineiras e mecanizadas (cuidado automatizado) dos sujeitos do estudo, em cuidado humano de enfermagem. Através do diálogo e reflexão chegou-se à conscientização, percebida através da mudança de atitude verbalizada pelos próprios participantes do estudo.

Neste sentido, podemos dizer que os participantes do estudo empreenderam mudança, analisaram com criticidade sua prática diária e, inserindo-se nessa realidade, produziram nela transformações, substituindo as ações rotineiras e mecanizadas pelo o cuidado humano de enfermagem.

Tais transformações podem representar um espaço para o desejo, a imaginação e a paixão de ser e ver esperançosamente e, verdadeiramente acreditarmos que a enfermagem é ciência, é arte, é gente que cuida de gente.

FATOR DE OBSTÁCULO AO CUIDADO HUMANO	ILUSTRAÇÃO DA CATEGORIA	REFLEXÃO	AÇÃO TRANSFORMADORA
2. AUSÊNCIA DE DIÁLOGO COM A FAMÍLIA	<p><i>...parentes de pacientes, as vezes chegam lá e nem vêem você e já vão embora.. (C)</i></p> <p><i>... a família vem olha o paciente e já vai embora.. (A)</i></p>	<p>Acho que é uma questão de mostrar que no CTI não há só máquinas, que tem seres humanos lá dentro que estão prontos para ouvir, para explicar. (C)</p> <p>Se a gente der atenção para a família, então nesses momentos de diálogo entre o acompanhante, o pessoal de enfermagem ou o médico, eles não vão sair de lá com aquele pavor.(J)</p> <p>Sabe, poderia ser elaborado um impresso, tipo folder, com algumas orientações básicas sobre o CTI para entregar para a família. (Ro)</p>	<p><i>- A gente fica próximo, explica e os familiares saem dali com uma boa impressão.(C)</i></p> <p><i>- Conversamos e explicamos para a família sobre os equipamentos que o paciente está usando, o seu estado geral, antes de entrarem e verem o paciente; eles já não ficam tão impressionados.(R)</i></p> <p><i>- Estamos orientando os familiares e entregando o impresso elaborado. Acho eu ele ficou bom, a Alda e a Rose fizeram um bom trabalho. (J) (ANEXO 9)</i></p>



Para a família, quando o paciente está em estado crítico de saúde e requer cuidados em terapia intensiva, a problemática se torna bem mais complexa, devido aos preconceitos e equívocos que existem a respeito desta unidade, os quais provocam medo e ansiedade.

Durante a permanência do paciente no CTI, a família perde o contato mais efetivo com ele, perde o controle do tratamento e o paciente passa a ser "propriedade" de um grupo de pessoas. Por isso é importante manter a família informada sobre os procedimentos mais importantes a serem realizados, bem como sobre a sua evolução, destacando as principais alterações em seu estado físico ou emocional.

De acordo com BEZERRA (1998) o ambiente em uma terapia intensiva é muitas vezes encarado pela família como mais agressivo e frio do que realmente é, e os doentes considerados em estado mais graves do que realmente estão. Esses fatores parecem favorecer uma percepção de condições ambientais instáveis e estressantes. Em consequência desse contexto, todos aqueles que prestam assistência a esses doentes têm experiência com o grau de ansiedade dos familiares.

Muitos familiares assumem atitudes de negação, rejeição e alheamento diante das informações que lhes são prestadas. Por esta razão, o envolvimento

da enfermeira com os familiares nestas situações vai além de possibilitar a visita aos pacientes internados no CTI, mas também, fornecer-lhes informações precisas em linguagem que eles possam entender, ajudando assim para que mantenham contato com a realidade.

Acredito ser de suma importância os esclarecimentos e orientações para os familiares sobre as rotinas do serviço, os horários para informações, a evolução do doente, os procedimentos que estão sendo realizados e a função dos aparelhos ali existentes. Quando bem orientados, os familiares incentivam o doente e o auxiliam na recuperação. Não há dúvida que uma família mais orientada e participativa no processo ajuda na recuperação do paciente.

Sobre o contato da enfermagem com os familiares, assim disse uma das integrantes da equipe de enfermagem do CTI, participante do estudo *Acho que é uma questão de conversar e mostrar que no CTI não há só máquinas, que tem seres humanos lá dentro e que estamos prontos para ouvir e para explicar (C)*. Esta fala significa que os sujeitos do estudo, através do diálogo e reflexão, demonstraram estar conscientes que a enfermagem deve ter um sentimento de zelo, respeito e cuidado não somente com os pacientes mas também com as famílias, procurando estabelecer um diálogo, fornecendo informações, e desta forma, dirimindo ou reduzindo aquela impressão ruim que os familiares sentem ao entrar em uma unidade de terapia intensiva. Reitero aqui o expresso por FREIRE (1980) ao afirmar que o diálogo não pode existir sem respeito, e esta dialogação deve ter uma ação libertadora e construtora de uma relação de ajuda-confiança. Assim, os familiares ficam mais tranquilos depois de conhecer alguns membros da equipe que estão cuidando do paciente.

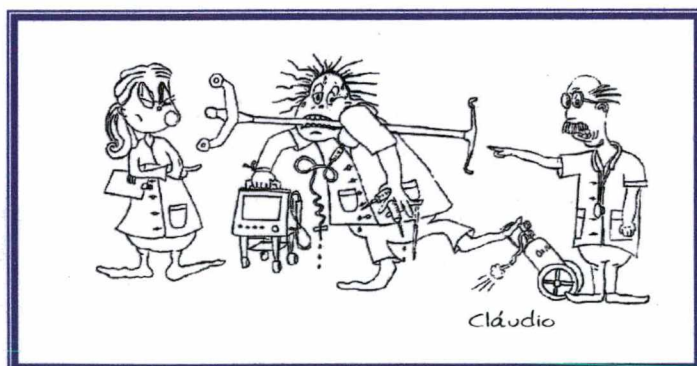
Penso que para os participantes do estudo ficou clara a importância de estabelecer o diálogo e uma relação de ajuda-confiança, conforme explicitado por um dos participantes do estudo *A gente fica próximo e explica e os familiares saem dali com uma boa impressão (A)*. Com certeza, além de querer conhecer e confiar nos profissionais que estão assistindo o paciente, outra necessidade importante da família é obter informações precisas sobre o seu estado de saúde.

O diálogo frequente e as trocas de informações entre a enfermagem e a família determinam a função humanístico-social, além de proporcionar ao familiar segurança e confiança no atendimento. Certamente a comunicação efetiva com a família propicia o cuidado humano de enfermagem. Podemos, portanto, considerar a comunicação uma competência essencial no desempenho dos profissionais da enfermagem, e que se torna um fator determinante no relacionamento de ajuda e um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na terapia intensiva.

Outra forma sugerida por uma das participantes do estudo para facilitar o contato, melhorar o diálogo e o relacionamento com a família no CTI, foi a elaboração de um manual de orientações sobre a unidade. Esse folder (Anexo 9) tem como objetivo informar aos familiares as normas e rotinas do CTI, sobre quem dá assistência aos pacientes e como obter informações sobre o seu estado de saúde. Achamos uma ótima idéia e elaboramos o impresso providenciamos cópias. Depois que começou a ser entregue aos familiares na sala de espera, antes do horário de visitas, observamos um aumento significativo no grau de satisfação das famílias dos pacientes internados na terapia intensiva. Este impresso também facilitou a abordagem da equipe de enfermagem ao fornecer orientações para os familiares.

Para finalizar essa análise, acredito que após os momentos de reflexão e diálogo, os integrantes da equipe de enfermagem estão conscientes da importância de estabelecerem um melhor relacionamento com os familiares dos pacientes internados na terapia intensiva. Com essa mudança de atitude no relacionamento com os familiares, certamente, as necessidades mais importantes dos familiares estarão sendo atendidas. São elas: obtenção de informação correta sobre o paciente, a certeza de que o melhor tratamento está sendo dispensado e as explicações sobre os equipamentos e procedimentos mais importantes realizados no CTI. O sentimento de estarem envolvidos no plano de cuidados do paciente e a necessidade de receberem informações com linguagem simples e compreensível reduz o estresse e ansiedade das famílias dos pacientes internados no CTI.

FATOR DE OBSTÁCULO AO CUIDADO HUMANO	ILUSTRAÇÃO DA CATEGORIA	REFLEXÃO	AÇÃO TRANSFORMADORA
<p>3. ESTRESSE DA EQUIPE</p>	<p><i>Dentro do CTI, a gente trabalha sob pressão... chega um e te cobra uma coisa, chega o médico e te cobra outra coisa... Quando você está naquele estresse... (I)</i></p> <p><i>É uma sequência de cobrança. A gente cobra eles, o médico nos cobra e a família cobra à todos nós... (J)</i></p> <p><i>... de novo, evacuou de novo, precisa uns 4 para trocar, olha o trabalho... Já ouvi alguns colegas dizendo isso para o paciente. (CA)</i></p> <p><i>... fico chateado vendo colegas xingarem os pacientes... e xinga e é muito áspero... (A)</i></p>	<p>Com essas atitudes deixamos o paciente constrangido, achando que está dando trabalho para nós. Sendo que é nossa função cuidar deles. (CL)</p> <p>Acho que quando alguém perceber que o colega está mau humorado, triste, chateado... a gente deve procurar conversar para mudar este estado. E quando a gente ouvir essas colocações, que são maus tratos mesmo, nós devemos chamar a atenção do colega e se não melhorar; falar com a chefe. (I)</p>	<p><i>- Sabe eu tenho observado e percebido as minhas reações, outro dia quando eu levantei eu estava de mau humor e pensei, "nossa hoje ninguém vai me aguentar", mas quando eu cheguei no CTI o mau humor já havia passado, e foi muito legal. Acho que é uma questão da gente estar atento para as nossas reações. (C)</i></p> <p><i>- Outra coisa interessante é que agora, quando um percebe algum comportamento não adequado no outro, chama a atenção e é encarado numa boa, porque nós já combinamos antes. Por isso eu acho que esse trabalho que a Alda está fazendo é interessante e deveria continuar, porque está nos ajudando muito.(A)</i></p>



ESTRESSE DA EQUIPE

O sofrimento psíquico da equipe de saúde no ambiente do CTI pode ser identificado pelas jornadas prolongadas de trabalho, pela quase inexistência de pausas para descanso ao longo do período, pela intensa responsabilidade por cada tarefa a ser executada e pela pressão de ter "uma vida nas mãos".

Nesse final de século, as mudanças técnicas e científicas e suas implicações éticas e sociais foram mais numerosas e rápidas do que foi possível acompanhar no que se refere a compreendê-las e usufruir delas.

Nunca se falou tanto em qualidade de vida e, talvez, nunca estivemos tão distantes dela. A humanidade investiu pesado em tecnologia, acreditando que esta traria conforto, facilidades e mais tempo disponível para o prazer e o lazer. É verdade, a tecnologia desenvolveu-se surpreendentemente e liberou o homem de certos esforços, mas, paradoxalmente, aprisionou-nos incorporando outros esforços, talvez mais pesados e absorventes. Tomou conta de todas as esferas de nossas vidas, e se modifica tão rapidamente que, para conseguirmos simplesmente manter nossas atividades cotidianas, temos que permanecer minimamente próximos desses avanços.

Por outro lado, para não sermos excluídos do mercado de trabalho, somos obrigados a despende esforços, tempo e dinheiro continuamente para darmos conta das rápidas mudanças. Além disso, observamos uma competição francamente crescente, em todos os níveis, exigindo que sejamos audaciosos, mais inteligentes, mais jovens, mais assertivos e mais produtivos.

Nesse panorama, fica claro que os velhos paradigmas assentados na estabilidade, segurança e experiência não se sustentam mais. Entre os principais valores atuais estão a velocidade de adaptação a novas situações e a competência para superar novos desafios. De acordo com FERREIRA (1998) esse empenho adaptativo, no entanto, exige em termos metabólicos, um grande esforço para produzir substratos necessários para que certas funções sejam intensificadas tanto quantitativamente como qualitativamente. Esse esforço corresponde ao que chamamos de estresse e é útil e necessário para gerar movimento, a fim de buscar a adaptação as novas exigências. Vale lembrar, no entanto, que o esforço pressupõe níveis metabólicos, e que, de acordo com o resultado não é necessariamente produtivo ou adaptativo, pois, o esforço excessivo tende à exaustão com implicações ameaçadoras à integridade do indivíduo.

