

**MARIA CRISTINA PAGANINI**

**HUMANIZAÇÃO DA PRÁTICA PELO CUIDADO:  
UM MARCO DE REFERÊNCIA PARA A  
ENFERMAGEM EM UNIDADES CRÍTICAS**

**CURITIBA**

**1998**

**MARIA CRISTINA PAGANINI**

**HUMANIZAÇÃO DA PRÁTICA PELO CUIDADO: UM MARCO DE  
REFERÊNCIA PARA A ENFERMAGEM EM UNIDADES CRÍTICAS**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado em Assistência de Enfermagem do  
Programa de Pós - Graduação da UFSC -  
Expansão Polo I UFPR para a obtenção do  
título de Mestre em Enfermagem.

**CURITIBA  
1998**

**Orientadora: Prof. Dr.<sup>a</sup> Eloíta Neves Arruda**  
**Co-orientadora : Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivete Palmira Sanson Zagonel**

REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
UNIVERSIDADE CONVENIADA: UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
DISSERTAÇÃO

**HUMANIZAÇÃO DA PRÁTICA PELO CUIDADO:UM  
MARCO DE REFERÊNCIA PARA A ENFERMAGEM EM UNIDADES  
CRÍTICAS**

Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

por

MARIA CRISTINA PAGANINI

Aprovada em 16 de outubro de 1998.

*Eloíta Neves Arruda*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eloíta Neves Arruda (Orientadora)

*Tamara Iwanow Cianciarullo*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tamara Iwanow Cianciarullo (Membro)

*Vanda Maria Galvão Jouclas*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanda Maria Galvão Jouclas (Membro)

*Maria Ribeiro Lacerda*

Prof.<sup>a</sup> Dda Maria Ribeiro Lacerda (Membro)

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Beatriz Beduschi Capella (Suplente)

## AGRADECIMENTOS

*A Dr.<sup>a</sup> Eloíta Neves Arruda, minha orientadora e incentivadora, acreditando no meu propósito de fazer da Enfermagem mais do que uma profissão de assistir o outro mas sim de cuidar do outro;*

*A Dr.<sup>a</sup> Ivete Palmira Sanson Zagonel, pelo trabalho de co-orientadora, estando ao meu lado, me incentivando e me nutrindo com sentimentos de amor e carinho, principalmente nos momentos de dúvida e cansaço;*

*Aos meus colegas de Mestrado pelo convívio e aprendizado;*

*À Simone, amiga que dividiu este tempo com palavras de orgulho e incentivo;*

*À minha querida família que compartilhou comigo nesta tão almejada conquista, em especial ao meu pai e aos sobrinhos Matsuo, Haruo, Harumi, Raphael, Manuela e Gabriela;*

*Ao meu querido Dantas, que esteve sempre ao meu lado cheio de carinho e ternura e que acima de tudo cuidou de mim, o meu amor.*

*À minha mãe que mesmo não estando presente hoje em minha vida, é minha companheira e minha luz, eu dedico esta grande vitória.*

*E, à Deus pela minha vida...*

## SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

I. INTRODUZINDO A TEMÁTICA .....	03
II. DELINEANDO MINHA TRAJETÓRIA.....	12
III. APRESENTANDO A INQUIETAÇÃO.....	17
3.1. Questão norteadora.....	17
3.2. Pressupostos.....	17
3.3. Objetivos.....	19
IV. BUSCANDO SUPORTE BIBLIOGRÁFICO .....	20
4.1. O cuidado diante da complexidade de atuação em Unidades Críticas.....	20
4.2. O cuidado humano como referencial fundamentado em Watson.....	29
V. PROPONDO A METODOLOGIA .....	42
5.1. Local e contexto do estudo .....	43
5.2. Sujeitos do estudo .....	46
5.3. Apreensão reflexiva dos conceitos.....	49
5.4. Análise dos discursos.....	56
VI. SÍNTESE DO PROCESSO DE ANÁLISE DOS DISCURSOS.....	61
VII. HUMANIZAÇÃO DA PRÁTICA PELO CUIDADO: UMA PROPOSTA DE MARCO DE REFERÊNCIA PARA A ENFERMAGEM EM UNIDADES CRÍTICAS.....	93
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	106
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS.....	116

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo construir um marco de referência de cuidado humano para a transformação da prática, a partir de um processo reflexivo vivenciado entre a pesquisadora e um grupo de enfermeiras chefes de unidades críticas de um hospital de ensino no estado do Paraná. Este processo foi desenvolvido em oito encontros nos quais as participantes, em um ambiente de cuidado (música, lanche, relaxamento, descontração), discutiram os temas valores, motivação, cuidado, enfermagem, ser humano, ambiente, escolhidos pelas participantes e fundamentados em determinados fatores de cuidado de Jean Watson (1979,1985). O alcance do objetivo foi subsidiado pela seguinte questão norteadora, **quais conceitos que podem ser utilizados na construção de um marco de referência para o cuidado de Enfermagem em Unidades Críticas, coerentes às idéias de Watson, de forma a serem incorporados e vivenciados pelos enfermeiros?** Os discursos resultantes dos encontros, analisados segundo Bardin (1991), revelaram quatro temas: o cuidado como transação subjetiva da experiência humana; a enfermagem em suas dimensões científica e holística como forma de aproximação entre teoria e prática; ser humano em sua individualidade e relação interpessoais no contexto da prática de enfermagem; influências e condições determinadas pelo ambiente na prestação do cuidado. Estes temas serviram de base para a elaboração do marco de referência, constituído pelos seguintes conceitos e respectivos sub-conceitos: **ser humano cuidador - ser cuidado**, intersubjetividade, amor a si próprio, cuidar de si, auto conhecimento, unicidade, integralidade, espiritualidade, bem estar e satisfação, relação interpessoal, vocação e motivação; **filosofia, ciência e arte do cuidar/cuidado**, enfermagem, sensibilidade e responsabilidade, amor e carinho, auto-conceito profissional, visibilidade do cuidado (valorização), ética (dignidade, respeito); **ambiente institucional**, interação, engajamento e interferências nas relações interpessoais, estrutura tecnológica, ideologia, gerenciamento. A partir da reflexão pode-se abstrair, que é necessária a reversão do quadro atualmente vivenciado relacionado à prática de Enfermagem, a revisão de padrões de atuação com preocupação apenas ao cumprimento do ato mecânico da técnica; o oferecimento de alternativas para combater a desmotivação e o imobilismo dos profissionais. Tais alternativas podem incluir, dentre outras: a capacitação dos cuidadores no processo interacional; a valorização e o aperfeiçoamento humano pelo reconhecimento da ciência de Enfermagem voltada à prestação de cuidados; a reflexão da prática diária e desenvolvimento de pesquisas que possam trazer à prática de Enfermagem a fundamentação teórico filosófica para desvelar novos caminhos. Finalmente, este trabalho demonstra ser a humanização da prática pelo cuidado humano, uma necessidade que vem de encontro aos anseios das enfermeiras que atuam em Unidades Críticas, assim como instiga futuras pesquisas para a aplicabilidade do marco de referência proposto nestas unidades e em outras áreas de atuação.

## ABSTRACT

This study had the objective of providing a framework point on human-caring for the transformation of practice. It was originated from a reflexive process of a group of nurses in the University Hospital of Parana State, inspired on determined carative factors by Jean Watson. The search was facilitated by the following guided question: "What concepts can be utilized in the construction of a framework for human care in Critical Units, in accordance with Watson's ideas, in such a way as to be incorporated, permanently adopted and utilized by nurses?" To produce the speeches, the researcher worked side by side with seven nurses, observing the group experience, gathering and analysing information collected during the discussion of the following themes: care, nursing, human being and environment. After long period of reflexion on the material gathered, it has been possible to come up with concepts that helped produce this framework. Based on the themes, it was elaborated a reference point composed by the following concepts and subconcepts: **care provider- care recipient**, intersubjective, self-respect, self-care, self knowledge, integrality, exclusivity, spirituality, well being, satisfaction, relationship, vocation and motivation; **nursing as philosophy, science and art of care/ caring**, nursing sensibility and responsibility, love and affection, professional self- concept, visibility of caring (valorization), ethic (dignity and respect); **environment**, tecnology, ethic ideology, management, interaction, engagement and interference. Through reflexion, we realize the necessity of: reversion of the picture being currently experienced in Nursing practice, reviewing patterns of conduct with regarding to the mechanical act of technique, offering alternatives for combating lack of motivation and action of professionals, which can be achieved through training of care-providing personnel in the interactive process; human valorization and growth by means of recognition of a Nursing science that focuses on caring; reflection about daily practice and development of research that can provide Nursing practice with theoretical - philosophical foundation in order to unveil new alternatives. This work demonstrates that humanization of pratice through human care is a requirement that meets the destres of nurses who work in Critical Units, as well as encourages future research related to the applicability of the framework in Critical Care Units as in other areas.



## I. INTRODUZINDO A TEMÁTICA

O desenvolvimento do conhecimento de Enfermagem faz-se também pela reflexão das ações realizadas no cotidiano e principalmente pela vontade de mudar, de transformar o fazer funcionalista para um fazer/pensar/ser mais humanitário.

A Enfermagem vem sendo construída ao longo de sua trajetória, principalmente nas duas últimas décadas, à luz de uma base humanista de atenção, buscando significado na existência do ser humano. É através do cuidado com a pessoa, com a vida, com enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional, uma vez que a essência da Enfermagem se constrói a partir da relação pessoa a pessoa. O homem precisa interagir com o meio, para a partir das suas experiências de vida obter formas de ação capazes de facilitar o seu aperfeiçoamento.

O cuidado e o cuidar estão presentes no desenvolvimento do ser humano enquanto pessoa e os enfermeiros cuidam da vida das pessoas, como explicita Bittes (1996). O cuidado é realizado, enquanto existe a vida e diante da proximidade da morte, em qualquer das situações, permanecemos cuidando, zelando pelo corpo, procurando manter a dignidade da pessoa. Bittes (1996, p. 101) afirma que, *“aprender a cuidar da vida humana é uma contínua e interminável ação”*.

A maneira como vivemos, o quanto nos conhecemos, de que forma nos inserimos e nos relacionamos com o mundo que nos rodeia, pode ser uma maneira de iniciar a compreensão do nosso “eu”, enquanto seres humanos. O processo não é muito simples, muito claro, pois é necessário tentar ir um pouco mais além para descobrir a complexidade ao nosso redor ou até mesmo dentro de nós, fazendo parte da vida.

As relações interpessoais são as relações entre duas ou mais pessoas que buscam a interação. Watson (1979) afirma que o crescimento e desenvolvimento da relação acontece por meio interpessoal, principalmente na relação de ajuda e confiança, necessárias para a transação e o estabelecimento de ajuda. A vida na qual nos inserimos é construída de momentos; de forma contínua, sofremos transformações, utilizando como sustentação nossas crenças, valores e experiências, as quais se apresentam e se tornam constantes desafios. Dentro da idéia de mundo, de convivência, de ultrapassar o atendimento de necessidades inferiores e partir para um relacionamento em níveis mais elevados, Watson (1985) introduziu o paradigma do cuidado humano transpessoal na ciência do cuidado. Este paradigma enfoca o ideal moral, o significado da comunicação e do contato intersubjetivo mediante a co-participação do "self" como um todo. A forma transpessoal para esta teoria permite a expressão do cuidado humano em contextos e momentos diferentes, os quais não podem ser premeditados ou explicados, pois evocam o encontro da enfermeira com a pessoa que é cuidada em uma relação humana.

O mistério da nossa existência nos faz diferentes, permitindo-nos crescer e transformar-nos. Assim, pouco a pouco o ser humano é formado, as conquistas físicas, intelectuais, emocionais vão dando forma e beleza à sua vida. É preciso um trabalho hábil de lapidação, o qual muitas vezes precisa ser tratado, cuidado ou ajudado. Este cuidado está relacionado à manutenção da vida como afirma Collière (1986), à garantia de continuação da vida. Neste sentido, Erdmann (1996) afirma que o cuidado é um valor e uma forma de respeito à natureza. Está relacionado com a vida, com o sistema de manutenção da vida.

Muitos estudiosos vêm-se dedicando à temática do cuidado, em de estudos práticos, teóricos e de pesquisa, bem como exposições em seminários e encontros, momentos

que tem contribuído para o grande avanço desta abordagem para a Enfermagem. Assim, passo a delinear o pensamento de diversos autores que defendem a abordagem humanista do cuidado, para suscitar no leitor a vontade de transitar pelo estudo.

Ao me reportar à história, verifico isto: enquanto profissão, a Enfermagem surge realizando o cuidado. A história da Enfermagem nos mostra que a relação de cuidado sempre existiu de forma muito íntima, porém com outra designação. Florence Nightingale (1989) responsável pelo início da Enfermagem como profissão respeitada e reconhecida, foi a pioneira de um movimento pela educação formal para a Enfermagem; fazia uma mescla de conhecimento teórico e experiência prática. Naquele tempo as pessoas eram tratadas em suas próprias casas, uma vez que não existiam instituições próprias para se processarem os tratamentos de saúde. No princípio a Enfermagem era executada por pessoas que buscavam, pela caridade, a salvação de suas almas, como forma de resgate e perdão do pecado.

Nightingale (1989) introduziu, de modo decisivo, as transformações no cuidar. Salientava a preocupação com o ambiente, com o corpo, mas também com o emocional. Este novo modelo de Enfermagem tratava o ser humano dentro de uma visão multidimensional muito mais do que meramente o tratamento de um processo de doença. Neste período do século XIX, Florence demonstrava a separação entre a Enfermagem e a Medicina, sendo atribuído à Enfermagem, naquela época, a execução da parte prática do processo e à Medicina a instrumentalização e o desenvolvimento intelectual, caracterizando perspectivas diferentes entre as duas ciências. O cuidado das pessoas para Nightingale como afirma Leopardi (1997, p.57), *“tinha fundamento no conhecimento e no calor humano. O cuidado passou a ter um valor em si mesmo, como condição para a cura”*.

Collière (1986) apresenta uma reflexão sobre a história do cuidado; demonstra a diferença entre o cuidado executado pelas mulheres e pelos homens. O homem, segundo a

autora, esteve sempre voltado para o cuidado em defesa da família e do território; usou de força física, participando de lutas e defesas. Aprendeu a cuidar dos membros do corpo, dos ossos e a fazer pequenas cirurgias durante as batalhas ou a cuidar de ferimentos. A mulher, por outro lado, relacionou o cuidado ao ato de procriação e continuação da vida, quer cuidando do bebê, quer do doente ou moribundo. Dedicou-se ao aperfeiçoamento do cuidado do corpo, utilizando-se do toque e do olfato. Procurou conhecer o meio ambiente, buscando alternativas para a nutrição da família, introduzindo o uso de flores, frutos e sementes na alimentação. Com esta preocupação, a autora salienta que a mulher trouxe novos conhecimentos para a sociedade, principalmente voltados à farmacologia e à agricultura.

Com a expansão do movimento cristão, o enfoque do cuidado foi sendo modificado. Voltou-se para as tendências religiosas, filosóficas e sociais. O desprezo ao corpo foi exigido pelas ordens religiosas; a manutenção da castidade foi uma forte influência para as pessoas que assumiam o cuidar, denominadas diaconisas. Neste momento da história da Enfermagem, o sofrimento tornou-se muito importante, pois surgia como possibilidade de salvação da alma. Collière (1986) refere ainda, que o cuidado desempenhado pelas freiras, enquanto cuidadoras, não possuía valor econômico, pois a sociedade apenas o entendia como sendo a forma de caridade e, portanto, sem preço ou comércio. Houve, no entanto, o enriquecimento das instituições nas quais estas trabalhavam, mediante o recebimento de doações, isenção de impostos e outras formas de recolhimento. Gradativamente houve a diminuição do reconhecimento do cuidado executado pelas mulheres, principalmente nas cidades.

A industrialização, o processo migratório e as descobertas científicas reforçaram a importância da cura e não do cuidado. Um exemplo é o que aconteceu ao cuidado com o processo do nascimento, até então atribuído pela sociedade à mulher; foi repassado ao homem, decorrente do surgimento da Obstetrícia como especialidade, no final do século

XVIII. Todo o segredo e o ritual que as mulheres desenvolveram e atribuíram ao nascimento foi rapidamente substituído pelo conhecimento intelectual, científico, mas extremamente técnico. Surgem também as parteiras, como auxiliares e entendidas como cuidadoras, passando os seus serviços a serem institucionalizados.

O desenvolvimento da Enfermagem surge a partir do cuidado executado pela mulher; a ela, ao cuidar da família, desenvolveu práticas capazes de gerar, manter e reproduzi-la, de acordo com suas necessidades, como assinala Leininger (1991). Para esta estudiosa, a Enfermagem busca entender o comportamento e o relacionamento humano. A autora é responsável pela introdução de estudos que demonstram o aspecto transcultural e universal do cuidado: ao conviver com grupos de pessoas de diferentes origens e culturas, detectou que o significado atribuído ao cuidado pode também ser diferente. Desta maneira, introduziu diferentes relações ou atributos do cuidado, como a idéia de conforto, apoio, compaixão, criação, empatia. A diversidade cultural demonstra que para o cuidado podem ser atribuídos valores, significados e padrões que facilitam o alcance de um melhor bem-estar ao homem ou a grupos de pessoas. Apesar das diferenças encontradas, o cuidado estava sempre presente e era reconhecido pelo indivíduo. Demonstra ainda, que o cuidado se liga ao fenômeno do comportamento; na prestação de ajuda, apoio ou capacitação, busca atingir o aperfeiçoamento das condições humanas. O cuidado pode ser registrado pela visão de mundo, estrutura social e da linguagem do grupo.

Cuidado e empatia são mais uma diferente associação introduzida por Noddings (1984). A autora afirma que o ser humano cria, pela empatia, certa intimidade que traz subsídios ao cuidador para melhor cuidar, uma vez que o cuidador passa a viver a situação junto com a outra pessoa e esta com ele, a ponto de entrar no seu mundo, nos seus sentimentos.

Mayeroff (1971) entende cuidado como forma de ajudar o outro a crescer. O cuidado precisa ser estabelecido e desenvolvido gradativamente para o crescimento do homem; neste aspecto, quem é cuidado se torna extensão de quem cuida, de forma gradativa. Este autor enfatiza que para haver o cuidado é preciso haver conhecimento da pessoa cuidada por parte de quem cuida, direta ou indiretamente, explícita ou implicitamente, para transformar esta relação em ajuda. Tempo e espaço, confiança, humildade, coragem, reciprocidade, fé e autonomia são alguns dos componentes para a sua realização. Demonstra a existência de diferenças entre o cuidado de si e o cuidado de outra pessoa. É por meio do cuidar ou de ser cuidado que a pessoa se aproxima da natureza, pois percebe que o ato de cuidar é simplicidade, busca de algo próprio e natural do ser humano.

O significado de cuidado ou a experiência de ser cuidado, na perspectiva do paciente, é estudado por Bittes (1996). O estudo desenvolve-se junto aos pacientes internados, em que apreende o significado, como estes percebem a experiência e o que acontece quando são cuidados. Estes pacientes definem o cuidador como aquele que atende às suas necessidades e, para isso, é preparado com conhecimento específico, sobre o cuidar.

Reforçando a necessidade de aprofundar, entender e aplicar o cuidado na enfermagem, Waldow (1992) apresenta uma revisão bibliográfica sobre os diferentes enfoques apresentados por estudiosas do assunto. A autora afirma que o significado do cuidado possui diferença quando substantivo e quando verbo. Enquanto substantivo, vem do grego “kara”, representando tristeza, aflição; enquanto verbo, tem a conotação de cuidar “carion”, significando preocupação com, respeito, consideração. Busca também compreender a diferença do cuidado nas diferentes profissões que o utilizam, e como este se relaciona à profissão de Enfermagem. Waldow (1992) apresenta uma contribuição a mais, quando se refere ao cuidado autêntico como alternativa para as enfermeiras administradoras, a qual

fornece liberdade e valorização aos membros da equipe, atingindo crescimento, confiança e respeito como resultado.

Gaut e Boykin (1993) introduzem a compreensão de cuidado como “healing”, termo de difícil tradução, pois significa mais do que apenas cura. Aqui o utilizaremos como cura. Estes autores, utilizam vários e diferentes estudos apresentados na Conferência Internacional sobre o cuidado humano, realizada no Oregon, USA; realizam uma análise do cuidado nesta visão. Os três enfoques principais analisados foram os rituais de “healing”, as modalidades de “healing” e o valor da esperança a partir da perspectiva do paciente. Watson (1995) apresenta o paradigma “caring - healing” como uma alternativa para a Medicina, já concebida pela Enfermagem. Este paradigma traz a preocupação apresentar uma prática nova que resgate as experiências humanas de saúde - doença e processo de cuidado, em relação ao fenômeno humano.

Roach (1993) trouxe a perspectiva do cuidado como modo de ser. À Enfermagem é atribuído o propósito do cuidado profissional e a capacidade dos enfermeiros de prover cuidado através do pensamento reflexivo e de ações significativas.

O saber da Enfermagem até a década de 50, era intuitivo, não científico, como afirma Bittes e colaboradores (1996), ao analisarem os princípios científicos como instrumento de trabalho. As técnicas de Enfermagem foram gradativamente se fortalecendo a partir de outras ciências. As técnicas foram sendo praticadas pelos atendentes e auxiliares, enquanto os enfermeiros ficavam na decisão e encaminhamento, distanciando-se, desta forma, do processo, descaracterizando-o da prática. Pouco a pouco a Enfermagem começou a criar um corpo de conhecimentos próprios, alterando a maneira de cuidar. A diferença surgiu pelo uso dos princípios científicos, ligados a uma maneira de cuidar humanizada, como forma de atuação. Estes autores atribuem ao saber científico do cuidar e do cuidado a maneira de se alcançar

autonomia profissional e postura de decisão, requisito exigido de forma constante na prática de Enfermagem.

Pires (1989) refere que a história da Enfermagem brasileira foi permeada de conflitos, competições e alienações. Tais fatores dificultaram ainda mais o curso do seu desenvolvimento e a sua evolução enquanto ciência. Salaria que o atraso cultural e econômico em comparação de outros países foi muito importante, refletindo também no processo de saúde.

Pires (1989) salienta que o conhecimento do saber da saúde, no Brasil, partiu do místico e experimental das sociedades tribais. As profissões, segundo Pires (1989, p.145) chamadas de “encarregadas de atividades parcelares do ato de saúde” foram surgindo pela subdivisão do saber da saúde, entre elas a Enfermagem. A configuração da evolução histórica nos mostra, hoje, um estado de crise do setor de saúde, em que todos os profissionais envolvidos são co-responsáveis em encontrar alternativas de resgate da própria essência, inclusive a Enfermagem.

