



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**THEO DUARTE DA COSTA**

**O PROCESSO DE CUIDAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**Natal-RN  
2011**

**THEO DUARTE DA COSTA**

**O PROCESSO DE CUIDAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-graduação da UFRN.

Linha de pesquisa – desenvolvimento tecnológico de saúde em Enfermagem

Grupo de Pesquisa: Laboratório de investigação do cuidado, segurança, tecnologias em saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Euzébia Pereira Santos

NATAL/RN  
2011



# THEO DUARTE DA COSTA

## O PROCESSO DE CUIDAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem

Aprovada em:

---

Profa. Dra. **Viviane Euzébia Pereira Santos** – Orientadora  
Departamento de Enfermagem da UFRN

---

Profa. Dra. **Lucia Nazareth Amante** – avaliadora externa  
Departamento de Enfermagem da UFSC

---

Profa. Dra. **Francis Solange Vieira Tourinho** – avaliadora interna  
Departamento de Enfermagem da UFRN

---

Profa. Dra. **Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira** – avaliadora interna  
Departamento de Enfermagem da UFRN

## DEDICATORIA

A vida nos apresenta situações onde precisamos fazer escolhas que podem mudar o rumo de nossos planos, ou mesmo nos levam a situações que podem fazer-nos questionar nossas verdades, porém nesses momentos é importante que possamos contar com pessoas que nos apoiam em nossas decisões, ou nos levem a caminhos mais felizes e que nunca nos deixe esquecer os momentos felizes e as graças que conseguimos alcançar em nossas vidas.

Dedico o meu trabalho as duas mulheres que sempre estiveram presentes na minha vida a minha esposa Rayssa Lopes, que passou a fazer parte da minha vida e acompanhou as grandes mudanças que aconteceram, e com ela pude dividir e construir conquistas importantes, dividimos tristezas e alegrias e juntos passamos a estar presentes em todos os momentos um do outro e nesta vitória construída de um caminho nem sempre fácil agradeço a sua força em todas as horas que precisei escutar uma palavra de ânimo que sempre me levava a continuar meus passos certo de poderia contar com seu apoio.

Também dedico este trabalho a minha mãe Luzia de Fátima, que infelizmente não encontra-se presente fisicamente próximo a mim, mas estou certo de que onde esteja torce e continua cuidando de seu filho, os seus ensinamentos permanecem vivos em minha vida o que sempre a torna uma parte de tudo o que faço, pois cada vitória que alcanço, cada coisa positiva em mim representa algo que ela deixou em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a deus pelas vezes em que pensei em desistir e nele encontrei forças para continuar

Agradeço a minha família meu pai, minhas irmãs, minhas tias e tios, meu sogro e minha sogra que me acolheram como um filho.

Aos amigos que conquistei durante minha jornada (na vida profissional, AUDITORIA, ESCOLA DE ENFERMAGEM, FATERN, FAEN UERN, HOSP da UNIMED e acadêmica MESTRADO PÓS GRADUAÇÃO) e que sempre estiveram presentes torcendo e me ajudando sempre que precisei.

Aqueles amigos que acompanham desde antes do caminhar desta jornada

A minha orientadora que, mesmo sem me conhecer no início, mas com sua paciência soube conduzir com maestria meus passos na produção deste trabalho;

As professoras FRANCIS e ANA LUIZA que acompanharam a minha jornada e torceram pelo meu sucesso

A professora LUCIA que aceitou prontamente a participar da banca e contribuiu para a produção deste trabalho

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para que eu pudesse vencer mais uma etapa da minha vida que significou muito mais de que a produção do trabalho, mas sim um sequencia de vitórias envoltas neste processo.

COSTA, Theo Duarte da. **Processo de cuidar em terapia intensiva, 2011**, dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte [2011], **81p**

### **Resumo**

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é referido comumente como um local onde o cuidar está intrinsecamente ligado à alta tecnologia. O cuidar na UTI transforma, muitas vezes, o paciente em um sujeito passivo, sendo sua complexidade deixada à parte e, por vezes, compreendida em uma perspectiva reducionista. Com isso, fazem-se necessários estudos voltados para o processo cuidar a partir de um resgate histórico, trazendo a perspectiva de uma assistência mais centralizada no ser humano. Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar o processo de cuidar em Enfermagem de uma unidade de terapia intensiva a partir da ótica do profissional, do familiar e dos pacientes. O estudo caracteriza-se a partir de uma abordagem metodológica qualitativa do tipo descritivo-exploratória. Os atores participantes foram os profissionais de Enfermagem, os pacientes e os familiares de uma unidade de terapia intensiva de Mossoró/RN. Os dados foram obtidos, no período de maio a junho de 2011, através de entrevistas e observação das atividades realizadas pelos profissionais da Enfermagem, bem como seus registros no prontuário. A análise dos dados foi dividida em tópicos e subtópicos representativos das fases e formas que delinearão a coleta. A análise e a discussão das entrevistas basearam-se na proposta de Bardin, em que criamos categorias a partir de um processo de classificação e agrupamento segundo critérios devidamente definidos. A observação dos registros de Enfermagem teve como ênfase observar o que é descrito nessas anotações, bem como sua coerência com sua prática e a resolução 358/2009 do COFEN. A análise demonstrou que a equipe de Enfermagem ainda realiza um trabalho centrado em atividades mecanizadas e técnico-burocráticas da instituição que parecem se sobrepôr às necessidades dos pacientes. Em uma visão geral, o cuidado realizado pelos profissionais ocorre de forma fragmentada ou insipiente, porém existe uma assistência que envolve outros aspectos além do fazer técnico-curativo, considerando importante a atenção que é fornecida à família e ao paciente, focalizada na preocupação da Enfermagem em não direcionar suas ações somente à realização de procedimentos. Contudo, o processo de humanizar nem sempre se finaliza com um envolvimento entre profissional e paciente, o que descaracteriza o verdadeiro sentido do cuidar humano. Os registros também evidenciaram uma tendência

em focar o cuidar em uma linha positivista, em que, na maioria das vezes, os fatores da doença e a obrigação de atender à produtividade se sobrepuseram aos demais aspectos relevantes para uma compreensão holística de cuidar. Em relação à resolução COFEN nº 358/2009, que norteia uma sistematização da assistência de Enfermagem, confirma-se uma visão tecnicista, fragmentada e superficial do paciente, bem como uma fragilidade da assistência, causada pelo desconhecimento e despreparo de toda a equipe. A visão do cuidar que acontece nesse espaço demonstra uma realidade com uma dialética entre o que se propõe em uma Enfermagem humanizada e o que acontece nesse espaço de atuação. Além disso, mostrou-se um cotidiano repleto de considerações importantes, que se apresentam na prática do profissional, em suas concepções e também naquelas pessoas que foram partícipes do processo.

Palavras-chave: Cuidar, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem.



## ABSTRACT

The environment of Intensive Care Unit (ICU) is commonly referred to as a place where caring is inextricably linked to high technology. The care in ICU often changes the patient into a taxpayer being left apart from its complexity and sometimes seen through a reductionist perspective. Thus, studies circa the care process are needed oriented from a historical ransom, raising the prospect of a more centralized human care. Hence, this study aimed to analyze the care process in a nursing intensive care unit from the perspective of the professional, family and patients. The study is characterized from a qualitative, descriptive and exploratory methodological approach. The actors were participating nursing professionals, patients and family members of an intensive care unit of Mossoró / RN. Data were collected in the period of May-June 2011, through interviews and observation of activities performed by nursing professionals, and their records in the chart. Data analysis was divided into topics and subtopics representing the phases and shapes that formed the collection. The analysis and discussion of the interviews were based on Bardin's proposal, when we created categories from a process of sorting and grouping criteria adequately defined. The observation of nursing records intended to observe the emphasis which is described in those notes as well as their consistency with practice of FCN and resolution 358/2009. The analysis showed that the nursing staff also performs work focused on mechanized activities and technical-bureaucratic institution that seem to override the needs of patients. In an overview, the care provided by professionals occurs either fragmented or insipient, however there is a service that involves other aspects beyond technical-curative practice, considering that major attention is given to the family and patient, focused on the concern of Nursing guiding their actions in not only the performance of procedures. However, the process of humanizing not always ends with an engagement between professional and patient, which mischaracterizes the true meaning of human care. The records also showed a tendency to focus on caring in a positivist line, where, in most cases, the factors of the disease and the obligation to meet the productivity have overshadowed other relevant aspects to a holistic understanding of caring. Regarding FCN Resolution No. 358/2009, which guides a systematization of nursing care, it is confirmed a technical view, a fragmented and superficial view of the patient, as well as a weakness of care, caused by ignorance and unpreparedness of the entire team. The perspective of caring demonstrates a reality with dialectic between what is proposed in a humane nursing and what happens in this performance space. Besides, it was shown a daily full of important considerations that arise

in professional practice, in their views and also those people who were participants in the process.

Keywords: Care, Intensive Care Units, Nursing.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
3.1 O CUIDAR AO LONGO DA HISTORIA.....	13
3.2 CUIDAR E A ENFERMAGEM.....	16
3.3 O CUIDAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	18
<b>4 . METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	23
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	23
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	24
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4.5 COLETA DE DADOS.....	26
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>30</b>
5.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS.....	31
<b>5.1.1. As atividades na UTI na visão dos profissionais de Enfermagem.....</b>	<b>31</b>
<b>5.1.2 Definindo o cuidar na UTI na visão dos profissionais de Enfermagem ....</b>	<b>34</b>
5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS PACIENTES E FAMILIARES.....	39
<b>5.2.1A visão dos pacientes e familiares sobre suas vivência durante o</b>	<b>39</b>
<b>processo de internação na UTI.....</b>	<b>41</b>
<b>5.2.2 O atendimento na visão dos pacientes e familiares .....</b>	<b>42</b>
5.3 ANÁLISE DAS OBSERVAÇÕES.....	43
<b>5.3.1 O cuidar durante a realização de procedimentos e seus registros .....</b>	<b>45</b>

<b>5.3.2O processo de cuidar nas relações interpessoais.....</b>	<b>51</b>
<b>5.3.2.1 interação entre profissionais de enfermagem e demais profissionais.....</b>	<b>51</b>
<b>5.3.2.2Interação entre profissionais de enfermagem, pacientes e familiar.....</b>	<b>51</b>
<b>5.4 O PROCESSO DE CUIDAR NA UTI DO HOSPITAL DA UNIMED MOSSORÓ</b>	<b>58</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APENDICES.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>78</b>

## **LISTA DE SIGLAS**

CEP-Comitê de Ética e Pesquisa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NANDA-Associação Norte Americana de Enfermagem

PE – Processo de Enfermagem

RN – Rio Grande do Norte

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## INTRODUÇÃO

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) remete a uma ligação quase que instantânea à alta complexidade da assistência, sendo referido comumente como um local em que o cuidar tem como eixo norteador a tecnologia dura, que de acordo com Merhy (2006) é classificada como os aparatos e máquinas usados na assistência ao paciente, na qual a visualização deste é entendida a partir da sua doença e de forma passiva ao processo de cuidar desenvolvido na UTI.

Portanto, o cuidar do paciente de UTI geralmente acaba sendo direcionado para ações tecnicistas e biologicistas, sendo a complexidade do sujeito deixada à parte e, por vezes, compreendida em outra perspectiva, transparecendo algo em segundo plano. Dessa forma, percebe-se que existe uma predominância de um modelo biomédico, em que o trabalho desenvolvido nesses espaços acaba perpetuando uma visão paradigmática centrada apenas nos processos biológicos.

Para discutirmos a prática profissional em uma perspectiva contraposta ao pensamento reducionista envolvido no modelo biomédico e tecnicista, lançaremos mão de uma discussão sobre o cuidar a partir de uma visão holística do indivíduo, a qual nos proporcionará aproximação e, conseqüentemente, entendimento da importância de percebermos o ser humano em uma perspectiva diferente, sendo esta mais ampla e complexa do que sua própria doença instalada.

Assim, precisamos entender as nuances inerentes ao setor no que se refere ao profissional, família e paciente, pois, para cada um desses atores envolvidos no processo de cuidar, existem particularidades que influenciam, transformam e interferem no cuidar.

O profissional inserido em uma UTI tem sua rotina de trabalho relacionada a manter uma estabilidade das funções vitais da pessoa assistida. As suas atividades acabam baseadas em conhecimentos altamente especializados, aparatos tecnológicos, além da tensão e responsabilidade inerentes ao setor, sendo esquecidos, muitas vezes, fatores primordiais no cuidado aos pacientes, como, por exemplo, a relação com o outro.

O cuidado não deve ser centralizado apenas nas ações, técnicas e procedimentos, pois também é importante trazer fatores afetivos expressivos a fim de favorecer um espaço intersubjetivo entre paciente e cuidador, para que estes possam manter uma relação interpessoal.

O cuidado dispensado a pacientes em UTI também possui um teor intrigante no que tange à ótica dos próprios sujeitos internos e seus familiares, pois a visão destes tem

uma marca fúnebre repleta de preconceitos, na maioria das vezes concebida a partir de experiências anteriores próprias ou adquiridas a partir de sua relação com a sociedade.

Essa relação é carregada de interpretações subjetivas que levam os familiares e pacientes a apresentarem sinais de medo, angústia, aflições, dúvidas com relação ao futuro, que se iniciam no sujeito e nos entes mais próximos desse paciente, para os quais ele representa algo importante.

A internação na UTI mobiliza diversos sentimentos, caracterizando-se como uma situação provocadora de estresse, não só devido à dinâmica da unidade, mas por guardar correlação, no imaginário das pessoas, com sofrimento e morte (MERCES;ROCHA, 2006).

Do mesmo modo, o senso comum e as representações que tangem os significados desses sujeitos e familiares nos levam à discussão sobre autonomia e identidade dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

O paciente interno em uma UTI nem sempre pode exprimir suas vontades e produzir suas concepções devido às doenças que o acometem, porém suas limitações não o impedem de ser consciente no processo de cuidar.

Essas concepções muitas vezes mostram sinais da perpetuação de um modelo tecnicista, pois podemos perceber tais sentimentos a partir da caracterização de pessoas que já se submeteram a tratamentos intensivos, nos quais sua doença é o foco de atenção.

Com relação aos seus familiares, percebe-se, normalmente o medo e o abandono existentes, a ignorância relacionada ao seu ente submetido aos cuidados de uma UTI, sendo o desconhecimento um abismo que algumas vezes se torna intransponível, ferindo a autonomia que existe dos familiares e pacientes, ou seja, estes tornam-se peças integrantes apenas e não participantes do processo.

Com isso, a escolha do tema partiu da problemática envolvida nas discussões sobre o cuidar e sua relevância para a atuação da Enfermagem. Além disso, pensou-se em delimitarmos esta pesquisa para centros de alta complexidade técnico-científica, onde as ações envolvidas no cuidar geralmente encontram barreiras que dificultam o aparecimento de sua verdadeira face.

A visão supracitada delineou-se a partir da experiência profissional compreendida entre o período de novembro de 2008 a março de 2010, em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital da cidade de Mossoró-RN. Nesse ambiente, percebeu-se alguns pontos destoantes com relação às teorias que embasam a prática do cuidar em

Enfermagem, como as relações existentes entre os profissionais, pacientes e familiares, a existência do processo de Enfermagem e a sistematização da assistência em que emergiu a necessidade de reflexão e de estudos sobre a práxis desenvolvida nesse setor.

Partindo do ponto da originalidade, observamos uma literatura de qualidade que discorre sobre a mesma temática, porém em períodos e realidades diferentes, o que nos leva a acreditar que produziremos resultados importantes que poderão contribuir significativamente para as discussões sobre o cuidar.

Com relação à relevância teórica, social e prática, consideramos significativa e emergente a problematização de como é visto o processo de cuidar em UTI pelos profissionais, pacientes e seus familiares. Essa problematização proporcionará uma gama de discussões, uma vez que o tema perpassa reflexões sobre a práxis da Enfermagem, sendo de extrema importância a reavaliação do modo como ela acontece dentro da UTI.

Para entender tais questões sobre o cuidar nos espaços de tratamento intensivo, é imprescindível a visão da tríade profissionais-familiares-pacientes, pois é a partir da visão de cada membro, comparada às definições teórico-filosóficas, que poderemos compreender as interfaces do cuidar nesses espaços.

Acredita-se que assim o estudo poderá contribuir com a prática profissional, visto que proporcionará uma reflexão dos profissionais sobre sua prática a partir da construção de uma práxis em seus ambientes de trabalho, bem como o despertar para uma necessidade da subjetividade, esta entendida como um novo olhar para práticas inovadoras que transponham os horizontes do positivismo, proporcionando resultados significativos para pacientes e familiares, além de suscitar novos estudos sobre a temática.

Dessa forma, o estudo apresenta como questão norteadora: Como se dá o processo de cuidar entre os atores envolvidos (profissionais, pacientes e familiares) no ambiente da UTI?



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o processo de cuidar em Enfermagem de uma unidade de terapia intensiva de um hospital de Mossoró/RN a partir da ótica do profissional, do familiar e dos pacientes.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o desenvolvimento do processo de cuidar na UTI de um hospital de Mossoró/RN;
- Descrever como os profissionais de Enfermagem, pacientes e familiares de um hospital de Mossoró/RN percebem o cuidar nesse espaço;
- Analisar os registros dos cuidados de Enfermagem realizado pelos profissionais de enfermagem de um hospital de Mossoró/RN.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

As reflexões sobre o cuidar vêm sendo amplamente discutidas no âmbito da saúde, mais precisamente no da Enfermagem, como algo que permeia todo seu processo de trabalho. Anteriormente, a necessidade de entender o que realmente significava o cuidar não era prioridade entre os profissionais de saúde, como Waldow (2004) traz que o cuidar era visto de uma forma simplista, resumindo-se apenas ao ajudar, socorrer e assistir.