Mas o que é o estresse? Estresse é considerado por FERREIRA (1998) como relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida. Essas circunstâncias são avaliadas pela pessoa como uma

ameaça ou algo que exige dela mais do que suas próprias habilidades ou recursos, e que põem em perigo o seu bem estar.

O ambiente hospitalar gera estresse, não só aos pacientes e seus familiares, devido a situação de internação e doença, mas também, aos profissionais que atuam nessa área. Como afirma DEJOURS (1992) a organização do trabalho exerce uma ação específica no homem, cujo impacto se dá no aparelho psíquico. Para este autor, não existe trabalho sem sofrimento, o que significa dizer que, na vivência do trabalhador, pode emergir o sofrimento atribuído ao descompasso entre as suas necessidades internas (físicas e psicológicas) e as exigências da instituição em que trabalha. Esta situação provoca estresse no indivíduo, porque bloqueia a relação do homem com o trabalho.

O CTI, como está inserido na instituição hospitalar, sofre sua influência, além de apresentar peculiaridades na organização do trabalho e nas relações que aí se estabelecem, em decorrência do tipo e da gravidade do paciente e do fato de caracterizar-se como um setor fechado. Segundo SPÍNDOLA (1994) a terapia intensiva é caracterizada por ser um ambiente de trabalho agressivo, com cenas de pronto-atendimento, contato com pacientes graves, isolamento, riscos de vida e onde se pode perceber a tensão a que estão sujeitos os profissionais que atuam nesse setor.

De acordo com FERREIRA (1998, p. 24) as consequências do estresse são: *inexplicável mudança de eficiência ou irregularidade da performance; absenteísmo; insegurança nas decisões; incapacidade de interagir com outras pessoas, entre outras.*

LUNARDI FILHO (1995) detectou em seu estudo que as principais causas de desgaste da saúde dos trabalhadores de enfermagem da terapia intensiva foram causadas pela diminuição dos recursos humanos e materiais, assim como pela sobrecarga de trabalho.

PITTA (1999) destaca que o sofrimento psíquico da equipe do CTI pode ser causado pelas jornadas prolongadas, pelo ritmo acelerado de trabalho, pela

quase inexistência de pausas ao longo do período, pela intensa responsabilidade decorrente de ter "uma vida nas mãos".

Prestar assistência a um paciente grave não é o evento mais estressante para a equipe. Para NOVAES; KÜHL e KNOBEL (1998) são as intercorrências inesperadas, como mudanças repentinas no estado clínico de um paciente que estava bem, que aumentam a tensão e a ansiedade da equipe. Essas situações geram inquietude na equipe, já que suscitam as defesas pessoais para conviver no ambiente do CTI. Esses sentimentos podem levar ao estresse, frustração, raiva, depressão, falta de confiança em si próprio e desesperança, diminuindo a satisfação no trabalho. Algumas destas situações foram observadas em falas de participantes do estudo como: *Dentro do CTI, a gente trabalha sob pressão [...] chega um e te cobra uma coisa, chega o médico e te cobra outra coisa [...] Quando você está naquele estresse... (I).*

É uma sequência de cobrança. A gente cobra eles, o médico nos cobra e a família cobra à todos nós... (J).

... de novo, evacuou de novo, precisa uns 4 para trocar, olha o trabalhão [...] Já ouvi alguns colegas dizendo isso para o paciente (CA).

... fico chateado vendo colegas xingarem os pacientes [...] e xinga e é muito áspero... (A).

Pensando em como trabalhar estes sentimentos relacionados acima, encontramos respaldo em FREIRE (1998) ao referir que a desesperança nos imobiliza e nos faz cair no fatalismo, e que a esperança é o suporte fundamental para promover mudanças. Durante os momentos de reflexão e diálogo sobre a realidade apresentada nas falas dos sujeitos, busquei resgatar nos participantes a esperança de ter um melhor relacionamento no ambiente de trabalho, reforçando que estas mudanças dependiam deles.

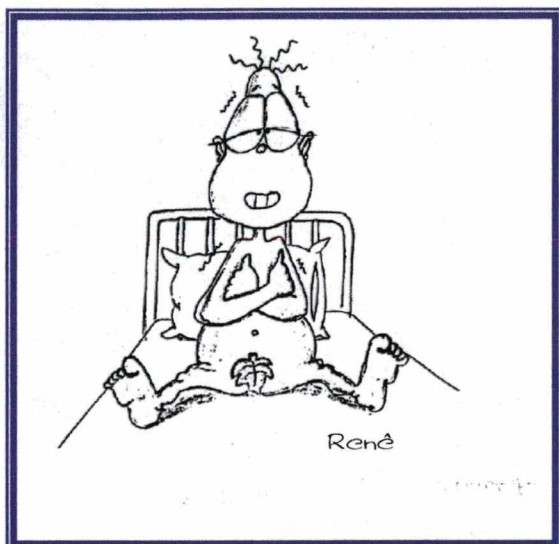
Assim, observava durante os encontros que quanto mais eles refletiam e dialogavam, mais emergiam conscientes, comprometidos, prontos a intervir na

realidade para mudá-la. Como mostram os exemplos a seguir: *Acho que quando alguém perceber que o colega está mau humorado, triste, chateado... a gente deve procurar conversar para mudar este estado. E quando a gente ouvir essas colocações, que são maus tratos mesmo, nós devemos chamar a atenção do colega e se não melhorar; falar com a chefe (I).*

Sabe, eu tenho observado e percebido as minhas reações, outro dia quando eu levantei estava de mau humor e pensei, nossa hoje ninguém vai me aguentar, mas quando cheguei no CTI o mau humor já havia passado, e foi muito legal. Acho que é uma questão da gente estar atento com as nossas reações (C).

De acordo com as falas acima, podemos inferir que conseguiram superar ou minimizar este obstáculo ao cuidado humano, através da auto observação e observação mútua; melhorando as relações no trabalho, e com isso reduzindo o estresse.

FATOR DE OBSTÁCULO AO CUIDADO HUMANO	ILUSTRAÇÃO DA CATEGORIA	REFLEXÃO	AÇÃO TRANSFORMADORA
4. AMBIENTE DE ESTRESSE	<p><i>O CTI é um ambiente de estresse mesmo, o paciente fica com medo, ele interna com medo... (L)</i></p> <p><i>... eles chegam e acham tudo aquilo terrível... (C)</i></p> <p><i>...alguns pacientes levam uma boa impressão, alguns levam a impressão de medo.. (E)</i></p> <p><i>...muitas vezes parece que o paciente não é importante, mas aquilo que você está fazendo nele, se vai dar resultado ou não (I)</i></p>	<p>- Pensando bem nós da equipe de enfermagem podemos tentar desmitificar essa idéia, este preconceito, através do relacionamento e do cuidado humanizado... e explicar para eles o que é o CTI. (C)</p>	<p>- Temos mostrado a eles que é o humano que conta aí. Porque não vai ter jeito do CTI mudar, ficar sem aquele monte de aparelhos.(C)</p> <p>- Quando o médico vai examinar pacientes no pós-operatório de cirurgia, eles deixam as mamas das mulheres expostas, rapidamente eu coloco o biombo. (Ro)</p>



AMBIENTE DE ESTRESSE

Ausência de privacidade física e intimidade fisiológica, o paciente fica despojado de tudo, semi nu, deitado no leito, cercado de pessoas estranhas e equipamentos que não entende; respiradores, monitores, fios e rostos desconhecidos realizando procedimentos continuamente.

Mudanças no estímulo ambiental também alteram a percepção dos pacientes e o nível deste estímulo no CTI tem um significado maior, pois além da perda da identidade, ele perde noção do tempo e espaço.

Existe uma estória que corre pelos corredores das UTIs, que ilustra a percepção que os pacientes tem desta unidade: um paciente ao ser admitido na terapia intensiva, queixou-se a outro paciente do ruído do monitor. Ele obteve a seguinte resposta: — Não reclame que este barulho aí é a sua vida e, se parar, comece a fazê-lo com a boca, senão “eles” te pulam no peito e te dão um murro, pois pensarão que seu coração parou. Comentários como estes denotam a percepção do paciente, e a responsabilidade das ações dos cuidadores, pois alguns pacientes associam o fato de se desligar um aparelho como alerta de morte iminente (CIOSAK e SENA, 1983).

Devemos nos lembrar que a entrada súbita do paciente no CTI é um corte em sua vida, principalmente por ter perdido a última das liberdades humanas — a de escolher seu próprio caminho. Além da ausência da privacidade física e da intimidade fisiológica; ele fica despojado de tudo, semi nu, deitado no leito, cercado por equipamentos que não compreende e rostos desconhecidos, submetendo-se continuamente a procedimentos e ao excesso de ruídos provocados pela movimentação de pessoal, macas, equipamentos. O que se observa no cotidiano do CTI é que dificilmente o paciente é respeitado na sua

individualidade e privacidade, no entanto. Sabemos, no entanto, que estes aspectos contribuem de forma fundamental para o restabelecimento do paciente.

A rotina do dia-a-dia no CTI, pode inibir a percepção do profissional, tornando-o alienado, FREIRE (1999b) ressalta que a alienação não permite ao profissional perceber que está exercendo suas atividades de forma mecanizada, não se percebendo como ser humano capaz de refletir sobre a sua realidade para transformá-la e, dessa forma, não pode refletir sobre sua prática cotidiana.

Observamos o caráter eminentemente técnico da equipe de enfermagem no CTI, retratadas nas falas a seguir: *O CTI é um ambiente de estresse mesmo, o paciente fica com medo, ele interna com medo...* (L).

... os pacientes chegam e acham tudo aquilo terrível... (C).

... alguns pacientes levam uma boa impressão, alguns levam a impressão de medo... (E).

... muitas vezes parece que o paciente não é importante, mas aquilo que você está fazendo nele, se vai dar resultado ou não (I).

Pode-se dizer que sempre se faz necessário o aprimoramento da equipe de enfermagem não só como técnicos, mas, sobretudo, como pessoas que se comunicam, que interagem, num plano de grande empatia com os pacientes.

Após o diálogo e a reflexão sobre como se sente um paciente ao passar pelo CTI, os sujeitos do estudo perceberam claramente a necessidade de mudarem algumas atitudes, pois para eles o que parece normal, não o é para os pacientes. Assim eles próprios definiram algumas mudanças e colocaram em prática: *Pensando bem nós da equipe de enfermagem podemos tentar desmitificar essa idéia e, este preconceito que os pacientes e familiares tem do CTI, através do relacionamento e do cuidado humanizado [...] também explicando para eles o que é o CTI* (C).

Quando o médico vai examinar pacientes no pós-operatório de cirurgia, eles deixam as mamas das mulheres expostas, rapidamente eu coloco o biombo (Ro).

Temos mostrado a eles que é o humano que conta aí. Porque não vai ter jeito do CTI mudar, ficar sem aquele monte de aparelhos (C).

Pelo fato do ambiente do CTI ser hostil e até agressivo devido ao grande número de procedimentos invasivos; faz-se necessário que a equipe de saúde, especialmente a enfermagem, dê explicações aos pacientes sobre os aparelhos, bem como seja sempre uma presença amiga. Diante do exposto anteriormente, está claro que o papel da equipe de enfermagem nesse contexto é procurar devolver o equilíbrio não somente físico, mas também no aspecto emocional, aos pacientes sob seus cuidados. Referindo-se ao relacionamento, FREIRE (1999b, p. 28) ressalta *O homem não é uma ilha. É comunicação*. Podemos, portanto, considerar a comunicação um aspecto fundamental na humanização do ambiente da terapia intensiva, quando então, a equipe de enfermagem estará valorizando o afeto, os sentimentos e a atenção no contato com os pacientes.

Referindo-se a humanização, CAPRA (1996) enfatiza que não há necessidade de advertências morais para que quem esteja cuidando de um paciente demonstre zelo, afeição, estas atitudes devem ocorrer de forma natural, espontânea, sem que haja necessidade de pressão moral para fazê-lo. Para tanto, é necessário criar ambiente e condições de trabalho favoráveis para que o profissional reflita sobre sua prática. Deste modo, observa-se que através do diálogo e reflexão sobre o estresse do ambiente do CTI para o paciente, os sujeitos do estudo demonstraram estar comprometidos em intervir e mudar a realidade que se apresentou no início do estudo.