O surgimento das instituições de saúde trouxe valores diferentes e novas características com a visão de comércio, muito evidente na área da saúde. O caminhar da prática, até se transformar em profissão, foi lento e difícil. Possivelmente não percebemos ou não compreendemos ainda tudo o que se passa ao praticarmos a Enfermagem, bem como a profunda relação que surge de pessoa a pessoa, na prática do cuidado.

Os significados de cuidado estabelecidos pela pessoa que recebe o cuidado são chamados de símbolos por Bittes (1996), abordando cuidado e descuidado. Nesta análise, o autor apresenta os símbolos indicados pelos pacientes como requisitos de se sentir cuidado, como a atenção, o amor e o carinho, o momento, a conversa, a orientação, a informação e as



perguntas. Os pacientes vão além e afirmam que as técnicas e as ações cuidativas quando não respeitam os símbolos, são percebidas como obrigações e não como cuidado.

Erdmann (1996) afirma que cuidado é viver em harmonia com amor, paixão e prazer nas relações. Demonstra desta forma a necessidade de se trabalhar o lado humanitário do profissional. Através de seu referencial teórico-conceitual, introduz o enfoque do cuidado dentro de uma abordagem administrativa atual, representado pelo caos das instituições. Referenda o sistema de cuidados de Enfermagem e a sua importância como inovação. Refere-se ao sistema de Enfermagem de hospital de ensino, semelhante à instituição de aplicação deste estudo, como tendo características de sistema aberto. Este tipo de sistema possui entrada, saída, fronteiras e retroalimentação de informações. Tem como objetivo o planejamento, execução e controle, para atender as necessidades de seus clientes e familiares.

A visão administrativa é atualmente permeada por inúmeras e novas tecnologias e filosofias voltadas à produção, como afirma Erdmann (1996). Caracteriza-se como sistema aberto de produção e sistema administrativo e organizativo. É dentro deste complexo molde ou realidade que a Enfermagem hoje se insere. Esta transformação, quanto ao modo de se praticar Enfermagem é, de certa forma, modernismo ou inovação. Surgem novas necessidades através da competição, para atingir maior eficiência e lucro, o que introduz por conseguinte a implantação de nova cultura organizacional.

A humanização da enfermagem diante das relações de poder é apontada por Zagonel (1996) no contexto médico hospitalar. Enfatiza que a humanização é a maneira de diminuir o processo das relações de poder, que prejudicam as ações de Enfermagem e de outras profissões, reforçando que a Enfermagem se fundamenta na relação estabelecida pessoa a pessoa, transpondo a postura da competência técnica.

Ao realizar esta caminhada, adentrando no mundo do cuidado, abordado pelos diversos autores, percebo a sua abrangência, diversidade, cientificidade em torno do ser humano, ao mesmo tempo que sinto que o cuidado realizado pelo enfermeiro está ainda na forma invisível, fragmentado, necessitando de um impulso no sentido de repensar a sua prática profissional diária.

Percebo que, atualmente, a Enfermagem se dirige a um novo paradigma de atuação, voltada a uma forma mais humanizada, buscando abranger o ser como sujeito do cuidado em sua totalidade, sem desconsiderar sua singularidade.

Considerando que o ser humanista ou humanístico é partidário do humanismo filosófico, o cuidado humanitário ou humano visa ao bem-estar da humanidade, através do amor a seus semelhantes, da bondade, a fim de alcançar a felicidade humana. Com este entendimento, neste estudo o cuidado propõe-se como humano ou humanitário desenvolvido entre o ser enfermeiro e ser cliente, como humanistas ou humanísticos, os quais demonstram através da vida, atitudes humanas.

Dentre as várias visões esboçadas pela literatura sobre cuidado, identifiquei-me com o pensamento da teórica de Enfermagem Jean Watson (1979, 1985), uma vez que, através da teoria do cuidado humano, encontro eco às minhas inquietações. Os preceitos constituem alternativas de resgate da essência da profissão, pela revisão dos conhecimentos adquiridos e aplicação da prática do cuidado humano.

Humanismo é a corrente que coloca os valores humanos acima de todos os demais, incluindo os materiais, religiosos, econômicos, científicos e outros (Moraes, 1978). Para Ferreira (1986), o humanismo manifesta-se no domínio lógico e no ético. No primeiro, aplica-se àquelas doutrinas que afirmam que a verdade ou a falsidade de um conhecimento se definem em função da sua fecundidade e eficácia relativamente à ação humana; no segundo,

aplica-se àquelas doutrinas que afirmam ser o homem o criador dos valores morais, que se definem a partir das exigências concretas, psicológicas, históricas, econômicas e sociais que condicionam a vida humana. O dicionário de filosofia Blackburn (1994) define humanismo como geralmente relacionado a qualquer preocupação que dê ênfase ao bem-estar humano, dignidade e otimismo de forças humanas. A conceituação de humanismo, quando relacionado ao ser, se refere às atitudes humanas.

O presente trabalho propõe-se a contribuir para repensar e redimensionar a Enfermagem, pelo conceito de cuidado humano, entre chefes de Enfermagem de Unidades Críticas de um hospital de ensino da cidade de Curitiba. Estes profissionais desempenham a função de coordenar unidades de risco que prestam assistência a pacientes internados, ligados à “Coordenação de Enfermagem de Área Crítica”, compondo o organograma da Direção de Enfermagem do referido hospital.

Ao realizar esta reflexão junto aos enfermeiros chefes procuro contribuir para o desenvolvimento de novas maneiras de atuar, priorizando o aspecto humanitário da profissão. Compreendo que o conhecimento produzido auxiliará os enfermeiros no desenvolvimento e aprimoramento profissional, resgatando a essência da Enfermagem, tornando-os co-responsáveis na construção da história de nossa profissão.

Ao refletir sobre o papel, a função e a vocação do enfermeiro, deparo-me com aspectos que são rotineiramente repetitivos, sem atenção especial ao papel de intercâmbio pessoa a pessoa. As atribuições não necessitam de mudanças, necessitam da inclusão em seu núcleo de ação da essência de enfermagem, ou seja, do cuidado humano. Esta é a meta principal, ao se fazer cumprir toda a gama de atribuições. Humanizar a nossa existência e a existência do outro é humanar ou viver em enfermagem.

## II. DELINEANDO MINHA TRAJETÓRIA

O meu trabalho contínuo de relação direta com outras pessoas foi sempre imbuído da preocupação de aperfeiçoar o ser humano. Sem compreender, mas sentindo que existia e perpassava algo mais na relação entre os seres humanos, além do que é visto pelo nossos olhos, que decidi buscar algum tipo de nome ou explicação para este fenômeno.

A motivação para a realização do presente estudo, embasa-se também em minha experiência pessoal, por ter ocupado o cargo de enfermeira e Coordenadora de Enfermagem de Área Crítica durante 15 anos. Assim, passo a expor alguns aspectos que nortearam a minha opção para desenvolver este trabalho no contexto de atuação prática de Enfermagem.

Hoje, pensando sobre minha vida pessoal e profissional, após todos estes anos de trabalho na instituição do estudo, me sinto confortável e responsável para realizar a reflexão que me proponho. Durante este período trabalhei sempre com pacientes denominados graves ou críticos. Foram sete anos de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva com pacientes adultos, que apresentavam patologias gerais, clínicas e cirúrgicas. Neste período desempenhei atividades de assistência e de chefia. Nos últimos oito anos coordenei a Área Crítica, denominação que recebe por abranger UTI adulto e pediátrica, Emergência adulto e pediátrica, Infectologia, Neonatologia e Transplante de Medula Óssea. Após deixar o cargo de chefia, no início de 1997 atuei na área de Controle de Infecção Hospitalar, da mesma instituição; atualmente exerço o cargo de diretora de enfermagem do referido hospital de ensino.

Ao escolher a carreira de Enfermagem constatee que precisava aprofundar e melhor instrumentalizar meu modo de ser, reavivar latente dentro de mim. O modo de ser do início da carreira profissional de Enfermagem estava fundado na preocupação de oferecer

o que de melhor havia nas minhas relações com o ser humano. Percebi a existência de aspectos que envolviam a sensibilidade, o senso humanitário nos contatos, nas relações e interações entre meu ser e o ser do outro. Sentia existir uma força responsável por certas relações, diferentes de outras, que estavam não apenas na dimensão física, mas também na dimensão transpessoal. O reforço acontecia ao me sentir extremamente feliz sempre que desempenhava este papel.

Ao longo da minha prática, utilizava a vontade e preocupação em proporcionar ao outro, chamado por mim até então de paciente, um melhor estado, condição e viver. Percebo atualmente, reforçada pelos conteúdos aprendidos, discutidos e interiorizados através do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, que a própria denominação “paciente” me inquieta. Ferreira (1986) traduz a palavra paciente como sendo resignado, que espera paciente por um resultado. Será mesmo correto este significado para o que lhe queremos atribuir? Parece lógico e consagrado, mas incoerente quando nos colocamos no lugar da pessoa “paciente”. De forma alguma permanecemos à mercê, á espera que algo aconteça. Pelo contrário, nesses momentos, queremos ação, mas ação com resultados.

Durante minha vida profissional sempre tentei trabalhar enfocando o ser humano de forma abrangente, em suas diferentes visões; alguém que diante de mim, se apresentava com uma expectativa e necessidade de resolução de um problema ou situação que demandasse cuidado de Enfermagem. Sempre me pareceu muito simples o que era determinado e o que eu executaria. Por muitas vezes, no entanto, percebia algo mais profundo, mais direto e, ao mesmo tempo, mágico e extremamente complexo, algo de pessoa a pessoa. Percebi que muito do meu fazer ou do meu cotidiano de trabalho necessitava ser mudado, principalmente algumas reflexões precisariam ser feitas e novos conceitos reconstruídos. Foi uma incrível sensação de grande mudança no meu modo de ser e de pensar.

A instrumentalização trazida pelo curso de Mestrado foi decisiva e reafirmou as dúvidas, inquietações e até as certezas que sempre senti. Emerge do cenário cotidiano de minha prática uma urgência em mudança. É necessário poder olhar para o horizonte de maneira diferente, demandando no fazer diário o ingrediente que, somado à teoria, construa nova base de conhecimento, uma prática de cuidado humanitária.

O convívio com o trabalho executado pelas equipes da Coordenação de Enfermagem de Área Crítica e mais precisamente com os enfermeiros chefes das Unidades Críticas provocou-me profunda inquietação, relacionada à necessidade de repensar a prática com base no cuidado e buscar uma forma de facilitação do trabalho, como fonte transformadora da ação. Mesmo que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e respectivas equipes, que atendem aos pacientes internados, seja realizado com grande dedicação e empenho, percebo que existe desmotivação e enfado para a prática de Enfermagem, provavelmente decorrente da rotina diária, da imensa e variada problemática social e profissional, bem como da exigência da complexa e constante assistência.

Diante da inquietação proponho este trabalho, baseado no que hoje denomino de conceito de cuidado humano, com a certeza de que já o praticamos em nosso cotidiano. Aliado ao aprofundamento do referencial teórico, o trabalho torna-se mais atraente, principalmente conhecendo estrita e afetivamente a realidade, surgindo como possível ponto de transformação.

A inquietação surge ao perceber, na prática cotidiana de fazer Enfermagem, que as profissionais não apreenderam ainda a compreensão do verdadeiro significado e abrangência do cuidado humano. Essa condição carrega consigo dificuldades para a implementação na prática de conceitos teóricos sobre o cuidado, fato que não está atrelado apenas à

incompetência, mas penso estar relacionado principalmente à falta de oportunidade em desenvolver a habilidade para o cuidado.

A inabilidade é geradora de sentimentos de desvalor, de impotência diante da realidade que parece nova, e que na verdade, está incluída no viver de cada ser; o cuidado é inato em cada ser, necessita apenas ser desenvolvido.

Considero esta meta desafiadora, a mim e ao outro, ao meu ser enfermeira e ao ser do cliente, pois necessito transmitir a mesma satisfação e alegria que permeiam minhas ações durante a caminhada profissional.

A decisão em utilizar como referencial a teoria de Jean Watson, no presente trabalho, surgiu através das leituras e estudos efetuados nas disciplinas de Fundamentos Teóricos e Filosóficos da Assistência de Enfermagem e Tópicos Especiais: cuidar/cuidado em enfermagem do curso de Mestrado. A identificação com a teórica foi muito significativa, pois tornou mais intensa e sólida minha experiência na profissão de Enfermagem.

Ao ler sobre o trabalho desenvolvido por Watson (1979), encontrei a afirmação de que o cuidado é a essência da Enfermagem. Esta citação me fez parar, refletir e aprofundar os estudos junto a esta teórica. Foi então que encontrei a ligação do cuidado à visão transpessoal, que já fazia parte de minhas crenças. Envolvida pelas suas idéias, o trabalho da disciplina de prática assistencial contribuiu para esboçar e formular a questão norteadora e os objetivos para este trabalho. Hoje, com o material que resultou da experiência da prática assistencial, enquanto disciplina, reafirmo o desejo de aprofundar sua análise, proponho ao proceder o estudo para contribuir, para suscitar questões que possam ser aplicadas na prática de Enfermagem, tornando os locais de exercício profissional verdadeiros locais de ação e reflexão. O trabalho deseja explicitar princípios que possam servir de fundamento para o

cuidado humano e evidenciar domínios de conhecimento que possam ser utilizados em diferentes situações de cuidado.

Assim, busco facilitar e oferecer a oportunidade ao enfermeiro de perceber a verdadeira essência do cuidado humano, refletir e repensar a prática de Enfermagem para uma ação de cuidado transformadora. Chamo de repensar a tentativa de propiciar a estes profissionais um processo de reflexão acerca de questões relacionadas ao cuidado de Enfermagem e, assim, rever as suas crenças, valores, práticas e conceitos, utilizando o referencial de cuidado humano de Jean Watson enquanto significado essencial de Enfermagem.



### III. APRESENTANDO A INQUIETAÇÃO:

#### 3.1. QUESTÃO NORTEADORA:

A inquietação desvelada neste trabalho alicerça-se no cotidiano das instituições hospitalares, o qual tem interferido na prática de Enfermagem de forma decisiva. A verdadeira dimensão atribuída à profissão, através de seus cuidadores, está distanciada da essência humana do cuidado com ênfase em seu desempenho funcionalista. Tentando refletir sobre esta realidade, a partir de conceitos emergidos dos próprios sujeitos deste estudo, fundamentados pelas idéias de Watson e de meu próprio referencial teórico acerca de cuidado humano, busco, com os enfermeiros chefes de Unidades Críticas, repensar e modificar a prática de Enfermagem vivenciada neste contexto de atuação.

Assim traço como questão norteadora, *“quais os conceitos que podem ser utilizados na construção de um marco referencial para o cuidado de Enfermagem em unidades críticas, coerentes às idéias de Watson, de forma que sejam incorporados e vivenciados pelos enfermeiros?”*

#### 3.2. PRESSUPOSTOS:

No percurso de minha trajetória profissional em instituição hospitalar tenho procurado entender e refletir a prática de Enfermagem. A prática adotada nesta realidade me preocupa, porque predominantemente está ligada à rotina das unidades de atendimento de pacientes críticos. Baseada no entendimento do que creio ser Enfermagem e nas minhas inquietações, apresento os pressupostos que direcionaram o estudo:

- A Enfermagem é profissão alicerçada na interação entre os homens.
- O ser enfermeiro precisa sentir prazer no ato de cuidar.

- O enfermeiro precisa assumir na prática, uma atitude humanizada, que se torne tão importante quanto a atitude técnica.
- O enfermeiro é capaz de promover o desenvolvimento e transformação necessários ao cuidado do ser humano, atingindo resultados para si e para o outro.
- Na relação enfermeiro-cliente ambos vivenciam, a partir de suas experiências, um processo de aprendizagem que tem o cuidado transpessoal como facilitador.
- O cuidado humano é valor transformador e efetivo no desenvolvimento da pessoa.
- É pelo ato de cuidar que existe a aproximação, reconhecimento e criação das relações interpessoais entre o ser cuidado e o ser cuidador de Enfermagem.
- Para que se processe o cuidado de Enfermagem é necessário que haja honestidade, empatia, confiança, segurança e competência.
- O enfermeiro chefe é também um cuidador de si, da equipe e do cliente .
- O cuidado humanizado é promotor e restaurador da saúde.
- O cuidado humano favorece o julgamento e a tomada de decisão na prática de Enfermagem, pois estreita as relações e o crescimento.

### 3.3. OBJETIVOS:

#### GERAL

- Construir um marco de referência fundamentado no cuidado humano para a transformação da prática de Enfermagem em Unidades Críticas, a partir do processo reflexivo grupal de enfermeiras, fundamentado em determinados fatores de cuidado de Jean Watson.

#### ESPECÍFICOS

1. Identificar, através da vivência reflexiva grupal, como as enfermeiras chefes de Unidades Críticas, percebem a prática de Enfermagem.
2. Facilitar a reflexão crítica das enfermeiras sobre conceitos de cuidado humano, fundamentados em determinados fatores de cuidado de Jean Watson e sobre experiências individuais, que assegurem o seu entrelaçamento.
3. Propor a partir da reflexão vivenciada pela pesquisadora e cuidadoras, o marco de referência fundamentado no cuidado humano, com vistas à sua aplicação na prática de Enfermagem em Unidades Críticas.

## **IV. BUSCANDO SUPORTE BIBLIOGRÁFICO**

### **4.1. O CUIDADO DIANTE DA COMPLEXIDADE DE ATUAÇÃO EM UNIDADES CRÍTICAS.**

Para compreender a complexidade que envolve o trabalho em Unidades Críticas faz-se necessário esclarecer este conceito, uma vez que as instituições hospitalares o utilizam de forma diferenciada e dependente de seu organograma. A designação Unidade de Serviço de Área Crítica, utilizada pelo Ministério da Saúde, está voltada ao aspecto de risco de infecção, muito mais do que em relação ao risco de vida ou à caracterização do tipo de assistência prestada.

Para tal, com base no organograma da instituição escolhida para a realização deste trabalho, utilizei o conceito de Unidade Crítica como o “local onde os pacientes necessitam de cuidados de alta complexidade e que podem correr risco de vida”. A assistência prestada a estes indivíduos constitui-se em cuidados críticos ou intensivos, os quais representam ou garantem a possibilidade significativa de sobrevivência das pessoas. A instituição conta com a Coordenação de Área Crítica, a qual agrupa serviços de atendimento a diferentes grupos populacionais internados, de acordo com a complexidade e comprometimento do estado de saúde.

Para embasar e apoiar este estudo destaco reflexões abstraídas da revisão de literatura sobre o cuidado a indivíduos gravemente enfermos, críticos ou graves, designações estas encontradas para este tipo de cliente.

Percebe-se uma lacuna na literatura quanto aos aspectos de cuidado humano em Unidades Críticas. O que tem sido focalizado centra-se nas Unidades Intensiva, como

prestadoras de cuidados críticos. Estes cuidados abordados estão relacionados mais ao aspecto instrumental do que à dimensão expressiva.

Sheldon (1980), ao realizar um trabalho sobre o cuidado de Enfermagem em terapia intensiva neonatal, enfatiza que há necessidade de uma base de conhecimento em neonatologia, adquirida pela experiência e compreensão do tipo de cuidado prestado. Considera a experiência como requisito para o ingresso da enfermeira neste tipo de serviço. Alude que a aquisição da compreensão e maturidade necessárias ao serviço acontece em aproximadamente dois anos. Cita que, para alguns estudiosos, somente um curso de Mestrado é capaz de dar o preparo necessário para o desempenho nesta área. Apresenta como alternativa a manutenção deste profissional, mediante um programa de educação e reciclagem contínuos e paralelos à prática diária.

Em um estudo sobre o efeito da tecnologia e a empatia de enfermeiros de cuidados intensivos, Brunt (1985, p.69) define a empatia como sendo o “coração da prática de Enfermagem”, principalmente quando relacionada a enfermeiros de unidade de cuidado crítico. Afirma que a Enfermagem se baseia no relacionamento interpessoal terapêutico para prover o cuidado. Cita como efeitos negativos do uso da tecnologia o “stress”, a exaustão física e emocional, a desumanização e a fragmentação. Explicita que o ambiente de unidade crítica provoca a formação de barreira, devido ao fato da alta concentração de pacientes graves, bem como o próprio ambiente se torna intrinsecamente estressante, bloqueando a habilidade da enfermeira em focalizar a sua experiência no atendimento do paciente.

A descrição de modelo de Enfermagem no contexto do cuidado crítico e a identificação dos fatores que influenciam de forma positiva no cuidado, são introduzidas por Barr (1986). Em relação ao modelo são estabelecidas características que delineiam o cuidado. Estas são: totalidade, prioridade e natureza do cuidado; a inter-relação da ação com atitude

do cuidado; o reconhecimento da individualidade do paciente; envolvimento familiar; ensino; comunicação e percepção do paciente quanto aos resultados. Os fatores positivos decorrentes do cuidado estão relacionados à evolução do paciente, à interação positiva e familiar, conhecimento e experiência da enfermeira auxiliada pelo restante da equipe, atração pessoal por alguns dos pacientes, horas de visita com tempo mais prolongado, ambiente adequado da equipe e do trabalho. Entre os negativos estão a dificuldade de comunicação, famílias ausentes ou não cooperativas, falha na continuidade do cuidado ao paciente, falta de ajuda da equipe, medo da enfermeira diante de algumas condições do paciente, condições econômicas, forças burocráticas. Como alternativas de melhorar o cuidado prestado sugere o maior envolvimento da família, orientação e educação continuada para os enfermeiros, provisão de sistemas de apoio aos pacientes, melhor planejamento quanto à área física das unidades e estabelecimento de unidades intermediárias.

Halm e Alpen (1990) enfatizam a grande evolução tecnológica aliada ao cuidado em unidade de cuidado crítico. Afirmam que o ambiente desta unidade provoca seqüelas indesejáveis na família e no indivíduo. A enfermeira pode criar estratégias para minimizar esta situação, mantendo o uso da tecnologia, a qual se apresenta de forma muito importante para a manutenção da vida e recuperação do paciente gravemente enfermo. A estratégia poderia abranger as informações educativas para reduzir o medo e a ansiedade, relacionados aos procedimentos; facilitar o toque e o envolvimento da família durante o horário de visitas, tentando humanizar um pouco mais a tecnologia utilizada no ambiente. Buscar o manuseio adequado dos equipamentos, a redução do número de equipamentos na área física próxima ao paciente, diminuição do barulho; favorecimento das atividades familiares que facilitem as sensações relacionadas ao paciente, melhorando o sono e o repouso pelo planejamento das atividades diretas com o paciente, oferecendo-lhe conforto.