A importância de definições para a aplicação do cuidar na prática traz a necessidade de uma compreensão de sua essência e, conseqüentemente, de sua aplicação nos espaços de trabalho, e para Waldow (2004) essas mudanças de ressignificação, definição e atualização representam a evolução da Enfermagem a partir de um encontro do fazer, saber e ser.

De acordo com Bison (2003), desde 1860, após a fundamentação da Enfermagem por Florence Nightingale como profissão, esta vem buscando a sedimentação do seu saber, tendo a pessoa como centro do processo de cuidar, e nas últimas décadas o trinômio entre pessoa, saúde e ambiente tem sido enfatizado ao discorrer sobre essa temática.

Bison (2003) diz que, apesar das mudanças paradigmáticas vigentes e das constantes tentativas de definições sobre o cuidar, a realidade mostra-se desvinculada do que seria importante para a melhoria do cuidar da Enfermagem. Afirmar ainda que o cuidar não tem recebido a devida atenção, pautado em uma visão humanística, de relação verdadeira entre o cuidador e a pessoa cuidada.

Corroborando com a ideia supracitada, Waldow (2004) descreve que, mesmo em situações em que existe interação entre profissional e paciente, a relação, muitas vezes, limita-se a um momento de perguntas e respostas padronizadas, em que o contato físico tem o objetivo de praticar uma semiologia ou semiotécnica, sem criatividade e com notória ausência de relação subjetiva.

A realidade mostra uma necessidade pertinente de compreensão sobre o cuidar e suas práticas, que mantêm características desumanizadas, apesar dos esforços que vem sendo realizados para reverter a situação. De fato, um estudo epistemológico e ontológico sobre as práticas do cuidar direcionadas à Enfermagem trará reflexões importantes para um conhecimento sobre a realidade.

Nesse sentido, o presente capítulo abordará o cuidar ao longo da história para contextualizar o processo de cuidar na atualidade; a seguir, apresentará algumas

reflexões sobre o cuidar e sobre a Enfermagem, e termina com a revisão sobre o cuidar na unidade de terapia intensiva.

### 3.1 O CUIDAR AO LONGO DA HISTÓRIA

As concepções sobre o cuidar delinearão-se ao longo da história da humanidade e remontam desde a antiguidade. Relatos sobre a existência e vida de civilizações antigas afirmam que o cuidar esteve presente na vida do ser humano muito antes da definição e criação da instituição de saúde e suas áreas profissionais. Coelho e Fonseca (2005, p. 215) trazem que:

o cuidado existe desde que há vida humana e, como atos de humanidade, é por meio dele que a vida se mantém. Durante milhares de anos, não esteve associado a nenhum ofício ou profissão e sua história se constrói sob duas orientações que coexistem, complementam-se e se geram mutuamente: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte.

Zeferino et al. (2008) trazem que nas primeiras civilizações o cuidado era basicamente desenvolvido como forma de sobrevivência, como a alimentação, a reprodução e a defesa da espécie. Caracterizava-se por ser realizado de forma empírica, embasado nas forças místicas e na ação da natureza, sendo prestado e recebido sem uma estruturação ou um conhecimento prévio do que era realizado.

Percebe-se que o cuidar em seus primórdios não estava ligado diretamente ao fator biológico, e sim a uma relação entre um ser e outro, a qual visava a manutenção da vida através de ações bastante importantes para seus integrantes. Corroborando com essa ideia, Mayeroff (1971) aborda o cuidado, nessa época baseado na importância e no envolvimento com o outro, gerando uma relação mútua e de comprometimento.

As primeiras civilizações demonstram um cuidar com as características anteriormente citadas, porém atreladas à figura feminina; Zeferino et al. (2008) comentam que o papel do cuidar está ligado à imagem feminina, que desde períodos antigos foi vinculada às atividades maternas.

Carvalho et al. (2008) discorrem sobre a relação que surgiu da figura da mulher com o cuidado, definindo como uma relação intrínseca, a partir do momento em que adquirem um comportamento diferenciado dos homens, mas assemelhado entre

elas, nas diferentes épocas, devido à maternidade. À semelhança dos animais, a mulher lambia sua cria, nutria-a e a protegia. Entre as práticas de higienizar e de alimentar, foram introduzidos comportamentos de tocar, cheirar e gestos rudimentares de afago.

Outro ponto de interesse sobre a gênese das definições a respeito do cuidar retrata sobre a importância deste, ao designar a mulher como encarregada disso na tribo, enquanto os homens eram destinados à caça; a isto, configura-se o cuidar como uma ação subjugada, trazida por Carvalho et al. (2008). Esses autores descrevem que uma interpretação da prevalência da mulher como cuidadora ocorre devido à posição social subordinada das mesmas, fenômeno observado desde as sociedades agrícolas e pastoris da antiguidade.

Sendo assim, o cuidar realizado pela mulher era visto como inferior e destinado ao grupo que não podia exercer uma atividade considerada mais importante, como a caça.

Por exemplo, segundo Coelho e Fonseca (2005), apesar de ter sido alvo de menor atenção dentre os grupos humanos daquela época, evidências mostram o valor do cuidar. Ao relatar sobre os modos de vida de alguns grupos humanos que ainda praticam esse modo de vida, estes autores destacam que o trabalho feminino de cuidado da tribo seria responsável por pelo menos 70% do sustento do grupo, uma vez que o produto da caça era mais sujeito a azares e insucessos, assim como a períodos longos de espera pelo retorno das excursões de caçadores”.

Após as mudanças ocorridas nesses grupos sociais, relacionadas à organização social e à criação dos mitos religiosos, ocorre uma transformação na compreensão dos fenômenos que os rodeavam (a doença, o tempo, o clima) e o surgimento da figura do representante dos deuses (**shamans**, pagé, sacerdotes), provocando uma ruptura no que se considerava cuidar até aquele momento.

Coelho e Fonseca (2005) relatam essa orientação metafísica, que surge fazendo a diferenciação entre o bem e o mal, entre coisas proibidas e permitidas; assim, o cuidado fundamenta-se em rituais de início, confiados ao **shaman** e depois ao padre.

Para Vaghetti et al. (2007), as alterações que aconteciam no meio das sociedades eram atribuídas a figuras divinas, e seus representantes seriam capazes de saná-las ou amenizá-las, configurando-se no poder inquestionável dos pajés e **shamans**. Os doentes eram encorajados a ingerir substâncias estranhas, a receber banhos e massagens. Assim,

o cuidado do corpo e da mente é transferido para esses representantes, como cuidadores da alma e do corpo pelo seu poder de ação metafísica.

Vaghetti et al. (2007) descrevem que, com a organização social na Idade Média, surgem mudanças que afetaram o cenário em que vivia o ser humano. As tribos agora organizam-se em cidades; a chamada “civilização” (pag. 271), era composta por sociedades maiores e, nestas, surgem o comércio e a divisão social.

As relações de poder são mais aparentes e discrepantes, com grandes desigualdades econômicas e de poder, e governos são regidos por reis e imperadores. Além disso, os homens já faziam uso da escrita e de alguma forma de ciência, bem como possuíam uma maneira de se expressar através da arte. O cuidar passa a ser atrelado ao cristianismo, evidente na época. Os mesmos autores discorrem sobre as práticas do cuidar, transformadas em ações específicas das ordens religiosas, nas quais passa a ser entendido como ato caritativo, vocacional e religioso.

Zeferino et al. (2008) corroboram com a descrição anterior e completam que o cuidar continua como uma função feminina, realizada pelas conhecidas irmãs de caridade, que também eram prestadoras dos cuidados espirituais. As Ordens Religiosas tinham como missão acolher as pessoas sem abrigo e cuidar de órfãos e de pessoas doentes. Por conseguinte, as irmãs de caridade cuidavam de doentes e feridos.

Novos processos de mudança, conhecidos como Iluminismo e Revolução Industrial, reorientam a face sociopolítica e econômica, de acordo com Vaghetti et al. (2007). Nessa época, o homem passa a superar o teologismo, presente desde a Idade Média, e agora começa a deter o poder científico; a tecnologia avança, as descobertas científicas surgem para explicar os dogmas religiosos, e a economia passa a ser industrial; a sociedade começa a viver sob o Positivismo, o capitalismo surge, e isso se reflete diretamente no cuidar.

Coelho e Fonseca (2005) trazem o processo de institucionalização da saúde, que acontece articulado ao surgimento do capitalismo; portanto atendendo a interesses inerentes às necessidades ideológicas do Positivismo, e transformando o cuidar centrado na preservação da vida em cuidar para a recuperação de corpos produtivos.

Coelho e Fonseca (2005) e Vaghetti et al. (2007) concordam ao trazer que, nesse período, o cuidar é reconhecido como atividade profissional caracterizada como prática centrada na figura médica e embasada por conhecimentos técnico-científicos. O cuidar tem como objetivo a cura, isolando e seccionando o indivíduo. O hospital passa ser o local dessas ações e adquire as características que conhecemos.

### 3.2 O CUIDAR E A ENFERMAGEM

É em meio a um cenário de conflitos que a Enfermagem inicia sua caminhada em busca de sua afirmação e autonomia como profissão, ciência e prática, capaz de contribuir e trazer resultados para a sociedade.

O cuidar na Enfermagem surge a partir de duas vertentes, de acordo com Rocha et al. (2009), que advêm de duas concepções: o cuidado entendido a partir de uma prática curativista de intervenções na doença, e o cuidado pautado no essencial à vida, na prática do parto, ou seja, a partir da figura feminina.

As mesmas autoras mostram que a origem desse cuidado a partir das práticas caritativas, realizadas por mulheres no ambiente eclesiástico e sendo transmitidas de mulher a mulher. Após consagradas ao final do século XIX e início do século XX como cuidados de Enfermagem, surge a figura da enfermeira.

Seus primeiros passos na busca de uma autonomia e reconhecimento próprio acontecem a partir da precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale. Sua trajetória em desenvolver uma Enfermagem baseada em princípios técnicos e científicos é destacada a partir de sua participação na guerra da Crimeia, ao instituir os cuidados de Enfermagem com bases na organização, limpeza do ambiente, higiene e conforto aos feridos (KRUSE, 2006).

Com o fim da guerra, Nightingale resolve dedicar-se a difundir seus ensinamentos, a partir da criação da Fundação Rockefeller. De acordo com Kruse (2006, p. 404):

Esta fundação, que se autodenominava “benemérita”, era uma instituição de caráter científico, religioso e filantrópico com uma organização de cunho paramilitar, uma ética religiosa [...]. Seus fundamentos eram a superioridade da civilização americana e a propagação de seu modelo sanitário, o que incluía a criação de hospitais, tendo como modelo os hospitais americanos.

Com isso, surgem os profissionais de Enfermagem, cuja maioria era formada por mulheres, sendo instruídas para seguir ordens médicas, porém com saberes para a execução destas.

Arratia (2005) traz que durante muito tempo após a afirmação da Enfermagem como profissão esta se manteve como atividade de cuidar, academicamente de nível mais

baixo, além de citar que a escolha para a formação desta era feita de forma criteriosa a partir de mulheres que detinham um conhecimento suficiente para entender e seguir ordens médicas.

Dessa forma, a Enfermagem caminha paralela e subordinadamente ao conhecimento médico, e seu cuidar continua afirmador de uma prática técnico-biologicista. A partir desse momento, a profissão de Enfermagem começa a ganhar espaço e ser adotada em todo o mundo.

Conseqüentemente, esses ideais são difundidos, e a Enfermagem começa a se fixar como profissão. A influência do modelo biomédico e os ideais nascidos com o Positivismo tornam-se atrelados ao modelo nightingeliano, sendo adotado em países como Brasil e Cuba, de acordo com Kruse (2006, p. 403):

o curso de Enfermagem da Escola Anna Nery, a primeira escola de Enfermagem brasileira, adotou o sistema inglês proposto por Florence Nightingale, também conhecido como enfermagem científica ou moderna, constituindo o que ficou conhecido como modelo anglo-americano de enfermagem.

Durante muito tempo, o cuidar da Enfermagem é focalizado nessa perspectiva. Zeferino et al. (2008) corroboram com a descrição anteriormente citada ao trazer um cuidar da Enfermagem voltado a um ambiente de rotinas, seguimento de prescrições médicas e tarefas determinadas.

No século XIX, década de 1950, surge a necessidade de uma nova mudança no cuidar da Enfermagem, pois sua prática, apesar de pautada em uma cientificidade, encontra-se dependente de outra profissão. Agora anseia por uma teoria própria baseada em estudos científicos que possibilitem a definição de um cuidar próprio, rompendo com as amarras que a prendiam aos saberes médicos.

Assim, o cuidar da Enfermagem inicia seu desvencilhamento como prática subordinada ao saber médico a partir do desenvolvimento de teorias próprias, que direcionariam o seu cuidado. Rosa et al. (2010) comentam que a partir da década de 1950 surgiram conceitos e modelos que deram início às primeiras teorias de Enfermagem, trazendo assim reflexões sobre suas ações no cuidar, no ensino da Enfermagem e nos processos de administração.

Arratia (2005) cita as primeiras teoristas próprias da Enfermagem, como Hildegard Peplau (1952), Virginia Henderson (1948) e Vera Fray (1953), além de citar o

surgimento da associação Norte-Americana para Classificação e Diagnósticos de Enfermagem, North American Nursing Diagnosis Association International(NANDA-I).

Rocha et al. (2010) trazem grandes teóricos, como Josephine Paterson e Loretta Zderad, com sua teoria humanística, que proporcionaram a base para o surgimento de outras, como Jean Watson e sua teoria transpessoal; ainda ressaltam a importância de Madeline Leininger como pesquisadora fundamental das concepções filosóficas e epistemológicas do cuidar.

A partir dessas teorias, a Enfermagem começa seu processo de conquista por uma autonomia, através da construção de um conhecimento próprio e firma sua autonomia e continua a desenvolver estudos na busca de novos conhecimentos que orientarão sua prática profissional e permitirão o surgimento de um saber próprio, como Rosa et al. (2010, p. 124) expõem:

as reflexões sobre os modos de fazer na profissão constituem possibilidades para aperfeiçoar e amadurecer as teorias existentes em enfermagem, não só valorizando sua concepção teórica, mas também sua utilidade prática no exercício profissional, no cuidado, seja ele orientado para o indivíduo ou a comunidade. O desenvolvimento de teorias de enfermagem permite a explicitação dos referenciais teóricos que justificam as diferentes práticas da profissão e, assim, a construção de projetos coletivos e discursos próprios da disciplina de enfermagem.

A Enfermagem conseguiu grandes passos no processo de evolução do seu cuidar e precisa continuar no caminho da busca por novos conhecimentos, bem como pela implementação destes, com o intuito de mostrar a efetividade de seu trabalho a fim de expandir sua atuação e firmar-se como profissão autônoma.

### 3.3 O CUIDAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A UTI não possui um marco histórico de definição de lugar, porém podemos entender seu surgimento após estudos que apontam os vários segmentos das primeiras ideias sobre o tratamento intensivo.

Barbosa (1999) diz que o surgimento da UTI deu-se no século XIX, a partir de cuidados destinados a pacientes em recuperações pós-anestésicas acomodados em salas localizadas lateralmente às salas cirúrgicas, onde permaneciam em observação mais rígida.



Spindola (2003) corrobora com Barbosa (1999) ao considerar traços da origem da UTI a partir dos cuidados ofertados pela Enfermagem nightingeliana, exercida pela própria Florence ao definir os pacientes por gravidade e colocar aqueles considerados com prioridade de assistência complexa mais próximos ao posto de Enfermagem. Spindola (2003) também discorre sobre um dos pontos de origem dos tratamentos intensivos: as salas de recuperação pós-anestésica e para pacientes traumáticos da 1ª e 2ª Guerras Mundiais, bem como que o cuidado intensivo também teve origens nas unidades de tratamento de queimados, vítimas de envenenamento e pacientes portadores de poliomielite.

O aparecimento da UTI ocorreu paralelamente ao grande desenvolvimento tecnológico e científico, às pesquisas sobre fármacos e ao uso de antibioticoterapia, ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e à necessidade do controle do estado de choque de soldados com grandes perdas volêmicas durante as guerras. Dessa forma, a UTI foi criada na perspectiva de atender a pessoas que necessitassem de observação contínua e de cuidados tecnológicos avançados, por meio de profissionais especializados.

Existem fatores que influenciam diretamente o comportamento daqueles que compartilham da vivência das unidades de terapia intensiva. Spindola (2003) traz o campo emocional como um ponto comumente bombardeado pelas situações consideradas estressantes, que abalam as estruturas emotivas diante das relações que acontecem nesse setor. Para tanto, mostra-se necessário intervir para que as bases do cuidar sejam apoiadas em práticas com um olhar que contemple também o subjetivo daqueles que compartilham o cotidiano da UTI.

Barbosa (1999) aponta que as unidades de terapia intensiva são espaços onde a assistência ao paciente não deve restringir-se somente ao campo instrumental, relacionado às tecnologias duras, pois assim o campo expressivo, relacionado à subjetividade e às inter-relações pessoais, acaba suprimido pela necessidade exacerbada de uma atuação voltada ao campo biológico tecnicista.

Mercês e Rocha (2006) relatam sobre a prática do cuidar da Enfermagem em UTI's centralizada no modelo biomédico, com a concepção do corpo como uma máquina, e corroboram com Barbosa (1999) ao destacar a fragmentação do paciente como um dos focos de atuação de uma prática de Enfermagem que transcenda os aspectos fragmentadores e centralizadores, e procure atuar nos campos emocionais.

Barbosa e Kantorsky (2004) trazem a importância de inserir, junto ao cuidar do paciente, a sua família, tendo em vista que esta é considerada como a base do nosso convívio social, sendo a partir dela que formamos nossas bases para o enfrentamento do

mundo exterior, inclusive da doença e ainda mencionam que o paciente, ao ser internado em uma UTI, acaba sendo privado de seu convívio familiar, sendo, assim, afastado de uma situação que traria uma sensação de segurança e bem-estar.