FATOR DE OBSTÁCULO AO CUIDADO HUMANO	ILUSTRAÇÃO DA CATEGORIA	REFLEXÃO	AÇÃO TRANSFORMADORA
<p>5. DIFICULDADE NO RELACIONAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE</p>	<p><i>Vem o médico e nos cobra uma coisa, vem o fisioterapeuta e fala outra, a enfermeira outra. Cada um só pensa no seu serviço e não vê o que o outro está fazendo... se temos tempo para atendê-los agora ou não. (CL)</i></p> <p><i>Todos querem dominar, é assim que eu quero! É assim que tem que ser feito. (J)</i></p> <p><i>Eu acho muita falta de criatividade quando você quer mostrar alguma coisa para alguém e ela acha que você está invadindo o terreno dela. (C)</i></p>	<p>Acho que o que falta, como disse o Dr. I. outro dia, é acabar com o corporativismo dos diversos profissionais lá no CTI. (A)</p> <p>Onde cada um defende o seu, isto é, quando um comete uma falha não é fingindo que não aconteceu que vai resolver o problema.(C)</p> <p>Em muitas coisas nós podemos dar opinião, porque nós auxiliares estamos o tempo todo ao lado do paciente. (I)</p> <p>Poderia ser formado um grupo para discussão e reflexão da assistência no CTI. (I)</p>	<p><i>- Sabe que quanto ao corporativismo, nós conversamos esta semana com o Dr. I. sobre este trabalho que estamos participando, ele achou interessante e até brincou - Então estou ficando importante, vocês falaram de mim e até concordam comigo.(Ca)</i></p> <p><i>É... realmente concordamos que se é para o bem dos pacientes as coisas erradas tem que ser mostradas e corrigidas por todos os profissionais ali dentro. (R)</i></p> <p><i>Já elaboramos os objetivos para formar o grupo de discussão e reflexão sobre o cuidado no CTI. (R) (Anexo 10)</i></p>



DIFICULDADE NO RELACIONAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE

A equipe de saúde está constituída por indivíduos que trazem consigo crenças valores, sentimentos e na relação de trabalho deverá ter habilidades e capacidades de perceber e lidar com situações que possam causar conflitos ou traumas.

Havendo um atendimento preciso por parte dos membros da equipe de saúde e integração com a família do paciente, a terapia intensiva alcançará seu objetivo e devolverá à família e à sociedade uma pessoa capaz de aceitar e enfrentar sua doença e tratamento, e não uma pessoa traumatizada e angustiada.

A assistência oferecida ao paciente na terapia intensiva é o resultado do trabalho de uma equipe de saúde que aplica meios técnicos e científicos importantes e necessários com o objetivo de obter bons resultados no que se refere à recuperação dos pacientes. Isto exige a união e esforços em conjunto para se chegar ao mesmo objetivo, ou seja, a recuperação dos pacientes.

A atuação da equipe de saúde é tão importante que hoje existe um novo termo, a iatrogênia, ou seja *as alterações físicas ou psíquicas causadas ao paciente pela equipe de saúde no exercício de suas atividades profissionais* (MEZOMO, 1992, p. 65). De fato, muitos fatores podem causar estas alterações, dentre as quais destacam-se: o despreparo da equipe em relações humanas; a fala sem cautela (revelação de um diagnóstico grave ao paciente sem preparo para ouvi-la); administração de drogas em doses excessivas ou com efeitos colaterais negativos; a falta de humanização no cuidado (as atitudes que desconhecem ou não valorizam o lado emocional do paciente).

É importante ressaltar, que o trabalho em CTI exige além da competência técnica e conhecimento científico, um grande esforço do ponto de vista psicológico. Sobre estes aspectos SHIMIZU e CIAMPONE (1999) referem-se que se faz necessário empreender grandes esforços para assistir o paciente na terapia intensiva, mas que esses esforços são compensados pelo contato direto com os pacientes e esse contato direto pode dar a "sensação de estar sendo útil", de estar cumprindo o dever assumido com os mais fracos e dependentes.

Evidencia-se também que, ao trabalhar no CTI é necessário aprender a lidar com as perdas, isto é, com a morte de pacientes. Sobre este aspecto PITTA (1999) refere que atualmente a morte não é mais um limite natural para o sofrimento humano; a morte e o sofrimento são concebidos paralelamente e quando juntos causam perplexidade. Quase sempre a morte é escondida nos hospitais (as famílias não suportam a morte em casa), principalmente nos CTIs. Assim, a missão de lidar com a morte é delegada aos profissionais de saúde, principalmente àqueles que trabalham na terapia intensiva.

Por isso, é necessário que os membros da equipe de saúde demonstrem

não só o conhecimento técnico-científico, mas também habilidade e sensibilidade ao trabalhar com situações de sobrecarga emocional. Essa sobrecarga emocional além de levar ao estresse, aumenta a chance de erros e também dificulta o relacionamento dos membros da equipe conforme se depreende das situações retratadas nas falas dos sujeitos: *Vem o médico e nos cobra uma coisa, vem o fisioterapeuta e fala outra, a enfermeira outra. Cada um só pensa no seu serviço e não vê o que o outro está fazendo [...] se temos tempo para atendê-lo agora ou não* (CL).

Todos querem dominar, é assim que eu quero! É assim que tem que ser feito (J).

Eu acho muita falta de criatividade quando você quer mostrar alguma coisa para alguém e ela acha que você está invadindo o terreno dela (C).

Referindo-se ao trabalho em situações de sobrecarga emocional e em situações de dificuldades de relacionamento PITTA (1999) aborda que, frequentemente, no ambiente de trabalho, em tais situações, o profissional desmotivado e pressionado geralmente, transforma-se em mero executor de prescrições isoladas. Assim, o que se observa é uma falta de envolvimento e interação humana, resultando em condutas dissociadas e burocratizadas que trazem grande prejuízo para os pacientes, os quais, sem dúvida, necessitam de estímulos humanos para a sua recuperação.

Durante os encontros trabalhamos apenas com a equipe de enfermagem e as dificuldades de relacionamento envolvem a equipe de saúde do CTI. Para tratar essas dificuldades surgiram as seguintes propostas: *Acho que o que falta, como disse o Dr. I. outro dia, é acabar com o corporativismo dos diversos profissionais lá no CTI. Onde cada um defende o seu, isto é, quando um comete uma falha não é fingindo que não aconteceu que vai resolver o problema* (C).

Em muitas coisas nós podemos dar opinião, porque nós auxiliares estamos o tempo todo ao lado do paciente (I).

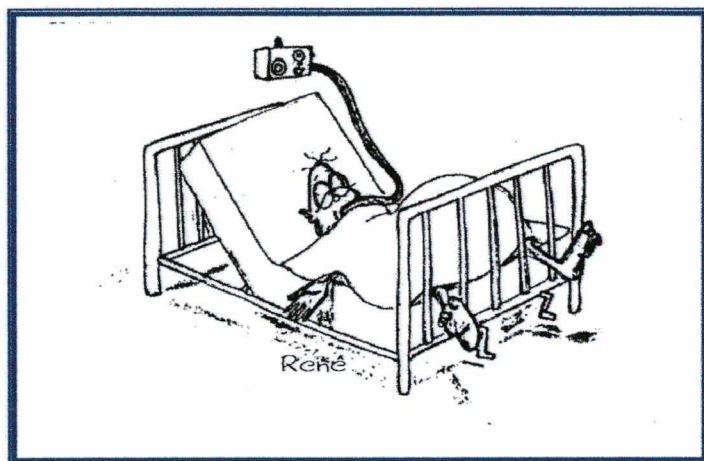
Poderia ser formado um grupo para discussão e reflexão da assistência no CTI (I).

A proposta de formar um grupo permanente de discussão (Anexo 10) teria, entre outras, a finalidade de tratar qualquer questão relacionada ao CTI, estas questões estariam centradas no controle emocional de pacientes ou familiares com problemas e quando os participantes da equipe sentissem confiança poderiam discutir algumas de suas próprias reações psicológicas a incidentes específicos, como a impotência ao "desmamar" um determinado paciente de um respirador, culpa ou frustração por causa da morte de um paciente que estava internado há muito tempo no CTI, ou desesperança ao lidar com o cônjuge de um paciente de 30 anos que está morrendo.

Os objetivos deste grupo permanente de discussão foram elaborados durante os encontros por ocasião do estudo e apresentados em uma proposta para os responsáveis pelos serviços de enfermagem e médico do CTI para serem implementados.

FATOR DE OBSTÁCULO AO CUIDADO HUMANO	ILUSTRAÇÃO DA CATEGORIA	REFLEXÃO	AÇÃO TRANSFORMADORA
<p>6. DIFERENÇAS NO ATENDIMENTO</p>	<p><i>Sobre a forma de fazer alguma coisa, você dá sua opinião e o colega não aceita. Você pensa, deixa prá lá vou me estressar para quê? (J)</i></p> <p><i>Todos os dias logo cedinho o Dr. I. pega no nosso pé cobrando a higiene oral e que não tem sido feita a noite. E aí a gente explica que de manhã a gente faz e que se os outros períodos não fazem... Ele diz - Então vocês tem que cobrar deles, porque é demais essa diferença, um período faz o outro não, isto não está certo. (M)</i></p>	<p>Eu acho legal reuniões como esta, porque no ambiente de trabalho que é bem estressante, este lado humano tem que ser analisado. É realmente sensato a gente se reunir e estar colocando a opinião, não é verdade? (I)</p> <p>Acho que se todos pudessem participar deste tipo de discussão seria bom, mas o negócio é não impor, porque senão as pessoas não fazem por birra. (Ca)</p>	<p><i>Olha, ainda estamos longe do ideal, mas acho que uma sementinha foi plantada porque, com o painel colocado lá no CTI, com aquelas figuras dos problemas encontrados e as soluções propostas, algumas pessoas dos outros turnos também demonstraram interesse. Com isto nós aproveitamos a brecha para falar com eles de uma forma sutil e lentamente poderemos corrigir as diferenças. (C)</i></p> <p><i>E o mais importante sem criar nenhum atrito, de uma forma natural. (CL)</i></p>

*Quando você olha na
escala e vê que vai
receber o plantão de
determinada pessoa
você até sabe que vai ter
mais trabalho até deixar
o paciente em ordem (!)*



DIFERENÇAS NO ATENDIMENTO

O paciente deve estabelecer uma relação de confiança nos profissionais que permanecem ao seu lado, vigiam seu sono e repouso, bem como em toda a aparelhagem ligada a ele. A confiabilidade é responsável direta pelo sucesso na recuperação do paciente.

A observação do paciente, seu ambiente físico geral é muito importante pois há casos em que ele não verbaliza suas queixas e apresenta sinais que podem ser detectados pela enfermagem, sinais estes que evitaria o agravamento do seu estado geral ou promoveria maior conforto físico e emocional.

O panorama que encontramos atualmente nos diferentes CTIs nos aponta para a urgência da preocupação com a humanização. Os pacientes graves são geralmente dependentes e sentem-se fragilizados com a falta de autonomia e atenção da equipe. A equipe, confrontada com o sofrimento diário e com a morte desenvolve mecanismos de defesa que normalmente diminuem a sua sensibilidade. Sobre essas defesas KÜBLER-ROSS (1998) aborda que sob o ponto de vista psicológico, o homem tem que se defender de vários modos contra a morte e contra a crescente incapacidade de prevê-la, e precaver-se contra ela. Muitas vezes, a atitude diante da dor, sofrimento e morte é buscar negá-los ou assumir uma postura de evasão, ou de não estabelecimento de uma relação mais próxima com o paciente.

Acredito, no entanto, que as defesas perante o convívio com as situações de dor e a morte não justificam atitudes de alguns membros da equipe de enfermagem do CTI, que muitas vezes demonstram impaciência, distanciamento e até realizam alguns cuidados inadequadamente como está demonstrado nas falas a seguir: *Sobre a forma de fazer alguma coisa, você dá sua opinião e o colega não aceita. Você pensa, deixa prá lá vou me estressar para quê?* (J).

Todos os dias logo cedinho o Dr. I pega no nosso pé cobrando a higiene oral que não tem sido feita a noite. E aí a gente explica que de manhã a gente faz e que se os outros períodos não fazem... Ele diz — Então vocês tem que cobrar deles, porque é demais essa diferença, um período faz o outro não, isto não está certo (M).

Quando você olha na escala e vê que vai receber o plantão de determinada pessoa você até sabe que vai ter mais trabalho até deixar o paciente em ordem (I).

Ao refletirmos sobre as situações citadas acima observamos que a falta de seriedade e responsabilidade profissional, podem ser traduzidas desde as mais altas decisões até os menores gestos manifestados na assistência do paciente como uma higiene oral ineficaz, o posicionamento inadequado no leito, etc. É terrível o paciente não ter a possibilidade, na maioria das vezes, de comunicar o seu sofrimento, e quem está cuidando dele limitar-se a cumprir as prescrições médicas, esquecendo-se do ser humano passivo, dependente, vulnerável e necessitado a seus cuidados.