O estudo sobre o cuidar em unidade intensiva neonatal é apresentado por Swanson (1990) tem por finalidade identificar quem é aceito como sendo o “cuidador”, das crianças internadas. Para o estudo foram incluídos enfermeiros, médicos e pais e os participantes consideravam a unidade como de alta complexidade. Esta autora utiliza Watson, como referência, afirmando ser o cuidado um ideal moral e um comprometimento de ação. Os enfermeiros encorajavam e ensinavam aos pais a se mostrarem presentes, a tocar, a segurar e a amar seus filhos. Evidencia que para o Sistema Nacional de Saúde, a expectativa de uma unidade de cuidados intensivos neonatal é a de prover cuidado seguro, responsável e ético, em uma realidade vulnerável e frágil relacionada diretamente ao estado de saúde do bebê. Percebe-se pelas descrições dos profissionais e dos pais, a profundidade dos momentos vividos na relação trazida pelo cuidado. Relacionando ao legado de Nightingale, a autora afirma que este tipo de unidade tem por finalidade colocar ou manter o bebê em condições ideais, tanto quanto possível, para que a natureza possa agir. Para finalizar o trabalho esta autora traz a definição de cuidado de uma das mães, que permaneceu por algum tempo neste contexto e no qual o bebê não sobreviveu. Ela define o cuidado como “um ato de amor”.

As características científicas ou da especialidade de Emergência surgiram nos últimos vinte anos, como afirma Sheeh (1992) definindo o cuidado de emergência como sendo aquele destinado aos indivíduos de todas as idades, com percepção de alterações físicas ou emocionais de saúde, diagnosticadas ou não e que necessitam de interferência. O cuidado, neste sentido, está muito mais voltado à idéia de procedimento, geralmente de aspecto agudo, representado por um episódio, muitas vezes não bem definido. A essência da Enfermagem está, neste caso, relacionada a uma prática ou atitude de cuidado voltada a uma situação de atendimento rápido, conhecido como de emergência, ao ambiente no qual acontece esta ação e aos clientes que são atendidos. Salienta ainda, que a Enfermagem,

enquanto profissão possui, nesta área atuação muito diversificada, tornando-se ainda mais complexa, quando focalizada na ação de emergência. A atuação de Enfermagem inclui a prestação de cuidados: atendimento de doenças, prevenção de seqüelas; atinge até medidas que garantam a sobrevivência do indivíduo.

O comportamento de cuidado adotado por enfermeiros diante do paciente coronariano, é estudado por Rosenthal (1992). Este, procura estabelecer junto aos enfermeiros e clientes, o significado do cuidado. Utiliza como referências, dentro da visão do cuidado humano Watson; Larson; Mayer. Entende em princípio que o cuidado desempenhado pela Enfermagem na área crítica possui características muito mais técnicas, do que emocionais. O enfermeiro utiliza grande parte do seu tempo de cuidado com equipamentos, desempenho tecnológico e menos com o cuidado ao paciente. Para tanto, é importante o estabelecimento de comportamento de cuidado de acordo com o que os pacientes percebem como sendo cuidado. Enfatiza ainda, que existe diferença de entendimento entre enfermeiro e paciente sobre o que venha a ser cuidado. Para o paciente, a preocupação está voltada para o atendimento técnico de suas necessidades, pois lhe é prioritário, além da garantia de sobrevivência, que entende estar nas mãos do enfermeiro. Por outro lado o enfermeiro, habituado a sentir-se confortável no contexto, utiliza ações não somente técnicas mas também do toque, da escuta. Esta autora salienta que é necessário conhecer, utilizando estudos fenomenológicos, o significado do comportamento do cuidado para os pacientes, para que o enfermeiro se prepare e se aprimore para isto.

Este estudo demonstra a importância do aprofundamento sobre a reflexão do significado de cuidado. Reproduzindo a idéia existente na sociedade de que cuidado intensivo é sinal de eficiência, rapidez, habilidade, os enfermeiros vivenciam o afastamento do cuidado de caráter mais humano, chegam a não perceber tal exigência. Para alcançar um nível mais



humano e mais espiritual para o desempenho das ações de cuidado é necessária a conscientização sobre a importância dentro do contexto da prática de Enfermagem.

Como salienta Hendricks (1993) a complexidade do cuidado ao bebê, na unidade de cuidado intensivo, aumenta a cada nova descoberta científica e tecnológica. A enfermeira assume um papel especial e único na resolução desses desafios, utilizando-se da percepção de necessidades físicas, psicológicas e fisiológicas da criança gravemente enferma e sua família. A enfermeira torna-se o elo da equipe que presta cuidado à criança. A autora refere-se ainda às habilidades, atitudes e traços de personalidade, importantes como critérios de seleção para o ingresso dos profissionais nesta área. Cita, como importantes requisitos, a motivação; comprometimento; parâmetros éticos e morais; característica pessoal, social e familiar; saúde física e mental; habilidade crítica, de confronto em situações de desacordos ou atritos na rotina diária; técnica de ensino (formal e informal); objetivos profissionais e pessoais para o futuro. Entende-se, pela revisão apresentada, que existe uma rígida e determinada decisão quanto ao tipo de profissional para atuar em um serviço com característica de unidade crítica. Por um lado, percebe-se a grande preocupação e exigência na seleção do profissional e, por outro, a dúvida quanto à motivação ou satisfação destes profissionais em manterem-se nesta atividade.

A saúde na realidade brasileira difere da realidade americana da autora. Aqui no Brasil, os padrões de ingresso dos profissionais não são estabelecidos; enfermeiros são admitidos sem preparo especial, sem conhecimento prévio ou reciclagem planejada. Fatores que determinam a altíssima rotatividade, muitas vezes permeada por desmotivação ou questionamento pessoal e profissional, como já se mencionou.

Outra perspectiva apresentada por Burfitt e colaboradores (1993) descreve a percepção e o significado de pacientes adultos sobre o cuidado desempenhado por enfermeiros

em uma unidade de cuidados críticos. O cuidado foi definido como sendo um comportamento vigilante e atento, que envolve o atendimento e a aplicação de técnicas altamente sofisticadas, como também cuidados básicos.

Percebe-se pela visão dos vários autores que o enfermeiro, para atuar em Unidades de Cuidado Crítico, necessita estabelecer um comportamento de cuidado, momento em que assume um papel especial e único na resolução dos desafios da complexidade da descoberta científica e tecnológica. O enfermeiro cria estratégias para minimizar a situação de estresse no ambiente de cuidado crítico, através de informações educativas, que possibilitam reduzir o medo e ansiedade, pelo toque e envolvimento familiar.

Ao cuidar, o enfermeiro em Unidade de Cuidado Crítico necessita utilizar a tecnologia aliada à empatia, à experiência e à compreensão do cuidado que presta, o relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de prover cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil. Cuidar em Unidades Críticas é ato de amor, o qual está vinculado à motivação, comprometimento, postura ética e moral, características pessoais, familiares e sociais. O cuidado, desta forma, é envolvimento, apoio, planejamento e ação continuada.

Para este trabalho, o cuidado é um processo de "healing" isto é, semelhante à cura, integrado às ações da enfermeira na manutenção da vida do indivíduo.

O cuidado em Unidades Críticas, neste estudo é desenvolvido por profissionais que tem também o papel de enfermeiro chefe da unidade. Neste sentido apresento literatura relacionada a este tipo de atividade. Chaves (1993) afirma ter o gerente o papel de controle sobre as pessoas, mantendo-as dentro de certos objetivos e salienta que a liderança se faz pelo atendimento das necessidades do cliente. Para Parikh (1994) a nova visão do administrador deve delegar responsabilidade e não manter o controle. Afirma que precisamos

sair da idéia de força e despertar a consciência das pessoas, quanto ao que fazer e como se comportar dentro de uma equipe de trabalho.

Neste enfoque, Bushnell et al ( 1993) retratam que o primeiro desafio do chefe, em qualquer circunstância, é o funcionamento do grupo como um time. Ressalta que este desafio aumenta, quando é necessário juntar dois grupos diferentes, ou seja, enfermeiros e médicos. Salienta que, ao observar os comportamentos destes dois profissionais na unidade intensiva, percebe-se uma diferença positiva, isto é, com maior colaboração. Em busca do alcance de melhores resultados pela colaboração e entendimento dos dois profissionais, o enfermeiro chefe do serviço necessita concentrar esforços no sentido de desenvolver o ambiente mais propício para a execução do trabalho dos diversos profissionais, médicos e agentes de enfermagem; facilitar a credibilidade e consistência na comunicação e no respeito mútuo; perceber e usar um estilo próprio para o manejo de problemas do cotidiano; estabelecer um referencial para uma administração colaborativa e também uma forma de prestar o cuidado de enfermagem.

Reiterando estas afirmativas, Erdmann (1996), ao referir-se à rotina diária da instituição hospitalar, descreve claramente a realidade, cita exemplos vividos no cotidiano que interferem decididamente nos resultados do cuidado prestado. Atribui à chefia do serviço a sintonia entre os diversos setores. Mediante as habilidades da enfermeira - gerente acontece o controle disciplinar, operativo e político do sistema de cuidados. Observa, no entanto, que a enfermeira, para não perder o seu espaço, tem assumido, de forma extrema, atividades assistenciais, demonstrando na uma atitude colaborativa, ao mesmo tempo que se prende à atitude de mando ou ao uso do poder.

A partir da reflexão sobre a abrangência que compõe o ser enfermeiro de área crítica e ser enfermeiro chefe de unidade crítica, percebe-se que o levantamento bibliográfico revelou a

existência de uma lacuna nos trabalhos ou pesquisas relacionadas ao cuidado e à atuação do enfermeiro que chefia equipes de Área Crítica. Assim, passo a delinear o enfoque de cuidado humano, fundamentado em Watson, direcionado ao contexto de atuação futura em Unidades Críticas.

#### 4.2. O CUIDADO HUMANO COMO REFERENCIAL FUNDAMENTADO EM WATSON.

Na procura do conhecimento construído sobre o cuidado e a realidade da prática de Enfermagem vivenciada pelas enfermeiras chefes de Unidades Críticas, à literatura fornece apoio de várias estudiosas do tema e sobre o que se fundamenta em Watson acerca do referencial humanitário que se esboça.

O cuidado como enfoque essencial de Enfermagem tem sido amplamente abordado por pesquisadores de Enfermagem, interesse que surge com o aparecimento das ciências sociais, interrogando a natureza, o conteúdo e as perspectivas do cuidado de Enfermagem. Para o desvelamento deste caráter, a investigação de Enfermagem auxilia a difundir e desenvolver o conhecimento.

Reiterando a idéia de desenvolvimento do ser humano, Mayeroff (1971) expressa que o cuidado atua como ingrediente de crescimento do homem, determinando a transformação qualitativa do indivíduo. É algo mais profundo no relacionamento. Através da idéia do cuidado e ajudando o outro a crescer, busca-se criar um sentimento de confiança entre ambos, ser cuidador e ser cuidado; tenta-se tornar o ser cuidado o mais independente possível oferecendo-lhe somente o necessário. Cuidado desta forma, procura superar os obstáculos que se apresentam. No processo de estar próximo, de buscar estar presente, percebemos que existe diferença entre o que devemos fazer e o que queremos fazer. Existe certa interdependência entre as duas pessoas, quem cuida e quem é cuidado, na tentativa de encontrar o bem-estar. Apresenta, como alternativas ou componentes, certos aspectos chamados de ingredientes do cuidado, como tempo, espaço, confiança, humildade, coragem, reciprocidade, fé, autonomia, entre outros. Finalmente, afirma que o cuidado pode ordenar a vida da pessoa, fazendo com que esta perceba e compreenda a melhor maneira de viver.

Mediante esta visão percebemos que o cuidado traz de volta o interesse pela vida. É preciso cuidar para que a pessoa se desenvolva enquanto ser humano.

O cuidado humano, como essência e fenômeno da Enfermagem, visão introduzida na década de 50, é explícito por Leininger (1989), que apresenta uma perspectiva que se transforma na mais promissora e encorajadora maneira de desenvolvimento na história da Enfermagem. Afirma ser a visão de cuidado humano, uma importante contribuição para o conhecimento científico e humanitário. Esta teórica tem se dedicado ao desenvolvimento da ciência do cuidado, na visão transcultural nas últimas três décadas. No que diz respeito à história, o cuidado tem sido um meio vital para a sobrevivência da raça humana e de seu ambiente; é pela ação de assistir, dar apoio e facilitar a ajuda que promovemos o desenvolvimento do ser humano.

A autora, ao mencionar o cuidado profissional, define como sendo uma ação facilitadora desse apoio e assistência, que podem ser aprendidos ou desenvolvidos de forma que auxiliem o indivíduo ou grupos. O cuidado é, desta maneira, essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos; é genérico e profissional, dependendo das variações culturais. O significado do cuidado cultural e os seus padrões de ação são definidos pela visão de mundo, estrutura social e cultural, linguagem e meio.

O uso do conhecimento do cuidado genérico e profissional é uma maneira de promoção de saúde, bem-estar, recuperação de doenças ou auxílio a indivíduos e pacientes nos momentos de morte. Os seres humanos podem viver sem a cura mas não sem o cuidado. A prática do cuidado encontra significado e estrutura no contexto ambiental, social, cultural e físico.

O cuidado é o mais comum, autêntico e criterioso dom da humanidade, como afirma Roach (1993). É característica própria do ser humano, que pode ser aprendida, despertada ou

até inibida. Ressalta que as pessoas percebem o cuidado muito mais pela sua ausência do que pela presença. A autora atribue ao significado de cuidado uma noção bíblica afirmando que é a maneira humana de ser, ou forma de demonstrar como somos ou como nos relacionamos com os outros e com Deus. Adota uma visão holística do ser humano, na qual não há diferença entre corpo, mente e espírito.

A base do cuidado está, para a autora, no humanismo, ligado ao significado de “ser humano” e também da realidade da condição humana. Analisa o cuidado sobre as diferentes perspectivas humanitárias, faz referência às diferentes correntes do humanismo; salienta, como enfoque principal e central, o ser humano. Salienta que muitas diferenças de concepção estão relacionadas aos conflitos sobre origem, natureza e destino do ser humano.

Menciona o amor ao próximo como cuidado, caracterizado pela paciência, delicadeza e pureza e a prestação do cuidado de forma profunda e completa. Para demonstrar a relação estabelecida entre os dois seres, apresenta como atributos do cuidado profissional a compaixão, a competência, a confiança, a consciência e o comprometimento. Compaixão é a categoria que traz o ingrediente humanizador à sociedade; é compartilhar com o outro momentos vividos, tanto alegres como tristes. Competência está relacionada ao conhecimento pelo fazer, é o uso da sensibilidade e da experiência para estar em condições de responder ao que é esperado. É necessário que esteja interligada à compaixão para se tornar mais humana, assim também a compaixão necessita de competência. Confiança traz a idéia de segurança na relação, está relacionada ao espírito. Consciência perpassa pela visão moral do cuidado, ao sistema de valores do ser humano. Comprometimento é a mescla de desejo e obrigação. O desenvolvimento da afetividade é importante para que ambos alcancem a concordância. Desta forma fundamenta que o enfermeiro não estaria apenas executando ato ao cuidar, estaria adquirindo um determinado comportamento de ser humano. Para a Enfermagem o cuidado se

torna genuíno pelo ideal de ajuda ligado à profissão. É o centro da prática, educação e pesquisas em Enfermagem.

A visão da autora realiza a ligação entre o cuidado e sua base humanitária, esclarecendo ainda mais a natureza e condição humana do ser. Utiliza os sentimentos destacados na prática da pessoa para ser o substrato para a subsistência, o que torna esta referência ainda mais autêntica.

Sherwood e Starck (1991) apresentam a preocupação com a falha nas relações do cuidado decorrente do uso da tecnologia, excessiva burocracia e a deficiência dos profissionais de Enfermagem. Os profissionais de saúde são preparados para respeitar a vida humana, proteger a dignidade humana e manter a pessoa centrada e próxima da prática, porém a realidade é diferente do ensino formal. A autora afirma que, decorrentes da realidade vivida nas instituições hospitalares, encontramos hoje, inúmeros conflitos que têm provocado aos profissionais da área um sentimento de desilusão, desmoralização e insatisfação; cumpre resgatar a compaixão de curador. Para reverter esta situação é importante que o enfermeiro desempenhe o papel denominado de “*compassionate healer*”, ou seja, compaixão de curador, alternativa em que o cuidado não mantém o mesmo significado encontrado na forma tradicional.

Erdmann (1996, p. 57, 125) considera o cuidado no sistema de enfermagem, como “*ato, tarefa, técnicas simples ou complexas, imediatas e mediatas, enquanto necessidade dos clientes,*” [...] “*é o ato/ação de cuidar que pode ser aprendido, desaprendido, reaprendido, e transmitido/partilhado apesar de ser único e dentro da perspectiva social*”. Explicita, ainda, que “*o cuidado é necessário à manutenção da vida das espécie; o processo de viver é um contínuo processo de cuidado mútuo e simultâneo*”. Afirma que existe prioridade para o



cuidado dentro do subsistema de emergência, pois a este ~~existe inerente o risco de vida~~, que é oscilante e dependente da ação.

Uma análise comparativa entre a teoria do auto cuidado de Orem e a do cuidado humano de Watson, feita por Nunes e Zagonel (1996), mostra a diferença de paradigmas e a contribuição das duas teóricas no desenvolvimento da ciência da Enfermagem. Ao se reportarem à teoria do cuidado humano, afirmam que a natureza da Enfermagem age como facilitadora junto ao ser humano, ao buscar harmonia entre mente e corpo. Desta forma a pessoa é capaz de crescer e atingir um estado mais elevado. Atribuem ao *eu sadio* a capacidade de se elevar. O enfermeiro age como facilitador para a manutenção desse nível mais elevado alcançado.

O cuidado, como proximidade e presença, auxilia a pessoa a perceber e compreender a melhor forma de viver. O cuidado está ligado ao significado de ser humano, bem como à realidade da condição humana, imersa em perspectiva humanitária.

Assim, escolhi para este estudo um referencial teórico embasado em princípios humanitários, referencial que privilegia o cuidado como modo humano de ser. A teoria de cuidado transpessoal ou a teoria de cuidado humano de Jean Watson, vai adequando-se aos objetivos propostos neste trabalho.

Ao referendar a origem de sua teoria, Watson (1996) apresenta o cuidado como fenômeno universal e específico da enfermagem, aliado a aspectos humanitários como vida, morte, sofrimento, *healing* e saúde, preocupações globais da relação pessoa a pessoa. Watson (1979) introduziu a definição de cuidado em uma visão transpessoal de cuidado. Segundo a autora, cuidado é força direcionada e baseada ao sistema de valores, que afeta o encontro da enfermeira com a outra pessoa. A enfermeira precisa estar consciente dos diferentes comportamentos e expectativas que possam surgir, respeitando diferenças culturais. O

paradigma do cuidado fundamenta-se no respeito profundo pela existência humana, nos mistérios e descobertas da vida e toda a inter-relação entre eles. Ao se referir ao cuidado humano, o faz na junção de mente, corpo, espírito, natureza.

O cuidado transpessoal acontece quando duas pessoas se encontram espontaneamente em determinado momento ou em uma situação, dependendo da maneira intersubjetiva e do campo fenomenológico gerado pela energia daquele encontro. A relação alcança a dimensão espiritual, cósmica, de doação em que existe preocupação pelo processo de cuidado e de *healing*. O processo de cuidado- *healing* necessita manter certas características como responsabilidade, mutualidade, intersubjetividade, expressividade e comprometimento do enfermeiro com a outra pessoa. Momento de cuidado para Watson (1996) é o momento de encontro entre o enfermeiro e a outra pessoa, com suas histórias próprias de vida e campo fenomenológico de uma relação humana. Existe liberdade para escolha, de forma geral, deste momento e como os dois seres desejam se comportar na relação. Em situação crítica em que o cliente se encontra inconsciente, o cuidado estabelece-se em uma dimensão que ultrapassa o físico, pois o enfermeiro entra em contato com a dimensão espiritual e mental do cliente em busca de recuperação.

O enfermeiro considera, então, a alma maior e mais poderosa que a dimensão física; a alma é a essência da pessoa. Para transcender tempo e espaço, a pessoa se utiliza da mente, da imaginação e das emoções. A vida humana é composta de espírito, físico e material, que permeiam momentos que se mesclam na formação e transformação do ser humano. Na relação de cuidado estes dois níveis se sobrepõem, despertando forças, necessidades e sentimentos que formam um momento único e não previsível. A ação do enfermeiro é, portanto, reconhecer, facilitar e utilizar a consciência do poder do ser humano que envolve mente e espírito.

Watson (1996) a partir da análise de sua teoria, dos modelos de prática de Enfermagem, da educação, da pesquisa e da administração, realiza uma série de reflexões de como o cuidado se insere em um contexto bem prático. Considera o cuidado e as relações humanas de cuidado e de cura (*healing*) como centro e estrutura fundamental para a Enfermagem. Utiliza-se dos próprios valores, crenças e percepções do significado de vida humana, saúde e cura (*healing*). Ao longo do tempo, com o enriquecimento da prática, observando aspectos de vida e morte, sofrimento, a autora fez uma transformação no conceito: hoje a relação do cuidado, para Watson, é de pessoa a pessoa. É o cuidado como ideal moral, para alcançar a cura (*healing*). O cuidado é o mais profundo compromisso com o outro, consigo, com a sociedade e com a história humana.

Esta teórica estabelece sete pressuposições básicas e dez fatores de cuidado que, de forma sucinta, menciona em seguida, com o intuito de dar continuidade ao entendimento do referencial humanitário de Watson.

Como pressuposições estas básicas para a ciência do cuidado, Watson (1979, p.8-9), propõe que:

1. O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado de modo transpessoal.
2. O cuidado consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação de certas necessidades humanas.
3. O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar.
4. As respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é agora, mas como aquela que ela possa vir a ser.
5. Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto do tempo.
6. O cuidado é mais promotor de saúde do que curativo.
7. A prática do cuidado é fundamental à Enfermagem

Conhecidas as pressuposições básicas, faz-se necessário explicitar os dez fatores de cuidado que Watson (1979, p.9) delinea, para melhor esclarecer suas idéias o

(1) O desenvolvimento de um **sistema de valores humanístico - altruísta** acontece durante a vida da pessoa, a partir dos valores partilhados dos pais, que vão sendo moldados e desenvolvidos pelas experiências de vida, pela relação com as outras pessoas. Sofre influência cultural do meio ao qual é exposto. Este sistema, na idade adulta, é capaz de se tornar estabelecido e definido. É o comprometimento e satisfação que a pessoa tem em dar e receber através da doação do seu interior. A enfermeira, antes de ser capaz de prestar sua contribuição para o outro, precisa desenvolver o seu próprio sistema.

(2) A promoção de **fé e esperança**: relaciona-se muito com o sistema de valores humanístico - altruístas, aspectos que devem ser respeitados pelos profissionais de saúde. Várias vezes a fé e esperança foram comprovadas como solução de várias situações, porque promovem, de alguma forma, o estado de bem estar. A enfermeira se pode utilizar desse fator para conseguir do paciente credibilidade em seu trabalho e tratamento. Promove cuidado profissional holístico e sentimento positivo em relação à saúde. Procura o conhecimento da alma e do espírito.