Gasperie e Radünz (2006) destacam que o ambiente de UTI, devido às suas características, dificulta o processo das relações emocionais dos familiares, aumentando a insegurança destes em relação ao prognóstico de seu familiar interno, relatando a importância do envolvimento do familiar no processo de cuidado a partir das ações da equipe objetivando recuperação do paciente. Descrevem também que os sentimentos relatados por familiares podem ser traduzidos em angústias, desesperança e impotência, e sendo potencializados pelos processos **desumanizantes** que ocorrem, apontados como informações pontuais e assimétricas entre profissionais e familiares.

Molina et al. (2007) corroboram com as ideias supracitadas ao trazer a importância da família no processo de sobrevivência e, também, como espaço de desenvolvimento social, físico e mental, a partir do seu apoio psicológico e ético.

Pinho et al. (2007) trazem uma face que anseia por mudanças, a partir de uma discussão sobre o cuidado da UTI; afirmam ainda que sua complexidade e aparatos tecnológicos desenvolvem uma prática voltada à recuperação do indivíduo pela cura de sua doença, e comentam sobre a necessidade de reflexão para um saber sobre uma concepção ampliada de saúde e doença.

Para tanto, observa-se que existe a necessidade de modificar a atuação da Enfermagem nesses espaços, visto que estes têm por objetivo oferecer conforto àqueles que se encontram internados nessas unidades, mesmo em condições desagradáveis. Assim, Marques et al. (2008) apontam que o cuidar não se refere somente à doença, mas sim a fazer o paciente sentir-se melhor, em todos seus aspectos, psicológico, biológico, pessoal, familiar, através de um processo sistematizado e diferenciado.

Gasperi e Radünz (2006) discorrem, ainda, sobre o cuidar de quem cuida, trazendo a Enfermagem como profissão que está intimamente ligada a este, exemplificando as unidades de tratamento intensivo – unidades de terapia intensiva e unidades coronarianas – como espaços estressores não somente para os pacientes, mas também para aqueles que nelas atuam. Barbosa (1999) corrobora com estes autores ao apresentar o ambiente da UTI como desumanizante, tanto para os pacientes quanto para os profissionais, e enfatizando a necessidade da humanização do próprio trabalhador; ainda cita a incidência de síndrome de *Bournout*, um processo despersonalizante de exaustão emocional que acontece nesses ambientes.

O ambiente de tratamento intensivo demonstra uma face repleta de desafios a serem vencidos para que o cuidar em Enfermagem possa ser reconhecido como uma prática humanizada que atenda às necessidades do paciente, a partir de um olhar ampliado, levando em consideração seus anseios e sentimentos, bem como os de sua família.

Dessa forma, Marques et al. (2008) trazem que na UTI a assistência de Enfermagem está sofrendo mudanças para melhoria do serviço, baseadas na implantação e execução da Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE).

A resolução 358/2009 do sistema (COFEN/COREN) Conselho Federal de Enfermagem/Conselho Regional de Enfermagem traz a SAE baseada no Processo de Enfermagem (PE) como estratégia para a organização da assistência, baseada em um referencial teórico que oriente o PE.

Para tanto, essas resoluções trazem o Processo de Enfermagem dividido em cinco etapas: coleta de dados ou histórico, sendo definida como o momento em que o enfermeiro obtém informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença, de forma sistemática; diagnósticos de Enfermagem, definidos como interpretação dos dados e servindo como base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados; prescrição, ações ou intervenções de Enfermagem que serão realizadas a partir da determinação das fases anteriores.

As duas últimas etapas, implementação e avaliação, correspondem à prática dessas intervenções com a conseqüente verificação de mudanças nas respostas, para determinar se as ações ou intervenções de Enfermagem alcançaram o resultado esperado, verificando a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O cuidado dispensado ao paciente em UTI, necessita ser repensado por aqueles que o fazem, levando em consideração que a aplicação de conhecimentos que são necessários para se obter uma assistência técnica eficiente. Com isso, o enfermeiro pode melhorar suas intervenções dentro da UTI, proporcionando um atendimento mais humanizado e organizado, isto é, com mais qualidade para o doente e sua família.



## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratório, com o objetivo de investigar os fenômenos que envolvem o processo de cuidar em uma unidade de terapia intensiva, através da caracterização e descrição de seus atores e sua inter-relação com o processo de trabalho e de cuidar.

A pesquisa qualitativa, de acordo com Figueiredo (2008), é caracterizadora de estudos que estão direcionados a investigar e compreender alguns fenômenos voltados para percepção, intuição e subjetividade. Do tipo descritivo-exploratório por apresentar, segundo Figueiredo (2008), elementos importantes dos dois tipos de pesquisa que a denominam, pois são traços de pesquisas que têm relevância social e que estão preocupadas com as atuações práticas.

A autora define como sendo descritivas as pesquisas que têm como principal objetivo descrever e caracterizar uma determinada população ou fenômeno, além de se preocupar com relações estabelecidas entre variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, tais como questionário e observação sistemática. E a pesquisa exploratória aproxima o pesquisador à problemática estabelecida e o familiariza com ela, aprimorando ideias e descobrindo intuições.

### **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

O estudo aconteceu em uma instituição privada na cidade de Mossoró, localizada a 297 quilômetros da capital do estado do Rio Grande do Norte, Natal. A cidade tem uma população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), de 244.287 habitantes, para o ano de 2009, sendo considerada a segunda cidade mais populosa do estado. Com relação aos dados de saúde, a cidade possui, 115 estabelecimentos de saúde, 664 leitos de internação em estabelecimentos de saúde total (IBGE, 2010).

A escolha do local deu-se pelo fato de o espaço configurar-se como um ambiente de atuação profissional anterior que proporcionou abertura entre o pesquisador e a

instituição. Esta possui sete leitos de UTI, dos quais três são reservados para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS); os demais são destinados a pacientes com atendimento privado. A UTI do hospital caracterizava-se como geral, pois trabalhava com pacientes graves, independentemente de sua doença; porém, em sua maioria, recebia pacientes com problemas cardiovasculares, endócrinos, neurológicos e renais.

A instituição conta com uma equipe de profissionais de Enfermagem que constava de sete enfermeiros, sendo que cinco profissionais mantêm sua escala fixa na UTI. Havia um profissional durante o período matutino, um no vespertino e um no noturno, ficando locados na escala com um plantão noturno para dois dias de folga. Os demais enfermeiros exerciam atividades na UTI, porém não se caracterizavam como os anteriores devido à maior parte da atividade de sua escala ser realizada em outros setores, como clínica médica e centro cirúrgico; apenas em dias de finais de semana (sábado e domingo), estes estavam na UTI.

Com relação à equipe técnica de Enfermagem, esta era composta por seis técnicos de Enfermagem, com escala fixa nesse setor e dois técnicos que estavam programados em escala (um pelo turno da manhã, outro pelo turno da tarde) para assumir o setor dependendo das condições que se apresentavam diariamente, como necessidades inerentes à rotina (atestados médicos, modificação da rotina diária, como ocupação total dos leitos).

### 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Para o processo de recrutamento dos sujeitos, foi realizado contato prévio com a instituição, explicando os objetivos da pesquisa, bem como os aspectos legais envolvidos. Após o consentimento da instituição, foi realizada a abordagem dos sujeitos, em que os envolvidos foram definidos a partir da aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Dessa forma, obtivemos cinco profissionais entrevistados, três pacientes e três familiares.

#### 4.3.1 Os profissionais

Para incluir profissionais na pesquisa, usaram-se os critérios a seguir: ser profissional da área de Enfermagem, ser funcionário do hospital e estar inserido na escala de profissionais de Enfermagem da UTI no momento da coleta de dados.

Para os critérios de exclusão dos profissionais, adotou-se a escala de férias no período da coleta de dados, ou seja, aqueles que estivessem em férias nesse período não participariam do processo de coleta.

#### **4.3.2 Os pacientes**

O grupo de pacientes foi selecionado a partir do critério de inclusão a seguir: ter suas capacidades cognitivas preservadas e ser ou ter sido paciente da UTI do referido hospital durante o período de coleta de dados.

O critério de exclusão foi não possuir capacidade de responder a entrevista, como impossibilidade de fala e de escuta, mesmo mantendo suas capacidade cognitivas, tendo em vista ser realizada de forma aberta.

#### **4.3.3 Os familiares**

A seleção desse grupo aconteceu a partir dos critérios de inclusão: ter laços familiares e acompanhar ou ter acompanhado todo o processo de internamento do paciente durante o período de coleta de dados.

O critério de exclusão foi ser menor de 18 anos.

### **4.4 ASPECTOS ÉTICOS**

Para manter os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, após a aprovação do projeto de qualificação no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Norte (UFRN), foi solicitada a anuência do local para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE A); com a resposta deste (APÊNDICE B), o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRN.

Aos envolvidos em potencial, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), produzido de acordo com as normas da resolução 196/96. Aqueles que concordaram com a participação na pesquisa assinaram-no, confirmando sua participação.

O processo de pesquisa adotou critérios que envolveram a proteção dos sujeitos envolvidos, como princípios da beneficência, não maleficência e autonomia, além de garantir o anonimato dos participantes e a possibilidade de desistência em sua participação em qualquer etapa do processo.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu no período de maio a junho de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética da UFRN, com o parecer nº 021/2011 e CAAE nº 6580.0.000.051-10 (ANEXO 1).

Foi realizada de três formas, a saber: entrevista semiestruturada com profissionais de Enfermagem, pacientes e familiares, análise das anotações realizadas nos prontuários pelos profissionais de Enfermagem; e observação das atividades desenvolvidas na unidade com foco para a atuação da Enfermagem.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, a definição do número de participantes da coleta de dados deve acontecer após um ponto de saturação, referido por Minayo (2004) como um processo em que o pesquisador qualitativo não busca a generalização de dados, e sim um aprofundamento e a compreensão do fenômeno em determinado grupo social.

##### **4.5.1 Entrevista semiestruturada com profissionais de Enfermagem, pacientes e familiares**

A entrevista conforme roteiro (APÊNDICE F) foi realizada em local apropriado, distante de sons e movimentos de pessoas que pudessem atrapalhar ou inibir a espontaneidade do entrevistado, que pôde escolher o local e o horário, desta forma alguns entrevistados escolheram o próprio local de trabalho em sala reservada, outros definiram a sua própria residência como local da entrevista. A mesmas foram gravadas com aparelho de mp3, e arquivadas em dados digitalizados.

De acordo com Minayo (2004), a entrevista – por se tratar de um instrumento que usa a comunicação para que o pesquisador capte o ponto de vista dos sujeitos – deve ser realizada com um roteiro prévio que permita abertura e facilidade para o entrevistado expor suas opiniões com profundidade, e para que o pesquisador possa manter o foco no objetivo da pesquisa.

Polit, Beck e Hungler (2004) definem a entrevista semiestruturada como um método de autorrelato pouco estruturado por oferecer flexibilidade em relação à obtenção de dados em pesquisas qualitativas, guiando-se apenas por tópicos que devem ser cobertos para que



as áreas em questão sejam abrangidas, encorajando os participantes a falar espontaneamente de cada tópico.

#### **4.5.2 Observação dos registros no prontuário**

Os dados advindos dos documentos da instituição onde ocorreu a pesquisa foram coletados dos prontuários – mais precisamente das anotações de Enfermagem referentes ao cuidar desenvolvido no espaço. Assim, por ser considerado um documento privado, esses dados não pertencem ao domínio público, sendo sua acessibilidade restrita (CELLARDS, 2010).

A necessidade de avaliação destes advém da observação sobre a importância das anotações de Enfermagem para a otimização de suas ações através da SAE, desenvolvida a partir do processo de Enfermagem, crucial na organização do cuidar e descrito como obrigatório nos serviços de saúde a partir da resolução COFEN nº 358/2009.

É preciso destacar que o trabalho da Enfermagem necessita do registro para que este possa subsidiar nossas ações, bem como dar sustentabilidade legal às nossas atividades, pois, sem o registro necessário, o trabalho acaba se tornando invisível, e os resultados provenientes da assistência não podem ser mensurados, resultando em impossibilidade de avaliação do impacto dessa assistência.

Para tanto, observamos a existência das anotações de Enfermagem, bem como de que modo estas são realizadas, procurando evidências sobre o registro do cuidado. Assim, definimos alguns dados a serem observados, que estão descritos no apêndice E.

#### **4.5.3 Observação das atividades desenvolvidas**

Minayo (2004) a observação envolve um processo em que o pesquisador poderá extrair da realidade dados que serão usados para que possamos analisar as representações dos sujeitos a partir de suas atividades de trabalho, expressões, relações com o outro, comportamentos dentre outros. Polit, Beck e Hungler (2004) corroboram com a afirmação anterior trazendo os métodos de observação como importantes para reunir dados, como características e informações do indivíduo, suas atividades desenvolvidas, as comunicações e condições do ambiente.

Os autores ainda trazem que a observação não estruturada é a mais indicada para as pesquisas qualitativas, devido às mínimas restrições envolvidas no processo, além de permitir que o pesquisador possa ver o mundo através dos olhos dos participantes; ressaltam ainda sobre essa observação ser realizada de forma participante, tornando-se parte do funcionamento do grupo ou da instituição e podendo captar melhor as nuances envolvidas.

Flick (2009) traz o processo de observação como ferramenta importante na pesquisa qualitativa, visto que, aliado a outras formas de coleta de dados, como a triangulação, intensifica a expressividade das informações assim reunidas. No entanto, com o foco nos objetivos da pesquisa, essa observação deverá ser realizada com roteiro pré-determinado, conforme apêndice D, e todos os dados relevantes ao processo de análise deverão ser anotados em um diário de campo.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados aconteceu mediante um processo de triangulação, que de acordo com Duarte (2009) é uma proposta que objetiva potencializar as formas de compreensão do fenômeno, através de mais de dois métodos de coleta e análise dos dados.

A mesma autora ainda apresenta quatro categorizações para o processo de triangulação: triangulação de dados, do investigador, de métodos e teórica. Podemos conceituar a análise desta pesquisa como **triangulação de dados e métodos**, referindo-se à captação de dados a partir de diferentes fontes e diferentes formas.

##### 4.6.1 Analisando o conteúdo das entrevistas

A análise ocorreu a partir da proposta de Bardin (1995), ao defini-la como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que usa procedimentos sistemáticos e objetivos na descrição das mensagens obtidas na fase de coleta.

Para o processo de análise de conteúdo, criamos categorias que, de acordo com Bardin (1995), acontecem a partir de um processo de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e em seguida por reagrupamento, segundo

um gênero com os critérios devidamente definidos que seguirão princípios mantendo a fidedignidade dessa análise.

As categorias boas, como o mesmo autor descreve, foram criadas respeitando-se os critérios de exclusão mútua (cada elemento não pode existir em mais de uma divisão), homogeneidade (o princípio anterior depende desta; um único princípio de classificação deve governar a sua organização) e pertinência (quando está adaptada ao material de análise escolhido e pertence ao quadro teórico.)

Minayo (2004) traz um leque de técnicas de análise de conteúdo, porém definimos para esta pesquisa a análise temática; para Bardin (1995, p. 105), “o tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à literatura”.

Bardin (1995) e Minayo (2004) apontam como fases da técnica três momentos: a pré-análise, constituída pela leitura flutuante com o objetivo de estabelecer contato, analisar e conhecer, deixando-se invadir por orientações e impressões; a organização do material e a escolha das unidades de registro e de contexto, bem como a forma de codificação que será realizada.

Assim foi realizado uma escuta de todo o conteúdo gravado durante as entrevistas, com o intuito de fazer relações entre os objetivos propostos, aprofundando as percepções acerca dos relatos obtidos.

Na fase de exploração do material (BARDIN, 1995), foi realizada a codificação com uma transformação efetuada segundo regras precisas de dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração, atingindo uma representação do conteúdo e esclarecendo acerca da representatividade do texto.

Após a uma escuta sensível de todo material das entrevista, relacionou-se as falas obtidas procurando obter as respostas necessárias ao objetivo da pesquisa. Desta forma aquele conteúdo existente que preenchiam a necessidade dos objetivos específico foram organizados e agrupados conforme sua características.

A fase de tratamento dos resultados permitiu colocar em relevo as informações obtidas, agrupando-as em categorias e realizando as inferências, interpretações e análises a partir do referencial utilizado.

Assim para que pudesse ser feito uma adequação/ agrupamento destas respostas fora criados grupos, categorias direcionando as respostas a partir de seu conteúdo específico destinadas a tornar o mais compreensível a análise destes dados.

A saber a organização das entrevistas finalizaram em 2 categorias de análise, a primeira categoria - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS, gerou duas subcategorias – As atividades na UTI na visão dos profissionais de Enfermagem e Definindo o cuidar na UTI na visão dos profissionais de Enfermagem; e a segunda categoria - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS PACIENTES E FAMILIARES com duas subcategorias - A visão dos pacientes e familiares sobre as experiências durante o processo de internação na UTI e O atendimento na visão dos pacientes e familiares.

#### **4.6.2 Analisando o conteúdo dos registros e das observações**

A análise foi baseada na observação dos registros de Enfermagem e teve como ênfase observar o que é descrito nessas anotações, bem como sua coerência com a prática e as respostas. Nesses impressos, procuramos identificar as ações que remetem ao processo de cuidar e a forma como são relatados. Os dados obtidos foram comparados e analisados com a literatura pertinente, enfocando-se os dados exigidos pelo COFEN.

Para tanto, focalizamos nossa análise observando a clareza, a objetividade e a precisão das anotações, bem como o preenchimento completo dos dados do paciente. Durante essa avaliação, observamos também a existência do processo de Enfermagem como base para um planejamento assistencial.

Com relação aos dados coletados durante a observação, analisamos o processo de interação entre profissional, paciente e ainda a existência de envolvimento familiar na assistência prestada.