É notório que um profissional que decide trabalhar no CTI deve possuir, além de aprimoramento técnico-científico, atitude humana perante os pacientes, uma vez que os mesmos apresentam uma sobrecarga emocional acentuada. E o enfermeiro, como líder desta equipe, deve propiciar a compreensão sobre a importância do relacionamento interpessoal, o cuidado integral e atenção adequados a todos os pacientes independente de estarem inconscientes ou não. Sem esquecer que o trabalho em hospital é uma tarefa árdua, mais ainda quando este trabalho é realizado no CTI, onde é preciso ter presente que o sofrimento das pessoas ali internadas é muito grande. Assim, o contato direto com o paciente, e a função de cuidar dele e promover os elementos

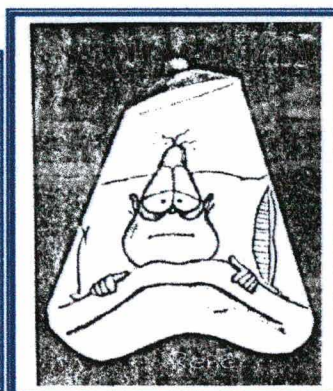
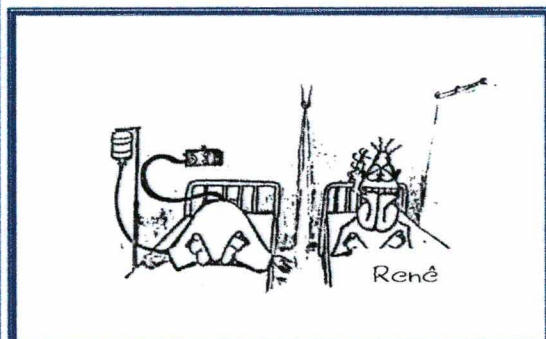
essenciais à sua sobrevivência e recuperação, constituem-se em um fator de proteção psíquica não somente da enfermagem mas de toda a equipe de saúde.

Sabendo que, para propiciar a assistência de enfermagem individualizada, que atenda as reais necessidades do paciente, é primordial que os problemas de enfermagem sejam corretamente identificados, que terapia intensiva deve ser adequada a essas necessidades e estar provida de estrutura e de recursos humanos e materiais que são os suportes para implementação de assistência efetiva ao paciente hospitalizado e mais do que isto, é preciso que a equipe tenha um suporte psicológico ou um espaço para lidar com o estresse, de forma que os capacite a trabalhar o estresse sem perder a capacidade de prestar uma assistência humanizada.

Para trabalhar essas diferenças no atendimento aos pacientes, pela equipe de enfermagem do CTI nos diversos períodos, busco suporte em FREIRE (1996) ao referir que a condição fundamental para se obter mudanças de comportamento, é que estejamos constantemente abertos às críticas que nos façam; de outro lado que sejamos capazes de manter sempre viva a curiosidade, dispostos sempre a ratificar-nos, em função dos próprios achados de nossas futuras práticas e da prática dos demais. Complementando, FREIRE (1999a) refere que o diálogo e a reflexão sobre a prática se torna uma exigência, sem os quais a teoria pode ir se tornando algo inconsistente e a prática, ativismo.

Neste estudo participaram somente os integrantes da equipe de enfermagem do período da manhã, mas foi possível perceber pelas falas as mudanças de atitude com reflexo nos outros profissionais que atuam nos outros turnos, observada através de algumas falas: *Olha, ainda estamos longe do ideal, mas acho que uma sementinha foi plantada porque, com o painel colocado lá no CTI, com aquelas figuras dos problemas encontrados e as soluções propostas, algumas pessoas dos outros turnos também demonstraram interesse. Com isto nós aproveitamos a brecha para falar com eles de uma forma sutil e lentamente poderemos corrigir as diferenças (C). E o mais importante sem criar nenhum atrito, de uma forma natural (CL).*

FATOR DE OBSTÁCULO AO CUIDADO HUMANO	ILUSTRAÇÃO DA CATEGORIA	REFLEXÃO	AÇÃO TRANSFORMADORA
7. ESTRUTURA FÍSICA INADEQUADA	<p><i>Pacientes conscientes ficam ao lado de pacientes inconscientes. (A)</i></p> <p><i>Os pacientes ficam muito expostos, as mulheres principalmente... (R)</i></p> <p><i>Aquela luz do teto acessa o tempo inteiro... e não tem como apagar. (Ro)</i></p>	<p><i>O melhor mesmo seria uma reforma geral da planta física do CTI, porque esta área atual está completamente inadequada. (I)</i></p>	<p><i>Já existe um projeto de reforma, mas ainda não foi viabilizado por falta de recursos financeiros. (R)</i></p>



ESTRUTURA FÍSICA INADEQUADA

A equipe de saúde do CTI deve proporcionar ambiente adequado a cada paciente. Dar oportunidade de ter ao seu lado outro paciente também consciente para diminuir sua ansiedade.

Ambiente estressante, continuamente iluminado por luzes artificiais que tornam difícil para o paciente diferenciar o dia da noite (sempre que possível é necessário possibilitar a iluminação natural); excesso de ruídos provocados pela movimentação de pessoal, macas e equipamentos; exposição do paciente ao olhar dos demais; visão do sofrimento de outros pacientes e a presença de biombos criam uma expectativa ainda pior para os pacientes. Todos estes fatores são fontes de estresse que podem ser reduzidos ou evitados.

O aparato tecnológico que proporciona o mais avançado cuidado ao paciente grave também pode ser uma barreira para a sua recuperação. O ambiente físico pode ser responsável pelo desenvolvimento de distúrbios

psicológicos, pela desorientação no tempo e no espaço, e pela privação do sono devido aos ruídos. Todos os aspectos que puderem ser melhorados em relação ao ambiente físico devem ser valorizados.

Todas as funções vitais em um CTI são controladas. Nenhuma função, nem mesmo aquelas mais simples como urinar, evacuar, tomar banho e até comer ficam sob responsabilidade exclusiva do paciente. Além da dependência do outro, o próprio ambiente, habitualmente pouco humanizado, repleto de aparelhos, sons e cheiros estranhos, favorece a perda da identidade e, conseqüentemente contribuem para a ocorrência de estados confusionais. Quanto maior a dependência da equipe, mais difícil a adaptação do paciente à unidade e maior o nível de desestruturação de sua identidade. Por esse motivo, os CTIs devem ser planejados para proporcionar privacidade no cuidado do paciente, proximidade com a família, interação e descanso da equipe, sem comprometer a atenção e o cuidado.

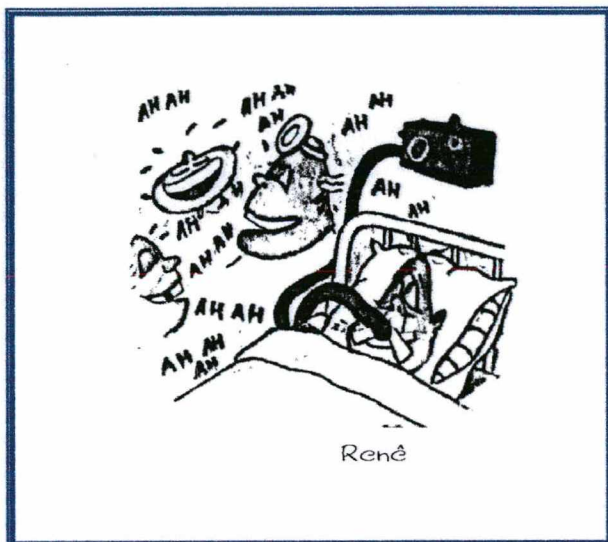
Os pacientes necessitam de privacidade, mas ao mesmo tempo não podem se sentir sozinhos ou abandonados ou ainda não podem permanecer sem a visualização constante da enfermagem. Os pacientes devem ter a equipe em seu campo visual, mas não outros pacientes ou equipamentos em excesso. Muitos CTIs, como no caso desta onde foi realizado o estudo, mantêm os pacientes próximos uns dos outros, com pequenas divisórias (biombos) que não conseguem manter a privacidade, nem impedir a visão uns dos outros. O paciente tende a se identificar com a imagem que está no seu campo visual como num espelho. Passa a sofrer não só pelo outro a sua frente, mas por si mesmo, mediante sentimentos provocados pela identificação. De acordo com NOVAES; KÜHL E KNOBEL (1998) caso o paciente em questão não esteja tão grave, a visão do sofrimento do outro propicia a formação de fantasia e desperta medo que tudo possa acontecer com ele.

Com o passar dos anos houve a necessidade de se criar um ambiente que proporcionasse aos pacientes melhores condições de bem-estar, respeitando a integridade física, mental e ainda favorecendo aos familiares a proximidade com o paciente. Ficou evidente a necessidade de uma planta física adequada, incluindo

janelas com vista para fora, luz natural, cores que tragam tranquilidade, flexibilidade para uso de aparelhos de som e televisão, acomodação dos equipamentos em local acessível e pouco visível pelo paciente, entre outras.

Nesta unidade onde foi efetuado o estudo, a planta física é muito antiga, inadequada e não atende aos requisitos da concepção atual preconizada para a terapia intensiva. Embora este obstáculo não tenha sido resolvido até o momento, já existe a proposta de uma nova planta física que ainda não foi viabilizada por falta de recursos financeiros. No entanto, acredito que embora sejam importantes os recursos financeiros e as instalações físicas do CTIs, eles representam apenas uma parte do problema. A falta de recursos não pode servir como desculpa para a inexistência de um programa de humanização. É preciso que haja uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos próprios limites a serem transpostos. Na realidade, os profissionais da equipe de saúde que assistem direta ou indiretamente os pacientes são os verdadeiros responsáveis pela humanização e pela qualidade da assistência prestada.

FATOR DE OBSTÁCULO AO CUIDADO HUMANO	ILUSTRAÇÃO DA CATEGORIA	REFLEXÃO	AÇÃO TRANSFORMADORA
<p>8. FALTA DE ÉTICA NA COMUNICAÇÃO</p>	<p><i>... e o pessoal falava essa não mexe mais nada, essa daí só falta... perto dela. (C)</i></p> <p><i>Eu dei a maior bronca em uma colega que ao me ajudar a trocar um paciente evacuado comentou - Esse pode encomendar a alma porque o corpo já foi.</i></p> <p><i>O pior é que o paciente estava consciente e deve ter ouvido o comentário infeliz... (I)</i></p>	<p>É isso que não pode, a gente fala coisas que não devia falar. (C)</p> <p>Devemos evitar comentários na frente do paciente, as vezes, falar alguma coisa lá no posto de enfermagem tudo bem, porque você sabe... nem sempre a gente consegue ficar sem falar." (M)</p>	<p><i>Estamos cuidando para evitar qualquer comentário inoportuno, na frente dos pacientes. (C)</i></p>



FALTA DE ÉTICA NA COMUNICAÇÃO

De maneira geral, na terapia intensiva, ignora-se o nível de consciência do paciente. Comenta-se tudo inclusive com brincadeiras, com o pensamento de que determinados pacientes estão inconscientes, o que nem sempre corresponde a realidade.

Muitas vezes a equipe de saúde na terapia intensiva cria um clima de futilidade, de evasão e de brincadeiras, como forma de defender-se das angústias vivenciadas dentro e fora do CTI. Acredito que a equipe de saúde deveria somar esforços para cuidar do paciente como um ser bio-psico-sócio-espiritual.

O uso de chistes pode ser visto como uma forma de "respiradouro", conforme indica MEURER (1998) da mesma maneira que as conversas sobre banalidades. Este mecanismo tem sido utilizado, pela equipe de saúde da terapia intensiva, para tornar mais ameno o sofrimento no trabalho e no enfrentamento das situações de estresse.

Quando os pacientes morrem, a equipe experimenta várias emoções: pesar, tristeza, desesperança, culpa e raiva. Sem um local seguro para conversar sobre estas frustrações (perdas repetitivas), os enfermeiros inconscientemente reprimem ou negam seus sentimentos, a fim de sobreviver emocionalmente. De acordo com HUDAK e GALLO (1997) existem ainda dois outros mecanismos de enfrentamento que são o afastamento e a retirada. Embora sejam dois mecanismos diferentes têm o mesmo resultado. Ocorrem quando os profissionais consciente ou inconscientemente tornam-se insensíveis aos seus próprios sentimentos e às necessidades emocionais dos pacientes e familiares. Desta

forma o profissional assume um comportamento de distanciamento profissional. Como os exemplos relatados por membros do estudo: *...e o pessoal falava essa não mexe mais nada, essa daí só falta [...] perto dela* (C).