(3) Possuir **sensibilidade** consigo e com outros. Para Watson (1979,p.16), "*ser humano é sentir* ", "*todas as pessoas se permitem pensar seus pensamentos mas não de sentirem seus sentimentos*". O desenvolvimento de sentimentos é atingido através de experiências humanas e de compaixão. É necessário estar atento aos sentimentos e se utilizar do transcender para chegar ao emocional e subjetivo da outra pessoa. Somente mediante o desenvolvimento da sensibilidade é que o enfermeiro é capaz de sentir e, desta maneira, se torna mais autêntico na relação com a outra pessoa.

(4) O desenvolvimento da **relação de ajuda e confiança** acontece pela empatia, autenticidade, paixão em ajudar e estar com o outro. A empatia permite que a enfermeira aceite os sentimentos do cliente, sem que lhe desperte julgamentos. A calidez é a aceitação da

pessoa de que se cuida de forma positiva, demonstrada pela relação de ajuda e do despertar da confiança entre ambos. Quando o paciente percebe que o enfermeiro o vê de forma individual e que se preocupa com ele, estabelecem-se sentimentos de confiança e esperança no cuidado de Enfermagem.

(5) A promoção e aceitação da **expressão de sentimentos positivos e negativos** estão ligadas ao desenvolvimento da relação de ajuda e confiança. Emoções são, de alguma forma, a direção para o comportamento da pessoa. É importante ressaltar que os sentimentos podem ser responsáveis pela mudança de pensamentos e influenciar o comportamento. A ciência e a prática do cuidado devem estar atentas aos sentimentos de cada pessoa na manutenção e promoção de saúde e doença, para melhor compreender o comportamento da pessoa.

(6) A utilização de **processo de cuidado científico** para resolução de problemas é um importante fator para a ciência do cuidado. Uma das maiores problemas da Enfermagem é a pequena preocupação com a forma e o estabelecimento de dados quantitativos e qualitativos para a construção de um novo conhecimento. A compreensão do processo científico fornece ao enfermeiro um contexto de julgamento e decisões para a prática de Enfermagem e também de dados para pesquisa.

(7) A promoção do **ensino e aprendizado transpessoal** envolve a enfermeira e a outra pessoa, tentando oferecer-lhe subsídios e conhecimentos para compreender e auxiliar na relação de cuidado para o seu próprio bem. É iniciado a partir de informações fornecidas à pessoa, auxiliada pela predisposição natural da própria pessoa em aprender. O processo transpessoal pode ser facilitador: o enfermeiro necessita compreender o que a pessoa precisa saber, para contribuir em seu plano cognitivo, diminuindo o estresse.

(8) A promoção de **ambiente protetor**, de suporte e/ou adaptadores (neutralizantes) mentais, físicos, sociais e espirituais, depende de um número muito grande de variáveis que

afetam o dia-a-dia do cuidado de Enfermagem. Essas variáveis auxiliam na promoção, restauração da saúde ou na prevenção ou cuidado da doença. O ambiente precisa ser limpo, seguro adequado, confortável e que lhe permita intimidade.

(9) A promoção da **satisfação das necessidades humanas** psicossomáticas ou psicofisiológicas precisa também ser atendida, dentro das necessidades básicas. Watson enfatiza as necessidades como de ordem inferior: biofísicas ou de sobrevivência e as psicofísicas ou funcionais; e superior, como psicossociais ou integradoras e intrapessoais - interpessoais que buscam crescimento. As necessidades precisam ser analisadas e fazem parte de um conjunto, para que o indivíduo alcance o crescimento e desenvolvimento. As necessidades de ordem inferior e superior do cliente não têm a conotação de classificação; a autora as refere para demonstrar a abrangência holística do ser, sem a intenção de hierarquizar, mas de obter o todo que o cuidado envolve.

(10) A existência de **fatores existenciais e fenomenológicos - espirituais**. A fenomenologia facilita a compreensão da pessoa que se insere em sua estrutura de referência. Estes fatores estão relacionados com as características de cada pessoa, com a experiência subjetiva de cada um, para que haja a compreensão do todo. Muitas vezes, ao enfrentar algum grande conflito ou dificuldade entre sua aspiração e limitação, a pessoa responde de uma forma que não pode ser explicada por nenhuma categoria da ciência médica. Há necessidade de se buscar, no interior da pessoa, uma força que todos possuem, mas que muitas vezes, precisa ser mais bem conhecida, compreendida e utilizada para ser capaz de transformar.

Depois da análise das proposições e fatores de cuidado de Watson, percebe-se a tendência espiritual, o enfoque fenomenológico, componentes de fé, esperança e sensibilidade, que se atribuem ao cuidado. Observa-se a preocupação com uma relação profunda, transformadora. Introduce o conceito transpessoal na relação de cuidado.

Segundo esta teorista, o mundo espiritual e a alma se transformam durante o desenvolvimento da pessoa. A espiritualidade difere entre as pessoas e depende da cultura. O mundo, o universo e as forças que o envolvem são determinantes e fundamentais, neste processo. A harmonia é fator importante na busca do equilíbrio. É necessário avaliar mente, corpo e alma para obter os subsídios da relação. No equilíbrio atingimos um ponto entre o “eu” próprio e o “eu” real e isto é, entre o “eu” percebido e o experimentado.

A pessoa desenvolve o “eu” real através do desenvolvimento da essência espiritual, em sua maior essência, para atingir a semelhança com Deus. Quanto mais se é capaz de experimentar o senso de harmonia entre mente, corpo e alma, o “eu” real produzirá ainda mais saúde. O cuidado de Enfermagem contribui para o desenvolvimento espiritual do “eu” real, amplia o conhecimento e o controle de si próprio e proporciona benefícios para ambos, enfermeiro e paciente.

Da mesma forma que o cuidado é algo que se desenvolve dentro da intersubjetividade da relação interpessoal, ele também se faz na forma objetiva. O cuidado é fazer com o outro, é a satisfação de necessidades básicas pela execução de procedimentos e técnicas, porém sem nos distanciarmos deste enfoque, procura unir a ação da prática à ação transformadora do ser.

O comportamento humano é direcionado para a satisfação das necessidades vividas no campo fenomenológico. Segundo Watson (1985) o cuidado transpessoal humano e as transações de cuidado são comportamentos e respostas de dar e receber de forma científica, profissional, ética e ainda estética, criativa e personalizada entre duas pessoas. Permite o contato com o mundo subjetivo da experiência pessoal. É criada através da união, da relação subjetiva pessoa a pessoa, experimentando uma vivência no campo fenomenológico que se torna parte da história da vida de ambos.

As duas pessoas se tornam co-participantes em um vir a ser, no presente e no futuro. Inclui o uso do “eu” individual do enfermeiro através de movimentos, sentimentos, toques, sons, palavras, cores e formas, que transmitem e refletem a condição de introspecção da pessoa com o seu ser. Os dois indivíduos (enfermeira e o outro) entram em processo de ser e se tornar. Buscam uma relação única, dependendo da natureza da transação, para obterem determinados resultados. A partir desta união subjetiva alcançam a proteção, o envolvimento e a preservação da unidade pessoal, que ajuda na restauração da harmonia interior e da cura em potencial.

A relação do cuidado transpessoal pode ter a sua origem num processo simples de cuidado pessoa a pessoa, ao mesmo tempo que é complexo. Esta relação depende do comprometimento moral para proteger e desenvolver a dignidade humana; da intenção do enfermeiro e da afirmação da subjetividade; da habilidade da enfermeira para reconhecer sentimentos e condições da outra pessoa; da habilidade da enfermeira para perceber a condição do outro de estar no mundo e a própria história de vida de ambos. A enfermeira pode entrar na experiência da vida da outra pessoa, assim como o outro pode experimentar a sua, pela intersubjetividade. Assim, o cuidado é percebido como ideal moral da Enfermagem, uma vez que o mais importante é a preocupação com a dignidade humana e a preservação da essência da pessoa. O início pode dar-se quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou no campo fenomenológico da outra pessoa, sendo capaz de detectar condições pessoais mais profundas, que envolvem alma e espírito.

O contato transpessoal desperta sentimentos, emoções, alcançados pela atenção e intuição resultantes do entrosamento. A enfermeira passa a conhecer e experimentar os sentimentos do outro e, em retorno, consegue expressá-los, facilitando a participação de ambos no processo.



O cuidado pode ser considerado arte, porque toca na alma e faz sentir emoção e união com o outro; movimenta-se em direção ao “eu” do outro. Visa a desenvolver grande senso de harmonia entre mente, corpo e alma. Esta relação, este contato, não se estabelecem com tempo e espaço definidos e delimitados, mas fortalecem-se pelos contatos repetidos. À medida que cuidamos, os caminhos se vão estreitando; é possível adentrar na alma um do outro, restabelecendo-se o equilíbrio. O processo facilita o desenvolvimento e aperfeiçoamento da pessoa, contribuindo para a preservação humana.

Zagonel (1996) apresenta uma reflexão muito especial sobre a epistemologia do cuidado humano. Para tal analisa diferentes estudiosos desta área mas escolhe Watson como foco principal. Cuidado está relacionado ao nível de reciprocidade de pessoa a pessoa, utilizando componentes morais, espirituais e metafísicos, próprios da condição humana. Infere a importância que a Enfermagem tem conseguido alcançar pelo desenvolvimento de um saber e conhecimento originados, de outras ciências, mas que têm no cuidado uma amostra de formas inovadoras da própria evolução.

A visão de cuidado humano é importante contribuição ao conhecimento de Enfermagem, como ajuda para o outro crescer, como ação transcultural, como amor ao próximo, como visão holística, todas interligadas para realizar no ser cuidado a harmonia de corpo, mente e espírito.

A partir do desvelamento sobre o cuidado humano como referencial, fundamentado no pensamento de Watson, passo a desenvolver os aspectos educacionais do cuidado para facilitar o processo de repensar a prática de Enfermagem.

## V. PROPONDO A METODOLOGIA:

Este trabalho é pesquisa qualitativa, a qual utiliza como referencial teórico o pensamento de Watson e conceitos de cuidado de autores que sustentam a temática inserida na visão de cuidado humano. Para a apreensão dos conceitos que nortearam a construção do marco deste estudo, foram realizadas “vivências grupais” durante a Prática Assistencial do curso de Mestrado, o qual denomino “*processo reflexivo grupal*”.

A pesquisa qualitativa envolve a coleta e análise sistemáticas de dados de caráter subjetivo, dinâmico e individuais, como apresenta Polit (1995). Este método de pesquisa enfatiza o caráter social das relações, permitindo a descrição dos indivíduos dentro do seu ambiente e função. É capaz de coletar os dados sem se utilizar de instrumentos informais, procurando captar o contexto da informação de modo abrangente. Este método exige muito trabalho da parte do pesquisador pela grande quantidade de dados que geralmente resultam da coleta.

Segundo Minayo (1996) a pesquisa qualitativa traz como resultado a compreensão do significado e da intenção do ato, buscando analisar a experiência dentro do contexto, incluindo as relações sociais. A autora ao considerar a saúde como questão social, afirma que a melhor maneira de compreendê-la é através da metodologia de pesquisa qualitativa, porquanto, apesar de que a saúde possua muitas relações quantitativas, envolve a relação fenomenológica. O método qualitativo abarca a complexidade e as diferenças vividas, que demandam diferentes visões e possibilidades.

A trajetória metodológica pode ser visualizada a partir do Quadro 1, o qual retrata toda a caminhada percorrida.

## 5.1. LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO:

O local escolhido para o desenvolvimento deste trabalho foi o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Para a seleção deste contexto levei em consideração aspectos relacionados à minha experiência uma vez que atuo nesta instituição há 17 anos. Este critério de conhecimento prévio da realidade do estudo, é fator facilitador para o início, desenvolvimento e conclusão do trabalho de pesquisa. A vivência no contexto de Áreas Críticas, bem como conhecer intimamente as dificuldades, complexidades, exigências da enfermagem foram aspectos que me auxiliaram a determinar este local, com a finalidade de contribuir com um marco de cuidado humano, a partir de minha inquietação.

Para que se estabeleça maior compreensão sobre o conceito de áreas críticas e da instituição onde estas se inserem é que farei uma descrição sucinta sobre o contexto escolhido.

O Hospital de Clínicas foi inaugurado em 1961, apesar de ter sido iniciada a desapropriação de áreas para a sua construção em 1948. Em 1953, o Hospital foi incorporado pela Universidade Federal do Paraná. É um órgão suplementar da Universidade, que tem como missão a assistência, ensino e a pesquisa. Atualmente o hospital comporta 635 leitos autorizados nas mais diversas especialidades, sendo referência para procedimentos de transplante de medula óssea, cardíaco, hepático, doenças neuromusculares, controle de infecção hospitalar, banco de leite humano, farmácia hospitalar e outras. Possui uma taxa de ocupação de 80%, quase todos os leitos são usados por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com aproximadamente 80 mil atendimentos e 2100 internações por ano, nos 270 ambulatórios com quarenta especialidades médicas e cirúrgicas.

A Direção Geral é formada por sete direções de área e três assessorias, entre as quais: Direção de Enfermagem, Médica, Corpo Clínico, Administrativa, Recursos Humanos, Técnica,

Financeira e as Assessorias de Informática, Planejamento e Comunicação. A Direção de Enfermagem, como uma das direções, está vinculada diretamente à Direção Geral. Participa do Codir (Conselho Diretivo) e é uma das quatro direções que, pelo número de funcionários e importância, pela participação e voto no Coad (Conselho de Administração), possui órgão máximo de análise e decisão da instituição citada. O quadro de trabalhadores é formado por funcionários da FUNPAR (Fundação da Universidade Federal do Paraná para o Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Cultura), contratados pela CLT e por servidores da Universidade admitidos por concurso público, portanto estatutários. A instituição paga com recursos próprios 60% dos funcionários, contratados pela Fundação da Universidade Federal do Paraná.

A Direção de Enfermagem congrega atualmente 1173 pessoas, entre funcionários e servidores, sendo 250 Enfermeiros, 146 técnicos de Enfermagem, 725 Auxiliares de Enfermagem e 52 atendentes de Enfermagem. A Direção de Enfermagem possui regulamento próprio, cujos aspectos estabelece as competências para a diretora, para os enfermeiros chefes, assistenciais e supervisores.

A diretora de Enfermagem é cargo de confiança do diretor geral, sendo aceita a indicação pela lista de nomes mais votados ou indicados pelo grupo de Enfermagem. Está subdividida em cinco Coordenações de área, ou seja Coordenação Clínica, Ambulatorial, Materno Infantil, Cirúrgica e Área Crítica. Abaixo das Coordenações de Área encontram-se os Serviços de Enfermagem. Na chefia destes Serviços estão as enfermeiras responsáveis pelo gerenciamento e desempenho das equipes de Enfermagem do Serviço em suas respectivas unidades. Estas enfermeiras, geralmente, assumem este cargo, por estarem há mais tempo na área ou pelos seus destaques gerenciais e técnicos, ou por serem escolhidas pela Coordenadora ou Diretora. Existe um adicional pago a este cargo, quando esta enfermeira é

contratada pela FUNPAR, podendo escolher entre trabalhar carga horária de seis ou oito horas, sendo de preferência da Direção de Enfermagem esta última carga horária pelas exigências e complexidade do trabalho. É importante informar que as demais enfermeiras chefes por pertencerem ao quadro da Universidade, não recebem nenhum tipo de adicional, cumprindo carga horária de seis horas.

A Coordenação de Área Crítica possui, 523 pessoas lotadas e distribuídas em sete Serviços de Enfermagem, sendo 160 enfermeiros, 52 Técnicos de Enfermagem, 303 Auxiliares e 8 Atendentes. Os Serviços que a compõem são de Transplante de Medula Óssea, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Emergência Adulto, Emergência Pediátrica, Infectologia e Neonatologia (ANEXO N.º2).

É importante salientar que esta Coordenação possui alta rotatividade de funcionários, devido à complexidade do paciente atendido, ao comprometimento da escala de trabalho, em relação aos feriados e finais de semana, pela manutenção do mesmo número e tipo de pacientes durante todo o ano, bem como pela falta de pagamento de adicional de área crítica.

Existem certas características nestes Serviços que fazem do cotidiano um constante desafio. O volume e complexidade de trabalho são contínuos, pois estes locais acabam sendo o referencial de recuperação ou de “salvação” para muitas pessoas/pacientes/famílias. Recebem pacientes em sua maioria em estado crítico, com alto risco de vida, indicando aos prestadores da assistência que estas pessoas sempre foram possuidoras de tais alterações de saúde. Muito raramente se convive com pessoas mais “saudáveis”, o que facilita o desgaste das relações. A eminência da morte, a atenção à família, o estresse das diversas equipes multiprofissionais estão continuamente presentes, exigindo deste enfermeiro alerta constante e prontidão, a tensão diante do inesperado, a exigência da habilidade técnica, que não pode

falhar, criação de formas alternativas de compensação ou alívio da sobrecarga para os trabalhadores sob sua subordinação ou trabalho em conjunto.

## 5.2. SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo tem como propósito a reflexão da prática de Enfermagem com o grupo de enfermeiras chefes dos Serviços da Coordenação de Enfermagem de Área Crítica, envolvendo sete profissionais, que constituem as sete chefias. Estes serviços têm como características semelhantes o atendimento de pacientes internados e considerados comprometidos em seu estado geral e com grande dependência da Enfermagem, denominados críticos.

As sete enfermeiras pertencentes ao estudo são de longa permanência nos cargos de chefia, sendo que três estão há mais de quinze anos. A média de tempo de trabalho no cargo é de dez anos; somente uma delas possui um segundo emprego. É evidente a percepção quanto à falta de prioridade na área, relacionada a treinamento, reciclagem e benefícios; é premente a necessidade de se promover encontros para discussões e retomada de novos conceitos e referenciais, que venham subsidiar o fazer/ pensar/ ser na Enfermagem. Com esta certeza, percebeu-se a necessidade de escolher este grupo de enfermeiras; elas sendo responsáveis pela assistência prestada, de forma direta ou indireta e chefiando equipes que variam entre 40 e 110 pessoas, podem reforçar a oportunidade de compartilhar conhecimentos, utilizando o marco construído de cuidado humanístico, e desvelam a maneira de aproximar a tecnologia necessária ao cuidado dos pacientes internados nesta área à dimensão humana.

A tecnologia exigida nestes serviços pode ser algumas vezes, fator contribuinte para separar ainda mais o profissional da sua relação direta com o outro ser por ele cuidado. Percebo neste contexto a grande dificuldade representada pela chegada de novo aparelho ou

a introdução de nova técnica. Não podemos esquecer, no entanto que a tecnologia precisa ser vista pela ótica do aperfeiçoamento e da conquista que confere ao trabalho. É necessário encontrarmos o caminho par habilitar o profissional cada vez melhor, para facilitar a percepção e o uso de novas opções.

Em todas as unidades a enfermeira, que desempenha a função de Chefia, segue trinta e duas normas ou atribuições estabelecidas pela instituição, que passo a citá-las para melhor compreensão do leitor: a enfermeira chefe é responsável pelo intercâmbio entre a coordenação de Enfermagem de área e a equipe de Enfermagem do serviço; cumpre e faz cumprir o regimento do hospital, o regulamento da Direção de Enfermagem, ordens de serviço, portarias, circulares e determinações da administração; encaminha e orienta os funcionários quanto aos direitos, deveres e benefícios preconizados; submete à coordenação de Enfermagem de área e equipe de Enfermagem do serviço; despacha semanalmente com a coordenadora de Enfermagem; apresenta os problemas e soluções relacionadas ao serviço e equipe multidisciplinar junto as chefias competentes; participar da elaboração de projetos e /ou rotinas da Direção de Enfermagem (DE) e demais direções; mantém a disciplina e preenche a comunicação de ocorrência de ponto da equipe de Enfermagem do serviço; providencia funcionários de Enfermagem para atender a escala de trabalho; faz a escala de trabalho, planeja férias e licenças especiais do serviço; supervisiona o diariamente o serviço de Enfermagem; executa ações de Enfermagem de maior complexidade, quando necessário; mantém intercâmbio periódico com o supervisor de Enfermagem de área; confecciona, faz e encaminha a previsão de consumo das diversas medicações e materiais necessários ao funcionamento do serviço; mantém o controle de materiais provenientes do centro de materiais esterilizados; avalia e autoriza a liberação de leitos para internações ou transferências, controlando o senso informatizado; solicita conserto de redes, materiais e

equipamentos e área física do serviço; mantém o controle de aquisição, empréstimos e condições de uso dos materiais e equipamentos do serviço; autoriza a liberação de funcionários em horários diferentes do previsto em escala, remaneja pessoal dentro do serviço, bem como providencia funcionários para cobrir escalas de trabalho; elabora parecer técnico de materiais de consumo e equipamentos; autoriza o acesso de visitas e acompanhantes fora do horário pré estabelecido; atua junto à coordenadora de Enfermagem n processo de contratações, demissões e transferências de funcionários, mantendo atualizado o controle de vagas; representa a DE e/ ou Coordenadora de Enfermagem de área, quando solicitado; delegar funções quando necessário; busca integrar os membros da equipe de Enfermagem com os da equipe multidisciplinar; estimula o aprimoramento técnico-científico da equipe de Enfermagem; supervisiona a execução do plano assistencial informatizado no serviço; avalia a qualidade da assistência; aprecia o desempenho da equipe de Enfermagem de nível médio e os enfermeiros assistenciais; promove reuniões periódicas com a equipe de Enfermagem; participa de reuniões, comissões e outras, sempre que necessário; presta orientação a pacientes, familiares e visitantes por ocasião do internamento, alta ou óbito do paciente; desempenha as funções de Enfermagem em todos os seus níveis.

As atribuições escolhidas me permitiram atuar, inter-relacionando a enfermeira chefe, equipe e a instituição ao meu trabalho, às minhas idéias e ao referencial teórico de Jean Watson. Percebo esses momentos como lacunas dentro do fazer, quase exclusivamente técnico das enfermeiras, função extremamente necessária, importante e imprescindível. Assim, procurei permear todas estas atribuições com um toque humanitário, que embasa e fundamenta o fazer diário das enfermeiras, tornando-as cuidadoras.



### 5.3. APREENSÃO REFLEXIVA DOS CONCEITOS:

Para propiciar a reflexão, conceitos foram cuidadosamente selecionados para a construção do marco para o cuidado humano de Enfermagem, com embasamento nas idéias de Watson. A preocupação maior residia na reflexão gradativa para obter, ao final deste processo, condições de referendar o marco em construção. Para tanto, preparar e estudar diferentes abordagens para cada um dos passos pré-estabelecidos para alcançar o objetivo proposto, foi um desafio.