### **5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

A análise dos dados foi dividida em tópicos e subtópicos representativos das fases e formas que delinearam a coleta, a fim de seguir uma sequência lógica de compreensão desta, sendo esses tópicos classificados como grupos, tópicos que representam os instrumentos de coleta de dados descritos; as categorias representam as discussões extraídas a partir da análise dos dados obtidos, e as subcategorias, as subdivisões desses tópicos.

As entrevistas formam os primeiros grupos da análise, agrupados em dois grandes grupos que representavam aqueles participantes das entrevistas e os envolvidos no

processo de cuidar desenvolvido dentro da UTI, sendo denominadas de análise das entrevistas com os profissionais e análise das entrevistas com pacientes e familiares.

É importante deixar claro que a codificação proposta na metodologia aconteceu de forma simples: o grupo de profissionais entrevistados (enfermeiros e técnicos conjuntamente) representados pelas letras “P” e “r” - Pr e seguidos de números cardinais, Pr1, Pr2, Pr3..., totalizando cinco entrevistados.

Os pacientes e familiares foram representados pelas letras “P” e “F”, respectivamente, seguidos de números cardinais representando também a sequência de entrevistas, P1, P2, P3, F1, F2, F3, totalizando seis entrevistados.

Após esse processo de coleta, as falas foram analisadas seguindo os preceitos de Bardin (1999) e agrupadas a partir de suas representatividades, formando categorias que relatam uma discussão específica; dessa forma, obtivemos quatro categorias, sendo duas em cada grupo.

O próximo grupo representa as observações ocorridas dentro da unidade; neste, usou-se o que foi observado dentro das relações existentes entre os grupos entrevistados que compartilham o espaço da UTI. Foi dividido em três categorias: o cuidar durante a realização de procedimentos, o cuidar e os registros de Enfermagem e o processo de cuidar nas relações interpessoais, sendo este último subdividido em duas subcategorias: interação entre profissionais de Enfermagem e demais profissionais; e interação entre profissionais de Enfermagem, pacientes e familiares.

O grupo seguinte representa as observações feitas a partir da análise dos prontuários, na qual os dados obtidos foram provenientes de leitura e observação dos registros de Enfermagem; então, foram comparados com a resolução 358/2009 do Conselho Regional de Enfermagem.

## 5.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS

### 5.1.1. As atividades na UTI na visão dos profissionais de Enfermagem

Ao descreverem a UTI e as atividades que realizam no setor, os profissionais da equipe de Enfermagem detiveram-se às atividades rotineiras e burocráticas próprias do campo de atuação, como organização de material, pendências do plantão anterior e exames a serem realizados. Com isso, percebe-se que a equipe de Enfermagem da UTI em

questão ainda realiza um trabalho mecanizado, centrado no desenvolvimento de atividades corriqueiras e não faz menção ao processo de cuidar, como pode ser percebido nas falas a seguir:

Primeiro você tem que fazer o *check-list*, checar psicotrópicos, material, checar carro de urgência, os respiradores, se tá tudo ok, coordenar a equipe dos técnicos, visitar cada paciente, perguntar o que cada um tem [...] questão de prontuário também, tem até protocolo de prontuário também, todas as folhas você tem que entregar no faturamento ou na clínica, anotar e assinar, tem o protocolo da CCIH, que acho muito interessante do controle da infecção. (Pr2)

Ao chegar recebemos o plantão, a gente vai vendo o que é prioridade, o que é mais urgente, exame, sonda pra passar, coisa que não dá pra esperar. Você vai direcionando, dá sequência normal. (Pr4)

Elas partem desde o cuidado propriamente dito, em chegar no paciente fazer uma medicação, fazer o procedimento mais invasivo, como também as questões de gerência, gerenciamento de pessoal, dos próprios funcionários, às vezes tem um a necessidade maior de estar aumentando a equipe da UTI, ou mesmo fora da UTI [...] tem que conferir o material, ver se a UTI tá pronta pra receber uma urgência, ver se tem ventilador mecânico pronto, ver se tem material pronto. Se a UTI tá arrumada pra receber paciente. (Pr5)

As falas anteriores corroboram com Barbosa (1999) e Spindola (2003) ao descreverem a UTI como um local onde a necessidade de um trabalho com maior concentração e responsabilidade conduz o profissional a uma postura tecnicista, preocupada com a execução de atividades rotineiras.

Baggio et al. (2010) apoiam as autoras acima, quando trazem que a equipe da UTI tem sua atenção voltada para a doença, diagnóstico, condutas e procedimentos, muitas vezes ignorando a existência de um ser dotado de subjetividade.

Preto e Pedrão (2009) e Rosa et al. (2011) definem a UTI como um local que utiliza técnicas e instrumentais de alta complexidade para atender a pacientes graves em constantes alterações em seu quadro de saúde, necessitando de vigilância contínua e de cuidados intensivos, tomando-se, assim, um ambiente mais mecanizado e menos propício à área emocional-expressiva do ser humano.

Na fala de Pr5, pode-se perceber a semelhança com a discussão de Martins et al. (2009) ao mostrar que a Enfermagem ainda reproduz o modelo assistencial biomédico, baseado na divisão técnica do trabalho e separando as tarefas gerenciais daquelas direcionadas aos cuidados prestados diretamente ao paciente. Porém, apesar da existência de uma preocupação de todos os profissionais entrevistados em citar em primeiro lugar o

início do plantão e suas obrigações, caracterizando-se um modelo procedimento-centrado, estes se mostram atenciosos no que diz respeito à atenção sobre as questões das emoções humanas.

Os profissionais relataram que em meio à sua rotina procuram oferecer uma atenção que compartilha de princípios humanísticos, levando em consideração as questões relacionadas ao subjetivo, como ouvir o paciente e conversar com este, como apresentado a seguir:

Durante o dia é só trabalho, eu trabalho em UTI faz mais de 10 anos, quando eu chego e receber o paciente né! Verificar sinais vitais, serviço do técnico de Enfermagem mesmo, banhar, ajudar nas higiênes, administrar os medicamentos, conversar, dar aquele apoio, ouvir. (Pr3)

Atividades de um tudo. Banho no leito, punção venosa (por mais que eu esteja apressada eu procuro conversar , explicar), auxílio na passagem de sonda. (Pr1).

É importante que a condição psicossocial do paciente tome-se foco de atenção para o profissional. Pinho e Santos (2008) citam que a Enfermagem deve utilizar-se do diálogo, da interação interpessoal, das técnicas e procedimentos para cuidar. Entretanto, as autoras compartilham com Baggio et al. (2011) a ideia de que, em determinadas ocasiões, mesmo com o esforço dos profissionais no sentido de humanizar o cuidado, esta é uma tarefa difícil.

Concorda-se com Barbosa (1999) que é fundamental a necessidade de a Enfermagem unificar o lado objetivo, sem perder a capacidade de atuar com perícia técnica e científica, e o lado subjetivo, não deixando esvair-se a sensibilidade humana.

Rosa et al. (2011) descrevem a UTI como um local de condições que podem desencadear estresse nos pacientes pelas situações que exigem adaptação física e psicológica, ou mesmo por se sentirem ameaçados, com medo e ansiosos, além de estressores psicológicos, como a privação do sono, a solidão, a ansiedade e o barulho. Baggio et al. (2011) complementam essas afirmações ao comentar que na UTI também há desconforto, impessoalidade, dependência da tecnologia, isolamento social, falta de privacidade, contribuindo para a perda de identidade e autonomia.

Dessa forma, as atividades técnico-burocráticas da instituição parecem se sobrepor às necessidades dos pacientes, sendo estes colocados por alguns profissionais em primeira escolha, demonstrando ações que se referem às questões do subjetivo apenas

como parte de uma rotina necessária ao cumprimento do trabalho, e não como parte importante.

### 5.1.2 Definindo o cuidar na UTI na visão dos profissionais de Enfermagem

Durante as entrevistas, observaram-se tentativas de se encontrar definições para o termo *cuidar* e percebeu-se que, na maioria das vezes, os entrevistados demonstraram uma preocupação em uma assistência que envolvesse outros aspectos além do fazer técnico-curativo.

Dentre essas, o ato de escutar o outro foi mencionado como fator primordial para esses profissionais, relatando-o como uma forma de carinho e de demonstrar seu desvelo para com os pacientes, conforme apontam as falas:

[...] Além das atividades e ter o paciente como ser humano é dar carinho, escutar as queixas, poder ouvir um pouquinho o que tem a dizer, o que está acontecendo no dia a dia com ele, às vezes a gente tem um pouco de falta de tempo, a gente percebe várias coisas que podem cuidar dele. (Pr1)

Cuidar não é só administração de medicamentos, você tem que ter tempo pra ele, não é só aquele trabalho mecânico. Aquela rotina, no dia a dia, dependendo para cada paciente você tem um tratamento, uma forma de cuidá-los. (Pr2)

Nesse sentido, Mercês e Rocha (2006) refletem sobre o diálogo que acontece no cotidiano da Enfermagem a partir das ações que os enfermeiros desenvolvem durante sua assistência. Porém, para que se possa realmente desenvolver ações pautadas em um olhar mais humano, é necessário que profissional e paciente estejam disponíveis um para o outro, desenvolvendo uma escuta que capte além de informações de sinais e sintomas, como desejos, sentimentos e comportamentos, planejando um cuidado adequado.

Baggio et al. (2011) demonstram que os enfermeiros de unidades de terapia intensiva preocupam-se em manter os pacientes informados sobre suas condutas e, assim, os profissionais tentam passar confiança através do respeito, da ética e da comunicação.

Em outros momentos da entrevista, alguns profissionais mostraram que o tempo despendido para estar ao lado do paciente, além de configurar-se em um momento de escuta terapêutica, também pode oferecer informações importantes na decisão de uma



terapêutica a ser instituída, porém esta fica limitada e presa ao saber médico, como descrito na fala a seguir:

Quando a gente tá conversando com o paciente, a gente não está jogando conversa fora, a gente está investigando. Aquele tempo que a gente passa no leito não é perdido, a gente colhe informações valiosas, que podem influenciar até em um futuro procedimento médico. (Pr5)

Percebe-se que os profissionais compartilham da compreensão de autores como Barbosa (1999), ao discutir sobre a importância da formação do vínculo entre profissional e paciente que transcenda a área instrumental e possa perceber-se responsável pelo cuidar do paciente.

Nascimento e Erdman (2009) relata que o cuidado em uma relação transpessoal seria uma preocupação pela dignidade do outro, ao se invadir o espaço fenomenológico podendo melhorar seu campo de percepção e conhecer as necessidades do outro e não somente visualizar fins de ações técnicas. De acordo com Souza, Pereira e Kantorski (2003), o ato de escutar pode nos levar aos espaços objetivos e subjetivos do outro, em que se usa além da compreensão técnica, uma compreensão emotiva a partir de um conjunto de percepções vivenciadas nesse momento.

Geralmente eles têm muito a dizer, o que sentem, por que estão aqui, muitos, às vezes, são mais problemas pessoais, em casa, depressão, filhos alcoólatras, então, quando a gente tem aquele tempo para ouvir, eles já se sentem bem melhor, bem mais confortável, é como se eles dividissem aquela angústia que estão sentindo. (Pr2)

Oliveira e Bruggeman (2003), corroborando com Souza, Pereira e Kantorski (2003), trazem à discussão que a comunicação é indispensável, sendo parte das atividades do enfermeiro e proporcionando um correto planejamento da assistência, além de manter um senso de humanidade e compreensão do outro, formando um vínculo entre profissional e paciente, melhorando a capacidade de agir e propiciando bem-estar ao ser humano.

Baggio et al. (2011) relatam que é importante a comunicação entre profissional e paciente, pois a partir desta pode-se identificar seus desejos, vontades e opiniões, podendo este decidir sobre a conduta e compreender o que acontece com ele.

Em outra fala, observa-se a preocupação em oferecer ao paciente um ambiente menos agressivo, pois de acordo com os profissionais este se configura como um setor muito inóspito para os pacientes que ali estão. Assim, a fala a seguir representa a

importância dessa preocupação em tornar o setor um ambiente menos obscuro para os pacientes.

Quando recebo o plantão, vou lá no paciente, converso com ele, vejo se ele está evoluindo para melhor ou para pior, sempre mantenho esse diálogo, não só uma vez durante o dia, mas mais de uma vez eu vou à cabeceira e pergunto o que ele está sentindo, porque é muito interessante esse apoio, já que ele se sente aqui longe da família, um ambiente de pessoas estranhas, isso é muito importante para que favoreça a ele um ambiente agradável, que ele não se sinta no meio de estranhos, se sinta num ambiente mais familiar. (Pr3)

Rosa et al. (2010) e Mercês e Rocha (2003) discutem sobre o processo de internação em UTI como um rompimento brusco no modo de vida. Após sua admissão, o paciente tem sua autonomia abalada e o seu poder de decisão acaba sendo transferido para as mãos de profissionais. Nesse período, ele vivencia desconfortos físicos e psicológicos, causados pelo ambiente de alta tecnologia e por pessoas estranhas, responsáveis pelo seu cuidado.

Contudo, o processo de humanizar nem sempre se finaliza com um envolvimento entre profissional e paciente, o que descaracteriza o verdadeiro sentido do cuidar humano, como Waldow (2004) enfatiza que o cuidar deve ser um processo de envolvimento entre o ser que cuida e o ser cuidado; caso contrário, ações isoladas e que não permeiam tal compreensão resultam em um processo mecânico, de perguntas, respostas e ações pontuais.

Como defendem Pinho e Santos (2008), essa tentativa de tornar o cuidado mais humanizado algumas vezes termina em um trabalho morto, em que a aproximação servirá apenas para passar informações ou recebê-las, filtrando o que é necessário para intervenções e confirmando um modelo biomédico.

Os profissionais entrevistados também consideram importante a atenção que é oferecida à família; isso é demonstrado ao ser citada durante as entrevistas a preocupação em receber da melhor forma possível aqueles familiares ou acompanhantes. A informação ao familiar ajuda na compreensão e diminuição da angústia, sendo ofertada no momento em que seja solicitada e rompendo com as amarras das rotinas impostas, como representado pelas seguintes falas:

A família, às vezes você vê ela chegando, um tanto ansiosa, estressada ali, é falta de informação, explicação, esclarecimento sobre suas dúvidas, medos e anseios, por estar com uma pessoa querida aqui dentro. (Pr4)

Essa informação é dada, normalmente a gente repassa em horário de visita, ali é passado todo o quadro e, se fora do horário precisar, a gente também está disponível, numa boa. Cuidar é toda assistência que envolve desde a família. Às vezes, a gente se detém tanto na prestação dos cuidados físicos, os processos de enfermagem, e deixa essa parte de lado, mas o cuidado envolve tudo isso. (Pr4)

A família é importante e deve ser considerada em todo o processo de permanência de um paciente em uma unidade de internamento. Inaba e Thelles (2005) relatam a relevância da presença do familiar durante o período de internação do doente, pois, para a prática investigacional da Enfermagem, o familiar pode oferecer as informações que ajudam a decodificar os gostos, manias, expressões dos pacientes, e isso auxilia no processo de cuidar e no restabelecimento de sua condição de saúde.

Oliveira et al. (2010) reforçam a necessidade do acolhimento à família dos pacientes, pois essa é parte indispensável do processo de humanização da assistência, oferecendo apoio emocional, informações e orientações, e possibilitando uma compreensão real da situação.

A atenção nas condições de trabalho do profissional é outro ponto considerado imprescindível na visão dos entrevistados, em que os profissionais demonstraram preocupação em manter uma qualidade. Eles mencionam fatores que levam à diminuição da qualidade na forma como o profissional exerce seu trabalho, ao ser submetido a cargas excessivas de estresse emocional e de trabalho, como descrito a seguir:

Essa questão de cuidar, quando você fala de cuidar, você direciona esse cuidar somente no paciente. Mas cuidar a gente precisa cuidar também desse cuidador, para que ele cuide bem desse doente, aí eu sempre procuro ver como as meninas estão, que às vezes elas trabalham em dois hospitais, chegam muito cansadas, gosto de conversar, porque se às vezes precisar de dobrar, eu evito isso, libero a outra para que ela não fique muito cansada e não preste uma boa assistência. (Pr3)

Outra pessoa que às vezes é cuidada também é o profissional, né! nossos técnicos de Enfermagem, às vezes é um procedimento que às vezes tem uma maior pressa, ou perde uma sensibilidade, por exemplo, uma punção venosa que ele faz sem luva, então nesse cuidar, nessa questão de organização. (Pr5)

Gasperi e Radünz (2006), corroborando com Barbosa (1999), cita, também, a unidade de cuidados intensivos como um local onde as atividades geram estresse nos profissionais pela responsabilidade criada ao cuidar de pacientes graves, realizando procedimentos complexos, além do estresse emocional constante.

Preto e Pedrão (2009) relatam o desgaste que os profissionais da Enfermagem sofrem na UTI ao realizar a assistência, devido à exigência para prestá-la com competência. Além disso, existem outros fatores, como iluminação, ambiente fechado, condição de frio constante, ruídos e estresse emocional, provocando desmotivação, conflitos entre os membros da equipe e estresse entre o grupo ou individualmente.

Alguns dos profissionais entrevistados explicitaram a preocupação em manter esse cuidador nas condições adequadas para que possa oferecer uma assistência de qualidade. O estresse e a sobrecarga são discutidos por Radünz (2005), ao trazer a influência de uma atividade laboral, especificamente a Enfermagem no cuidar do ser humano, evidenciando a necessidade de compreender um cuidar que também está associado ao profissional de Enfermagem.

É perceptível que os profissionais possuem uma compreensão de cuidado limitado aos conhecimentos e vivências, que são esboçados em expressões esparsas e superficiais que permeiam a definição de um cuidar fragmentado em ações distintas; percebemos que existem definições diferentes em uma mesma fala.