Eu dei a maior bronca em uma colega que ao me ajudar a trocar um paciente evacuado comentou — Esse pode encomendar a alma porque o corpo já foi. O pior é que o paciente estava consciente e deve ter ouvido o comentário infeliz... (I).

Sobre os comentários inapropriados, CIOSAK e SENA (1983) ressaltam que os membros da equipe de saúde no CTI devem evitar comentários impróprios quando estão próximos ao doente, pois, sejam eles referentes a própria equipe ou a outro paciente, podem ocasionar interpretações errôneas ou deturpadas e, assim, acentuar a preocupação e o medo do paciente. Nessa perspectiva, se houver o estabelecimento de uma relação de confiança, poderemos proporcionar aos pacientes uma sensação de segurança na equipe que o está assistindo. É da qualidade e da personalização deste relacionamento que depende, essencialmente, o bem estar do paciente.

Referindo-se ao o relacionamento, FREIRE (1987) faz uma análise das relações entre as pessoas e começa a desvendar o movimento dialético que há entre os seres humanos; essas relações podem transformar o mundo. Sob o ponto de vista da enfermagem, para melhorar o relacionamento e a comunicação com os pacientes, é necessário buscar a integração entre a prática e teoria, ação e reflexão, subjetividade e objetividade. Ao exercer a enfermagem a partir da perspectiva da situação humana fica estabelecido um relacionamento de ajuda-confiança .

Se ao realizar o cuidado, nos perguntarmos que pensamentos ocorrem no íntimo de cada um dos pacientes, o quanto se sentem incapazes de realizar atividades costumeiras, como banhar-se, alimentar-se, ficar na posição que considera mais confortável, o quanto se sentem restritos em suas necessidades básicas; que lembranças lhes assaltam o pensamento e que sensações lhes despertam, seria possível perceber, de um modo diferente vários fenômenos ocultados pela mecanicidade do dia-a-dia.

Ao delinear a estratégia para melhorar a comunicação com os pacientes, foi necessário dar oportunidades para despertar a equipe de enfermagem do CTI para reflexão do seu cotidiano, a fim de que repensassem sua prática diária. Através do diálogo com seus pares e com sua realidade puderam analisar, reavaliar, refletir e encontrar a melhor forma para superar estes aspectos negativos em relação à comunicação com os pacientes.

Após o diálogo e a reflexão, a equipe de enfermagem percebeu que alguns comentários e algumas atitudes, aparentemente normais, poderiam estar sendo mal interpretadas pelos pacientes e familiares e tornando-se motivo de estresse para eles. Isto podemos constatar através de algumas falas: *É isso que não pode, a gente fala coisas perto do paciente que não devia falar* (C).

Devemos evitar comentários na frente do paciente, as vezes, falar alguma coisa lá no posto de enfermagem tudo bem, porque você sabe, nem sempre a gente consegue ficar sem falar (M).

Estamos cuidando para evitar qualquer comentário inoportuno, na frente dos pacientes (C).

O paciente é o centro das atividades da equipe de saúde, portanto, é na relação com os seus dramas e problemas de vida ou morte que emergem os níveis de conflitos, influenciando a forma desses profissionais atribuírem o sentido ao trabalho à medida que esta tarefa resgata fortes investimentos psíquicos pelo confronto com este binômio vida e morte.

Assim, a dicotomia entre buscar o sucesso e obter o fracasso nas atividades da enfermagem e da equipe de saúde na terapia intensiva pode levar estes profissionais a utilizarem estratégias defensivas coletivas como forma de racionalizar o sofrimento e minimizar o estresse existente.

6.2 FATORES FAVORÁVEIS AO CUIDADO HUMANO DE ENFERMAGEM

O Quadro a seguir refere-se às atitudes, isto é aos fatores que favorecem o cuidado humano de enfermagem dentro do ambiente da terapia intensiva, explicitadas nas falas dos sujeitos do estudo. A primeira coluna (Fatores) refere-se à denominação das atitudes, que nas falas dos participantes do estudo, demonstraram ser favoráveis ao cuidado humano de enfermagem na terapia intensiva. A segunda coluna (Fala dos sujeitos), estão relacionadas algumas falas que demonstraram ser favoráveis ao cuidado humano de enfermagem no CTI. A terceira coluna (Interpretação) analiso, à luz de alguns autores os aspectos positivos das falas.

Vale lembrar que estes aspectos positivos em relação ao cuidado humano de enfermagem no CTI, isto é, as atitudes que favorecem o cuidado humano de enfermagem, foram destacados e reforçados junto aos integrantes do estudo, como forma de incentivo e valorização de cada profissional que se dispôs a participar comigo deste estudo. O objetivo foi mostrar que eles também demonstraram atitudes positivas em relação ao cuidado humano e que estas devem ser valorizadas.

FATORES	FALAS DOS SUJEITOS	INTERPRETAÇÃO
1. PERCEBEM E SE COLOCAM NO LUGAR DO PACIENTE	<p><i>... eu me coloquei no lugar do paciente... de repente, com aquele tubo na boca, fico imaginando a sensação, a tristeza.... (J)</i></p> <p><i>.Amarrar, acho uma coisa bem agressiva. (A)</i></p>	<p>- Alguns membros da equipe de enfermagem conseguem se colocar no lugar de pacientes. Esta atitude de empatia, é uma das formas mais favoráveis de se buscar o cuidado humanizado. Demonstram afeto e sensibilidade, ao se colocarem no lugar do outro e assim, compreender seus sentimentos, suas reações.</p>

	<p><i>... você não tem autonomia nem para coçar o nariz ... olhando para a luz acesa, e ficar na mesma posição e pensar "eu não posso me mexer , é terrível. (S)</i></p>	<p>Para SILVA (1999) a demonstração de afeto evidencia a sensibilidade de cuidadores, sendo portanto um modo humano de ser, que pode ser desenvolvido pela enfermagem através do cuidado. WALDOW (1999, p. 129) nos diz que a finalidade do cuidado na enfermagem é prioritariamente <i>aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer</i></p>
<p>2. HÁ SITUAÇÕES EM QUE TRANQUILIZAM O PACIENTE, INFORMANDO O QUE SE PASSA COM ELE</p>	<p><i>... a cirurgia já terminou, você está no CTI e logo você será extubado, ... ele fica mais calmo, mais tranquilo. ...quando o paciente começa a acordar a enfermagem já está orientando... (A)</i></p>	<p>- Ao informar o término da cirurgia, que transcorreu normalmente, que está tudo sob controle. Demonstram preocupação em informá-lo, tranquilizá-lo e solicitar sua colaboração.</p> <p>Para STEFANELLI (1982) a essência do bem-estar humano está diretamente relacionada com os padrões de comunicação e com as reações que suscitam nos outros.</p>
<p>3. TRANSMITEM SEGURANÇA E CARINHO</p>	<p><i>... a sensação de estar sendo ignorado é a pior que tem. (J)</i></p> <p><i>...estou aqui para cuidar de você... (I)</i></p>	<p>- Nestas falas a equipe de enfermagem demonstra a importância de se fazer presente junto ao paciente, promovendo conforto e segurança. Pois de acordo com CIOSEK e SENA (1983) é terrível o paciente não ter a possibilidade de comunicar seu sofrimento e a equipe de enfermagem não estar preparada para um contato mais pessoal com ele e limitar-se a executar os cuidados esquecendo-se do ser humano passivo e vulnerável.</p>
<p>4. CONSIDERAM A FAMÍLIA PARTICIPANTE NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO</p>	<p><i>Alguns lugares ali no CTI, tem condições do acompanhante ficar... fico pensando, quem gostaria de, de repente estar sozinho ... o familiar traz conforto, calor humano.. (S)</i></p>	<p>- Ao perceberem a importância da participação da família nesta etapa tão difícil na vida do paciente, mostram o interesse em favorecer o pronto restabelecimento do doente sob seus cuidados. Para NOVAES; KÜHL e KNOBEL (1998) as principais necessidades dos familiares são: sentirem-se envolvidos no plano de cuidados do</p>

		paciente, obterem informações honestas e com linguagem simples sobre o paciente, terem a certeza que o melhor esta sendo feito e falarem sobre os sentimentos.
5. EXISTE CERTA FLEXIBILIDADE PARA VISITAS FORA DOS HORÁRIOS ESTABELECIDOS	<i>O paciente estava preocupado, não queria mais viver, abandonou a vida, ele viu alguém da família, bateu uma esperança, trazendo-o de volta à vida de novo...</i> (Ca)	- A não rigidez quanto ao horário de visitas, além de favorecer a recuperação do paciente contribui para tranquilizar a família e manter uma boa interação entre esta e a enfermagem.
6. DEMONSTRAM SENSIBILIDADE E RESPEITO AO SILÊNCIO DA FAMÍLIA	<i>... é bem pessoal, a família vem, vê e vai embora. (A)</i>	- Quando compreendem a necessidade de membros da família em permanecerem em silêncio, demonstram a sensibilidade e o respeito pelo indivíduo.
7. INTERVENÇÕES PARA DIMINUIR O SOFRIMENTO DOS DOENTES	<i>Outro dia a Ro (auxiliar de enfermagem) trouxe uma fita com hino de louvor para um paciente que ficou paraplégico depois de um acidente. Ele ficou mais animado. Não foi ele que foi dar um depoimento na sua igreja e falou o quanto foi bom para ele? (M)</i> <i>Um paciente jovem que estava com mieloma. Estava muito triste. Eu perguntei se ele tinha o costume de ler a Bíblia ele disse que não, então eu mostrei a parte dos salmos e disse para ele começar por ali que era mais fácil, e que isso o ajudaria. Ele recebeu alta do CTI depois voltou, eu fui vê-lo. Então ele falou - Eu perguntei para várias pessoas o seu nome, eu queria te agradecer pela ajuda que você me deu. - Ele morreu, mas eu tenho certeza que após o contato com a Palavra ele morreu diferente. (I)</i>	A instilação de fé, no momento em que a doença não tem mais controle, talvez seja a melhor forma de ajudar uma pessoa no alívio do seu sofrimento diante da morte. WATSON (1985) refere que o cuidado de enfermagem vai além da ciência, é necessário incluir o espiritual oferecendo fé-esperança como um recurso capaz de auxiliar o paciente a superar as dificuldades.

7 REFLETINDO SOBRE O PROCESSO VIVIDO

*Não somos o que deveríamos ser, não
somos o que desejamos ser, não
somos o que iremos ser. Mas, graças a
Deus, não somos o que éramos.*

LUTHER KING

Ao chegar ao final deste estudo, sinto como se ainda houvesse muito do caminho a ser percorrido. Tenho convicção que apenas os primeiros passos foram dados.

Procurando responder à questão norteadora — a equipe de enfermagem pode prestar o cuidado humano de enfermagem no ambiente tecnicista do CTI? — desenvolvi uma integração junto aos integrantes da equipe de enfermagem da terapia intensiva, utilizando como suporte teórico e metodológico a concepção freireana de conscientização, que propõe o diálogo e a reflexão como requisitos para uma maior compreensão de estar no mundo e movimentar-se em direção à uma ação transformadora. Nesse sentido, buscou-se alcançar os seguintes objetivos: verificar como a equipe de enfermagem percebe a prática do cuidado junto aos pacientes e familiares dos pacientes internados no CTI; identificar os fatores que interferem na prática do cuidado humano de

enfermagem na terapia intensiva e; propiciar espaço para reflexão e superação da prática existente pela prática do cuidado humano de enfermagem no CTI.

Para a concretização destes objetivos, foi criado um espaço para o diálogo e a reflexão, onde ocorreram aprendizagem, trocas e descobertas. Nesse tempo e nesse espaço, buscamos conhecer a prática do cuidado humano no CTI, refletimos sobre essa prática e, buscamos torná-la melhor.

Desde o início, considerei importante criar este espaço que favorecesse o diálogo entre todos os participantes mas logo percebi que este não seria um caminho fácil que algumas barreiras precisariam ser ultrapassadas para se chegar aos objetivos propostos. Entretanto, ao perceber o sentido do percurso escolhido, o caminhar tornou-se mais significativo, as barreiras gradativamente foram transpostas.