A opção pelo trabalho em grupo foi uma decisão baseada em experiências anteriores bem sucedidas, enquanto participante neste tipo de técnica durante um período de quatro anos, como membro de um grupo diretivo. Houve também respaldo de literatura na intenção de obter referencial teórico.

Os temas escolhidos para serem desenvolvidos emergiram deste momento. As bases, a construção e a aprovação consensual dos conceitos para o marco, surgiram a partir das crenças, da prática e da vivência dos sujeitos, mescladas aos conceitos estabelecidos previamente por mim e fundamentados nas idéias de Watson. Desta maneira, a conduta era semelhante em todos os encontros, uma vez que os diferentes conceitos eram apreendidos, refletidos e compreendidos. Em algumas situações não conseguíamos chegar a um consenso final sobre determinado conceito e então retomávamos a reflexão no encontro seguinte, às vezes pelo tempo insuficiente para discussões ou pelas dificuldades de atingir o consenso grupal.

A dinâmica de grupo é uma forma de enfrentar e superar o isolamento e alienação do indivíduo. O homem, enquanto membro de um sistema social de vida, está sempre participando e convivendo em grupo. É vital para ele. O aprimoramento é decorrente de

experiências de disputa de lugar, reconhecimento ou conquistas. Este se aprimora na relação formada em princípio com a família, com a escola e no trabalho. O grupo lhe impõe respostas ou condições que o limitam ou o fazem desenvolver; assim, optamos pela dinâmica de grupo.

De acordo com Rogers (1978) existem inúmeras designações para denominar dinâmica de grupo, tais como grupo centrado na tarefa, percepção sensorial, percepção corporal, criatividade e outros.

Rogers (1978,p.51) ao resumir os resultados conseguidos pelo trabalho de grupo, diz: "*para mim, esta capacidade do grupo é coisa fantástica*". Considera o grupo semelhante ao organismo vivo, pois lhe atribui sentido da própria direção, sem que haja definição intelectual dela. Salaria que o grupo é capaz de mudar o indivíduo, pois auxilia na análise de sentimentos, de valores e conceitos, e propicia a oportunidade para o repensar de novas idéias e dimensões. O grupo serve de anteparo para a reação do que é falado, pensado e refletido.

As atividades nos encontros de grupo, as quais denomino "*vivência grupal*", foram estabelecidas como ponto de partida, diante da identificação e interação dos sujeitos. A escolha em trabalhar com "*vivência grupal*" tem grande afinidade e relacionalidade com as idéias de Watson, uma vez que o grupo é capaz de mudar o indivíduo, auxilia na análise de sentimentos, valores, conceitos, enseja o repensar de novas idéias e dimensões e tem como atributos a existência de forças internas constantes e a preservação das características individuais.

"*A vivência grupal*" dirige-se ao indivíduo integrante de um grupo, apreendendo nas suas singularidades o sentido individual, que compõe o todo.

O “*processo reflexivo grupal*”, como denominei, é entendido como a inter-relação entre enfermeira facilitadora e enfermeiras sujeitos do estudo, que participaram de forma transpessoal da “*vivência grupal*”, a fim de possibilitar a reflexão, com vistas a transformação do ser/ pensar/ fazer em Enfermagem.

A interação transpessoal se efetivou a partir do primeiro encontro, no qual estabeleceu o “*processo reflexivo grupal*”, com a participação efetiva dos integrantes do grupo, momento em que coletivamente se estabeleceu a construção de conceitos embasados em suas crenças, valores, costumes, culturas e rotinas que permeiam o cuidado.

Utilizei como fundamentação teórica as idéias de Watson, cujo referencial se alicerça no cuidado humano, para colocar o “*processo reflexivo grupal*” em movimento, tendo como elementos fundamentais deste mecanismo a teoria, a prática e a metodologia. A escolha do melhor caminho para desenvolver os encontros não foi fácil, porém o desafio foi o grande incentivador, para que, de forma criativa, atinja a meta humanizada da proposta.

O “*processo reflexivo grupal*” diferencia-se, de forma significativa, da aplicação na prática de um marco referencial previamente determinado. Neste estudo, não esboço meu marco referencial, mas procuro revelar e desenvolver a prática assistencial pelo caminhar coletivo, em busca da construção grupal visando o cuidado humano. O “*processo reflexivo grupal*” efetivou-se pela construção: o eu facilitador e o outro participante, refletiram juntos sobre a verdadeira essência da Enfermagem.

Considero esta modalidade uma forma de atuação inovadora e desafiadora, pois exige maior disponibilidade e acessibilidade em ouvir, analisar, compreender e dar significado às várias visões de mundo de cada ser envolvido. O movimento da construção foi tão valioso, pelos depoimentos, comportamentos e sentimentos exteriorizados, que sua implementação se faz simultaneamente com a elaboração do marco referencial de cuidado humano.

Ao refletir sobre o cuidado humano, eu e os outros, nos estamos cuidando, pois ele impomos novas abordagens e descobertas, pelo desvelar de cada ser. A reflexão, a escuta, a proximidade, a presença, o estar-junto, são formas de cuidado que se revelaram durante o processo de construção do marco referencial.

A reflexão faz com que cada sujeito participante se voltasse para seu interior, desenvolvesse seu auto conhecimento, entrasse em contato com seu "self" e, desta forma, cuidasse do outro em harmonia, segurança e disposição. A reflexão se efetivou de forma dinâmica e contínua, à medida que mexeu com os pressupostos de vida adotados por cada um, estes inter-relacionados aos pressupostos do outro, seja do colega seja do cliente.

A reflexão possibilitou a cada conceito do marco emergir espontaneamente, pelo referencial de cada indivíduo participante. Os conceitos mostraram, em sua essência, as singularidades, componentes do todo da significação.

Passo a descrever o "*processo reflexivo grupal*", para que o leitor melhor se situe na trajetória percorrida, no movimento de ir e vir, até chegar à compreensão final deste processo.

## PROCESSO DE REFLEXÃO GRUPAL

Fase I. A sensibilização, ou seja, momento de **introspecção**. Este momento foi o início do trabalho em cada reunião; utilizou-se uma forma de relaxamento, com música, para facilitar o desprendimento da rotina deixada na unidade, ou qualquer outro tipo de interferência. A música usada era chamamento, apelo para a reflexão e o relaxamento dos sujeitos.

Fase II. A **discussão**, ou seja, o momento da introdução dos temas pré-escolhidos de diferentes formas, como filmes, cartazes, leituras, para facilitar a discussão e facilitar o emergir de idéias dos participantes. Por inúmeras vezes, fatos e experiências serviram de

exemplo e correlação, emergindo grande parte das idéias de Watson e das que eu própria havia exposto.

Fase III. A **reflexão**, ou seja, um tempo, no final de cada encontro, para a confecção de um diário com as reflexões sobre as vivências de cada membro do grupo. Os pontos importantes deste momento estavam ligados ao conteúdo, ao modo de condução e sugestões para os próximos encontros. Desta forma, no final de cada encontro efetivou-se a construção por escrito de cada membro do grupo, sobre o tema abordado. Estes conceitos construídos coletivamente, contribuíram para o repensar dos conceitos teóricos que subsidiavam o grupo e serviam para preparar o tema do próximo encontro.

Entendo que a construção grupal foi extremamente rica, apontando aspectos que não foram abordados ou apontados por mim e, portanto, repensados a partir do conceito de cuidado humano adotado para este trabalho.

A obtenção dos discursos se deu através da efetivação da Prática Assistencial, disciplina que ensejou viabilizar o "*processo reflexivo grupal*" com oito encontros entre a pesquisadora e enfermeiras chefes.

Foram oito encontros tiveram a duração de cerca de noventa minutos, no horário de trabalho, dentro da instituição escolhida. Atuei como facilitadora no processo da dinâmica/vivência de grupo, sob a catálise do facilitador; segundo Rogers (1978), o facilitador é a pessoa que cria condições de crescimento da pessoa, do grupo ou da organização e também encaminha a solução de conflitos. Analisando, através da tarefa de facilitar as atividades e de obter os melhores resultados, é que me propus como facilitadora. A "*vivência grupal*" esteve voltada para o encontro de comportamento das forças resultantes, integração e transformação como alavanca para aplicação da teoria na prática.

Os conceitos emergidos, a partir dos próprios sujeitos, em cada encontro, foram discutidos e analisados pelo grupo, referendados no final de cada encontro, por meio de meu referencial e o de Jean Watson. A meta principal foi suscitar a reflexão sobre a prática de Enfermagem, procurar despertar a interiorização de conceitos que têm passado despercebidos no fazer cotidiano. O refletir possibilita a transformação. Cumpre mudar para uma prática humanizada, para uma prática de cuidado humano.

Este processo investigou a forma de transmissão, pela reflexão grupal, de conceitos que encadeados, formam a profissão de Enfermagem; mais do que isto, buscou subsidiar condições de mudança de compreensão e conseqüentemente na condução de ações, por parte da pessoa que assume o cargo de chefia destes serviços, em seu modo de viver a Enfermagem e conduzir as situações críticas de saúde de seus clientes.

Ao realizar a discussão e reflexão sobre os resultados do primeiro instrumento (ANEXO 3) aplicado entre os sujeitos deste trabalho, identifiquei quais as principais inquietações de suas práticas e como desenvolvem seu trabalho atualmente. A partir do grupo os temas foram distribuídos conforme agendamento das datas dos encontros, delineando também as estratégias de "*vivência grupal*" para o alcance do objetivo de cada encontro.

O primeiro encontro foi muito importante, como primeiro elo de todos os outros que compuseram este trabalho. Um elo ligado ao outro, inter-relacionados, para que, no final dos encontros, reafirmem o todo.

O desenvolvimento do "*processo reflexivo grupal*" foi em uma sala de Desenvolvimento Organizacional. No entanto os próprios sujeitos sugeriram a substituição pela sala de reuniões, dentro do próprio hospital. Esta sala, pela localização e comodidade, trouxe tranquilidade e conforto.

Cada encontro, desenvolveu-se dentro de um clima de expectativa e satisfação, satisfação esta sentida e reforçada pelos relatos escritos individuais dos sujeitos. Enquanto facilitadora, analisei cada fala, cada preocupação com o objetivo de encontrar a melhor forma de retorno e de utilização de todas essas diferentes e importantes visões, experiências e crenças. Fazer a ligação entre a idealização do projeto e a sua aplicação na prática foi um crescimento, uma rigorosa análise e o empenho em alternativas vivenciais. Proporcionou o entendimento e o amadurecimento de um ideal de anos de prática, traduzido pela vontade de realizar o trabalho voltado para esta realidade. Senti gradativo interesse e desenvolvimento no engajamento de cada sujeito. Percebi que, pouco a pouco, não podia mais somente lançar uma afirmação, pois se exigia debate e aproximação com a prática.

Devido ao fato de que a Prática Assistencial ou do “*processo reflexivo grupal*” durou oito semanas e os sujeitos estavam em horário de trabalho, percebi que, em alguns momentos, chegavam cansados, distraídos e dispersos. Comentei com eles a importância do descanso. Os atrasos foram devidos também a situações de estresse, até porque havia necessidade de se ajustar o tempo para se desempenhar o que havia sido planejado em cada encontro.

#### 5.4. ANÁLISE DOS DISCURSOS:

Para efetivar a análise dos dados obtidos nos encontros escolhi a análise de conteúdo de Laurence Bardin (1991). É um método de investigação para análise de dados coletados ou escolhidos sobre determinado tema, grupo ou objeto. É considerado um conjunto de instrumentos metodológicos que, de forma variada e múltipla, alcança, através da inferência o significado do que está contido no que foi dito naquele determinado momento. De uma forma ou de outra, de forma objetiva ou subjetiva, visa desvendar o que está oculto ou pouco visível ou claro, na fala e na escrita. Desta forma, a análise de conteúdo se torna extremamente atraente e desafiadora ao analista que pretende encontrar novas descobertas e liberdade no desvelamento.

Bardin (1991) afirma que o interesse maior do instrumento está em definir, trabalhar e recolher o significado que existe entre o estímulo da mensagem, reconhecida no primeiro contato com o texto, e a compreensão construída no final do processo. Na evolução deste método verifica-se que ocorreu a mescla do enfoque qualitativo, da objetividade e subjetividade, para o alcance dos resultados desejados.

À escolha desse método devem-se a possibilidade e riqueza nas descobertas, no desvelar o que está pouco visível. A sua aplicação e aprimoramento junto a tantas diferentes visões provocam uma sensação de amplitude e de diversidade.

Partindo para a descrição prática da aplicação do método, neste estudo apresento a seguir os passos que o compõem, delineados por Bardin, adaptados por mim: 1. pré análise; 2. exploração do material; 3. inferência e compreensão.

##### 1. PRÉ-ANÁLISE



A **pré análise** é a fase de escolha, do preparo do material e estabelecimento de indicadores, através de leituras sucessivas. Utiliza-se a intuição para construir suposições ou respostas provisórias ao que se apresenta, bem como para organizar o material para iniciar o trabalho, traçar um caminho, dar direção ao trabalho. O material escolhido é preparado para facilitar a manipulação da análise. Ainda na pré análise, são identificados os indicadores ou frases significativas, os quais são facilitados pela leitura flutuante. De maneira geral, quanto mais freqüentes, maior a importância dos indicadores. Essa fase foi cuidadosamente observada, utilizando os dados resultantes dos encontros que, gravados durante esses momentos, foram transcritos na íntegra, para gerar discursos emergidos da fala e vivência das participantes no trabalho.

As leituras sucessivas forneceram subsídios de conhecimento, envolvimento e convivência com o texto e suas idéias, possibilitando o despertar de impressões sobre o texto ou sobre a realidade. A técnica consiste na leitura repetida e completa do texto para que, por um processo simples e natural, ocorra o estabelecimento e ordenação própria do material. O material, apesar de extenso, através da leitura pôde assimilar-se e ser compreendido para processar a análise.

Algumas regras foram seguidas para a preparação do material que se analisava visando a alcançar os resultados. A primeira, a da **exaustividade**, em que o pesquisador se utiliza da exaustão dos dados do texto, tendo cautela e tempo no preparo. Não é permitido excluir nada do material por qualquer razão que não possa ser justificada. A segunda regra, a da **homogeneidade** entre os componentes, tenta evitar a inclusão de textos, idéias ou mensagens diferentes, devendo ser estabelecidos critérios de escolha precisos do material. A terceira regra, a da **pertinência**, reforça que o material deva ser adequado ao conteúdo e ao objetivo da análise, conseguindo assim alcançar o resultado final.

Os indicadores ou frases significativas foram construídas através dos recortes do texto, que sugeriam a separação dos elementos em categorias ou temas para a análise. Este processo necessitou de envolvimento constante junto ao texto, para que os temas fossem reconhecidos como eficazes para análise.

## 2. EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

Neste momento, o trabalho foi feito pela codificação e aplicação de enumeração, a partir das regras estabelecidas. Neste estudo, a codificação foi realizada manualmente.

A organização para a codificação foi feita pelo recorte ou escolha das unidades pela enumeração; então houve a escolha de categorias, a qual se processou pela classificação e agregação das unidades de significação ou indicadores.

A etapa de categorização significa reunir os grupos de elementos dentro de um título genérico. O critério está relacionado à realidade que encontramos na análise. Para que se permita a classificação é preciso que haja algo de comum, para que se alcance uma representação simplificada do todo, isto é, de dados brutos para dados organizados.

A categorização demonstra a capacidade em executar a análise. Existem algumas características, já citadas anteriormente, na fase de pré-análise, que fazem com que o conjunto de categorias tenha boa qualidade. Utilizo a caracterização de exclusão mútua, tomando o cuidado de que cada elemento esteja em apenas um grupo, decorrente da categoria escolhida. A homogeneidade, que decorre do uso do mesmo nível de classificação, forma a massa de dados utilizável com critério técnico. A característica da pertinência se refere à adaptação correta da categoria aos dados analisados. A objetividade e fidelidade correspondem à forma clara com que os elementos foram tratados; como última característica, a produtividade representa a correlação com as inferências e resultados.

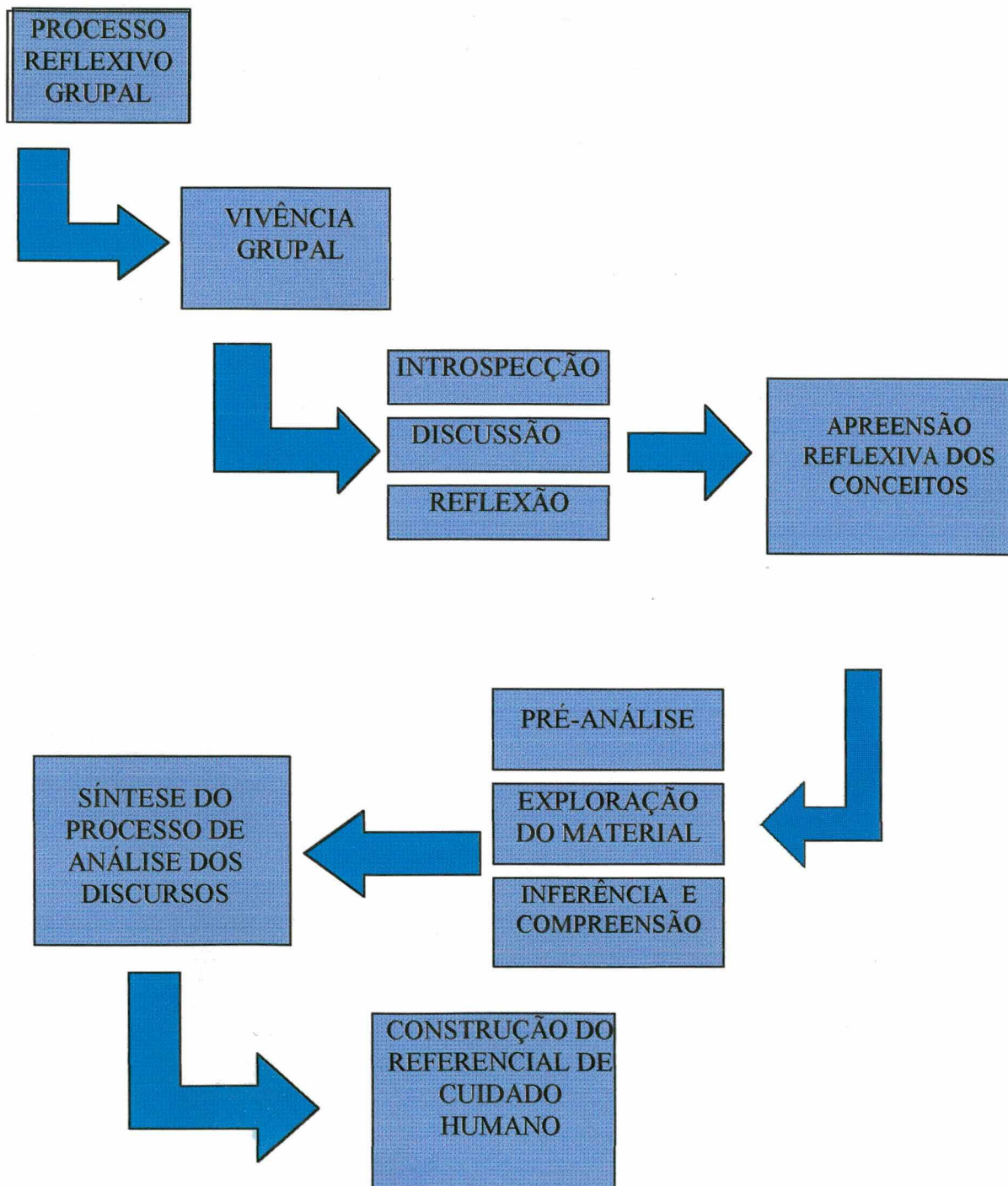
### 3. INFERÊNCIA E COMPREENSÃO

A inferência é um dos passos da terceira etapa da análise, após a codificação ou descrição. A inferência, segundo Ferreira (1986), é o ato ou efeito de inferir, de deduzir, concluir pelo raciocínio. Desta forma pode-se inferir a partir do conhecimento que se tem do emissor, de algumas de suas características e, é claro, dos elementos da comunicação ou seja, da mensagem. Deve-se estar alerta para o uso não só da leitura da mensagem, da forma de tradução lingüística, mas algo a mais no subplano.

Parece claro, com a discussão dos passos, que a realização da análise de conteúdo é única e particular. À medida que a análise progride, é necessária, muitas vezes, a substituição ou aperfeiçoamento de indicadores. Este fato depende da própria perspicácia ou das descobertas.

A compreensão dos dados foi feita, à propósito dos objetivos previstos, relacionada a novas descobertas, para concluir assim o processo de análise. A comparação e confrontação descritas pela compreensão é o resultado final. Esta fase é a síntese da análise dos dados que possibilitou a articulação dos conceitos ao referencial teórico deste estudo.

GRÁFICO 1: Representação gráfica da trajetória metodológica



## VI. SÍNTESE DO PROCESSO DE ANÁLISE DOS DISCURSOS

A partir da análise de conteúdo dos discursos apreendidos durante a “*vivência grupal*”, foram destacadas as categorias ou indicadores e subcategorias (ANEXO 3), das quais emergiu a síntese em quatro grandes temas descritos abaixo.

1. O cuidado como transação subjetiva da experiência humana.
2. A enfermagem em suas dimensões científica e holística como forma de aproximação entre teoria e prática.
3. O ser humano em sua individualidade e relações interpessoais no contexto da prática de enfermagem.
4. Influências e condições determinadas pelo ambiente na prestação do cuidado.

A síntese realiza uma conexão entre as idéias de todas as depoentes, momento em que se atinge a compreensão do processo de análise, sendo este o último passo da análise de conteúdo de Bardin (1991). O contato com os dados deixa transparecer a profundidade de reflexão que, junto com as enfermeiras chefes de Unidades Críticas, conseguimos atingir.

### 1. O CUIDADO COMO TRANSAÇÃO SUBJETIVA DA EXPERIÊNCIA HUMANA

Apreende-se, pela fala das enfermeiras chefes de Unidades Críticas, a compreensão do cuidado como *ato de amor universal e verdadeiro*, troca entre cuidador e ser cuidado, em que ambos compartilham o amor para o alcance de resultados bem sucedidos. O amor, enquanto momento de expressão do cuidado, atua como elemento facilitador, energético, de nutrição e ternura, que valoriza e engrandece o cuidado.

Explicitam a expressão de *carinho* vinculada ao cuidado. Ao realizar o cuidado com carinho, desenvolvem-se estratégias de aperfeiçoamento e crescimento interior das enfermeiras. Aludem que o carinho facilita a abertura ao mundo para a enfermeira e cliente, possibilita o cuidado de si e do outro e, assim, o bem-estar de ambos.