Existem várias formas de cuidar, hoje o cuidar que eu exerço assim é um cuidar prático, aquele cuidar que você faz uma ação pontual, você vai no paciente, faz uma medicação, vai no paciente, faz um procedimento invasivo, no momento em que eu tô lá fazendo esse procedimento, eu já aproveito e vejo se tem alguma outra necessidade, se tá acordando de uma sedação, brigando com um ventilador ou então tá com pico hipertensivo, são cuidados de forma a restabelecer uma harmonia da saúde dele, mas ainda falta o cuidado de você chegar e ver outras questões, hoje a gente está com um paciente consciente e orientado, então não tem como você escutar. (Pr5)

Mercês e Rocha (2006) e Barbosa (1999) enfatizam que o profissional da UTI continua com uma concepção biomédica do cuidar, fragmentando o sujeito e conseqüentemente suas ações, refletindo na priorização dos aspectos físicos, em detrimento dos outros, comprometendo a construção de uma assistência mais humanizada, o que evidencia a necessidade de uma complementaridade com a subjetividade.

Pinho e Santos (2008) discutem sobre a dialética entre o pensar e o fazer na prática da Enfermagem, relatando que o homem que atua praticamente pode não possuir uma consciência teórica de sua ação e de suas finalidades; assim, sua consciência teórica pode entrar em contradição com o seu agir, levando o profissional a uma condição de teoria explícita, em sua fala, destoante de sua prática.

Essa forma isolada e hierarquizada de agir descaracteriza a essência do cuidar discutida por Waldow (2004) e Nascimento e Erdman (2009) as quais trazem que o processo de cuidar deve acontecer de forma única, e que o princípio deste não deve focalizar a cura, e sim o bem-estar e o contato com o outro, a partir de uma relação de entrega e reciprocidade entre um ser humano e outro.

## 5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS PACIENTES E FAMILIARES

### 5.2.1 **A visão dos pacientes e familiares sobre suas experiências durante o processo de internação na UTI**

Nas entrevistas, podemos perceber uma dualidade sobre o processo de internação em UTI. Ao perguntar sobre suas vivências, obtiveram-se respostas divergentes, em que alguns demonstravam uma experiência mais estressante e outros afirmavam um período sem problemas.

O ser humano pode ser considerado um ser complexo que possui modos diferenciados de viver a vida; cada um possui envolvimento, ações e desenvolvem concepções, bem como modos de enxergar o espaço em que vive de formas diferentes, refletindo diretamente nas suas experiências de vida.

Benaszzi, Figueiredo, Bassani (2010) consideram importante que o ser humano seja ator ativo e participativo no seu cuidado, tendo em vista considerar seus distintos valores, crenças e visões de mundo. Assim, para entendê-lo é preciso propiciar ao usuário o direito de expressar sua percepção sobre o atendimento a ele dirigido, exercendo, dessa forma, sua cidadania.

Aquelas pessoas que descreveram situações mais estressantes tiveram uma experiência, segundo elas, desagradável, relacionada a conhecimentos técnicos de alguns profissionais quando estes não conseguiram ofertar uma assistência resoluta de imediato. Outro ponto foi as condições de funcionamento da unidade, relatadas como insuficientes para resolver determinados problemas de gravidade maior, como exemplificado a seguir:

A entrada da UTI foi um pouco constrangedora. O médico da UTI não queria aceitar, achava que era coisa de pronto socorro mesmo. (P1)

Houve uns contratempos nossos com o hospital... Deixa a desejar se for algo grave..., nós estávamos precisando de uma medicação, e o hospital não tinha a medicação toda, era preciso ser feita essa medicação, precisava ser feita com urgência, e ela foi feita 46 horas depois, porque eu cheguei e reclamei... Eu acho, assim, que uma UTI deve estar preparada para coisas sérias. (F1)

Isso confirma que a internação dentro de uma unidade hospitalar também gera fatores estressantes para os pacientes e familiares, que podem colocar em risco a continuidade da assistência e trazer prejuízos para o paciente.

Nesse contexto, Diabi e Cade (2009) descrevem a percepção compartilhada entre familiares e pacientes sobre o processo de internamento, caracterizando o ambiente como desagradável, confuso, que pode gerar sentimento de rejeição, insatisfação e insegurança, também implicando em manifestação de desgaste físico e emocional. Quando o hospital não oferece condições para um bom funcionamento, esses sentimentos podem se tornar mais enfáticos.

Contraopondo-se às situações exemplificadas acima, obteve-se, pelas falas a seguir, uma visão mais tranquila, pois o que se percebe é que nem todos tiveram a mesma experiência, relatando um processo sem atropelos, afirmando um atendimento de boa qualidade.

Pra mim, o atendimento foi excelente. [...] A gente foi atendido muito bem, todas as vezes que fomos pra visita fomos muito bem atendidos. (F2)

Gostei mais do hospital daqui do que o outro que estive antes. O pessoal conversava, explicava tudo. (F3)

Porém, apesar dessas dissensões encontradas, todos os entrevistados emitiram uma opinião única sobre a maioria dos profissionais que atuam na UTI: eles relataram ser bem atendidos por estes.

O que chama a atenção é o foco, da maior parte dos entrevistados, na figura médica. Existiram situações, durante as entrevistas, em que o entrevistador tentou estimular o entrevistado a relatar algo mais, perguntando sobre a equipe de saúde, porém as respostas não enfocavam uma visão multidisciplinar.

Ao indagar sobre o cuidado dentro da unidade, e perguntando sobre quem foram os cuidadores dos pacientes dentro da UTI, obtivemos respostas que demonstravam uma concepção de cuidado fracionada e diferenciada para cada profissional.

Entrevistador: por quem que ele foi cuidado?

Entrevistada: como assim: de médico ou de enfermeira? (P1)

Entrevistador: por quem o senhor foi cuidado?

Entrevistado: teve dra.Rosa<sup>1</sup>, teve aquele dr.Cravo<sup>1</sup>, teve outro médico lá, mas eu não estou lembrado o nome. O pessoal de enfermagem verificava pressão, media a temperatura. (P2)

Dentre os entrevistados, apenas dois se referiram diretamente ao cuidado dos profissionais de Enfermagem:

Quem cuidou de mim: as enfermeiras propriamente ditas, as auxiliares de enfermagem são excelentes profissionais, são boas, muito boas. Extra-hospital assim, não, o médico me dava atenção, claro. (P1)

Todos cuidaram dele, todo mundo cuidou muito bem, o quadro de enfermagem daqui é maravilhoso, não desmerecendo os médicos, mas o quadro de enfermagem é muito bom. (F1)

Essas falas demonstram uma percepção de que o cuidar oferecido aos indivíduos que são atendidos na UTI é fragmentado e biologicista, pois as falas não contemplam uma compreensão de totalidade, de cuidado, como uma relação entre um ser e outro. A maior parte dos entrevistados ainda vê o cuidado centrado no médico e a Enfermagem destinada a realizar procedimentos.

Com a discussão de Oliveira e Girardello (2006), sobre a satisfação do usuário, pode-se inferir que a percepção do cuidado pode estar ligada ao modo como o profissional age dentro do espaço de atuação, sendo o cuidado não centrado apenas nos procedimentos técnicos, mas também em situações que expressam confiança ou empatia por parte do profissional, e, se a Enfermagem não preocupar-se com isso, ela desaparece e deixa de ser visualizada como cuidadora.

### **5.2.2 O atendimento na visão dos pacientes e familiares**

Os entrevistados foram questionados acerca do cuidado que recebiam por parte dos enfermeiros, e obtiveram-se respostas com relatos de diversas experiências, ao citarem situações vividas que refletem sua concepção sobre a Enfermagem, ou mesmo ao tentarem descrever diretamente sua opinião sobre o cuidado.

O carinho e a atenção dos profissionais de Enfermagem foram bem enfatizados pelos entrevistados. Os pacientes expuseram a preocupação desse profissional em manter um diálogo durante o período de internação. Esse tipo de vínculo não estava restrito apenas a informar sobre o que acontecia ou não dentro da UTI, ou sobre os procedimentos realizados, mas também existia iniciativa por parte da Enfermagem para manter um diálogo como uma tentativa de mostrar-se preocupado ou manter contato com os pacientes.

O que eu queria era tomar um banho, aí alguém lá das enfermeiras foi atrás de saber se eu podia tomar um banho mesmo. (P2)

O cuidado eu classificaria de muito bom a excelente. Eu pontuo pra equipe todinha não, tem alguns profissionais médicos que dão pouca atenção aos pacientes da UTI. O pessoal da enfermagem já é 100 por cento. Conversavam, perguntavam o que sentia. (P1)

A Enfermagem nesse espaço consegue manter um atributo necessário para que o cuidar seja baseado na ligação entre o ser que cuida e o ser cuidado; o vínculo entre esses dois participantes torna o processo de internamento menos doloroso e menos estranho para ambos. O diálogo citado nas falas representa essa ponte necessária à aproximação e indispensável nesse processo.

Gomes et al. (2011) definem que existem diversas formas de contribuir para que o ambiente do hospital se torne menos agressivo, sendo uma delas através de relações dialógicas, reduzindo seus medos e ansiedades. Partilhando da mesma compreensão e complementados por Braga e Silva (2007), dizem que o processo de comunicação permite essa interação interpessoal, de comunicação verbal e não verbal, na tentativa de trazer um cuidado mais humanizado.

Outros pacientes demonstraram essa preocupação do profissional para com eles, descrevendo algumas situações específicas, em que se pode visualizar:

Assim, pra eu ir ao banheiro, chamava as meninas, chamei, aí ela veio, me pegou pelo braço e levou ao banheiro [...] depois me levou pelo braço pra cama [...] aí sempre conversava. (P3)

- O senhor conversava?
- Não, não.
- Mas o pessoal conversava?
- Sim.
- O senhor gostou?
- Foi bom, distraía. Tinha uma menina lá que começou a brincar [...] eu fazia só sorrir com as brincadeiras dela... foi bom: eu distraía... (P2)



A presença de algumas formas descontraídas, algumas maneiras de manter contato com o paciente a partir de conversas, sendo estas focalizadas em assuntos que pudessem diminuir a tensão dos pacientes internos, podem ser usadas como ferramenta, o que reforça a preocupação da Enfermagem em não direcionar suas ações somente à realização de procedimentos.

Inaba et al. (2005) comentam sobre essas atitudes, definindo-as como uma comunicação que vai além do verbal, importante ao atendimento de pacientes críticos, contribuindo para proporcionar oportunidades de interação entre profissional e paciente, gerando confiança, sensação de segurança e satisfação.

Os familiares que foram indagados sobre o cuidado da Enfermagem descreveram esses profissionais como um pessoal carinhoso e atencioso, sempre solícito para fornecer informações, o que evidencia uma preocupação em dar atenção aos familiares, como apresentado a seguir:

Eu atribuo uma nota nove ao carinho, à atenção de chegar lá, de dizer como você tá, essa preocupação de conversar, de chegar junto, de participar com a família. Se eu chegasse lá na porta da UTI e precisasse de um enfermeiro, eles vinham, eles tinham aquela preocupação não só com o paciente, mas sim com a família. (F1)

Porém, nem todas as experiências foram positivas. Algumas entrevistas mostraram a distância entre os profissionais e o familiar, como exemplificado a seguir:

Meu contato lá, eu só tive de falar quando ela veio pedir as coisas lá de limpeza. (F3)

Apesar de o contato com os pacientes ter sido demonstrado como atencioso, não se observou isso em todas as falas dos familiares. Existiram momentos de uma aproximação maior entre o profissional e o acompanhante, porém, em uma situação específica, o que se demonstrou foi um contato frágil, pautado apenas em informações normativas.

Mauriti e Galdeano (2006) falam do contato superficial, burocrático, formal e despersonalizado, e concordam com Elsen, Marcon e Santos (2002) quanto às normas e rotinas dos hospitais, as quais podem engessar as possibilidades de um cuidado mais humano.

### 5.3 ANÁLISE DAS OBSERVAÇÕES

O período de permanência no hospital destinou-se, também, à observação do cotidiano da UTI. Para tanto, o foco dessa observação deu-se a partir de um olhar para as atividades exercidas pelos profissionais de Enfermagem, bem como para as relações entre estes e pacientes, familiares, demais profissionais e seus registros.

Em uma visão geral, o cuidado realizado pelos profissionais ocorre de forma fragmentada ou insipiente na maioria das vezes, pois o que se observou foi uma delimitação hierárquica de atividades, que prejudicava o verdadeiro sentido da prática do cuidar.

Waldow (2008) traz o cuidar como diferenciado da realização de procedimentos, já que é mais do que simplesmente hierarquizar e efetivar ações, pois expressa-se no interesse do bem-estar do outro, na interação entre dois seres, no olhar para o subjetivo do ser humano.

Alguns profissionais, em sua maioria técnicos de Enfermagem, mantinham uma preocupação em desenvolver uma assistência técnica de qualidade relacionada ao **fazer**, bem como realizar os registros de Enfermagem e dos materiais utilizados durante o plantão, o que significava parte essencial de suas atividades, já que o repasse de verbas feito ao hospital dependia diretamente dos registros feitos por esses profissionais.

Outros profissionais, os enfermeiros, detinham-se à execução de técnicas restritas, consideradas mais complexas e inerentes por lei à sua ocupação, mas também traziam para sua demanda de trabalho atividades que não são próprias da sua profissão.

Essas observações foram organizadas a partir do que se pode captar ao acompanhar o cotidiano no que tange à realização dos procedimentos por parte dos profissionais de Enfermagem, discutindo sua importância e influência para o paciente.

Em outro momento, discutir-se-ão as relações interpessoais que existem nesse espaço, relatando o envolvimento da Enfermagem com os demais profissionais, pacientes e familiares envolvidos no ambiente da UTI.

#### 5.3.1 O cuidar durante a realização de procedimentos e seus registros

Os registros de Enfermagem foram observados e analisados quanto aos aspectos que envolviam uma compreensão holística do ser humano, considerando sua subjetividade e os padrões de anotações de Enfermagem descritos na resolução COFEN nº 358/2009, que norteia como devem ser realizados, focalizando-se em uma sistematização da assistência de Enfermagem.

Com relação a realização de procedimentos, percebeu-se que os enfermeiros não estavam sempre presentes no espaço da UTI e, quando estavam, na maioria das vezes, detinham-se à realização de procedimentos técnicos mais complexos, como sondagem nasogástrica, punção venosa em que o paciente apresentassem acesso venoso de difícil punção, ou a dar resolutividade a questões administrativas e burocráticas, como marcação de exames e remoção de pacientes.

Os registros dessas atividades não eram feitos pelos enfermeiros; essa obrigação ficava sob responsabilidade de um membro de sua equipe técnica de Enfermagem. Apenas em situações de admissão e fechamento do balanço hidroeletrólítico, eram realizados por esses profissionais. A outra situação refere-se ao momento de admissão de uma paciente recém-chegada à UTI.

Tal atitude é conflituosa com relação ao código de ética dos profissionais de Enfermagem, descrito na Resolução do COFEN 311/07, ao citar as proibições no seu artigo 42: “assinar ações de enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro”.

O contato entre enfermeiro e paciente enfrentava obstáculos que dificultavam a formação de um vínculo entre esses atores, levando a um distanciamento e, conseqüentemente, a um contato restrito a coletas de dados, execução de procedimentos, explicação sem direito a opinião, ou seja, verticalizado e de via única.

A forma como acontecia destoava completamente do preconizado para uma assistência humanizada de qualidade. No geral, a admissão era feita descrevendo-se o que era visto pelo enfermeiro, a distancia, sem considerar uma aproximação com paciente ou seu familiar. Em poucos momentos, observaram-se situações em que um profissional decidia realizar um exame físico no paciente, seguindo a observação básica de análise neurológica, exame físico do tórax, abdômen, pele, bem como algumas perguntas sobre história pregressa e atual de doenças, uso de medicamentos e período de internação anterior.

Ao término de sua coleta de dados junto ao paciente, algumas enfermeiras realizavam todo o processo e a anotação. Percebeu-se que os demais profissionais

achavam esse desprendimento diferente do cotidiano, o que levou a serem tratadas com distinção. Contudo, não se percebeu uma aproximação maior dos enfermeiros após essa atividade, que se restringiu ao acompanhamento de evolução do quadro clínico através das informações obtidas pelos demais membros da equipe de Enfermagem e outros profissionais.

Quanto à realização de procedimentos feita pelos enfermeiros, esta não se diferenciava da anterior: o preparo do material era feito ou solicitado à sua equipe técnica; ao se aproximar do paciente, explicava-se apenas o que seria feito e não como seria feito; e, em poucas vezes, visualizou-se preocupação com as ansiedades, medos e benefícios que os procedimentos poderiam causar no paciente, nem com o que este sentia em relação a isso.

Waldow (2004) descreve as situações de interação entre profissional e paciente como verdadeiros monólogos, ou sessões de perguntas e respostas sem muito contato físico, mantendo as características mecanizadas e tecnicistas de um modelo positivista que exclui ações de informar, apoiar, conversar, enfim, ações que levem a um vínculo interpessoal.

Outra atividade cuja importância era notória para o profissional enfermeiro foi a coordenação da equipe e das atividades burocráticas, que se sobrepõem à importância do contato entre paciente e profissional, como marcação de exames, questões administrativas sobre transporte de pacientes, separação e distribuição de medicamentos em finais de semana; todas essas atividades o mantinha com uma visão geral do funcionamento do hospital e de sua unidade, porém superficial em relação ao paciente.

Em relação às atividades da equipe técnica de Enfermagem, os procedimentos mais comuns realizados eram higiene e conforto, punção venosa, administração de medicamentos, anotações de uma forma geral de todos os acontecimentos do plantão.

Em todas as situações de realização de procedimentos que envolviam a Enfermagem, percebeu-se que todos os profissionais, ao se aproximar do paciente, explicavam o que seria feito; porém era algo superficial, o que mais parecia com um protocolo a ser seguido, e não uma real preocupação em tornar o paciente partícipe.