No transcorrer dos encontros fui percebendo, aos poucos, o quanto era importante propiciar um espaço para que os participantes pudessem refletir a sua prática. Externavam uma necessidade muito grande de expressar seu ponto de vista, o que muitas vezes tornava até difícil estabelecer o diálogo, pois todos queriam falar de uma só vez. Isto era decorrente da necessidade e da oportunidade de poderem estar falando de si mesmos e expondo suas dificuldades no trabalho. Os participantes sentiam a necessidade de falar de si mesmos e da sua prática, o que normalmente não é possível no ambiente de trabalho, argumentar, constatar fatos e levantar hipóteses.

Nesses encontros foi dada a oportunidade para que todos expressassem seus sentimentos, analisassem as suas vivências e seus conflitos, não somente com relação às atividades profissionais mas também àquelas relativas ao cotidiano familiar. Por exemplo, uma das participantes comentou que em casa ela era sistemática e até chata, a outra que sentia certa resistência em tratar com a prótese dentária do paciente, outra ainda, que tinha resistência quando se tratava de vômito, etc. Falavam também sobre como resolviam seus problemas em suas relações familiares e no trabalho com a chefia e com integrantes da equipe de saúde. Comentavam sobre as questões da hierarquia, o relacionamento da

equipe de saúde, o estresse no ambiente de trabalho e como isso interferia no cuidado prestado ao paciente e no relacionamento com os familiares dos pacientes.

Portanto, ao tratarmos dos aspectos que interferem ou estão interligados à questão do cuidado humano na terapia intensiva, não podemos esquecer que a qualidade do cuidado oferecido envolve vários componentes: os profissionais com seus afetos, os saberes advindos de seus conhecimentos científicos e da sua prática, os recursos materiais e tecnológicos disponíveis, a satisfação no trabalho traduzida pela justa retribuição salarial, o reconhecimento profissional e o relacionamento com a chefia e com a equipe de saúde. Vários desses aspectos apareceram nas falas dos participantes do estudo, tanto nas situações que mostraram ser obstáculo ao cuidado humano de enfermagem no CTI, como nas situações favoráveis a ele.

Além das variáveis acima, não há como esquecer que os integrantes da equipe de enfermagem convivem diariamente com a tarefa de combater as doenças, alongar a duração da vida ou, quando isso não é possível, bem acompanhar os que morrem. De um lado, pacientes que freqüentemente se encontram em situações críticas de difícil resolução dos seus processos patológicos, juntamente com famílias estressadas e descompensadas psicologicamente. De outro, o hospital, onde o avanço científico e tecnológico exhibe suas maiores marcas, através da sofisticação de técnicas e de requintados equipamentos e insumos.

Não há dúvida que o ambiente hospitalar gera estresse, não só aos pacientes e seus familiares, devido à situação de internação e doença, mas também, nos profissionais que atuam nessa área. Não existe trabalho sem sofrimento; na vivência do trabalhador pode emergir o sofrimento resultante do descompasso entre as suas necessidades internas (físicas e psicológicas) e as exigências da instituição em que trabalha. Essa situação provoca estresse no indivíduo e interfere no trabalho. O CTI não é uma unidade isolada, está inserida na instituição hospitalar, sofre sua influência, além de apresentar peculiaridades na organização do trabalho e nas relações que aí se estabelecem, decorrentes do

tipo e da gravidade do paciente e do fato de caracterizar-se como um setor fechado. É também um ambiente de trabalho desgastante determinado por cenas de pronto-atendimento, pelo contato frequente com pacientes graves, pelo isolamento, pelo risco de vida e outros. O sofrimento psíquico da equipe do CTI é causado ainda pelas jornadas prolongadas, pelo ritmo acelerado de trabalho, pela quase inexistência de pausas ao longo do período, pela intensa responsabilidade por ter "uma vida nas mãos". Tudo isso retrata o ambiente de tensão a que estão sujeitos os profissionais que atuam nesse setor.

No entanto, com todas as dificuldades que se apresentam, não há como trabalhar e lutar para melhorá-las se não tivermos esperança que as situações podem ser modificadas. A existência humana não tem sentido sem a necessária luta para torná-la melhor, e não podemos prescindir da esperança e do sonho, que têm grande importância em nossa existência individual, profissional e social.

É o trabalho de pessoas que determina a qualidade e eficácia de atenção e tratamento, mas é preciso ter em mente que lidar com a dor, com o sofrimento e com a morte é penoso e difícil para todos. Portanto, ao trabalhar o cuidado humano junto à equipe de enfermagem no CTI, não implicou em tratar somente as questões técnicas e científicas, mas outras de natureza filosófica, moral, política, econômica e social. O fato de trabalhar com os pressupostos da metodologia de Paulo Freire foi de fundamental importância para tratar tais aspectos.

A metodologia freireana, através do diálogo e da reflexão, deu oportunidade para refletir sobre as situações do cotidiano dos participantes do estudo em busca de soluções emergentes e demonstrou ser muito adequada, pois fez aflorar questões que satisfatoriamente os conduziram à tomada de consciência e talvez até à conscientização.

Esses encontros permitiram que a busca de soluções para a superação das dificuldades levantadas fosse compartilhada, indicando caminhos, norteando soluções para substituir o cuidado atual pelo cuidado humano de enfermagem na terapia intensiva.

Acredito que o crescimento final não foi unilateral, pois as pessoas que compartilharam, experienciaram e percorreram comigo este caminho tiveram oportunidade não somente de refletir, mas também de propor mudanças significativas em sua prática.

A compreensão resultante deste estudo leva-me a pensar que, além de palavras, precisamos de ação-transformadora, que tem como ponto de partida nosso próprio ser. Neste sentido, podemos dizer que o cuidado humano pode representar um espaço para o desejo, a imaginação e a paixão de ser e viver esperançosamente.

O estudo mostrou a necessidade de criar um espaço que possibilite, não somente à equipe de enfermagem, mas à equipe de saúde que atua no CTI, discutirem em conjunto as medidas terapêuticas, os casos mais polêmicos, e os cuidados. Mostrou ainda ser possível estabelecer objetivos em comum, sanar dúvidas sobre as decisões tomadas, resolver dificuldades de relacionamento e também proporcionar momentos de reflexão sobre o significado deste trabalho para a vida de cada um. Mediante o diálogo, buscou-se estabelecer uma relação solidária para tornar possível não só tratar e cuidar da doença, mas do ser humano na sua totalidade concretizando, desta forma, o cuidado humano no CTI. O primeiro passo já foi dado para montar um grupo permanente de discussão e reflexão (Anexo 10). Os objetivos foram elaborados e apresentados às chefias dos serviços médicos e de enfermagem do CTI.

Para entender o cuidado como um fenômeno percebido e vivido pela enfermagem, acredito ser necessário a implementação no currículo de enfermagem de conteúdos, abordagens e vivências práticas de teorias de cuidado humano, as quais possam formar enfermeiros para a transformação da prática de enfermagem, exercendo o cuidado de enfermagem com competência, com consciência, com compaixão e com confiança.

O estudo nos convida a buscar na assistência/instituições de saúde, o aperfeiçoamento e a conscientização da equipe de enfermagem, mostrando ser possível realizar o cuidado de enfermagem aos pacientes valorizando além do

aspecto científico o aspecto humano. Esta conscientização poderá ocorrer se proporcionarmos aos profissionais que assistem os pacientes e seus familiares na terapia intensiva a oportunidade de refletir a sua prática, para que possam propor as mudanças necessárias e fazer da enfermagem uma ciência voltada à prestação de cuidados.

Para finalizar, devo dizer que o estudo foi muito gratificante, pois mostrou ser possível a mudança de paradigma em ambiente de terapia intensiva onde muitas vezes se considera que somente a tecnologia importa, sendo que lá há muito mais do que tecnologia. Atrás de todos aqueles fios, tubos, lâminas, ruídos e luzes de alarmes há seres humanos cuidando e seres humanos recebendo cuidados, na esperança de recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Maria C. P. de; ROCHA, Juan S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989. 127p.
- ARALDI, Maria A. R. **Uma concepção humanista do relacionamento enfermeiro-paciente**: subsídios para a formação do enfermeiro. Curitiba, 1995. 138p. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- ARAÚJO, Helena N. de. **Paciente que não se comunica verbalmente**: dificuldade no relacionamento equipe de enfermagem- paciente. Rio de Janeiro, 1984. 168p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Fluminense.
- BARBOSA, Sayonara de F. F. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos - a (re) invenção possível**. Blumenau: Nova Letra, 1999. 128p.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994. 225p.
- BENDIXEN, John M.; KINNEY, Henri H. History of intensive treatment. **American College Surgeons** - New York, v.8, n.3, p.1-9, sept.1979.
- BETTINELLI, Luiz A. **Cuidado solidário**. Florianópolis, 1998. 172p. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- BEZERRA, Ana L. Q. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 30, n.2, p.134-9, ago.1998.

BLACKBURN, Simon. **The Oxford dictionary of philosophy**. New York: Oxford University Press, 1994.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Departamento Nacional de doenças crônico-degenerativas. **Bases estratégicas e operacionais**. Brasília, 1986. 19p.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação- a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982. 447 p.

_____. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix-Amana Key, 1996. 255p.

CARNEIRO, Ana M. **Comunicação enfermeiro-paciente na UTI: estudo interativo no processo de comunicação**. Rio de Janeiro, 1982. 127p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Ana Neri da UFRJ.

CIOSAK, Suely I.; SENA, Suely G. de. **A enfermagem em UTI: um momento de reflexão**. São Paulo: Littera, 1983. 30p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil: 1982/1983: força de trabalho em enfermagem**. Rio de Janeiro. COFEn/ABEn, v. 1, cap. 2, p.12- 44, 1985.

CREMA, Roberto; WEIL, Pierre; D'AMBROSIO, Ubiratan. **Rumo à nova transdisciplinaridade**. São Paulo: Summus, 1993. 176p.

_____. Paradigma do cuidar numa sociedade em transformação. **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar - ação terapêutica da enfermagem**. Salvador: ABEn - Seção Bahia, p. 39- 48, 1999.

CURRY, Stephen. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente da UCI. **Rev. Nursing**, São Paulo, ano 8, n. 94, p. 26-30, nov. 1995.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992. 168p.

DIAS, Maria B. Bioética: uma nova visão interdisciplinar. Brasília, **Conselho Federal de Medicina**, ano XIV, n. 104, p. 28, abr. 1999.

- FERNANDES, Francisco. **Dicionário brasileiro globo**. 42. ed. São Paulo: Globo, 1996.
- FERRARI, Beatriz. A terapia intensiva - um passo adiante na recuperação do doente. **Rev. Brasileira. Clín. Terap.** n. XII, v. 11.12, p. 454-60, nov./dez. 1983.
- FERREIRA, Aurélio B. de H. **Novo dicionário de língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838p.
- FERREIRA, Fátima G. **Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva**. São Paulo, 1998. 136p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- FONSECA, Marcelo A. Q.; ANJOS, Mário V. de. **O centro de tratamento intensivo**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1983. 280p.
- FORTES, Paulo A. C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. Brasília, **Conselho Federal de Medicina**, v. 2, n. 2, p. 129-135, jun.1994.
- FOLTA, Jeannette. Humanização dos serviços e o uso da tecnologia na assistência á saúde. **Rev. Enf. em Novas Dimensões**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 141- 146, jul./ago. 1985.
- FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação- uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980. 102p.
- _____. **Extensão ou comunicação**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 93p.
- _____. **Ação cultural para a prática da liberdade - e outros escritos**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 149p.
- _____. **Educação como prática da liberdade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. 158p.
- _____. **Pedagogia da esperança** um reencontro com a pedagogia do oprimido. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998. 245p.
- _____. **Pedagogia do oprimido**. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999a. 184p.

_____. **Educação e mudança**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999b. 79p.

_____. **Pedagogia da autonomia** saberes necessários à prática educativa. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999c. 165p.

_____. **Educação na cidade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999d. 144p.

GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez, 1996. 765p.

GARRAFA, Volnei. Bioética, saúde e cidadania. **Rev. Centro Bras. em Estudos da Saúde (CEBES)**, Londrina, Paraná, n. 43, p. 53, jun. 1994.

GOMES, Alice M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo, 1988. 217p.

HEIDEGGER, Martin. **Being and time**. New York: Harper & Row, 1979. 268p.

HORTA, Wanda de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979. 99p.

HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Barbara M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1013p.

IDE, Cilene A. C. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 23, n.1, p. 91-98, abr. 1989.