O cuidado pelos discursos compõe-se de *respeito e manutenção da dignidade* do ser cuidado, o mesmo que os cuidadores gostariam de receber. O cuidado valoriza e enaltece os sentimentos positivos; no entanto é referido que, em determinadas situações, ocorre a falta de amor no cuidar, ou seja, nem sempre essa dimensão é vivenciada pelo ser cuidador e ser cuidado.

O cuidado além da assistência prestada, implica uma *transação subjetiva* entre pessoas, permeada por experiências humanas e trocas de sentimentos. O cuidar como forma de transação e interação, determina o envolvimento das pessoas de maneira subjetiva, suscitando mudanças em suas crenças, valores e cultura. O ser humano se desenvolve durante a vida, estabelecendo relações internas e externas capazes de lhe proporcionar critérios, experiências e maneiras de aprender e de alcançar aprimoramento. É uma descoberta contínua, intensa e necessária, a partir da transação transpessoal, a qual envolve sentimentos de poder, doação e partilha.

O cuidado estabelece-se em uma relação abstrata entre os seres, não sendo possível medi-la; é maior do que se percebe, é envolvente, única e dependente da doação e do comprometimento das relações.

O amor e o cuidado são duas dádivas universais, segundo Watson (1985). Uma das maneiras de nutrir a humanidade e aperfeiçoar a civilização é através do amor, do cuidado e da condição moral. É preciso, segundo a autora, amor, respeito e cuidado para si mesmo

antes de sermos capazes de cuidar, para que possamos alcançar a aceitação, a compreensão, a valorização e a harmonia com a vida.

Por outro lado, a autora afirma que há necessidade de reflexão e de compreensão da relação de cuidado para a percepção do diálogo entre o subjetivo e o objetivo, entre o abstrato e a realidade, para a obtenção dos resultados.

Os depoimentos das enfermeiras deste estudo ilustram o exposto.

*“Sabem que tudo que tratamos com um pouco de amor verdadeiro obtemos uma resposta muito boa. Após pensar tanto, percebi que nos falta uma coisa muito importante em nosso trabalho, algo muito difícil de trabalhar, o amor”.*  
(Margarida – 97, 98)

*“Existem muitas pessoas que fazem por amor e, neste caso, existe atenção, toque, carinho. Percebe-se o toque, o sorriso”.* (Rosa – 95)

*“Cuidado é como eu gostaria de ser cuidado, com muito respeito, com muita honestidade, com muita dignidade e, sobretudo, com muito amor”.*  
(Esperança - 119)

Há diferença na compreensão e na importância atribuída ao cuidado. A diferença de significado é muito individual, pois a importância atribuída pela enfermeira pode ser diferenciada daquela do cliente. O cuidado inclui a *aproximação compartilhada* ao outro na convivência, como força de ajuda, para superar desafios e adaptar-se diante de novas situações

de saúde ou doença. O cuidado, neste sentido, é manutenção e reparação de aspectos que permeiam o ser humano.

As enfermeiras chefes de Unidades Críticas explicitam que o cuidado se estabelece a partir de *forças internas*, ou seja pela troca entre o mundo interior e exterior do ser cuidador e do ser cuidado. A relação de cuidado é capaz de despertar algo mais, além do simples ato de fazer pelo outro, há a possibilidade de autoconhecimento: descoberta interior, para juntos alcançarem o mesmo objetivo. O ser cuidador ao desempenhar seu papel, inicia um processo de aprendizagem e de valorização, enquanto o ser cuidado diante da doença, desenvolve as forças e capacidades interiores.

Ao ser retratado o cuidado como transação subjetiva, é possível detectar, nas relações que se estabelecem, a *valorização do ser*. O homem tem uma característica nata de doação e preocupação; o momento do cuidado é uma maneira de partilha e valorização de ser cuidado. O cuidado é referenciado como transação e estabelece-se a partir de dimensões. As enfermeiras do estudo apontam a escuta como dimensão importante de interação entre as duas pessoas, cuidador/ser cuidado; indicam, ainda, a comunicação verbal, ou não verbal, dimensões que facilitam o estabelecimento da relação de ajuda e confiança.

Dentro da visão de que o cuidado inclui aproximação compartilhada, Watson (1985) apresenta como parte de sua teoria e como um dos fatores de cuidado o sistema humanístico- altruísta de valores, no qual o ser humano é capaz de comprometer-se e satisfazer-se pela doação ao outro. Este sistema favorece a compreensão e visão da pessoa dentro da sua diversidade e individualidade, como sendo a alternativa para que se possa descobrir em cada nova relação ou momento, uma maneira de cuidar. É necessário conhecer e respeitar o sistema de valores individuais da pessoa, para que a partir dele, se consiga alcançar níveis transcendentais de cuidado.



A autora apresenta o cuidado transpessoal como a relação que se estabelece pela união com a outra pessoa, buscando atingir a pessoa como um todo, que pela transação interpessoal, as duas pessoas atingem um nível mais elevado, como ser humano. A enfermeira procura entrar no espaço fenomenológico da outra pessoa, envolvendo sua alma e espírito. O cuidado transpessoal, sendo ideal moral, permite que os enfermeiros descubram seu próprio senso de humanidade e criatividade, ao atingirem a alma da pessoa que é cuidada e a sua própria. Para a autora, as emoções das pessoas envolvidas se tornam o ponto de partida para a transcendência de um tipo de cuidado que pode alcançar níveis mais elevados, como os espirituais. A fé e a esperança apresentam-se em Watson (1979) como fator de cuidado. Estes sentimentos podem afetar o processo de cura e o resultado da doença. Cuidar é comprometimento moral como apresenta Watson (1988), e direciona a enfermeira no processo de cuidar.

Encontramos nas falas das enfermeiras a confirmação das afirmações.

*“Não podemos pensar na pessoa como sendo sempre um paciente. O cuidado prestado precisa estar voltado para algo maior que, é a pessoa, a e não para o paciente”.* (Margarida – 94)

*“Cuidado é estar junto do outro, convivendo, partilhando, utilizando a estrutura e a força para ajudar o outro, qualquer que seja a forma e a intensidade”.*

*(Facilitadora – 131)*

*“Quando nos estamos relacionando com o outro, é através desta relação que*

*estamos trocando angústias, alegrias, tristezas, medos... Nesse momento nós poderemos estar prestando cuidados, muitas vezes. Seja escutando, seja prestando assistência propriamente dita, seja tendo compaixão, etc.”. (Gardênia – 109, 110)*

Decorrente da reflexão das enfermeiras chefes de Unidades Críticas, surge o enfoque de cuidado como *satisfação das necessidades* de nível mais elevado, que envolvem aspectos psicossociais, os quais auxiliam o ser cuidado. Desta forma, a interação no cuidado vai além da execução de um procedimento, enfoca o cliente em sua integralidade. Para atingir tal nível, há a necessidade de desenvolver o processo científico de cuidado, aliando a teoria à prática, ultrapassando a execução de procedimentos determinados pela patologia, em busca do cuidado humano, o qual enfatiza a pessoa.

Assim, abstrai-se que a relação de cuidado como mais do que procedimento, tem sua relação nas pessoas envolvidas, no processo de cuidar, em que são reconhecidas as individualidades. Com esta forma de atuar, os resultados do cuidado tornam-se evidentes através do bem-estar, reconforto, alegria e felicidade. A compreensão subjetiva mútua proporciona crescimento e realização existencial a ambos, ser cuidador e ser cuidado.

As necessidades humanas básicas para Watson (1979) envolvem a perspectiva psicossomática ou psicofisiológica, procurando a compreensão dos aspectos primários e secundários de cada necessidade, através do envolvimento interacional e do cuidado direto de enfermagem. A autora define necessidade como algo necessário para a pessoa, que ao ser atendido alivia ou diminui imediatamente o desconforto ou melhora o senso de adequação ou bem-estar.

As enfermeiras em seus depoimentos demonstram as afirmações.

*“Saliento que nós estamos somente atendendo as necessidades fisiológicas do paciente, nunca chegamos às necessidades mais superiores”. (Rosa – 13)*

*“Pensamos no cuidado para o paciente, sua dependência, percepção de suas necessidades, se estão ou não sendo atendidas, mas não pensamos diretamente na pessoa que está em contato direto com esse ser humano”. (Tulipa – 45)*

*“Não é apenas puncionar um acesso venoso, mas existe algo mais do que a simples técnica, existe também a manutenção deste cuidado, existe um processo científico por trás disto tudo”. (Margarida – 96)*

*“Precisamos buscar a pessoa por trás de cada procedimento, e o cuidado é que vale. Precisamos criar uma relação para atingir os objetivos. Precisamos cuidar”. (Esperança – 117)*

*“Neste momento em que estamos parando para conhecer as teorias e reflexões dos diversos autores sobre cuidado, vemos como é ampla a extensão desta palavra e sua abrangência para ter como resultado final o bem-estar das pessoas que cuidam, das que estão sendo cuidadas e como elas se complementam”.*

*(Tulipa – 106)*

Através da análise dos discursos, apreende-se que o cuidar implica *motivação*, comprometimento, esforço e desejo de quem cuida, bem como respeito aos valores e à

individualidade de cada ser. A motivação é retratada como ação transformadora e estimulante na prestação do cuidado, a fim de atender as exigências no momento do cuidar.

Entre as exigências destacam-se o conhecimento da situação, demonstrando à equipe as estratégias de percorrer este caminho. Outra exigência é o respeito ao outro, favorecendo a relação de ajuda, fortalecendo o cliente.

Ainda é salientado o *comprometimento* em que ambos participam do cuidado. O momento do cuidar não pode desviar-se de sua importância, evitando, assim, desempenhar ações rotineiras e simplistas.

As enfermeiras chefes de Unidades Críticas apontam que o cuidado está relacionado a *valores*, os quais se desenvolvem ao longo da vida. Reconhecer os valores favorece a visão da pessoa dentro da diversidade, auxilia na manutenção da dignidade. Outro aspecto aludido é que a enfermeira age como *facilitadora* do cuidado, ao proporcionar ambiente e condições para o alcance dos objetivos, ou seja, prepara os cuidadores para esta prestação ou fornece e ajusta o cenário ambiental.

Pelas características do cuidado em Unidades Críticas, as relações humanas entre os membros da equipe envolvem sentimentos e exige amadurecimento. Porém, mesmo diante da complexidade e do trabalho intenso nestas Unidades, referem que o *prazer* permeia a relação de cuidado. O prazer resultante da relação estabelecida é determinante de motivação.

A promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos é um dos dez fatores de cuidado de Watson (1979). A emoção é parte da vida das pessoas, constituindo fator primário do sistema motivador do ser humano.

As falas das enfermeiras deste estudo demonstram as referências.

*“Para cuidar é preciso querer, pois exige comprometimento e esforço. O cuidado exige de nós mais do que apenas dar o que podemos; exige que entreguemos algo que muitas vezes precisa ser preparado somente para aquele momento”.*

*(Esperança – 133)*

*“Percebi que a única coisa que nos motiva é fazer alguma coisa em que você acredita, que vale a pena. Como por exemplo, se você está prestando assistência a pacientes e você não acredita, não se sentirá motivada”. (Gardênia – 48)*

*“O conceito chave entre enfermagem e cuidado estaria na busca do respeito. O mundo muda e também aquilo em que você acredita como valores”.*

*(Gerânio – 113)*

*“Chamo a atenção para o fato de que o enfermeiro precisa sentir prazer no ato de cuidar”. (Rosa – 80)*

Os sujeitos referem em suas falas que a enfermeira só poderá cuidar de outra pessoa, se aprender antes a *cuidar de si*. O cuidado de si própria é importante componente para melhor cuidar do outro, porém se percebe que há carência de cuidado ao cuidador. Privilegia-se pouco o atendimento de suas necessidades, o que leva à desmotivação no trabalho. Estabelecem a melhoria das relações interpessoais, treinamento, momentos de reflexão, trabalho em grupo, como opções para elevar a auto-estima e realização profissional e pessoal.

As relações de cuidado humanizam as profissões da área da saúde, transformam a prática e resgatam a arte e ciência da enfermagem, como enfatizam as depoentes. O resgate da

prática mais humanizada e menos mecânica realiza-se pela reflexão das ações cotidianas. A rotina parece conduzir ao esquecimento e menosprezo das ações de cuidado.

Exteriorizam que o *resgate da ciência e arte* humaniza a profissão de enfermagem e que, a partir da experiência, é possível mudar, tornando o cuidado a essência da enfermagem.

Watson (1985), ao introduzir a ciência do cuidado humano, apresenta pressupostos básicos e fatores de cuidado que formam a estrutura para o estudo e compreensão da enfermagem, indicando como alternativa transformadora o alcance de uma prática de enfermagem mais humana.

As enfermeiras demonstram em seus depoimentos a preocupação e a relação com a discussão teórica.

*“O presente significa ‘pé no chão’, realidade significa maiores dificuldades por estarmos vivendo. Precisamos aprender a relaxar também. Muitas vezes saber aproveitar melhor. Precisamos dar-nos este tempo, porque senão ficaremos muito subjugadas”. (Gerânio – 115)*

*“Aqui na instituição não conseguimos atender as necessidades fisiológicas, o básico da equipe, como por exemplo, discutir o alcance de níveis mais elevados de satisfação ou motivação. Precisamos trabalhar isto”. (Facilitadora – 55)*

*“Repensando tudo isto, acabamos por nos repensar também, reencontrando-nos e reestruturando-nos. Creio que, no final de tudo isto, ambos sairemos vencedores, nós e os clientes. Foi muito importante abordarmos estes*

*temas, conceitos que andam meio esquecidos, apagados ou perdidos em algum canto". (Jasmim – 92, 93)*

*"Com certeza o que despertou ou reavivou em nós chefes seria muito interessante que a continuidade envolvesse a equipe na reflexão sobre o cuidado.*

*Devemos tentar ver com os olhos bem críticos o cuidado que prestamos e em que poderíamos melhorar ou torná-lo mais humano". (Gardênia – 111)*

*"Acredito que, através do cuidado, poderemos resgatar tudo isto, que parece estar tão distante e próximo ao mesmo tempo. Enfatizo a visão voltada para o ser humano e, portanto, para ambos, paciente e membros da equipe".*

*(Facilitadora – 125)*

Relatam que cuidar é tentar satisfazer necessidades ao *confortar* emocionalmente e ao resolver os problemas de ordem física. O cuidado precisa ser uma atitude mais ampla, pois as relações humanas são complexas, variáveis e atingem a pessoa em seu todo. As falas denotam maior atenção à satisfação da dimensão física, momento que necessita de reflexão para rever a assistência, provendo um cuidado que possa compreender a pessoa em uma visão integral. Nesse sentido pode ser partilha, reforço e sobrevivência.

Apreende-se que a enfermeira alcança o reconhecimento e a valorização que a distingue, pois ajuda o ser cuidado a resgatar seu equilíbrio nos momentos de necessidade. A *distinção e vocação* da enfermeira está relacionada aos papéis e posturas que adota ao cuidar.

As depoentes afirmam que a escolha da profissão de enfermagem é para muitos a busca de uma maneira de ajudar e reforçar o dom da relação com o outro.

O cuidado é praticado de forma e intensidade diferentes, caracterizado pelo momento como expõem as enfermeiras chefes de Unidades Críticas. A este respeito apontam que a proximidade com situações que põem em risco a vida do cliente, a sua permanência em estado grave, de sofrimento, de luta e a própria reflexão de valores pessoais mais profundos e elevados, conduzem a exigências maiores e diferenças no cuidado.

O cuidado entendido pelas participantes deste estudo pode compreender o cuidado de uma idéia, ou seja a *concepção de idéias* e de planos ou formas de atuar que resultem em crescimento e transformação. O cuidado é alcançado pelo desempenho intelectual dos membros da equipe. Dentro dessa concepção entendemos que é preciso rever o cuidado que prestamos, procurando prestá-lo sem que desprezemos ou desvalorizemos as relações familiares. A família é considerada importante, como complementação ao cuidado executado na instituição hospitalar.

A motivação está relacionada à satisfação de necessidade, segundo Watson (1979), porquanto a enfermeira precisa ser capaz de identificar e antecipar as necessidades que são importantes no processo de saúde e doença. A enfermeira é capaz de facilitar a busca de comportamentos de saúde. A sensibilidade da enfermeira pode ser utilizada como uma das mais importantes ferramentas terapêuticas no processo, através da comunicação interpessoal. A enfermeira pode perceber os resultados da sua competência na transação interpessoal através de sinais de cuidado de alta qualidade.

A confirmação do que foi exposto acima pode ser percebido nos depoimentos das enfermeiras.

*“O cuidado pode ser apenas no partilhar ou, melhor, estando como reforço; por outro lado, pode-se transformar em maneira de sobrevivência, de única*



*alternativa.*

*A enfermeira precisa do cuidado para se distinguir e se manter dentro da vocação relacionada diretamente ao ser humano, à pessoa". (Facilitadora – 132, 137)*

*"Parece um pouco complicado, só havia pensado que poderia cuidar de um paciente, em nenhum momento pensei nesta possibilidade, pois a palavra cuidado parece estar consagrada para uma relação com a pessoa". (Tulipa – 104)*

Ao realizar esta análise sobre as reflexões realizadas pelas enfermeiras chefes de Unidades Críticas, percebe-se que o cuidado é permeado de componentes, qualidades e sentimentos favoráveis e positivos em todos os discursos. Porém denuncia nas falas uma conotação também negativa ao cuidado, quando as enfermeiras relatam ser este gerador de *medo e incompreensão*. Sentem-se afastadas do cliente por dúvida ou incompreensão do papel que desempenham; por um lado, as cobranças da própria instituição atribuindo-lhe a chefia, por outro, a manutenção constante do aprimoramento teórico sobre cuidado e a necessidade de implementação do cuidado à prática. Esses aspectos para as enfermeiras tornam-se um desafio no desempenho profissional.

Outro enfoque retratado é a incapacidade de relacionar-se, que demonstra a dificuldade no estabelecimento da transação de cuidado, uma vez que os cuidadores estão mais voltados à realização da técnica, não aprimorando a inter-relação com o cliente e família. Explicitam que o cuidador tem receio desta relação, por demandar maior atenção ou maior envolvimento. Esta postura é referendada ao citarem que diante de pacientes inconscientes, o cuidado parece ser mais fácil de ser desenvolvido, chegando a expressar que preferem este tipo de cliente.

Percebemos que esta preferência está relacionada à uma maneira de se defender da exigência imposta pela dura prática diária.

Watson (1988) afirma que o modelo de educação do enfermeiro adotado é racional, pragmático, baseado no modelo médico, científico, que desconsidera o contexto filosófico moral da saúde e do cuidado humano. A autora afirma que é necessário uma mudança e que a formação do enfermeiro deve estar voltada para o ser humano como pessoa, reconhecendo que o aprendizado precisa ser subjetivo, contextual, dialógico e guiado por valores.

Os depoimentos das enfermeiras deste estudo exemplificam o exposto.

*“As enfermeiras recém admitidas no serviço têm medo de cuidar. Eu sempre reforço para elas que se elas nunca cuidarem, não serão capazes de pensar, decidir ou muito menos delegar um cuidado”. (Tulipa – 43)*

*“Que será que acontece quando além de tudo o ser humano está à mercê de procedimentos ou de avaliações por profissionais não muito preocupados ou alertas para isso. Ela precisa ser reforçada no que de bom pode fazer por esta mesma criança”. (Margarida – 63)*

*“Após tanto tempo trabalhando com UTI, percebi que os funcionários preferem cuidar de pacientes que estejam em coma ou que não se possam relacionar”.  
(Rosa – 5)*

## 2. A ENFERMAGEM EM SUAS DIMENSÕES CIENTÍFICA E HOLÍSTICA COMO

## FORMA DE APROXIMAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

Sob a ótica das enfermeiras chefes de Unidades Críticas, a Enfermagem relaciona a arte à ciência e teoria à prática; para alcançar tal dimensão, procuram alternativas de transformação do modelo atual. Consideram a *articulação da ciência à arte* como necessária para o aperfeiçoamento da Enfermagem. Referem haver dúvidas quanto ao verdadeiro significado de cada palavra, porém reconhecem ser interligados.

Apontam que ciência é o conhecimento baseado e testado através das experiências. As experiências, neste contexto, são consideradas decorrentes dos efeitos da investigação. A ciência de Enfermagem serve para construir a arte da profissão, ou seja, a ciência precede a arte. A ciência tem como características, a possibilidade de ser aplicada e praticada. A ciência do cuidado difere das ciências exatas, pois considera entre outros valores, as emoções humanas.

Como arte, entendem ser a aquisição prática de conhecimentos, como busca de determinado resultado, acompanhada da compreensão do processo.

As participantes demonstram em suas palavras a vontade de melhor conhecer e compreender a evolução da Enfermagem; assinalam preocupação em adquirir maiores subsídios para refletir sobre a prática e subsidiar as mudanças. Aludem que a aproximação da teoria à prática e o repensar a Enfermagem as fazem perceber a contínua inquietação e angústia que permeia o trabalho do enfermeiro. Há dúvidas entre o que as enfermeiras acreditam ser Enfermagem e as suas atribuições no cotidiano, apontando como solução a reflexão sobre a profissão.

As depoentes afirmam que os sentimentos de *comprometimento moral*, compaixão, ternura e respeito são integrantes do cuidado, fazem parte do desempenho de suas atividades,

mesmo que, em determinadas situações, não mereçam o reconhecimento devido pelos cuidadores. O cuidado humano transpessoal é permeado de compaixão; exige, para o alcance de uma relação envolvente, o compartilhar intenso da experiência e do momento vivido.

Pela reflexão das enfermeiras chefes de Unidades Críticas, apreende-se que suas ações são interligadas a sentimentos profundos, uma vez que o cuidado acontece em um ambiente em que o instinto de sobrevivência e luta pela vida são uma constante. Nesse sentido demonstram a preocupação em refletir sobre a prática cotidiana, incorporando a esta o respeito, e ternura, e o comprometimento nas relações individuais com o cliente, em busca da melhoria da qualidade de vida. Esses aspectos de intenção, desejo e luta fazem parte do cuidado.

A Enfermagem para Watson (1979) é ciência humana, baseada em experiências de saúde - doença - cura, mediada por transações humanas, pessoais, profissionais, científicas, estéticas e éticas. No início, Watson (1985) considerava a Enfermagem como arte, enquanto o conceito de ciência lhe atribuía uma tradição científica semelhante à Medicina. Em um segundo momento, a autora reconhece que a Enfermagem tem herança científica e artística, porquanto tende a desvincular-se do modelo médico científico tradicional. Ao atribuir à Enfermagem a noção de arte do cuidado transpessoal humano, a autora afirma que a arte é a capacidade de a pessoa de avaliar a expressão de sentimentos da outra pessoa, pela fala, por gestos e pela intuição, oferecendo em troca algum tipo de alívio.

As falas das enfermeiras mostram o que representa a prática e completam o que foi exposto.