Waldow (2004) traz as relações de vínculo profissional como uma interação que existe, um relacionamento entre o ser que cuida e o ser cuidado, em que existe uma troca de conhecimentos, um crescimento conjunto a partir da confiança.

A partir dessa análise, confirma-se uma visão tecnicista, fragmentada e superficial do paciente, presente nos achados dos registros, bem como uma fragilidade da assistência,

causada pelo desconhecimento e despreparo de toda a equipe, resultando em uma descontinuidade das ações e trazendo prejuízos para a Enfermagem, que não consegue se mostrar eficiente.

O reflexo não atinge somente a Enfermagem, mas também o modo como esta põe em prática seus conhecimentos na situação em questão. Com a má formação do processo assistencial de Enfermagem, conseqüentemente serão comprometidos o conforto e a segurança do paciente.

As anotações feitas durante o período atuante de cada equipe relatam escritos como o recebimento de cada paciente após o início do plantão, considerando seu estado geral a partir de um olhar pouco sólido, levando-se em conta apenas o que é captado com os olhos no momento de aproximação do profissional, como um objeto a ser entregue e protocolado. As demais informações adicionadas restringem-se a alterações do padrão biológico e a visitas de profissionais de outras especialidades médicas.

Carvalho e Nogueira (2010) chamam a atenção para as atividades de registro desenvolvidas pela Enfermagem, as definem como fragmentadas, superficiais, repetitivas, automatizadas e que não retratam a realidade completamente; nem sempre são realizadas de forma consistente, limitando-se à demonstração gráfica das tarefas e rotinas de serviço.

As informações constantes nos registros detêm a superficialidade do olhar da Enfermagem. As admissões apresentam informações sobre local de origem, queixa atual, história pregressa, hábitos de ingestão de álcool e drogas e sinais apresentados na inspeção, não contemplando outros aspectos importantes do exame físico ou aspectos subjetivos do paciente.

Costa, Paz e Souza (2010) remetem a uma discussão sobre a importância do exame físico e de seu registro em prontuário, possibilitando a análise da assistência prestada e estabelecendo a comunicação de informações pertinentes com a finalidade de assegurar a continuidade da assistência.

Com relação à posição ética sobre a coleta e anotações desses dados, percebe-se que existe um julgamento crítico, entre os próprios profissionais, sobre as opiniões, hábitos e cultura do paciente, porém isso não afetava a forma como era feita a assistência ou mesmo aparecia nos registros da Enfermagem.

Vigo et. al.(2003) e Carvalho e Nogueira (2006) discutem sobre a ética dos profissionais nos registros de Enfermagem como um dos pontos mais importantes, sendo um dos aspectos fundamentais, a ser realizado de modo objetivo, sem preconceito, valores, julgamentos ou opinião pessoal.

As respostas obtidas durante a coleta de dados relacionadas à pessoa, família e coletividade são contempladas parcialmente, pois estão mais relacionadas ao perfil de doenças pré-existentes, comorbidades, hábitos de alimentação, uso de drogas lícitas e ilícitas, tratamentos e história de doenças atuais e pregressas.

A realização dessas anotações, em grande parte, era feita pelo técnico de Enfermagem, o qual estava mais próximo ao paciente, visto que realizava a maioria das ações de competência da Enfermagem, como banho no leito, aspiração de secreções, punção venosa. Em situações de ações mais complexas, como curativos, troca de acesso venoso em pacientes com fragilidade capilar, troca de sonda vesical, estas eram realizadas pelos enfermeiros, que em quase todas as situações preocupavam-se em realizar o fechamento do balanço hídrico ou a admissão de algum paciente.

Carvalho e Nogueira (2010) mostram que a equipe técnica de Enfermagem é a que mais anota no prontuário e o enfermeiro, com suas atribuições prioritariamente burocráticas, não dá a atenção devida ao paciente em relação à composição das anotações de Enfermagem, o que não se justifica, pois os registros servem para certificar que o cuidado foi realizado, e também de documento legal para segurança do próprio profissional que anota.

Contudo, retomando a discussão acima, as anotações feitas pelos técnicos de Enfermagem serviam apenas para dar recebimento do plantão e confirmar a realização de procedimentos, sem conter dados sobre a opinião ou a condição subjetiva do paciente, tão pouco detalhes mais precisos e necessários para uma avaliação da sua condição clínica. Os sinais vitais eram controlados a cada duas horas, rigorosamente, e o material utilizado era o ponto de importância nas anotações, até mais do que os detalhes citados.

Nos registros da Enfermagem, não se consegue perceber um desenho norteador para o direcionamento da prática. As etapas do PE, Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação, descritas na resolução COFEN nº 358/09, Brasil (2009), e necessárias à efetivação da SAE – não se apresentam, na realidade dessa unidade, em sua completude, sendo às vezes inexistentes.

A resolução do COFEN nº 358/09, Brasil (2009), em seu Art. 1º, relata que “O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”. Isso mostra a incoerência entre o trabalho profissional e a disposição do seu próprio conselho, em favor de trazer melhorias como autonomia, eficiência e prática.

A primeira fase do PE, coleta de dados, não acontece com o auxílio de métodos/impressos específicos, porém é feita a partir dos conhecimentos de cada enfermeiro atuante, resultando em múltiplas interpretações e dados variados, o que leva a registros de Enfermagem diferenciados, sem um padrão específico, dificultando a comunicação e a continuidade da assistência.

Outros pontos que poderiam ser observados, tais como traços do perfil psicológico, relacionamento familiar, rotinas, hábitos alimentares e padrão de sono, nem sempre são relacionados nos registros; alguns profissionais que têm a concepção de sua importância registram, outros preferem não documentar. No entanto, as questões subjetivas dos pacientes e familiares não aparecem em nenhum dos registros; são apenas comunicadas verbalmente quando alguns enfermeiros percebem ou compreendem a necessidade. Com isso, dados primordiais à assistência deixam de ser relatados, podendo levar a uma dispersão das informações e, conseqüentemente, à perda de relatos importantes para a Enfermagem.

Pinho et al. (2007) defendem sua preocupação com relação aos registros, pois neles pode-se ter um reflexo da habilidade de cuidar, porque o que acontece são práticas que eximem e fragmentam o sujeito, resumindo-se à atividade parcelar nas práticas de saúde, não se enfatizando englobar as dimensões das intersubjetividades nem as necessidades do paciente.

Após essa fase de coleta de dados, que pode ser caracterizada como insipiente, as demais fases do PE são negligenciadas no que concerne ao seu devido registro documental. Assim como na resolução 358/09 do COFEN, Brasil (2009), as ações de Enfermagem prescritas devem partir dos diagnósticos de Enfermagem traçados a partir da interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, culminando com a tomada de decisão baseada nos achados e transformadas em diagnósticos de Enfermagem, que não são contemplados nos registros, ou mesmo não fazem parte da comunicação entre profissionais.

A fase de implementação de ações baseadas em diagnósticos de Enfermagem é inexistente em prontuário, porém existe um planejamento de cuidados feito verbalmente durante o dia a dia, relacionado às avaliações feitas pelos enfermeiros, quando solicitados, mas não é registrado em prontuário.

A fase de avaliação de Enfermagem relacionada aos resultados obtidos a partir das intervenções também não existe, o que demonstra que é impossível ter conhecimento sobre a eficiência das intervenções realizadas durante o cuidado.

É importante ressaltar que existem três impressos em que devem ser realizadas as anotações de Enfermagem: registro de material utilizado; registro de controle hídrico e de sinais vitais; e registro de evolução de Enfermagem.

Os dados registrados nem sempre eram documentados de modo claro e conciso. Por não existir uma normatização ou consenso da Enfermagem sobre o PE e a SAE, não se contemplava uma uniformidade nos documentos, muitas vezes causando incoerência ou mesmo dificuldade de compreensão sobre a conduta correta a ser tomada para poder avaliar a evolução do paciente.

Pimpão et al. (2010) e Vigo (2003) corroboram entre si sobre a documentação no prontuário, demonstrando que essa atividade permite tomar ciência das decisões, ações e resultados obtidos; porém, na prática, parte desses cuidados, implementados junto aos pacientes, como as orientações e encaminhamentos que são agilizados pela Enfermagem, não é anotada, não expressando a extensão, a complexidade e a importância daquilo que foi realizado pela equipe de Enfermagem.

Com relação à SAE, o período de observação foi o suficiente para demonstrar que ela não existe na unidade em questão, não sendo encontrados impressos próprios necessários, fato que se concretiza na comparação errônea existente entre evolução e anotação, muito comum nos espaços da prática do RN. Relembrando que as anotações são os dados necessários à Enfermagem para a avaliação de suas condutas prescritas e aplicadas, e a evolução pode ser definida como o registro de efetividade ou não da aplicação de suas ações.

Outro fator que respalda a afirmação é a inexistência de protocolos ou documentos que especificassem os métodos adotados pela Enfermagem, bem como sua base teórica para aplicação na prática, justificando um trabalho empírico. Portanto, o que foi discutido desvela uma atividade profissional que destoa do ideal que preconiza sua boa prática, levando insipiência e fragilidade à profissão, além de ineficiência de suas ações, prejuízos e descontentamentos físicos, emocionais e psicológicos daqueles que dependem diretamente do seu cuidar.

Vigo et al.(2003) corrobora com Pimpão et al. (2010) ao ressaltar a implantação do PE, bem como da SAE, como um meio de fortalecer a profissão, trazendo benefícios para a Enfermagem e demonstrando seu trabalho a partir da eficiência e eficácia dos cuidados oferecidos ao paciente, refletidos na evolução, melhora, conforto e segurança deste.



### 5.3.2O processo de cuidar nas relações interpessoais

#### 5.3.2.1 Interação entre profissionais de Enfermagem e demais profissionais

A dinâmica da relação entre os profissionais de Enfermagem e os outros profissionais que atuam na UTI pode ser descrita como uma relação mista e complexa, que depende da afinidade entre profissionais e o modo com o qual estes trabalham, o que sempre resultava em atitudes e decisões diferenciadas em vários casos.

Como traz Baggio (2007), as relações de Enfermagem estão repletas de conflitos entre os profissionais, o que acaba refletindo na assistência ao outro. Isso chama a atenção para a necessidade de desenvolver alternativas para vencer as resistências individuais e coletivas, negociar e dividir espaços em comum, a fim de manter um relacionamento pautado na ética.

O entrave de relações estava mais focalizado entre o profissional médico e a Enfermagem, no qual, em algumas situações, as relações de poder estavam bem destacadas na existência de uma verticalidade de posições. Como traz Waldow (2008), a relação entre a Enfermagem e a Medicina caracteriza-se como um processo tenso e repleto de opressão, dominação e resistência, em que a Enfermagem faz o papel subjugado, exercendo atividades prescritas pelo saber médico, completo e inquestionável.

No entanto, em outros momentos, observou-se uma relação de horizontalidade, centrada na importância e no reconhecimento da Enfermagem pelas outras categorias profissionais, bem como na compreensão de vários outros profissionais sobre a importância e o papel do enfermeiro e de sua equipe dentro da instituição, o que se configurava em um trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Campos (2005) discute que essa relação, infelizmente, ainda é pouco observada nos serviços de saúde, de um modo geral, e que deveria ser a forma mais difundida entre o trabalho de profissionais da saúde; corrobora com Baggio (2007) quando discorre sobre as relações interpessoais que acontecem a partir da autonomia existente e da comunicação, possibilitando o respeito e a liberdade do outro em uma equipe multidisciplinar com foco no cuidado ao paciente.

Percebeu-se, ainda, uma variabilidade das relações interpessoais que existiam entre a Enfermagem e os demais profissionais de outras áreas, pois a forma de discutir, planejar e tomar decisões nem sempre partia de uma conversa entre eles; o que acontecia,

em determinadas situações, era uma exclusão ou omissão da opinião profissional do enfermeiro e de sua equipe.

Velloso, Ceci e Alves (2010) apontam que as relações na Enfermagem envolvem uma complexidade de múltiplos processos, como a subjetividade dos sujeitos envolvidos, a organização do poder e das práticas, as formas de racionalidade, de regras de conduta que regem o pensar e o agir dos profissionais nelas envolvidos.

Porém, em outros momentos, constatou-se que o enfermeiro participava ativamente na decisão da melhor terapêutica a ser instituída para o paciente, mas em certas ocasiões isso gerava um conflito de profissões sobre condutas certas ou erradas.

Ficou evidente, ao se observar as discussões que ocorriam, que estas eram causadas, algumas vezes, por uma preferência para trabalhar com determinados profissionais; o que era justificado, por alguns, pela capacidade técnica, de raciocínio, de resolutividade presente em apenas alguns enfermeiros.

O uso do diálogo **eufêmico** era muito utilizado para evitar conflitos de relações profissionais, ou seja, existia uma forma peculiar entre os profissionais de Enfermagem para dar opiniões sobre procedimentos e condutas vistos como inadequados para paciente, familiar ou mesmo equipe.

Essas situações ocorriam quando o profissional de Enfermagem percebia uma necessidade de alteração de conduta, como: adequação de doses de medicações inotrópicas, vasoativas e neurolépticas a partir da verificação dos sinais vitais constantes e nível de consciência; necessidade de uso de outras drogas para evitar deterioração do quadro clínico, percebido pelo controle de diurese ao detectar função renal alterada; e exame físico tegumentar ao detectar presença de colonização fúngica, entre outras situações.

Eventos como os mencionados anteriormente podem passar despercebidos por outros profissionais. É fato que a forma de avisar/aconselhar uma mudança de conduta a outro profissional pode ser estressante, tendo em vista que nem todos os profissionais aceitam opiniões e alguns as encaram como hostilidade e crítica ao seu saber.

Lunardi (2007) discute as relações de poder existentes na realidade da Enfermagem, confirmando o que acontece acima ao citar as dificuldades do profissional para exercer uma prática em que acredita e que aprendeu durante a sua formação, ficando impedido de desenvolver uma assistência de qualidade pelas condições de uma **cultura do silêncio**, prejudicando não somente este, mas o paciente que recebe esses cuidados.

Florentino e Florentino (2010) expõe essa relação entre médico e enfermeiro quando aborda o cuidar ao paciente, pois o saber médico dita as regras do campo, mesmo com a existência de outras profissões, gerando uma relação assimétrica de poder, oriunda de uma concepção historicamente formada como um mito, que permanece até os dias de hoje, de que somente o médico detém o poder de curar.

Para que conflitos fossem evitados, existia uma forma peculiar de comunicação, com cuidado e cautela, que direcionava ao êxito e, conseqüentemente, à mudança para uma conduta correta e benéfica para o paciente. Entretanto, isso não era comum. O que ocorria na maior parte do tempo eram decisões unilaterais. Já em outras ocasiões, a passividade do enfermeiro estava mais presente. Isso demonstra que, também, existe um despreparo, que leva à insegurança por parte de sua equipe, ou mesmo uma omissão desse profissional, para não se expor diante da obrigatoriedade de tomar uma decisão.

Não foi perceptível a existência de determinação, de empenho para adquirir espaço no que concerne à discussão multiprofissional e ao direito de opinião válida, pois o que transpareceu foi desconhecimento técnico-científico para embasar a prática, e com isso os enfermeiros adotavam condutas com foco no gerenciamento burocrático.

Domingues e Chaves (2005) mostram a importância de um embasamento teórico sobre a prática da Enfermagem como um valor necessário para o seu agir; a inexistência desse preparo põe a Enfermagem em um campo obscuro da prática, levando a incertezas e inseguranças.

Nessas relações que aconteciam na UTI, os profissionais estavam comprometidos a se dedicar a realizar algumas atividades, como o cumprimento de ordens médicas, disposição de tempo para dar agilidade ao encaminhamento de solicitações de materiais para exames, contato com outros profissionais, execução de prescrição, entre outros.

Dentre essas atividades, destaca-se que os profissionais de Enfermagem realizavam contatos telefônicos com outras instituições e outros profissionais, a partir de solicitação médica para contatar serviços, localizar outros médicos para realização de parecer sobre conduta definida no tratamento de alguns pacientes internos e realizar transferências pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Em todas as situações descritas, os encaminhamentos necessários devem ser realizados por profissionais de secretariado ou técnicos administrativos, como as ligações para outras instituições e serviços, ou pelos próprios médicos. Com isso, percebe-se que a equipe de Enfermagem desenvolve muitas atividades que não são de sua responsabilidade,

acarretando assim em sobrecarga de funções e podendo, ainda, diminuir o contato com o paciente em detrimento de atividades burocráticas, comprometendo o processo de cuidar.

A portaria GM-MS n. 2048 de 05 de novembro de 2002, Brasil (2002), ao tratar dos princípios operacionais da regulação médica, deixa claro que o contato e a procura dos leitos deve ser feita pelo médico assistente, bem como a comunicação e a solicitação de parecer médico deve ser realizada entre o solicitante e o solicitado, cabendo a realização desses contatos à equipe de técnicos administrativos.

Outra função absorvida pela Enfermagem era o gerenciamento de medicamentos provenientes da farmácia em feriados e fins de semana, quando faziam o controle e a distribuição de todo material que também saía da farmácia.

O desprendimento do tempo do enfermeiro para realizar essas funções prejudicava todo o processo de assistência de sua categoria, impedia a aproximação deste com o paciente e, irremediavelmente, transferia suas reais obrigações à sua equipe técnica.

Em se tratando da equipe técnica de Enfermagem, o relacionamento desta com os demais profissionais configurava-se a partir de uma hierarquia baseada em superioridade de saber para alguns profissionais. A própria equipe comportava-se como conivente com essa situação de subordinação imposta aos enfermeiros.

Mesmo assim, não se deixou de observar que alguns deles compreendiam a importância e a necessidade de uma relação de igualdade dentro de suas prerrogativas, porém sua opinião nem sempre era de acordo com suas ações; infelizmente, apesar de ter um julgamento crítico sobre a realidade, este não era exposto.