KNOBEL, Elias; KÜHL, Sandra D. Organização e funcionamento das UTIs. Capítulo 106. In: KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, p. 1315-1330, 1998.

KOIZUMI, Maria S. Perfil da pesquisa de enfermagem em terapia intensiva no Brasil. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 468-485, dez. 1997.

KOIZUMI, Maria S.; KAMIYAMA, Yoriko; FREITAS, Luiz A. Percepções dos pacientes de unidade de terapia intensiva: problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.13, n.2, p.135-45, mai.1979.

- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 296p.
- KURCGANT, Paulina. Formação e competência do enfermeiro de terapia intensiva. **Rev. Enfoque**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 4-6, abr. 1991.
- LARA, Tiago A. **Caminhos da razão no ocidente**: a filosofia ocidental, do Renascimento aos nossos dias. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 137p.
- LOPEZ, Mário. **Manual de terapia intensiva**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. 1087p.
- LUNARDI FILHO, Wilson D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. Porto Alegre, 1995. 288 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- MEURER, Claudete D. **Assistência de enfermagem humanizada ao recém-nascido** - uma proposta educativa baseada em Paulo Freire. Florianópolis, 1998. 101 p. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- MEZOMO, João C. O que é humanização no hospital? Circular 02/80. In: **1º Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde**, São Paulo, 1980.
- _____. **Relações humanas e humanização do hospital**. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1992. 158p.
- MUZUKAMI, Maria da G. N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986. 119p.
- NOVAES, Maria A. F. P.; KÜHL, Sandra D.; KNOBEL, Elias. Aspectos psicológicos em UTI. Capítulo 104. In: KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, p. 1297-1304, 1998.
- PAGANINI, Maria C. **Humanização da prática pelo cuidado**: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. Florianópolis, 1998. 132 p. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- PASTORE, Karina. Uma jornada no inferno. **Rev. Veja**, São Paulo, n. 19, ano 28, ed. 1391, p. 72-79, mai. 1995.

- PESSINI, Léo. O adeus à vida: desafios ético-pastorais. **Rev. Hosp. Administração Saúde**, v.15, n.1, p.30-4, jan/fev. 1991.
- PIERIN, Angela M. G.; PADILHA, Kátia G.; CRUZ, Diná A. L. M. da. Caracterização dos pacientes de duas unidades de terapia intensiva (UTI): condições bio-sociais, processo de intervenção e terapêutica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.24, n.3, p.371-88, dez. 1990.
- PITTA, Ana. **Hospital dor e morte como ofício**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 198p.
- POLAK, Ymiracy N. de S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1997. 151p.
- REICHLE, Michael J. Psychological stress in the intensive care unit. **Nurs. Digest.**, Wakefield, v. 3, n. 3, p. 12-15, may./june, 1975.
- REZENDE, Ana L. M. de . O cotidiano da enfermagem no trabalho em saúde. **Anais do 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Belo Horizonte, 1997.
- ROCKENBACK, Lúcia H. A enfermagem e a humanização do paciente. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 49-55, jan./mar., 1985.
- ROMESÍN, Humberto M.; GARCÍA, Francisco J. V. **De máquinas a seres vivos: autopoiese a organização do vivo**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 138p.
- SANTIN, Silvino. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem. Desenvolvido segundo o costume dos filósofos. **Rev. Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 111-132, mai/ago., 1998.
- SAUPE, Rosita; BRITO, Valdete; GIORGI, Maria D. M. As concepções do educador Paulo Freire: como vem sendo utilizado pela enfermagem. **Rev. Cogitare Enf.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 70-75, jan/jun., 1997.
- SHIMIZU, Helena E.; CIAMPONE, Maria H. T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.1, p. 95-106, mar. 1999.
- SILVA, Alcione L. da. Cuidado como momento de encontro e troca. **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: Cuidar - ação terapêutica da enfermagem - Salvador: ABEn - Seção Bahia**, p. 74- 79, 1999.

- SILVA, Maria J. P. da. **Comunicação tem remédio**. São Paulo: Gente, 1996. 133p.
- SIMÃO, Alberto T. **Terapia intensiva**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976. 283p.
- _____. CTI no Brasil: origem, desenvolvimento e perspectivas. **Rev. Diálogo Médico**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 2, p. 3-9, set.1983.
- SOUZA, Márcia de; POSSARI, João F.; MUGAIAR, Ketrim H. B. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v. 5, n.2, p. 77-79 mai./jun., 1985.
- SPÍNDOLA, Thelma. O stress na UTI. **Rev. Âmbito Hospitalar**, São Paulo, v.6, n.62, p.25-41, out.1994.
- STEFANELLI, Maguida C. et al. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 245-252, dez.1982.
- STEFANELLI, Maguida C. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira- paciente. Parte I. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 61-83, ago.1986.
- _____. **Comunicação com o paciente** teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993. 200p.
- SWEETLAND, John. Planning for na intensive care unit. **Med. Clin. Norte Americana**, Philadelphia, v. 55, n. 5, p. 1083-93, sept. 1971.
- TAKAHASHI, Eliza. I. **A emoção na prática de enfermagem**: relatos por enfermeiros de UTI e UI. São Paulo, 1991. 243p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- TAKITO, Clarinda.; TAKITO, Flávia. Organização do espaço físico. In: CUTAIT, Daril E. et al. **Temas de terapia intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-40, 1977.
- TRENTINI, Mercedes; DIAS, Lygia P. M. **Meu primeiro projeto assistencial**. Florianópolis: UFSC / Casa Vida & Saúde, 1994. 30p.
- VREELAND, Richard.; ELLIS, Gail L. Stress on the nurse in na intensive care unit. **J. Amer. Medicina**, Chicago, v. 208, n. 2, p. 332-334, Apr. 1989.

WALDOW, Vera R. **Cuidado humano: resgate necessário.** 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999. 202p.

WATSON, Jean. **Nursing: human science and human care.** East Norwalk: Appleton-Century-Crofts. 1985. 169p.

_____. **Nursing: human science and human care.** A theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1988.

*A*mexos

ANEXO 1

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PRÁTICA ASSISTENCIAL NO HOSPITAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES/ SETI/ UFPR - RECEPTORA
PUC - CESULON PARANAÍ - UNIOESTE - ASSOCIADAS**

Londrina, 15 de junho de 1999.

**ILMO. SR.
A. C. G. R.
DIRETOR GERAL DO HOSPITAL ...**

Prezado Senhor,

Venho através desta solicitar autorização para realizar uma pesquisa e prática assistencial de enfermagem nesta instituição. Trata-se de um trabalho junto a equipe de enfermagem do centro de terapia intensiva.

Esta prática assistencial, atende aos objetivos do curso de Mestrado em Assistência de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Na certeza de sua colaboração e compreensão da importância da pesquisa. Antecipadamente, agradeço a colaboração e coloco-me a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Alda A. Mastelaro Hayashi
COREN-37.683

ANEXO 2

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A GERENTE DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES/ SETI/ UFPR - RECEPTORA
PUC - CESULON PARANAÍ - UNIOESTE - ASSOCIADAS

Londrina, 15 de junho de 1999.

ILMA. SRA.
S. M. C. P.
GERENTE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL ...

Prezada Senhora,

Venho através desta solicitar autorização para realizar uma pesquisa e prática assistencial de enfermagem, junto a equipe de enfermagem do centro de terapia intensiva.

Esta prática assistencial, atende aos objetivos do curso de Mestrado em Assistência de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Serão feitos encontros para discussões e reflexões sobre a prática do cuidado de enfermagem realizada pela equipe de enfermagem, mesclando crenças, experiências pessoais e conhecimentos. A metodologia será desenvolvida a partir de encontros grupais com esta equipe.

Na certeza de sua colaboração e compreensão da importância da pesquisa. Antecipadamente, agradeço a colaboração e coloco-me a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Alda A. Mastelaro Hayashi
COREN-37.683

ANEXO 3

PEDIDO DE COLABORAÇÃO COM A PRÁTICA ASSISTENCIAL À SUPERVISORA DE ENFERMAGEM DO CTI

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES/ SETI/ UFPR - RECEPTORA
PUC - CESULON PARANAÍ - UNIOESTE - ASSOCIADAS**

Londrina, 20 de junho de 1999.

ILMA. SRA.

R. P.

SUPERVISORA DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

Prezada Colega,

Venho através desta solicitar sua colaboração para realizar uma pesquisa e prática assistencial de enfermagem, junto a equipe de enfermagem desta unidade.

Esta prática assistencial, atende aos objetivos do curso de Mestrado em Assistência de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Serão feitos encontros para discussões e reflexões sobre a prática de enfermagem executada pela equipe de enfermagem, mesclando crenças, experiências pessoais e conhecimentos. A metodologia será desenvolvida a partir de encontros grupais com esta equipe.

Na certeza de sua colaboração e compreensão da importância da pesquisa. Antecipadamente, agradeço a colaboração e coloco-me a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Alda A. Mastelaro Hayashi
COREN-37.683

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO PELOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____ fui convidado a participar de um estudo sobre o cuidado humano de enfermagem no CTI. Fui informado que será mantido sigilo e anonimato, bem como me foi garantida a possibilidade de desistir da pesquisa. Recebi esclarecimentos quanto aos riscos e benefícios decorrentes da minha participação.

De livre e espontânea vontade aceito participar. Concordo que os dados possam ser divulgados em benefício da coletividade.

DATA: ____ / ____ / ____

PESQUISADOR: _____

ASSINATURA: _____

ANEXO 5

O MENININHO

Era uma vez um menininho. Ele era bastante pequeno. E ela era uma grande escola. Mas, quando o menininho descobriu que podia ir à sua sala, caminhando através da porta da rua, ele ficou feliz. E a escola não parecia mais tão grande quanto antes.

Uma manhã, quando o menininho estava na escola, a professora disse:

— Hoje, nós iremos fazer um desenho.

— Que bom! — pensou o menino. Ele gostava de fazer desenhos. Ele podia fazê-los de todos os tipos: leões, tigres, galinhas, vacas, trens e barcos; e ele pegou sua caixa de lápis e começou a desenhar. Mas a professora disse:

— Esperem! Ainda não é hora de começar! E ela esperou até que todos estivessem prontos.

— Agora! — disse a professora — Nós iremos desenhar flores.

— Que bom! — pensou o menininho. Ele gostava de desenhar flores e começou a desenhar flores com seu lápis rosa, laranja e azul. Mas a professora disse:

— Esperem! vou mostrar como fazer.

E a flor era vermelha, com o caule verde.

— Assim, disse a professora — Agora vocês podem começar.

Então ele olhou para a sua flor. Ele gostava mais de sua flor, mas não podia dizer isto. Ele virou o papel e desenhou uma flor igual a da professora. Era vermelha com caule verde.

Num outro dia, quando o menininho estava em aula, ao ar livre, a professora disse:

— Hoje iremos fazer alguma coisa com o barro.

— Que bom! Pensou o menininho. Ele gostava de barro.

Ele podia fazer todos os tipos de coisas com o barro: ele faria camundongos, carros e caminhões. E ele começou a juntar e amassar a sua bola de barro. Mas a professora disse:

— Esperem! Não é hora de começar. E ela esperou até que todos estivessem prontos.

— Agora, disse a professora, nós iremos fazer um prato.

— Que bom! — pensou o menino. Ele gostava de fazer pratos de todas as formas e tamanhos. A professora disse:

— Esperem! Vou mostrar como se faz. E ela mostrou a todos como fazer um prato fundo. — Assim, disse a professora. Então olhou para o seu próprio prato. Ele gostava mais do seu prato do que do da professora. Mas ele não podia dizer isso. Ele amassou o seu barro numa grande bola, novamente, e fez um prato igual ao da professora, era um prato fundo. E muito cedo o menino aprendeu a esperar e a olhar, e a fazer as coisas exatamente como a professora. E muito cedo, ele não fazia mais coisas por si próprio.

Então aconteceu que o menino e sua família se mudaram para outra casa, em outra cidade e o menino tinha que ir para outra escola.

Esta escola era ainda maior que a primeira. E não havia porta da rua para a sua escola. Ele tinha que subir grandes degraus, até sua sala.

E no primeiro dia, ele estava lá, a professora disse:

— Hoje nós vamos fazer um desenho.

— Que bom! — pensou o menino, e ele esperou que a professora dissesse o que fazer. Mas a professora não disse nada. Ela apenas andava na sala. Veio até o menino e disse:

— Você não quer desenhar?

— Sim, disse o menino, o que é que nós vamos fazer?

— Eu não sei, até que você faça, disse a professora.