*“Qual seria a diferença entre arte e ciência. Uma das participantes me respondeu*

*ser arte porque trabalha com a prática construída, por algo que surgiu e se criou das necessidades, formando-se à sua própria maneira, enquanto ciência considera estar baseada em procedimentos científicos”. (Facilitadora – 216, 217)*

*“Hoje considero que pouco temos de científico na enfermagem, estamos sempre somente fazendo dia a dia, sem que possamos evoluir”. (Margarida – 170)*

*“Nunca paramos para pensar e refletir sobre assunto tão complexo e importante. Praticamos mas não tínhamos percebido a importância do tema”. (Tulipa – 187)*

*“É uma profissão que possui muitas, muitas atribuições ou até infinitas, voltadas ao paciente/cliente. O objetivo principal é tentar melhorar a qualidade de vida do outro, respeitando o que se considera qualidade, cuidando, ensinando, fazendo, ajudando e outros. Se tivermos isto, com certeza, a enfermagem vai voltar a sugerir ternura, que na situação atual não é o caso; como estamos sentindo, é difícil descobrir e partir para corrigir o porquê”. (Gardênia – 192, 194)*

As enfermeiras explicitam que, embora a Enfermagem demonstre preocupação e atenção com os sentimentos do paciente, ainda *falta amor e compaixão* no trabalho que desempenham em favor do outro. Esta realidade é evidenciada pelas dificuldades que surgem no desempenhar do cuidado. As dificuldades obstaculizam o desenvolver da sensibilidade na percepção da linguagem oculta do cliente. Perceber a linguagem exige a interação entre as duas pessoas, ser cuidador e ser cuidado; forma-se um campo interacional, ou seja,

estabelece-se a comunicação. Uma das formas indicadas pelas enfermeiras é a comunicação não-verbal, em que a pessoa se expressa através da expressão facial ou corporal. À comunicação não-verbal deve ser dada atenção especial, principalmente com crianças, pois o ambiente hospitalar gera medo e angústia.

Consideram que o processo de cuidar solicita o desenvolvimento de uma estrutura própria e de condições para a pessoa ser capaz de cuidar do outro. Há necessidade de *solidariedade* na equipe de Enfermagem. A equipe, ao desempenhar o cuidado, se une; formando um conjunto, cria-se um elo, com comprometimento e cumplicidade. Diante de situações pessoais entre os membros da equipe, referem que necessitam apoio para a satisfação e tranquilidade no trabalho de Enfermagem.

As participantes salientam que, muitas vezes, surgem situações de revolta, questionamento ou *desmotivação* relacionados à estrutura organizacional ou à estrutura profissional; nesses momentos, aludem ser importante a preocupação, o compartilhar, a ajuda entre o grupo. Mencionam a solidariedade não apenas no campo de ajuda emocional, mas esta se estende também ao auxílio financeiro, quando perante as dificuldades de algum membro da equipe de enfermagem.

A análise de conteúdo possibilitou apreender, a partir da reflexão das enfermeiras, que a enfermagem é *relacionamento humano*, que envolve uma pessoa doente ou necessitada de cuidado e uma pessoa preparada para atendê-la, representada pela enfermeira. A enfermeira busca a aproximação do cliente, tenta compreendê-lo, identifica as necessidades, para auxiliar, fazer, amparar o ser que está sem condições de fazer por si próprio.

Ao mencionar a ação da enfermeira sobre o ambiente de cuidado Watson (1979) salienta que a enfermeira precisa prover apoio, proteção e correção de variáveis do ambiente interno. Esses componentes são de ordem mental, espiritual e sócio-cultural. Ao se referir às

variáveis externas, a autora reforça que a enfermeira tem papel importante em cada uma delas, ou seja, no estresse, no conforto, na privacidade, na segurança e manutenção de ambiente limpo e estético. Ao se referir ao estresse, relaciona atividades que obtenham mudanças subjetivas e intuitivas, facilitando e amenizando o desempenho do trabalho. A enfermeira, assim, deve procurar identificar dados que possam ser trabalhados, diminuindo ansiedade dos trabalhadores, através da escuta, da aceitação e compreensão. As atividades corretivas de estresse podem ser desenvolvidas junto à pessoa, como a orientação humanística, a habilidade de inculcar fé e esperança e a sensibilidade consigo e com a outra pessoa, no desenvolvimento de relação de ajuda e confiança, entre outras.

Percebe-se nas falas das enfermeiras participantes o enfoque apresentado.

*“Sempre paro para pensar o que significa o choro das crianças internadas. É choro de desespero pela separação imposta. Ao fixar para os olhinhos percebo o quanto isto dói, comove. Quanto ao adulto, muitas vezes, ele não se demonstra de forma evidente, a sua linguagem é outra”. (Margarida – 180)*

*“Existe uma funcionária que está com câncer de laringe, foi operada e está em tratamento rádio e quimioterápico. Toda a equipe dos três turnos está totalmente motivada a ajudá-la. Estão fazendo uma caixinha de dinheiro, onde cada um coloca a sua doação para a compra de dieta enteral, catéter e outras necessidades. Percebe-se neste momento que outros problemas corriqueiros se tornam muito menores. Não há necessidade de ninguém cobrar a presença ou exigir a participação. Todos se decidiram sozinhos”. (Tulipa – 188)*

*“A enfermagem precisa desenvolver-se estando próxima à pessoa, buscando compreendê-la, se preocupando, amparando dentro de um contexto maior”.*

*(Facilitadora – 212)*

Os conceitos/definições das participantes sobre Enfermagem/enfermeiro traduzem a verdadeira compreensão da Enfermagem. Entendem a Enfermagem como arte e ciência, com necessidade de preparo formal, científico e organizado. Ao cuidar de seres sadios ou doentes, a Enfermagem é arte. Exige dos profissionais, além da educação formal, vocação, elevado padrão moral, expressão de sentimentos, criatividade e intuição. O enfermeiro nesse contexto de atuação, é agente humanitário e co-participa das transações de cuidado.

Estabelecem que a verdadeira definição de Enfermagem/enfermeiro é mais complexa do que o nosso entendimento alcança, está baseada nas relações humanas. Explicitam que o termo enfermeiro está relacionado à pessoa, à forma de comportamento; Enfermagem consiste em conhecimento, pensamento, valores, filosofia, comprometimento, toque, paixão e ação.

Entre os papéis desempenhados pelo enfermeiro, apontam o de enfermeira como *gerente*, o qual assume a postura de líder e gerente da equipe e do serviço. Ao assumir o papel de gerente, a enfermeira sente-se insegura e afasta-se do trabalho assistencial, busca com dificuldade cumprir a tarefa de mediadora e controladora no contexto de atuação. A ela estão ligadas atribuições como manter o equilíbrio, harmonia e eficiência da equipe de Enfermagem. O resultado da assistência prestada lhe é cobrado, apesar de não atuar diretamente com o cliente.

No cotidiano organizacional o processo de gerir e assistir é cíclico; a enfermeira é líder e responsável pela assistência, deve identificar, priorizar, aprimorar relações e intenções no



sentido de restaurar a organização, tarefa nem sempre fácil de ser desempenhada. É a dupla atribuição no contexto de cuidado.

A enfermeira é conduzida a assumir o papel de supervisora, o qual necessita ser questionado; deve avaliar se este está sendo fiel aos propósitos da profissão e sobre o tipo de relações que se estabelece entre os membros da equipe. Sugerem, em suas falas, que a gerência causa desconforto aos demais profissionais de enfermagem, e que a presença de sentimentos positivos pode amenizar as ações, diminuindo o desconforto e ansiedade. Retratam o desempenho da enfermagem na prática, no processo de trabalho, como de desgaste dos profissionais e das relações interpessoais, ao mesmo tempo que mencionam haver oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional no modelo institucional.

A fala das enfermeiras reflete os caminhos da formação, do ensino e da execução na prática, como linhas paralelas, não convergentes. As oportunidades surgidas na prática são diferentes da teoria. A prática dá azo a situações ricas, que servem de complemento para a formação.

A estrutura institucional dificulta a criatividade e a decisão, mantém-se atrelada a um trabalho prescritivo, normativo de ações cotidianas. Toda essa dependência do modelo instituído exige estratégias que cumpre implementar, as quais serão mais facilmente desenvolvidas com o conhecimento e intimidade com o serviço. Cada profissional envolvido no processo de trabalho tem papel importante que desempenhar, e este deve ser sempre reafirmado e reforçado.

Relatam a ansiedade em encontrar alternativas para facilitar o processo de cuidado. Na prática detecta-se que os membros da equipe se ocupam de inúmeras ações, que podem ser delegadas, com a finalidade de demonstrar sobrecarga de trabalho ou simplesmente o

preenchimento do horário. Cumprem várias jornadas de trabalho em instituições diferentes, com papéis semelhantes, porém diferenciados, exigindo a adaptação do enfermeiro constantemente. Sua condição física torna-se deficiente com necessidades afetadas, tais como o sono, insatisfação ou perda do objetivo, da essência da enfermagem.

Nesse sentido, apontam a necessidade de valorização do cuidador como ser humano, aliviando, assim, as condições precárias que envolvem seu fazer enfermagem. Consideram que a enfermeira, ao reconhecer a pessoa na sua visão global, respeitando sua fé e esperança, é capaz de transcender as limitações e restrições do modelo científico.

Dentro do desenvolvimento de suas atividades, a enfermeira depara-se com *dificuldades relacionadas* à infra estrutura oferecida pela instituição. A falta de compreensão de seu trabalho ou mesmo a falta de reconhecimento da sociedade condicionam a convivência com impossibilidade, menosprezo e conflitos, dentro da estrutura organizacional da Enfermagem. Apontam que o resgate do processo de trabalho da Enfermagem parece indicar uma alternativa para que as instituições permitam variações que proporcionem facilidades para quem é responsável pela prestação do cuidado.

Apreende-se nas falas que o processo de trabalho na Enfermagem está na interdependência das *condições oferecidas* pela estrutura e contexto de atuação. Percebe-se a idealização da assistência integral à pessoa pela instituição, porém menospreza-se uma avaliação mais profunda das condições de atuação, tendo muitas vezes uma demanda superior à realidade, o que acarreta em procedimentos apressados e superficiais, sem interação.

Ao analisar a profissão de Enfermagem, as depoentes mencionam que existe diferença entre o modelo idealizado pelas escolas e o modelo da enfermeira na prática. Esta diferença está baseada em visões, crenças e ações dos profissionais. Ao ingressar no mercado de trabalho, a enfermeira se depara com uma realidade que exige atuação conforme o modelo

institucional. A defasagem entre o que acredita ser Enfermagem e o que lhe é exigido é muito grande, conduzindo a um processo de adaptação muitas vezes, doloroso e difícil.

Na Enfermagem, pelas suas características, cumpre resgatar a realização pessoal, a alegria e o prazer no trabalho. A satisfação é algo necessário para ser desenvolvido e refletido.

A *sobrecarga de trabalho* também é referida, pois a maioria dos profissionais de Enfermagem atualmente mantém mais de um emprego, para atingir melhor padrão sócio-econômico. O cuidador, diante de contextos institucionais diferentes, muitas vezes duplicado ou triplicado, estabelece um mundo próprio para poder preservar suas energias e potencialidades. Como alternativa de modificação desse modo de atuação, enfatizam o resgate do equilíbrio e da valorização pessoal e profissional, que proporcionam bem-estar e satisfação.

O modelo ideal de educação do paradigma de cuidado, segundo Watson (1996), prepara a Enfermagem precisa assumir um modelo acadêmico, profissional, educacional e maduro. A nova alternativa conduz a enfermeira para além da prestação de cuidados diretos, a torna capaz de desvelar, coordenar e mediar cuidados contínuos, que envolvem indivíduos, famílias e grupos, facilitando a visão mais integral da pessoa, de forma individual e grupal.

O exposto acima é representado pelas falas das enfermeiras.

*“O enfermeiro é o indivíduo, mas quando falamos em Enfermagem, nos referimos à equipe que presta o cuidado, e que acaba sendo responsável pelo cuidado. É o conjunto de atitudes, idéias, providências, visando ao paciente”. (Tulipa – 190)*

*“O enfermeiro é o gerente da equipe de Enfermagem, busca dar os meios ou condições para que o cliente seja atendido de forma integral. Engloba, desta*

*forma, uma parte doente da pessoa e dá apoio à parte sadia”. (Gerânio – 200)*

*“Eu me sinto muito mal, pois como gerente não tenho nada que oferecer. Sinto-me impotente diante da equipe e que, em algumas situações, precisa ser trabalhada com exceções”. (Margarida – 161)*

*“Sempre precisei trabalhar em dois empregos e o desgaste sempre foi muito grande. Ao iniciar o trabalho na instituição, me deparei com inúmeros problemas”. (Jasmim – 158)*

A reflexão sobre a prática, o aprendizado, a descoberta de forças internas e o desenvolvimento pessoal e profissional da enfermeira podem constituir fatores motivacionais no seu caminhar. O desempenho e a prática fornecem subsídios para a aquisição de *novos conhecimentos*, asseguram nova maneira de atuar, conferem o desenvolvimento e aprimoramento pessoal e profissional. A análise e o conhecimento de si proporcionam o encontro de alternativas e opções para a vida. É necessário facilitar o desvelamento do “self” de cada um. O cuidador, a partir desta nova compreensão, é capaz de aprofundar-se nas relações, cuidando melhor de si e do outro. A análise da prática é a maneira de encontrar subsídios de mudança. A transformação da prática advém da própria reflexão e da introspecção exigida pelo autoconhecimento e pelo estabelecimento de relação mais profunda consigo mesmo e com o outro.

*“Estou em busca de mais coisas; temos um propósito, mas precisamos sentir- nos*

*felizes ou satisfeitos para podermos alcançar algo mais, para desempenhar uma tarefa, neste caso, uma assistência de qualidade”. (Esperança – 205)*

*“A preocupação de transformação, de resgate, de humanização precisa chegar até os membros da equipe, para que possamos alcançar os resultados que esperamos, É a única alternativa”. (Gerânio – 204)*

*“Se saíssemos daqui com uma maneira de humanizar um pouco mais a Enfermagem, pergunto se conseguiríamos algum tipo de resultado que mudaria a prática, que tanto nos está afligindo?”. (Facilitadora – 221)*

### 3. O SER HUMANO EM SUA INDIVIDUALIDADE E RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO CONTEXTO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A reflexão sobre o *ser humano*, no contexto da prática, introduz a idéia de relações e aperfeiçoamento no momento do cuidado. As enfermeiras estabelecem que a pessoa está sujeita ao desenvolvimento e alcança, neste processo, níveis cada vez mais elevados, a partir das relações. Durante seu desenvolvimento, o ser humano demanda melhorias e aprimoramento de sua vida.

Os clientes exteriorizam sentimentos de medo, de insegurança e desconforto diante do desconhecido e pela própria situação de alteração de sua saúde. A pessoa torna-se mais fragilizada, principalmente ao ter de enfrentar a institucionalização em busca da cura. O ser

humano teme a dependência deste sistema desconhecido, pois permanece à disposição de decisões profissionais, sem que haja preocupação com sua própria vontade.

As enfermeiras expressam, em suas falas, a presença de sentimentos gerados a partir de experiências cotidianas do ser humano doente; e esta percepção é facilitada por participarem deste momento de dificuldades sentidas. O ser cuidado *busca o alívio* de suas alterações físicas, reflete e questiona suas possibilidades. Neste refletir o ser humano percebe suas próprias alterações, mudanças e inicia a compreensão de seu processo de saúde-doença.

Tal experiência de vida faz com que o ser humano apela a *alternativas* para sua existência. Procura descobrir sentimentos e recursos capazes de o transformar e confortar nos momentos de maior exigência; realiza escolhas, decisões, supera o desafio. As enfermeiras deste estudo salientam que estão acostumadas a conviver com situações delicadas e críticas junto aos clientes. O contato com a morte é contínuo e constante, facilitando o entendimento quanto à possibilidade de utilizar novas alternativas.

Apreende-se pelos discursos que o ser humano está em demanda de constante *satisfação de suas necessidades*. As necessidades são exigências que surgem a todo momento durante a vida, variando dos níveis fisiológicos até níveis de satisfação espiritual. Aludem que o ser humano se caracteriza por sentir-se satisfeito apenas por curto e determinado espaço de tempo.

Apesar de que a individualidade do ser humano depende das inúmeras relações que se estabelecem ao longo da vida, e uma pessoa, com sua própria maneira de ser, necessita ser respeitada em seus valores individuais. O enfermeiro deve perceber as diferenças entre os vários clientes, para detectar as diferentes reações perante ao sofrimento, reconhecendo sua própria história de vida e suas particularidades.

Apontam a *dimensão espiritual* como importante para o aprimoramento do ser humano. Enfatizam que, no ambiente em que atuam, sentem dificuldade em desenvolver a dimensão espiritual; mesmo reconhecendo a importância, sentem dificuldade em realizá-la.

O ser humano se desenvolve durante a vida, como afirma Watson (1985); estabelece relações internas e externas capazes de lhe proporcionar critérios, experiências e maneiras de aprender e de alcançar aprimoramento. É uma descoberta contínua, intensa e necessária, a partir da transação interpessoal, que envolve sentimentos de poder, de doação e partilha. À medida que a pessoa alcança maior desenvolvimento na vida, a dimensão de espírito e alma se tornam mais presentes e importantes, como indica a autora. Reforça que, para isto, existem como variáveis as condições ambientais, nas quais vive e se relaciona, mas também forças humanas, naturais, cósmicas, físicas e outras.

As falas demonstram a percepção prática das enfermeiras.

*“Para mim ser humano é uma pessoa composta principalmente por sentimentos para serem atendidos. Quando falo de sentimentos, não estou me referindo somente à necessidade física afetada, mas ao medo que envolve esta situação de doença, insegurança, estar sozinha, o desconhecido”. (Rosa – 223)*

*“Um ser totalmente dependente, à mercê das ações executadas muitas vezes, por rituais para a sua sobrevivência...”. (Tulipa – 227)*

*“É capaz de transformar, de criar e se utilizar de alternativas, forças e sentimentos ocultos, diante de uma situação de exigência. Busca recursos internos*

*não bem claros ou definidos, muitas vezes pouco compreensíveis para a sua mudança". Facilitadora – 234)*

*"Apenas não prestamos atenção ao enfoque espiritual, mas ele está presente, muito presente no dia a dia. A pessoa é completa e não consegue se separar da parte maior do ser". (Margarida – 225)*

#### 4. INFLUÊNCIAS E CONDIÇÕES DETERMINADAS PELO AMBIENTE NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO

As enfermeiras do estudo apontam para a maneira como percebem o ambiente na prestação do cuidado. Consideram *hostil e agressivo*, pela diferença entre o ambiente hospitalar e o de procedência do cliente. O ambiente para o cliente é impessoal, percebe a padronização imposta pela instituição, que não considera as individualidades. É uma estrutura física sem manutenção, mal cuidada, o que pode eventualmente passar ao cliente ser esta a forma como que será cuidado. O ambiente é pouco aconchegante, impõe poder e indiferença ao ser cuidado.

Aludem que o ser cuidador também sofre as influências do ambiente, as quais influenciam no processo de cuidar. O ser cuidador necessita de ambiente aconchegante, confortável, pois é aí que mantém a interação para o desempenho de suas atribuições.

O cliente, ao chegar ao ambiente hospitalar, recebe poucas informações quanto ao cuidado que irá receber, gerando ansiedade e expectativa em relação à sua estada e sua própria recuperação. As regras institucionais tornam-se agravantes, como a proibição de roupas próprias e a permanência de objetos de uso pessoal, restrição de horário à permanência



de familiares ao seu lado. Explicitam que as sanções e a massificação, impostas ao cliente, dificultam o *relacionamento* com o ambiente físico e o humano, impedindo o alcance do cuidado com qualidade.

O cliente interage com o ambiente através de seu substrato interno e outro externo. Existem variáveis internas e externas que determinam fatores de cuidado. A interdependência existente entre os ambientes interno e externo da pessoa, influenciam o estado de saúde ou de doença. As enfermeiras indicam que preferem trabalhar em um ambiente organizado e estético, aspectos que facilitam o trabalho.

A inter-relação do ser humano com o ambiente estabelece-se no momento do cuidado, em que o ser cuidador e o ser cuidado vivenciam o mesmo ambiente. O ambiente das Unidades Críticas é estressante e de sofrimento pelas limitações impostas pela própria condição do cliente e pelas condições organizacionais a que está inserido. O cliente neste ambiente é privado de sua individualidade, dificultando seu restabelecimento e bem-estar. Procura-se dentro do padrão institucional manter o senso da conveniência, não dedicando maior atenção à pessoa. Expõem que há necessidade de maior interação da pessoa ao ambiente, como elemento importante no processo de cuidado.

A privacidade está ligada à saúde e mantém a dignidade e autonomia da pessoa, importante no processo de cuidado. O ambiente age como facilitador do cuidado, bem como motivador de satisfação para a equipe de enfermagem.

As participantes enfatizam em suas falas que, o ambiente está relacionado ao conforto, e a enfermeira pode prover ambiente seguro e de apoio, ajudando o cliente a desenvolver suas forças em busca da recuperação. O cliente, ao entrar na instituição, divide a responsabilidade de sua recuperação com a equipe; assim necessita esta preparada para proporcionar de saúde. Os profissionais necessitam ser preparados à proporcionar o

atendimento das necessidades do cliente, preenchendo ou substituindo suas carências decorrentes da separação do seu local de origem e da própria enfermidade.

A segurança do ambiente é outro aspecto delineado pelas participantes do estudo, através do controle de infecção e administração de tratamento seguro, incluindo o transporte, orientações e supervisão da equipe. Este enfoque é determinante na recuperação e satisfação do ser cuidado.

Ao refletirmos sobre as falas das enfermeiras encontramos a representação das afirmações acima.

*“O ambiente hospitalar é agressivo sem dia ou noite, sem roupa sem família, sem conhecer dia e hora”. (Rosa - 241)*

*“O meu ambiente de trabalho para o cliente é hostil, por separá-lo da família sempre que necessário, com procedimentos que muitas vezes são agressivos, e provocam dor, apreensão, desconforto.” (Gerânio - 245)*

*“O substrato para o ser humano é o ambiente. O equilíbrio e o desenvolvimento são baseados e conseguidos através da interação com o ambiente. Entendo que existe entre o ambiente e o ser humano um processo de interação, com transformação constante. De forma contínua, a pessoa transforma o meio e o meio transforma a pessoa.”*

*“Quando somos colocados para executar algo que estamos habituados a fazer em um novo ou em local diferente já nos sentimos extremamente*

*alterados ou incomodados; isso agrava-se, quando estamos com a saúde comprometida.”(Facilitadora- 248- 252)*

A análise do conteúdo possibilitou apreender a partir da reflexão das enfermeiras, que *melhorias* no ambiente conduzem ao engajamento das pessoas, oferecendo condições para realização do *cuidado*. As participantes salientam que as alterações, as inovações incorporadas ao ambiente são ações facilitadoras do cuidado. O ambiente externo organizacional pode significar fator motivacional para a satisfação dos membros para a prática.