Com relação aos demais profissionais com que a Enfermagem mantinha contato, destacam-se a farmacêutica, a assistente social, a fisioterapeuta e a nutricionista. Porém as interações não eram tão constantes e intensas como entre Enfermagem e Medicina, pois eram mais esparsas, apesar de existir uma necessidade de um trabalho mais articulado. Campos (2005) ressalta a necessidade de um trabalho multiprofissional, em que o foco deve ser o paciente cuidado pela equipe, e as profissões deixem seus espaços e ações isolados para convergir opiniões e atitudes, trabalhar mais integradamente e apoiar uns aos outros no sentido de trazer benefícios ao paciente.

A assistente social mantinha um contato maior com a Enfermagem, em especial com o enfermeiro, pois era com quem ela compartilhava as atividades já citadas anteriormente, como marcação de exames, transferências, contato com outros profissionais.

O fisioterapeuta atuante na UTI não tinha escala fixa, ou seja, apenas realizava seus atendimentos e se ausentava da instituição, o que levava a um contato mínimo com a Enfermagem.

A farmacêutica mantinha contato apenas para dispensa de material e medicamentos, realizando, assim como a nutricionista, pequenas visitas à UTI e tendo pouca participação junto à Enfermagem.

Com isso, constata-se que, de fato, a Enfermagem da UTI em estudo enfrenta uma realidade interpessoal/profissional conflituosa. O ser humano que exerce uma atividade profissional também possui uma subjetividade, que influencia de forma direta nas relações que se desenvolvem nesse espaço.

A visão verticalizada das inter-relações, o embate entre conhecimentos e a disputa levam a uma potencialização dos problemas e prejudicam, além dos profissionais, o cuidado àqueles pacientes internos, pois isso vem a reforçar uma visão fragmentada do sujeito, egoísta e unilateral, que leva a uma necessidade de resolução para conflitos de relações.

### 5.3.2.2 Interação entre profissionais de Enfermagem, pacientes e familiares

No tocante às relações entre profissionais, pacientes e familiares, pode-se observar que a formação de vínculo dependia de cada profissional, bem como do tempo de internação.

Esse vínculo formado dentro do hospital é descrito por Gomes et al. (2011) como um processo de formação de novas relações, a partir de experiências vividas e compartilhadas dentro da unidade hospitalar, em que profissional, familiar e paciente acabam interagindo, respeitando-se, compreendendo um ao outro.

Os enfermeiros, na maioria das vezes, não estavam próximos aos pacientes, apesar de presentes dentro da UTI. Por destinarem-se a efetuar outras atividades, sua aproximação ficava prejudicada, e o que se observava era uma visão geral desse enfermeiro de sua unidade, como se o paciente fosse apenas uma parte daquele setor.

Mercês e Rocha (2006) reforçam a necessidade de os profissionais de Enfermagem valorizarem a singularidade do paciente, libertando-se de algumas amarras da sistematização de atividades e do aprisionamento da burocracia, que engessam as particularidades dos indivíduos, não dando margem à manifestação dos seus sentimentos, não permitindo que sejam ouvidos e tomando-os submissos às regras e ordens impostas.

As atividades burocráticas se sobrepuseram às assistenciais e dificultaram o processo de aproximação entre o enfermeiro e o paciente ou seu familiar. As atividades técnicas e privativas do enfermeiro eram caracterizadas apenas como um momento de realização de procedimentos, acarretando um contato superficial.

Porém, ao observar aqueles pacientes internos há mais tempo, desvelou-se um diferencial nessas situações: o enfermeiro conseguia aproximar-se deles e formar um vínculo que se caracterizava pela confiança, pela entrega mútua, por um **importar-se com o outro** isso acontecia de forma mais lenta, pois de fato existia essa dificuldade de estar junto ao paciente.

Waldow (2008) relata essa dificuldade de se encontrar no campo da subjetividade entre enfermeiro e paciente, tendo em vista as dificuldades encontradas em sua realidade, como pressões administrativas, desempenho de produtividade, além de um serviço de saúde em colapso; porém afirma ser difícil, mas não impossível trazer a essência do cuidar, da aproximação verdadeira com o outro.

De fato, a gama de atribuições absorvidas por esse profissional não o deixava cumprir com seu real papel, delegando funções primordiais de assistência direta ao paciente grave e deixando fases do processo de Enfermagem, tais como investigação, definição, implementação e avaliação de sua assistência, exclusas do cuidar. Os recursos humanos deficitários também eram fator que contribuía para essa dificuldade; a quantidade de enfermeiros em determinadas situações tolhia ainda mais a aplicação de um PE.

Em se tratando da equipe técnica de Enfermagem, pode-se descrever a sua relação com o paciente como com uma aproximação mais intensa, visto que estava muito presente no cotidiano deste, o que facilitava a identificação, por parte da equipe, de fatores essenciais, como condição clínica e psicológica do paciente, além de proporcionar um estreitamento das relações entre profissional, paciente e familiares, apesar de as interações com esses serem mais pontuais.

O contato dos familiares com a Enfermagem acontecia no momento em que ocorriam as visitas na UTI; estas eram realizadas duas vezes ao dia, uma no período das 11 horas da manhã e outra no período das 16 horas, sendo passível de modificações pelas condições clínicas e instáveis de alguns pacientes ou pela suscetibilidade destes a apresentarem alterações imprevistas.

Algumas exceções eram abertas àquele familiar que não podia estar presente no horário pré-determinado, e, devidamente justificado, este familiar solicitava liberação para

visita fora de hora; a decisão era tomada em conjunto pelo enfermeiro da unidade, pelo médico plantonista e pela assistente social.

Os familiares mantinham um contato maior com os enfermeiros, contudo nem sempre este acontecia na visita ao paciente, pois em outros horários existia a procura de familiares ávidos por notícias ou informações, e o responsável por estas era o enfermeiro.

Elsen, Marcon e Santos. (2002) enfocam a necessidade do envolvimento da família na busca por uma assistência holística, pois percebe-se na realidade a importância de comunicação dessas informações que são refletidas pelos questionamentos e pela ansiedade apresentados pelos familiares ao adentrar no espaço da UTI .

Maruiti e Galdeano(2006) compartilham da ideia e exemplificam essa necessidade ao descrever o relacionamento da equipe de Enfermagem com os familiares como formal, burocrático e, sobretudo, despersonalizado, enfatizando a falta de sensibilidade do enfermeiro em perceber as necessidades da família e procurar implementar ações como horário de visitas mais flexível, maior proximidade da equipe de Enfermagem e maior facilidade na obtenção de informações.

A equipe técnica de Enfermagem, por sua vez, mantinha o contato com os familiares apenas no horário de visitas ao paciente e somente orientava que toda informação sobre o estado de saúde dele deveria ser relatada pelo médico plantonista, ou informava sobre a necessidade de repor material de higiene pessoal; finalizava, então, o contato, pontualmente.

Apesar de isso ocorrer na maioria das vezes, não se pode generalizar tal situação, pois havia ocasiões em que profissionais se aproximavam dos familiares do paciente durante a visita, no intuito de manter uma comunicação, de oferecer um apoio ou conforto.

Maruiti e Galdeano(2006) enfatizam que a visita do familiar à UTI não se esgota apenas na presença deste próximo ao paciente, pois inclui também suas dúvidas, angústias, medo, incertezas e ansiedade por boas notícias, uma relação de ajuda e de confiança em alguém que possa lhe dar esperanças, na qual a equipe tem a oportunidade de identificar as reais necessidades dos familiares e de outras pessoas envolvidas diretamente com o paciente.

Durante o período de observações, houve uma situação que fugiu de toda rotina estabelecida na UTI. Houve um acompanhamento integral de uma familiar dentro da unidade. A paciente era estrangeira, mulher, com 16 anos, língua espanhola e portadora de síndrome de Down e de Leucemia Mieloide Aguda; pelo fato de ser portadora de tal síndrome, o fator da língua estrangeira potencializava a dificuldade de comunicação e, com

isso, foi cedida a permissão de um acompanhamento contínuo para que houvesse uma comunicação a partir de seus intermediadores (pais e irmã).

A cada procedimento realizado, era feita uma explicação do profissional para o familiar, e este a repassava à paciente. Quando não havia possibilidade de entendimento, o pai da paciente era convocado a comparecer à UTI, tendo acesso aberto, pois este era o único que entendia português, sendo elo fundamental de comunicação.

Braga e Silva (2007) defendem a comunicação humana como um processo complexo e multidimensional, uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro na prática do cuidar, possibilitando resolutividade em diversas situações do dia a dia. Completando a afirmativa, Elsen Marcon e Santos (2002) apontam que essa ajuda é essencial na interpretação de crenças, valores, ações, e a sua ausência entre paciente e familiar, ou entre profissional e paciente, causa sofrimento psíquico e insegurança.

As interações que ocorrem na unidade acontecem com um foco mais positivista, centrado no desenvolvimento da produtividade e de ações mecânicas, porém não definem sua totalidade, uma vez que a observação demonstrou a intencionalidade em desviar o foco para uma ação mais humanística.

Pelos infortúnios de um ambiente que gera tensão, um possível despreparo profissional, entre outros fatores, leva o setor a não conseguir inverter a proporcionalidade citada, o que evidencia a necessidade de intervenção e mudança, visto que há espaço e vontade entre os profissionais para modificar sua prática. Assim, cabe a todos os envolvidos, profissionais e instituição, buscar soluções efetivas e eficazes, como mudanças nas normas e rotinas e cursos de educação permanente, além de implementar uma política de humanização centrada no processo de cuidar.

#### 5.4 O PROCESSO DE CUIDAR NA UTI DO HOSPITAL

O cuidar dentro da unidade em análise pode ser considerado como desvirtuante das idéias de pontes intersubjetivas propostas pelos autores utilizados. O que se pôde perceber foi um local onde a Enfermagem não exerce seu papel em plenitude, devido a fatores que a impedem de realizá-lo.

Um desses fatores está voltado para o acúmulo de atividades dos enfermeiros, que, em sua necessidade de absorvê-las e cumpri-las, acabam deixando de lado aspectos essenciais ao cuidar do paciente e seu familiar. As observações confirmam o que é relatado pelos profissionais ao citarem suas sobrecargas laborais.



Algumas atividades da Enfermagem confirmam o que se relata acima. Na maioria das situações, os enfermeiros estavam centrados em desenvolver atividades além dos atos gerenciais de Enfermagem, absorvendo atribuições que os impediam de desenvolver um trabalho mais próximo ao paciente. Durante as observações, confirmou-se o relato desses profissionais: as suas obrigações excediam sua real atividade como enfermeiro. Foi evidenciando pelas entrevistas dos pacientes que, em alguns momentos, os enfermeiros estavam ausentes, o que pode gerar o distanciamento da figura de cuidador.

Backes et al. (2008) são claros ao mostrarem a realidade do papel do enfermeiro nas unidades de internação, onde sua função gerencial vai além de suas reais atividades e centra-se na administração do serviço, recursos humanos, físicos e materiais, envolvendo-se com outros setores, como orientação da limpeza, roupas, ou seja, o enfermeiro exerce múltiplas atividades.

Outro viés que merece destaque é a fragmentação do conhecimento relatado nas entrevistas, em que todos os profissionais (enfermeiros e técnicos) não partilhavam da mesma concepção sobre o cuidar e, conseqüentemente, demonstravam preocupações e focos diferentes, ao descreverem sua rotina na UTI e a relacionarem com o cuidado, além de evidenciarem uma grande preocupação em atividades técnico-burocráticas.

Os atos da equipe de Enfermagem evidenciaram uma tendência em focar a maioria das ações que envolvem o cuidar em sentido destoante dos princípios de humanização, eficiência e efetividade da assistência, em que, os fatores da doença e a obrigação de atender a produtividade se sobrepunham aos demais aspectos relevantes para uma compreensão holística do cuidar. Os procedimentos técnicos e a burocracia, bem como os registros nos prontuários, ajudam a comprovar isso quando mostram aspectos biológicos no ato de documentar.

Outro ponto que pode influenciar diretamente no cuidar da UTI é o conhecimento que esses profissionais detêm, agindo diretamente sobre a sua análise crítica da própria prática. Os profissionais não possuem um instrumento de avaliação da qualidade da assistência ofertada por eles, como também não existia um norteamento para sua práxis; o que se observava era uma miscelânea de várias formas de agir e pensar no trabalho.

Essa estrutura desorganizada também está presente no ato de documentar a assistência, o que é evidenciado ao se perceber que são inexistentes as anotações de todas as fases do PE e que a descrição nos impressos é feita sem padronização; com isso, temos por parte da equipe de Enfermagem uma compreensão e uma comunicação prejudicadas, causando incoerência e dificuldade de entendimento entre os profissionais.

Pode-se dizer que isso deve muito à falta de conhecimento e de norteamto prático sobre PE e SAE, primordiais para o desenvolvimento das atividades de Enfermagem, para manter uma comunicação única entre seus executores e uma continuidade do trabalho; além disso, é fundamental para promover uma assistência segura ao paciente.

Costa et al. (2010) enfatizam a importância do conhecimento sobre o PE e a SAE ao trazerem os registros como fonte de informações importantes para ofertar uma assistência individualizada e de qualidade, focada nas reais necessidades do paciente e possibilitando identificar alterações em seu estado de saúde, tornando-se possível avaliar o progresso do cliente e as suas respostas frente às intervenções instituídas.

Um fenômeno importante a ser frisado é o ofuscamento da figura do enfermeiro enquanto cuidador. Relatamos anteriormente que as atividades técnico-burocráticas levam ao desaparecimento desse profissional da visão do paciente e do familiar, podendo até não ser lembrado em seus relatos. Esse ocultamento da Enfermagem pode ser reflexo desse despreparo profissional sobre sua própria prática.

Oliveira e Girardello (2006) demonstram a importância da empatia do profissional de Enfermagem a partir da satisfação do paciente, e discutem os fatores que influenciam diretamente na relação da imagem do enfermeiro como agente cuidador. Entre esses fatores, estão as características de personalidade (como empatia, comunicação), domínio técnico, conhecimento e habilidade organizacional, resultando em segurança, confiança, estabelecimento de um vínculo e planejamento de uma melhor assistência.

Uma assistência que não se firma enquanto definição de suas ações acaba se tomando frágil e insegura, não demonstrando sua importância para aqueles que dependem diretamente de suas atividades. Assim, existe a necessidade de a Enfermagem se firmar no seu espaço, aparecendo tanto para os profissionais quanto para os pacientes envolvidos.

No entanto, a realidade não pode ser representada em sua totalidade dessa forma. Existia um princípio fundamental que não estava expresso em palavras ou nos registros dos profissionais: ele se manifestava nas relações entre os profissionais, e os pacientes/familiares, bem como nas falas destes quando observamos a presença de um envolvimento, um **importar-se com o outro** nas atividades mais simples, como uma informação, uma conversa ou uma preocupação com suas vontades, confirmando coexistência de duas situações no mesmo espaço. Havia tanto momentos em que se percebia um fazer técnico, quanto momentos em que existia uma preocupação subjetiva com o outro.

Na maior parte dessas situações, o técnico de Enfermagem estava mais presente, pois nesse espaço seu contato com o paciente era maior do que o dos demais profissionais, e conseguia-se perceber uma aproximação mais profunda, descrição que corrobora com alguns relatos dos pacientes, demonstrando que ainda existe um senso de humanização, o qual pode ser aprimorado e aprofundado a partir da sensibilização dos atores envolvidos nesse processo de cuidar.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção deste trabalho proporcionou o conhecimento de novos horizontes, possibilidades e discussões, bem como uma compreensão ampliada sobre o processo de cuidar e a percepção sobre a necessidade contínua em busca de conhecimentos, no sentido de embasar a minha própria práxis.

Houve algumas dificuldades durante a produção deste trabalho, porém não significaram obstáculos intransponíveis ou de difícil convivência. A organização do tempo ajudou para que todos os passos ocorressem sem grandes dificuldades.

As leituras ajudaram a nortear o desenvolvimento de uma base teórica, bem como subsidiaram a discussão das análises. O vínculo entre o pesquisador e o espaço destinado à coleta de dados facilitou o acesso e, conseqüentemente, a própria coleta de dados.

Com relação à questão norteadora, “como se dá o processo de cuidar entre os atores envolvidos (profissionais, pacientes e familiares) no ambiente da UTI”, podemos afirmar que conseguimos ter uma visão desse processo a partir do momento em que conseguimos extrair as relações que acontecem, nesse espaço, entre as interações dos atores desse processo, visualizando uma realidade com uma dialética entre o que se propõe para uma Enfermagem humanizada e o que acontece nesse espaço de atuação.

A análise do procedimento de cuidar em Enfermagem dentro da UTI aconteceu com a busca pela visão dos atores participantes desse processo. Com isso, procurou-se caracterizar o desenvolvimento do processo de cuidar na UTI, a partir de observações do seu cotidiano e do envolvimento dos profissionais de Enfermagem com os pacientes, familiares e demais profissionais, revelando uma assistência pautada em preceitos positivistas e centrada no biológico. Porém isso não é comum na totalidade da observação. Momentos revelaram uma aproximação entre o cuidador e o ser cuidado e demonstram um vínculo, algo além de uma simples realização de procedimentos. Essas situações foram percebidas nas falas dos profissionais ao demonstrarem essa preocupação de estar próximo ao paciente e de seu familiar, confirmada por alguns pacientes que interagem com esses profissionais e recebiam o cuidado deles, bem como por familiares que resolveram elogiar a Enfermagem.

A percepção dos profissionais de enfermagem com relação ao cuidar apresenta foco norteador, que desvelaram uma variedade de formas de assistir o paciente, e que não

contemplaram as concepções discutidas durante a revisão de literatura, pois o que se põe em prática são ideias positivistas, desarticuladas, que emperram um sentido de um cuidar para o paciente, centrando-se em problemas que vão além de suas prerrogativas legais, como a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, bem como não atendendo a algumas delas a exemplo as disposições legais da resolução do COFEN.