— Como eu posso fazê-lo? — perguntou o menino.

— Da maneira que você gostar, disse a professora.

— E de que cor? — perguntou o menino.

— Se todo mundo fizer o mesmo desenho e usar as mesmas cores, como eu posso saber quem fez o quê? E qual o desenho de cada um?

— Eu não sei, disse o menino.

E ele começou a desenhar uma flor vermelha com caule verde.

ANEXO 6

A FALHA NA COMUNICAÇÃO

Num determinado país, regido pelo sistema socialista, havia um efetivo favorecimento à natalidade. Necessitando de mão de obra, criaram uma lei que obrigava os casais a terem certo número de filhos. Previram também uma tolerância de cinco anos de casamento sem ter pelo menos um filho. Findo o prazo, o casal continuando sem filhos, o Governo destacaria um "agente" para "auxiliar". Assistimos o seguinte diálogo entre marido e mulher:

MULHER: Querido, hoje completamos o 5º aniversário de casamento.

MARIDO: É, infelizmente não tivemos um herdeiro.

MULHER: Será que eles vão enviar o tal agente?

MARIDO: Eu não sei.

MULHER: E se ele vier?

MARIDO: Bem, eu nada tenho a fazer.

MULHER: Eu menos ainda...

MARIDO: Vou sair, pois já estou atrasado para o trabalho.

Logo após a saída do marido, batem à porta: era um fotógrafo, que se enganara de endereço. A mulher abre a porta e encontra um homem à sua frente.

Houve o seguinte diálogo:

HOMEM: Bom dia, eu sou...

MULHER: Ah! Já sei... pode entrar...

HOMEM: Seu marido está em casa?

MULHER: Não. Ele foi trabalhar.

HOMEM: Presumo que ele esteja a par...

MULHER: Sim, ele está a par e também concorda...

HOMEM: Ótimo, então vamos começar?

MULHER: Mas, já assim tão cedo?

MARIDO: Preciso ser breve, tenho ainda dezesseis casais para visitar.

MULHER: Puxa! O senhor agüenta?

HOMEM: Sim, agüento, pois eu gosto do meu trabalho. Ele me dá prazer.

MULHER: Então... vamos fazer.

HOMEM: Permita-me sugerir! Uma no quarto; duas no tapete; duas no sofá; uma no corredor; duas na cozinha e a última no banheiro.

MULHER: Nossa!!!! Não é muito?

HOMEM: Não... talvez não acerte na primeira tentativa e a segunda pode ser melhor que a primeira, a gente acerta na mosca....

MULHER: O senhor já visitou alguma casa aqui no bairro?

HOMEM: Não, mas tenho comigo algumas amostras dos meus últimos trabalhos (mostrando fotos de crianças), não são lindas?

MULHER: Como são belos estes bebês! O Senhor mesmo os fez?

HOMEM: Sim, veja esta aqui (mostrando outra foto), foi conseguida na porta de um supermercado.

MULHER: Nossa, não lhe parece um pouco público?

HOMEM: Mas, a mãe é artista de cinema e queria publicidade.

MULHER: Eu não teria coragem de fazer isto.

HOMEM: Esta aqui foi feita em cima de um ônibus.

MULHER: Que horror.

HOMEM: Foi um dos serviços mais duros que já fiz...

MULHER: Eu imagino...

HOMEM: Esta foi feita num parque de diversões em pleno inverno.

MULHER: Credo, como o senhor conseguiu?

HOMEM: Não foi fácil. Como se não bastasse a neve caindo, tinha uma multidão em cima de nós. Quase não consegui acabar...

MULHER: Ainda bem que sou discreta e não quero que ninguém nos veja.

HOMEM: Ótimo, eu também prefiro fazer assim. Agora se me der licença vou armar o tripé...

MULHER: Tripé!!!!!!! Por quê???????

HOMEM: Bem madame, o meu aparelho além de pesado, depois de pronto para funcionar, mede um metro!

A mulher desmaiou...

ANEXO 7

FALAR E DIZER

Vendedores tentam se comunicar com clientes. Gerentes com vendedores e assim por diante. Muitos apenas tentam... mas não conseguem, porque esquecem das regras básicas de comunicação. Porque falam sem dizer, ignorando que a cada ouvinte corresponde um vocabulário específico.

Palavras como "isotopo", e "fissão" são entendidas por iniciados em Física Nuclear, por exemplo. Uma expressão como "*O malaco vai apagar o macaco*" só é traduzida por quem vive no meio policial — significa "*O marginal vai matar o policial.*"

É o caso do Marcelo, aquele caixa de banco, que ao atender sua cliente Aparecida no guichê nem imaginava que ela talvez não entendesse o idioma bancário.

— "*Por favor, moça.*" foi logo atacando. "*Seu cheque é nominal a Aparecida Neves. Precisa de endosso.*"

Aparecida escutou ... mas não "ouviu".

"*Nominal? Endosso? Isso até parece alguma coisa com açúcar, mas não era possível, não tinha nada a ver*", pensou.

— *Desculpe, seu Marcelo. Não entendi.*

O caixa não perdeu tempo e disse:

— *É simples. Coloque aqui sua firma no verso.*

Ainda sem "ouvir", Aparecida encarou Marcelo com um olhar de imensa dúvida.

"*Verso? Firma?*" pensou.

— *Que diabo. Antes era "nominal", "endosso". Agora é "firma", "verso". Mas eu não sou sócia de nada e nem poeta para fazer verso.*"

Atônita, perdida, Aparecida achou que precisava perguntar.

— *Desculpe, seu Marcelo, mas não estou entendendo...*

O caixa teve o estalo, "*sacou*". "*Fácil*", pensou, e com um sorriso irônico foi virando o cheque e logo explicando:

— "*Coloque aqui o seu nome*", entregando a caneta a Aparecida, "*como faz no final da carta para o seu namorado*".

Aparecida iluminou-se. Decidida e confiante pegou a caneta e lascarou no verso do cheque:

"*Com todo o amor, um grande beijo da sua Aparecida*".

Diante daquela sorridente Aparecida, Marcelo, o caixa, foi apresentado à dona Comunicação. Sentiu naqueles olhos brilhantes que falar nem sempre é dizer.

ANEXO 8

COMO UMA INTERPRETAÇÃO ERRADA PODE LEVAR A UMA RESPOSTA ERRADA

Em certa ocasião, uma família inglesa foi passear na Alemanha. No decorrer de um de seus passeios, os membros da referida família repararam em uma pequena casa de campo que lhes pareceu boa para passarem as férias de verão. Falaram com o proprietário, um pastor protestante e pediram-lhe que mostrasse a pequena mansão.

A casa agradou aos visitantes ingleses e combinaram ficar com a mesma para o verão vindouro.

Regressando à Inglaterra, discutiram sobre os planos da casa e, de repente, a senhora lembrou-se de não ter visto "WC" (banheiro). Confirmando o sentido prático dos ingleses, escreveram ao pastor para obterem tal pormenor. A carta foi assim escrita:

"Gentil pastor: sou membro da família que há pouco o visitou a fim de alugar a casa de campo no próximo verão, mas como esquecemos de um detalhe muito importante, agradeceríamos nos informasse onde fica o "WC".

O pastor, não entendendo o sentido da abreviatura "WC", e julgando tratar-se da capela da seita WHITE CHAPEL, assim respondeu:

"Gentis senhores: recebi sua carta e tenho o prazer de comunicar-lhes que o local a que se referiam fica a 12 Kms da casa. Isto é muito cômodo, sobretudo para quem tem o trabalho de ir lá freqüentemente. Neste caso, é preferível levar comida para lá e ficar o dia inteiro. Alguns vão a pé, outros de bicicleta. Há lugar para 400 pessoas sentadas e 100 pessoas em pé. O ar é condicionado, para evitar os incontáveis inconvenientes da aglomeração. Os assentos são de veludo. Recomenda-se chegar cedo para conseguir um lugar sentado.

As crianças sentam-se ao lado dos adultos e todos cantam em coro. À entrada, é fornecido uma folha de papel para cada pessoa, mas se alguém chegar após a distribuição, pode usar a folha do vizinho ao lado. Tal folha deverá ser RESTITUÍDA, na saída, para ser usada o mês todo. Existem amplificadores de som e tudo o que se recolhe é dado para as crianças pobres da região.

Fotógrafos especiais tiram fotos para os jornais da cidade, de modo que todos possam ver seus semelhantes no cumprimento de um dever tão humano."

ANEXO 9

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA A FAMÍLIA



LOGOTIPO DO HOSPITAL

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

CTI

ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES

ANEXO 9

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA A FAMÍLIA

ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES

1. Que é Centro de Terapia Intensiva — CTI ?

O CTI é uma área do hospital, destinada a atender doentes em estado grave, mas recuperáveis. É utilizada também como sala de recuperação pós-operatória ou para a observação de doentes, que, mesmo não estando em estado grave, necessitam de cuidados contínuos. Qualquer intercorrência ou complicação é imediatamente detectada, permitindo que se tomem medidas para sua correção.

2. Quem dá assistência ao Paciente no CTI ?

Médicos e enfermeiros altamente qualificados, assistem e doente continuamente, valendo-se quando necessário, de aparelhos especiais, que permitem auxílio a respiração do enfermo, controlam o ritmo cardíaco ou substituem os rins quando eles não funcionam adequadamente, oferecendo assim o apoio necessário para uma recuperação rápida e satisfatória.

3. Quanto tempo o Paciente permanece no CTI ?

Quem decide é o médico do paciente. Não há tempo de permanência pré-estabelecido: poderá ficar horas ou dias. Deixará o CTI tão logo tenha sido afastada a causa que agravou seu estado físico. Ou permanecerá na unidade enquanto necessitar de cuidados diretos e constantes.

4. Por que limitar a entrada de familiares na unidade ?

Nesta unidade não é permitida a permanência de acompanhante, e explicamos porque:

1º - Aumentaria demasiadamente o número já elevado de pessoas em uma área restrita, dificultando a circulação e facilitando a disseminação de infecções.

2º - A intimidade de um doente seria perturbada pela presença de familiares de outros, uma vez que os pacientes permanecem internados em uma área comum.

3º - É bastante frequente pessoas leigas se sentirem mal e se impressionarem com fatos, que num ambiente hospitalar muitas vezes não passam de rotina.

É permitida apenas uma pessoa, cuja escolha fica a cargo da família, visite o doente durante 10 minutos entre as 10:00 e 11:00 horas pela manhã e 14:00 e 15:00 horas a tarde.

5. Como obter informações sobre o estado do Paciente ?

No horário de visitas, os familiares poderão ter informações mais detalhadas a respeito do tratamento e evolução do paciente, através da enfermeira ou do médico plantonista.

Compreendemos a necessidade e ansiedade dos familiares em obter notícias sobre o estado do paciente, porém lembramos que em primeiro lugar está a atenção e cuidados aos pacientes, e é para que eles se recuperem prontamente que estamos trabalhando 24 horas por dia.

Conserve-se sereno e confiante; estamos fazendo tudo que está ao nosso alcance para atender bem.

CONTAMOS COM SUA COMPREENSÃO E APOIO

ANEXO 10

PROPOSTA DE FORMAÇÃO DE UM GRUPO PERMANENTE DE DISCUSSÃO E REFLEXÃO DA PRÁTICA DO CUIDADO HUMANO NO CTI

OBJETIVOS:

- 1º) Divulgar as diversas intervenções que têm sido realizadas pela equipe da unidade que favorecem a humanização.
- 2º) Promover uma continuidade dos cuidados em todos os períodos, visto que poderão fazer parte deste grupo enfermeiros e auxiliares de enfermagem dos diversos períodos, juntamente com outros profissionais da equipe de saúde.
- 3º) Determinar algumas alterações (apesar da planta física não contribuir para o aspecto da humanização, pois a unidade está constituída por vários salões sem divisórias, iluminação fluorescente só no teto, janelas altas que não permitem visualizar o ambiente externo, paredes brancas ou com azulejos etc.) que poderiam ser feitas para minimizar estes aspectos.
- 4º) Levantar situações que contribuam para manter a imagem do CTI como um local que para o paciente e a família não há mais esperança.
- 5º) Envolver os profissionais da equipe de saúde da unidade na busca de soluções dos problemas que surgirem.
- 6º) Ser composto por representantes da equipe de saúde do CTI que atuam nos diversos períodos. Além de estarem em conjunto procurando as soluções para os problemas encontrados no setor, oferecerá oportunidade para maior integração entre os diversos profissionais que atuam nesta unidade.