Os pacientes e familiares revelaram uma compreensão de cuidar dependente daqueles com os quais mantinham maior contato, e que apresentavam resolutividade para seus problemas, como atenção, vínculo, contato, anseios duvidas sendo assim a enfermagem não esteve presente em todos os momentos relatados pelos entrevistados, fato evidenciado pelas respostas dos pacientes e familiares sobre aqueles profissionais que cuidaram dos pacientes internos. Em algumas situações a enfermagem foi bem vista em outras a mesma não foi citada e a importância foi atrelada a outros profissionais.

A análise dos registros de enfermagem mostrou uma prática insipiente e destoante dos preceitos éticos e legais da resolução 358/2009 do COFEN, demonstrando uma documentação falha que não permite uma continuidade da assistência por não oferecer subsídios para comunicação entre os profissionais bem como aplicação do Processo de Enfermagem.

Tendo em vista os resultados obtidos na pesquisa fica evidente que a equipe de enfermagem da instituição pesquisada necessita de intervenções que venham a propor uma melhoria na eficiência, eficácia e efetividade da assistência, com base em uma educação continuada e permanente que vise preparar estes profissionais para atuarem de acordo com a resolução antes citada possibilitando pautar a assistência prestada no processo de cuidar.

Faz-se necessário emergir uma discussão sobre as questões epistemológicas e filosóficas sobre o cuidar proporcionado uma compreensão ampliada seguindo uma visão holística do indivíduo aliando uma prática assistencial de qualidade as questões subjetivas do ser-humano.

Para tanto é importante o apoio de toda a equipe do hospital permitindo que a Enfermagem se estabeleça enquanto profissional indispensável para o cuidar do paciente mostrando sua capacidade a partir dos resultados que poderão ser obtidos com as providências necessárias.

Ressalta-se a importância da comunicação/relação interpessoal como uma forma de manter a integridade da segurança do paciente tendo em vista que esse elo proporciona o estreitamento das relações e o engrandecimento do conhecimento um do outro fortalecendo a visão do profissional para suas atitudes em seu cuidar, promovendo a

segurança do paciente, evitando assim problemas relacionados a insatisfação do paciente, bem como os erros técnicos, propedêuticos e burocráticos advindos de uma prática realizada a distância do paciente.

As discussões sobre o cuidar não se esgotam nesta pesquisa por considerarmos um espaço de atuação com características próprias, sendo uma realidade influenciada pelas particularidades de quem a transforma ou é transformado por ela, porém não podemos deixar de lembrar que existem fatores influenciadores comuns entre este e os demais espaços de cuidar da enfermagem que fazem com que essa intersecção de semelhanças possam auxiliar outros novos estudos elucidando a necessidade de continuar o aperfeiçoamento/aprofundamento sobre as questões do cuidado e a enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ARRATIA, F. A. Pesquisa e documentação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 567-574, out./dez., 2005.

BACKES, D. S, et. al. Papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá v.7, n.3, p.319-326. jul./set, 2008.

BAGGIO, M. A. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.28 n.3, p. 409-15, 2007.

BAGGIO, M. A; POMATTI D. M; BETTINELLI L.A; ERDMANN A.L. Privacidades em Unidades de terapia intensiva: direitos dos pacientes e implicações para enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64 n.1, p. 425-30, 2010.

BARBOSA, L; KANTORKI, L. P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Ciência e enfermagem, Concepcion** v. X, n. 1, p. 67-77. 2004.

BARBOSA, S. F. F. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos**: a re-invenção do possível. Blumenau: Nova Letra, 1999.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1999.

BENAZZI, L. E. B.; FIGUEIREDO, A. C. L.; BASSANI, D. G. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 861-869, 2010.

BISON, R. A. P. **A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de enfermagem**. Ribeirão Preto: USP. 2003. 131 p. Tese (doutorado) programa de pós-graduação em enfermagem psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v.20, n.4, p.410-4, 2007.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília-DF.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@. Informações estatísticas. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 05 out. 2010.

BRASIL, Ministério da saúde. **Portaria nº2048/GM de 05 de novembro de 2002.** Dispõe sobre o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.. Brasília-DF.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador:** uma proposta para profissionais da saúde. Petrópolis : Vozes, 2005.

CARVALHO, A. M. A; Cavalcanti V.R.S; ALMEIDA M.A; BASTOS A.C.S. Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 431-444, set./dez, 2008.

CARVALHO, C. J. A.; NOGUEIRA, M. S. Análise dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital-escola público. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.27 n. 4: p.524-31,dez 2006.

CELLARDS, A. Análise documental. In: POUPART, J. **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: p. 295-316, 2010.

COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. Bras. de Enferm.** Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar./abr., 2005.

COSTA, S. P.; PAZ, A. A.; SOUZA, E. N. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.31 n.:62-9, mar, 2010.

DIBAI, M. B. S.; CADE, N. V. A experiência do acompanhante de paciente internado em situação hospitalar. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 86-90, 2009.

DOMINGUES, T.A.M; CHAVES, E.C. Conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, n. 39 (esp.), p. 580-588, 2005.

DUARTE, T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). **CIES e-WORKING PAPER**. Lisboa, Portugal n. 60, p. 02-24, 2009.

ELSEN, I; MARCON, S. S; SANTOS, M. R. **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença.** Editora da Universidade Estadual de Maringá. 2002.

NASCIMENTO, K.C; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Rev Latino-Am Enfermagem** março-abril;n.17v.(2), 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica.** São Paulo:Yendis, 2008.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed.Porto alegre: Artmed, 2009.



- FLORENTINO, F.R.A; FLORENTINO, José Augusto. Relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. **Revista travessias**. Cascavel (SP). v. 3, n. 2, 2009.
- GASPERI, P; RADUNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **Rev. Min. Enferm**, Minas Gerais, v. 10 n.1, 82-87, jan.-mar .2006.
- GOMES, G. C.et al. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19 n.1: p.64-9, jan./mar 2011.
- INABA, L.C; SILVA, M.J.P.da; TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.39 n.4, p423-9, 2005.
- KRUSE, M.H.L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. esp., p. 403-410, 2006.
- LUNARDI, V.L.et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15 n.3, maio/jun, 2007.
- MARQUES, S. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na UTI: perspectivas dos enfermeiros da cidade de Governador Valadares. **remE – Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 12 n. 4, p. 469-476, out./dez 2008.
- MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P.; GARANHANI, M. L.; HADDAD, M. C. L. Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.30 n.1,p.113-9, mar, 2009.
- MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.
- MARUITI M.R.; GALDEANO L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Rev.Acta paul enferm**, São Paulo,. v.20 n.1 Jan./Mar, 2007.
- MERCES, C.A. M. F; ROCHA, R.M. Teoria de Paterson E Zderad: Um Cuidado De Enfermagem Ao Cliente Crítico Sustentado no Diálogo Vivido. **Rev. Enferm.UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 470-475, jul./set., 2006.
- MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. 2006. Disponível em: <http://209.85.215.104/search?q=cache:J5bN4y8D2L4J:www.hc.ufmg.br/gids/perda.pdf+a+perda+da+dimensao+cuidadora+pdf&hl=pt-BR&ct=clink&cd=1&gl=br>.
- MINAYO, M. C. de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOLINA, R.C.M. et al. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 437-444, set., 2007.

OLIVEIRA, A. M. L.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 71-77, 2006.

OLIVEIRA, M.E.; BRUGGEMAN, O.M. **Cuidado humanizado**: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem. Florianópolis: Ed. Cidade Futura, 2003.

OLIVEIRA, L.M.A.C, et al. Grupo de suporte com estratégia para o acolhimento de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva. **Revista Esc. Eferm USP**. São Paulo, v.44, n.2, p.429-436,2010.

PIMPÃO, F. D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n3, p405-10, jul./set. 2010.

PINHO, L. B.; SANTOS, SMA. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42 n.1, p.66-72, 2008.

PINHO, L. B. et al. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 703-11, out./dez, 2007.  
POLIT, D.F.; BECK, C.T; HUNGLER, BP. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, LJ. Estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. **Revista Escola Enferm. USP**, São Paulo, v.43 n.4, p.841-8, 2009.

ROCHA, P. K. et. al. O Cuidado e a Enfermagem. **Avanços em enfermagem**, Bogotá, v. 27, n. 1, p. 102-109, jan-jun, 2009.

ROSA, B. Â; RODRIGUES, R. C. M.; GALLANI, M. C. B. J; SPANA, T. M. O; PEREIRA, C. G. S. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo v. 44, n. 3, p.627-635, set. 2010.

ROSA, LM et al. Referenciais de enfermagem e produção do conhecimento científico.**Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 120-125, jan./mar., 2010. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a21.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2010.

SOUZA, RC de; PEREIRA, MA; KANTORSKI, LP. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v11, p.92-7, 2003.

SPINDOLA, T. **O mundo do CTI sob a ótica da enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: , 2003

VAGHETTI, HH et al. Social groups and caring along human trajectory. **Rev. de Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 267-275, abr./jun., 2007. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a18.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2010.

VELLOSO, I. S. C.; CECI, C.; ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.31 n.2, p.388-91, jun 2010.

VIGO, K. O. et al. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 11, n. 2, p. 184-191, mar./abr., 2003

WALDOW, VR. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WALDOW, VR. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. : Vozes, 2008.

ZEFERINO, MT et al. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Rev. de enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 345-350, jul./set., 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=503207&indexSearch=ID>>. Acesso em: 24 jun. 2010.

APÊNDICE A – Carta de anuência  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO

Campos Universitário- Br 101- Lagoa Nova- Natal, RN

CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

IlmoSr Dr. Marcos Mendes

Diretor do Hospital da Unimed 24 horas da cidade de Mossoró.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu programa de pós-graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, o mestrando Theo Duarte da Costa está realizando uma pesquisa sobre a **O cuidar em unidade de terapia intensiva**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição.

Assim sendo, solicitamos de V.S<sup>a</sup>., a valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referido mestrando para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa direção, agradecemos antecipadamente.

Natal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Enfo Theo Duarte da Costa  
Pereira Santos  
(Mestrando)

Prof(a). Dr(a). Viviane Euzebia  
  
(Orientadora)

APÊNDICE B – termo de anuência  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 CURSO DE MESTRADO

Campos Universitário- Br 101- Lagoa Nova- Natal, RN

CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufm.br

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: O PROCESSO DE CUIDAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**RESPONSÁVEL:** Profa. Dra. Viviane Euzebia Pereira Santos

**PESQUISADOR:** Enf<sup>o</sup>. Theo Duarte da Costa.

**Conhecendo o propósito desta pesquisa, seus objetivos e metodologia, declaramos que:**

\_\_\_\_\_ Autorizamos a coleta de dados na instituição.

\_\_\_\_\_ Não autorizamos a coleta de dados na instituição.

**Quanto a divulgação:**

\_\_\_\_\_ Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

\_\_\_\_\_ Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

**Quanto ao relatório técnico-científico:**

\_\_\_\_\_ Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

\_\_\_\_\_ Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Comentários: \_\_\_\_\_

Mossoró , RN, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Diretor

D<sub>R.</sub> Marcos Mendes

coordenadora de enfermagem

Enf<sup>a</sup> Aliuska Salvia

APÊNDICE C -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Esclarecimentos

O presente documento é um convite para você participar da pesquisa “O PROCESSO DE CUIDAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA” coordenada pela orientadora doutora Viviane Euzebia Pereira Santos e seu orientando mestrando Theo Duarte da Costa. A pesquisa constitui-se de um estudo sobre as práticas de cuidar em Unidade de Terapia Intensiva a partir da visão dos profissionais de enfermagem, paciente e familiares para tanto tem como **objetivo Analisar o processo de cuidar em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva a partir da ótica do profissional, do familiar e dos pacientes.** será necessário descrever como os profissionais de enfermagem, pacientes e familiares percebem o cuidar nesse espaço.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Sua participação acontecerá mediante a uma entrevista semi-estruturada, a qual serão feitas perguntas estas poderão ser respondidas livremente de modo que ocorra um diálogo expandido com respostas abertas sem intenção de mostrar errado ou certo.

As respostas provenientes de sua participação serão arquivadas através do sigilo total da sua identificação e das ações por você realizadas, a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: colaborar com informações para identificação do cuidado em uma instituição que oferece cuidados intensivos, possibilitar melhorias na atuação dos profissionais, conseqüentemente benefícios para aqueles que deste fizerem uso, o que pode incluir você, familiar ou alguém de sua estima ou convívio. Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos: você apenas responderá a entrevista e não será identificado ou penalizado por nenhuma questão respondida.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito à indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver, a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Viviane Euzébia Pereira Santos no endereço: Departamento de Enfermagem- Campus Universitário no bairro Lagoa Nova, CEP 59072-970, Natal/RN, ou pelo telefone 87- 88334499.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN** no endereço Campus Universitário no bairro Lagoa Nova, Caixa Postal 1666, CEP 59072-970, Natal/RN, ou pelo telefone 32153135.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa O PROCESSO DE CUIDAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Participante da pesquisa:

---

Assinatura (por extenso)

Dedo Polegar Direito

Pesquisador responsável:

---

**Viviane Euzébia Pereira Santos**- Departamento de Enfermagem- Campus Universitário no bairro Lagoa Nova, CEP 59072-970, Natal/RN, ou pelo telefone 84-32153889

**Comitê de Ética em Pesquisa**- Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Caixa Postal 1666, CEP 59072-970, Natal/RN. Telefone 32153135.

**APÊNDICE D-roteiro para observação**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

- Como se desenvolve o cuidado durante o período de observação?
- Existe interação entre os profissionais da equipe de enfermagem e outros profissionais? Como acontece essa interação?
- Existe interação entre os profissionais da equipe de enfermagem e pacientes? Como acontece essa interação?
- Existe interação entre os profissionais da equipe de enfermagem e familiares? Como acontece essa interação?
- Em que momentos percebe-se o cuidado?



**APÊNDICE E –roteiro para análise documental**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO**

Roteiro para análise documental

Perguntas	Sim	Não	Observações
1. Existe a presença da Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem).			
a. É Realizado com o auxílio de métodos/ impressos específicos			
b. Contempla Informações sobre a pessoa			
c. Contempla Informações sobre Família ou coletividade humana			
d. Existe uma preocupação com as questões subjetivas dos pacientes e familiares			
2. Existe a presença de Diagnósticos de enfermagem			
3. Existe um Planejamento de Enfermagem/ prescrição de enfermagem			

4. Quem é responsável pelo planejamento das ações de enfermagem			
a. técnico de enfermagem			
b. Enfermeiro			
c. outro profissional			
d. Existe um impresso próprio para realização do planejamento			
5. Existe uma implementação das ações determinadas sim			
6. Quem realiza estas ações			
Técnico de enfermagem			
Enfermeiro			
7. Existe uma avaliação de enfermagem relacionada aos resultados obtidos a partir das intervenções			
8. É Realizado de modo objetivo, sem preconceito, valores, julgamentos ou opinião pessoal			
9. Informações subjetivas fornecidas pelo cliente, seus familiares são levadas em conta			
10. dados são documentados de modo claro e conciso			
11. Os achados devem ser descritos do modo mais completo possível, especificando os dados de modo concreto e objetivo			

APÊNDICE F- **roteiro para entrevista semi-estruturada**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO

Roteiro para entrevista semi-estruturada

**EQUIPE**

- Fale-me sobre suas atividades na UTI?
- Como você faz para cuidar?
- Quem é cuidado para você?
- O cuidado que você exerce poderia ser diferente? Como? Porque?

**PACIENTES**

- Fale-me como esta/ foi seu processo de internação na UTI?
- Por quem você foi/é cuidado?
- Como é o cuidado que você recebe?
- Esse cuidado poderia ser diferente? Como?

**FAMILIARES**

- Fale-me como esta/ foi o processo de internação do seu familiar na UTI?
- Por quem ele foi/é cuidado?
- Como é o cuidado que ele recebe/recebeu?
- Esse cuidado poderia ser diferente? Como?

**ANEXO 1- PARECER DO COMITE DE ÉTICA DA UFRN**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
 10 anos contribuindo com a ética na pesquisa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

**PARECER N° 021/2011**

<b>Prot. nº</b>	183/10-P CEP/UFRN
<b>CAAE</b>	6580.0.000.051-10
<b>Projeto de Pesquisa</b>	O PROCESSO DE CUIDAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
<b>Área de Conhecimento</b>	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE <span style="float: right;">Grupo III</span> 4.04 - Enfermagem
<b>Pesquisador Responsável</b>	Viviane Euzébia Pereira Santos
<b>Instituição Onde Será Realizado</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
<b>Instituição Sediadora</b>	Hospital Unimed 24h de Mossoró
<b>Nível de abrangência do Projeto</b>	Dissertação de Mestrado
<b>Período de realização</b>	Início - fev/2010 - Término - jul/2011 Arrolamento dos participantes: Início - jan/2011 - Término - fev/2011
<b>Revisão ética em</b>	4 de março de 2011

**RELATO**

**1. RESUMO**

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva - UTI é referido comumente como um local, onde o cuidar esta intrinsecamente ligada a alta tecnologia. O cuidar na UTI transforma o paciente em um sujeito passivo, sendo sua complexidade deixada à parte e, por vezes, compreendida em uma perspectiva reducionista. Desta forma, faz-se necessário estudos voltados para o processo de cuidar a partir de um resgate histórico, trazendo a perspectiva de uma assistência mais centralizada no ser humano. Este estudo tem como objetivo analisar o processo de cuidar em enfermagem de uma UTI a partir da ótica do profissional, do familiar e dos pacientes. A abordagem será qualitativa, descritiva e exploratória. Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais de enfermagem, os pacientes de uma UTI do Hospital UNIMED, Mossoró/RN e familiares. Os dados serão obtidos através de observação das atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem, bem como por seus registros nos prontuários. Além disso, os participantes responderão a uma entrevista semi-estruturada.

**2. ENTENDIMENTOS E PARECER**

Considerando que as pendências expostas por este Comitê foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

**3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR**

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);

*Jules*