O gosto e a procura pelo novo, limpo e moderno conferem à pessoa sentimentos de recuperação, de aprimoramento pessoal, de substituição e renovação. Os depoentes traduzem as melhorias ambientais como maneira de alcance de um novo tempo, de valorização e renovação para a pessoa.

A enfermeira participa na manutenção e melhoria do ambiente de cuidado. Reconhecer a importância da enfermeira é vital para a prestação do cuidado. É capaz de criar e facilitar a identificação de condições para o estabelecimento da relação interpessoal do cuidado.

*“Muitas vezes só ajeitando o ambiente onde se trabalha se consegue engajar as pessoas. (Margarida -242)*

*“Tentamos dentro do possível amenizar o aspecto do ambiente, o próprio funcionário prefere trabalhar em local mais bonito ou mais organizado. (Gerânio - 247)*

*“De outra visão o ambiente pode facilitar, criar, impedir a relação entre as pessoas. Os diferentes ambientes podem representar diferentes causas, resultados e estados para a pessoa”. (Facilitadora - 249)*

*“Precisamos prestar atenção no tipo de ambiente que estamos oferecendo à pessoa, mais especificamente como exemplo, na pediatria com certos enfeites ou brinquedos torna-se o ambiente mais agradável ou completo. (Facilitadora - 251)*

A promoção de um ambiente de apoio, de proteção, e/ou de correção mental, física, espiritual e sócio-cultural é um dos requisitos para o cuidado, segundo Watson (1979). Enfatiza que existem variáveis internas e externas que determinam fatores de cuidado. A interdependência existe entre os ambientes internos e externos da pessoa, influenciam o estado de saúde e de doença. A autora apresenta como variáveis externas o estresse, o conforto, a privacidade, a segurança, o ambiente limpo e estético.

## VII. HUMANIZAÇÃO DA PRÁTICA PELO CUIDADO: UMA PROPOSTA DE MARCO DE REFERÊNCIA PARA A ENFERMAGEM EM UNIDADES CRÍTICAS.

Entendo marco de referência como um mapa que oferece diretrizes capazes de nortear o processo de cuidar na Enfermagem. Tais diretrizes constituem conceitos e sub-conceitos, ou seja, abstrações formuladas a partir da literatura, de dados empíricos colhidos junto às enfermeiras, ou de uma combinação de ambos.

O marco de referência para uma prática transformada da Enfermagem em unidades críticas aqui proposto, leva em consideração o fato de que as enfermeiras acreditam que existem, nos serviços de saúde, especialmente no local de realização deste estudo, forças propulsoras e forças antagônicas (ANEXO N.º 4) a estas, as quais ao mesmo tempo impulsionam e dificultam o processo de trabalho dos profissionais e favorecem o desgaste do profissional e da imagem pública da profissão.

Este marco de referência pretende oferecer subsídios para alcançar a almejada transformação da realidade atual da prática da Enfermagem em Unidades Críticas. Esta prática ao mesmo tempo que se tem apresentado como acrítica e distanciada da teoria, também constitui oportunidade para o crescimento e desenvolvimento do trabalhador.

Os conceitos e subconceitos componentes do marco de referência proposto se originaram da inferência e compreensão dos discursos das enfermeiras do estudo, entre as quais me incluo, bem como a partir de reflexões que faço com base nos ensinamentos de Jean Watson e são apresentados na Figura 4. O conceito **ser humano cuidador - ser cuidado** engloba os subconceitos: intersubjetividade, autoconhecimento, cuidado de si, amor a si próprio, unicidade, integralidade, espiritualidade, bem-estar e satisfação, relação interpessoal, vocação, motivação. O conceito **filosofia, ciência e arte do cuidar - cuidado** tem estes

subconceitos: Enfermagem, sensibilidade e responsabilidade, amor e carinho, autoconceito profissional, ética (dignidade e respeito), visibilidade do cuidado (valorização), gerenciamento (agente facilitador). O conceito **ambiente** inclui estes subconceitos: estrutura política / econômica, estrutura tecnológica, estrutura física, ideologia, organização, psicossocial.

A seguir apresento os conceitos **ser humano cuidador - ser cuidado, a Enfermagem como filosofia, ciência e arte de cuidar, e ambiente**. Sempre que oportuno, de maneira integrada e abrangente, tratarei dos conceitos e subconceitos do marco de referência, discutindo-os de forma que se demonstrem as inter-relações.

No processo de conceber algo novo para a Enfermagem, propus-me uma reflexão e reorganização de idéias, buscando as essências, os objetivos e os resultados que têm permeado a relação que a Enfermagem estabelece no atendimento às pessoas. Assim, as características atribuídas aos três conceitos, ser humano cuidador - ser cuidado, Enfermagem como filosofia, ciência e arte do cuidado e ambiente, que são os sustentáculos da proposta, extraem-se da prática vigente. Ressalto que existe mescla e movimentos contínuos entre eles, sendo difícil e até mesmo indesejável fazer qualquer separação. A separação representada na Figura 4 foi feita apenas com finalidade ilustrativa.

O ser humano cuidador de Enfermagem possui especializado saber da prática de Enfermagem, mesclado às suas crenças, experiências e valores. Representa o sustentáculo do trabalho multiprofissional, dentro de contexto dinâmico e exigente, porém sem o devido reconhecimento. Os cuidadores, de modo geral, mostram-se ávidos por mudanças, apesar da dedicação à execução técnica de tarefas, as quais ofuscam o brilho e a força necessárias ao exercício do cuidado.

Compreendo o ser humano cuidador e o ser cuidado como aquele ser que possui a capacidade de se relacionar com o outro para o alcance do equilíbrio e satisfação mútuos. É

capaz de se transformar, de criar e se utilizar de alternativas, de forças e de sentimentos ocultos diante das várias situações que a vida exige. Busca recursos internos não muito claros ou definidos, muitas vezes pouco compreensíveis para a mudança. Vive em busca da satisfação de necessidades, que podem estar latentes ou emergentes. Precisa manter a individualidade e ao mesmo tempo, estar em convivência com outros seres, para obter ajuda. Este ser é mais do que a soma de corpo, alma e espírito, pois estes se apresentam em contínuo intercâmbio com o seu eu e o eu do outro, fortalecidos pela confiança e instilação da fé (Watson, 1985).

Watson (1985) define “*ser humano*” como um indivíduo valorizado em si, a ser entendido, respeitado, zelado, compreendido e auxiliado, pois possui um “*eu*” integrado e funcionante. É um ser que utiliza suas experiências vividas como substrato de seu desenvolvimento. É formado de corpo, alma e espírito. A alma enquanto essência da pessoa facilita a expansão do nível humano em outras dimensões. Para tanto, ela se utiliza de sua capacidade de introspecção, imaginação criativa, meditação, visualização. O ser humano, conforme preconiza Watson (1989), é maior que a soma de suas partes; pode ser entendido em situação de conflitos tais como aquelas situações psicossociais representadas por crises em momentos decisivos ao longo da vida. É importante que a enfermeira, ser humano cuidador, tenha condições de compreender o ser humano cuidado em situações de saúde, doença ou em períodos de estresse, desenvolvendo mecanismos adequados para o seu enfrentamento e sua adaptação.

Entendendo-se saúde como um processo dinâmico e complexo, no qual a pessoa se relaciona com as próprias forças internas e externas, em busca de equilíbrio, melhoria e desenvolvimento. Essas forças vão além da dimensão por nós conhecida, as quais são construídas e vivenciadas durante o desenvolvimento de nosso ser, muitas vezes invisíveis e

pouco utilizadas. Saúde é um desafio diante da doença, o qual permite ao ser humano buscar mecanismos endógenos e recursos na própria essência de si mesmo, resultando crescimento interior pela superação da doença, que resulta da perda da integralidade do ser humano. Assim, saúde é um valor humano, que pode até ser preservado ou alcançado diante das dificuldades e mudanças que a doença acarreta.

Saúde é uma possibilidade para as enfermeiras de Unidades Críticas; ao desempenharem suas atividades em um ambiente de harmonia, oferecendo alternativas de cuidado, podem resgatar a satisfação, a motivação, o prazer em fazer Enfermagem de forma mais humanizada. A saúde enquanto conceito faz parte da prática humanizada porque dentro deste contexto o ser humano alcança o bem estar.

O ser humano, considerando a prática atual, precisa ser preparado para compreender a importância do autoconhecimento que, por sua vez, conduz à reflexão sobre a necessidade de cuidar de si, de amar-se, para então poder cuidar do outro. Este ser humano possui características que lhe são inerentes, tais como a unicidade e a integralidade.

A unicidade lhe confere o atributo de exclusividade ou seja, alguém que é único, incomparável a qualquer outro, enquanto a integralidade o mostra como um ser total, inteiro, completo, pertencente a um todo maior, irredutível em suas partes. A espiritualidade também é característica inerente ao ser humano, que lhe permite a consciência de sua presença como parte de um todo, ampliando sua compreensão e valorização da vida, que demanda continuamente a transformação de sua própria maneira de ser e de viver no mundo. A perspectiva espiritual é o elo de conexão do corpo físico com o todo. Os profissionais de saúde, em especial a Enfermagem, têm restringido sua atenção ao atendimento daquilo que é visível aos olhos, o corpo. Percebo a necessidade de ampliar essa visão, principalmente dos profissionais de Áreas Críticas, onde a convivência com situação de vida- morte é sempre tão



próxima. Mas, para isso, é necessário oferecer aos profissionais de Enfermagem subsídios para a compreensão daquilo que se apresenta de forma invisível aos olhos físicos. Por exemplo, a valorização da intuição como instrumento tão comum de trabalho como são os equipamentos sofisticados utilizados para a manutenção da vida.

É a partir da compreensão de sua inserção como ser único, pertencente a um todo indivisível, que o ser humano experimenta satisfação e bem-estar. E é a partir do auto-conhecimento que ele encontra em si mesmo a vocação e a motivação para exercer a profissão, assumindo a responsabilidade para continuar crescendo e mantendo uma relação saudável e harmoniosa com o mundo do qual faz parte. É a partir desta compreensão que o ser humano - cuidador de Enfermagem respeita e valoriza a si próprio e o ser por ele cuidado.

À primeira vista, a concepção de uma prática de Enfermagem transformada, que resgata os aspectos artísticos e humanos coerentes com a visão de ciência prática e humana do cuidado, parece distante e complexa em face da realidade atual dos serviços de saúde. No entanto ela foi construída a partir da análise e compreensão das falas das enfermeiras de unidades críticas de um hospital de ensino. As falas das enfermeiras refletem suas crenças e valores, coerentes com o ideal moral do cuidado, ao mesmo tempo que refletem a consciência que têm acerca dos fatores que enfrentam no cotidiano de seu trabalho, e que têm dificultado a realização de seus sonhos e compromissos profissionais, ou seja, do alcance de melhor condição de vida, tanto para quem cuida como para quem é cuidado.

Assim, um dos sustentáculos desta proposta é o seu foco a partir do ser humano cuidador e ser cuidado. A proposta pressupõe o desenvolvimento de condições ambientais que facilitem e reforcem a motivação para o contínuo crescimento do ser humano, cuidador e cuidado, em clima de constante exercício de autenticidade na busca da satisfação, bem-estar e felicidade.

As relações interpessoais, com características de exercício de intersubjetividade, passam a ser travadas com naturalidade no ambiente de trabalho, até porque a intersubjetividade é sustentada pela compreensão de que os seres humanos, cuidador e cuidado, adentram no universo pessoal um do outro, pois ambos fazem parte de um todo, mais complexo e abrangente. Desta relação resulta crescimento em ambos, porque aprendem a desenvolver cada vez mais a consciência de si mesmo, a cuidar de si mesmo, a valorizar o conceito de si, a amar a si mesmo, melhorando sua condição humana de existir.

Cuidar, conforme é concebido pelas enfermeiras deste estudo, é dar e receber amor em cada gesto. Implica uma transação subjetiva, interação, comprometimento, motivação, esforço, respeito aos valores e individualidade.

O cuidado é permeado de experiências humanas, troca de sentimentos, satisfação das necessidades de conforto emocional e físico. O cuidado transforma a prática, resgata a arte e ciência de Enfermagem, porque vai além da execução de um procedimento.

A enfermeira, ao desempenhar o cuidado aliado às condições ambientais adequadas, age como facilitadora para o alcance dos objetivos do cliente, e desta forma, sente sua vocação reforçada. Para a realização do cuidado é necessário cuidar de si, enquanto cuidadora.

O cuidado convive com dimensões negativas, quando realizado com displicência, desvalorização, massificação das ações, aspectos que, somados, levam ao cuidado restrito das necessidades fisiológicas e dificuldades no relacionamento do cuidador, do cliente e da família.

A Enfermagem como filosofia, ciência e arte do cuidado, promove e educa o ser humano. Utiliza-se da ação de cuidar, tentando atender as necessidades da pessoa, identificadas a partir do estabelecimento de relações interpessoais.

A relação transpessoal, por ser tão profunda e importante, é capaz de obter como resultado a cura interior. A cura interior é fortalecida pelo exercício do amor a si próprio. Osho (1998) afirma que a cura da doença é a a meditação, pois somente as doenças que tem início no exterior do homem são curadas pela alopatia. As doenças interiores podem ter manifestação externa, porém não são doenças corporais. *“No dia em que os hospitais aceitarem o homem como um todo, como uma totalidade, será um dia de júbilo para a humanidade”*, reforça Osho (1998, p. 22).

O amor traz beleza e magnitude ao cuidado. O amor, nesta proposta, não pode ser confundido com o sentimento de entrega incondicional, total, ou até mesmo com atitudes consideradas amorosas, tais como carinho, desvelo, superproteção, invasão da individualidade do outro, interferindo nos compromissos que ele precisa assumir em face da própria vida. Amor é aqui concebido como um sentimento puro de interesse genuíno por si mesmo e pelo outro, em busca de harmonia e constante crescimento. É aquela forma de amor que reconforta, nutre, aconchega, porque ajuda a encontrar a tão almejada paz de espírito, ao mesmo tempo que garante o respeito e a dignidade do ser humano, mantendo os preceitos éticos que fundamentam o cuidado de si e do outro.

Por outro lado, referindo-me ao cuidado profissional de Enfermagem, até então invisível aos olhos dos próprios profissionais de Enfermagem, dos profissionais da saúde e da sociedade, proponho seja resgatado seu valor e importância em face dos resultados e benefícios que traz para a realização pessoal e profissional do cuidador, assim como para a melhoria da qualidade de ser e viver do cuidado.

Reforço que um novo conceito de gerenciamento é condição imprescindível para a implementação, com sucesso, desta proposta inovadora de prática na Enfermagem. Faz-se necessário rever os padrões de gerenciamento aceitos como certos e únicos. Muitos destes

padrões já se encontram institucionalizados, mas destaco que eles foram aprovados e referendados por nós mesmas, como enfermeiras, em momentos em que ainda não tínhamos uma visão ampliada de nossa prática, mas isto era o melhor que podíamos conceber para aqueles momentos. Hoje percebo e desafio estes padrões estabelecidos.

Penso que o trabalho da gerente junto à equipe de saúde e de Enfermagem fornece subsídios para o conhecimento da realidade, dá azo à possibilidade de conhecimento mútuo, despertando a motivação para a prestação do cuidado humano. Reconheço, no entanto, que existe dificuldade na escolha de um caminho que atenda aos anseios da maioria dos membros. Porém percebo que, quando desafiados e apoiados, se mostram prontos a participar, já que projetos inovadores têm o potencial motivador e resultam na melhoria do autoconceito profissional. Um destes caminhos pode ser criado pelo gerente, propiciando momentos de encontros com os membros da equipe de Enfermagem, formalmente planejados, em clima afetuoso, que promovam diálogo e ajuda mútua, facilitando-lhes vivências de cuidado.

Esta postura do gerente, de realização de seu trabalho próximo à equipe que coordena, consolida seu papel de agente facilitador, oferece condições para reflexão e discussão sobre a prática, como também para o engajamento na implementação da proposta: seus componentes (expressos pelos conceitos e subconceitos) passam a ser vivenciados e cada vez mais bem compreendidos. O ideal moral do cuidado passa a ser incorporado, individualmente, pelos membros da equipe e contribui para a realização pessoal e profissional de todos os que passam a assumir a responsabilidade compartilhada.

Existe entre o ambiente e o ser humano um processo de interação, em transformação constante. De forma contínua, a pessoa transforma o meio e o meio a transforma. O ambiente pode facilitar, criar ou impedir a relação entre os seres humanos. O ambiente interno próprio

de cada ser humano é constituído por suas necessidades biofísicas, lhe propicia desenvolvimento e facilita o enfrentamento das condições de vida (Watson, 1979).

O ambiente externo imediato do cuidador e do ser cuidado é a unidade de interação onde os enfermeiros desenvolvem a prática e vivenciam o processo de cuidar. O ambiente externo mediato é constituído pelo grupo social no qual se insere, onde a família precisa ser reconhecida como imprescindível no processo de recuperação.

O ambiente externo se caracteriza também pelas mudanças como as de privacidade, conforto, estresse e segurança. Na hospitalização, ou seja, ao se manter a pessoa fora do seu ambiente familiar, ocorrem desajustes, que alteram o todo individual, intensificando a carga de estresse. O estresse é grande preocupação para os cuidadores de unidades críticas, porém se percebe certa dificuldade ou falta de alternativas para o seu manejo. Na visão de Watson (1979) o estresse interrompe as atividades do planejamento normal do indivíduo, dá causa a alterações sociais, culturais ou interpessoais, que modificam o estado de saúde.

Além disto, percebo que os investimentos para a modificação do ambiente onde se realiza o cuidado humano se relacionam a mudanças estruturais e filosóficas do que a mudanças físicas. Percebo que nós, enfermeiras, nos temos inserido em ou nos utilizado de precárias condições ambientais, para reforçar a postura de displicência que tem sido adotada pelos profissionais da saúde. O que proponho é a adoção de uma postura, em relação ao ambiente que seja coerente com a filosofia, ciência e arte do cuidado.

Na prática atual, o aspecto físico e espacial do ambiente delimita a ação, denota-se a situação de movimentos e de atuação dos profissionais. As relações de interferência com o todo no qual nos temos inserido conferem as características psicossociais. Percebe-se que as unidades críticas possuem relações mais complexas e exigentes com o todo, decorrentes do reconhecimento de necessidades e da interdependência do contexto. A revisão da forma

organizativa em que se trabalhe e se busque a recuperação da ação gerencial com o ambiente pode ser fator importante para o alcance de resultados positivos, que proporcionem o ambiente adequado para o cuidado.

É muito importante ao propor uma nova prática de Enfermagem, rever subconceito político, econômico e legal, os quais se tornam fundamentais a partir do estabelecimento e reconhecimento de normas, de direitos e deveres que interferem e que determinam a ação do cuidador e do ser cuidado. A partir de uma padronização flexível e do reconhecimento, o profissional se sente seguro, confiante e respaldado para a ação.

A estrutura tecnológica traz facilidades e melhores condições ao trabalho. O domínio de novas alternativas tecnológicas, aliadas ao uso de equipamentos e materiais mais adequados, tornam a prática ao mesmo tempo mais complexa e abrangente. É necessário, dentro de uma nova proposta de prática, preparar o ser humano cuidador a usufruir dos benefícios da tecnologia, como forma de complementação, estabelecendo-se em forma de relação com a prestação do cuidado e não como obstáculo à prática.

Não obstante aos outros subconceitos do ambiente, a ideologia, representada pelo conjunto de idéias próprias de cada ser a cerca do cuidado, precisa ser mais bem conhecida e compreendida. A arquitetura e a estética que envolve o som, o cheiro, a cor e a luz formam a estrutura física, complementada pela religião e ética. Reforço que o ambiente pode facilitar, criar ou impedir a relação entre os seres humanos, como já afirmei anteriormente e, portanto, precisamos alterar a realidade existente e na qual pretendemos alcançar a humanização da prática da Enfermagem.

A humanização da prática de Enfermagem pelo cuidado propõe a reversão do quadro atualmente vivenciado nas instituições de saúde, e pretende oferecer uma alternativa para combater a desmotivação e o imobilismo na participação profissional, que tem sido até então

aceitos e culturalmente consagrados na instituição. Nós, profissionais da saúde temos assumido uma modalidade de prática na Enfermagem para a qual fomos preparados e temos deixado de criar uma modalidade mais congruente com nossos valores e crenças profissionais. Sucumbimos à pressões ambientais e institucionais resultantes de um contexto social que se encontra em transformação. É tempo de criar uma alternativa para a modificação dessa realidade. É tempo de construir uma nova prática.

É tempo de reconhecer que a Enfermagem tem construído seu corpo de conhecimentos e que outros tipos de conhecimentos existem, além do conhecimento empírico, originado de experiências e de pesquisas, e devem ser empregados para o fortalecimento do exercício profissional, contribuindo para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem. Os diferentes tipos de conhecimento a que me refiro são aqueles concebidos por Carper (1978) ou seja, o conhecimento empírico, estético, pessoal e ético, que servem como caminho para a expansão da compreensão de fenômenos que envolvem a profissão. Os quatro níveis de conhecimento levam à busca do significado do saber, e para o que é necessário na expansão da disciplina de Enfermagem.

O empírico trata da ciência de Enfermagem e tende a descrever fatos que conferem à disciplina a teorização do abstrato. O saber estético se aproxima da arte da Enfermagem, que procura considerar o individual e pessoal, e principalmente as relações subjetivas que permeiam a prática. O terceiro conhecimento chamado de componente do conhecimento pessoal, envolve a relação interpessoal estabelecida entre os dois seres humanos, este tipo envolve os conhecimentos adquiridos da natureza humana do homem. O saber ético guia o profissional na sua conduta prática, fornecendo-lhe subsídios do bom, do correto e do desejado. O cuidado se utiliza dos quatro padrões de conhecimento que, mesclados, são subsídios para a prática. Percebe-se que o cuidado necessita do objetivo e do subjetivo, do

ético e do estético ao mesmo tempo, para alcançar e entender o ser humano na sua integralidade e individualidade e ao que se refere aos fenômenos saúde e doença.

Nesta proposta de marco de referência identifique a presença desses tipos de conhecimentos nos conceitos e subconceitos que o compõem. O conceito filosofia, ciência e arte de cuidar/cuidado, por exemplo, pressupõe a utilização destas formas de conhecimento para sua operacionalização. O conhecimento pessoal preconiza o uso terapêutico que a enfermeira faz de si mesma para cuidar, destacando-se o papel da intuição; o conhecimento estético enfatiza a importância da arte no processo de cuidar, enquanto o conhecimento ético reconhece o cuidado como ideal moral.



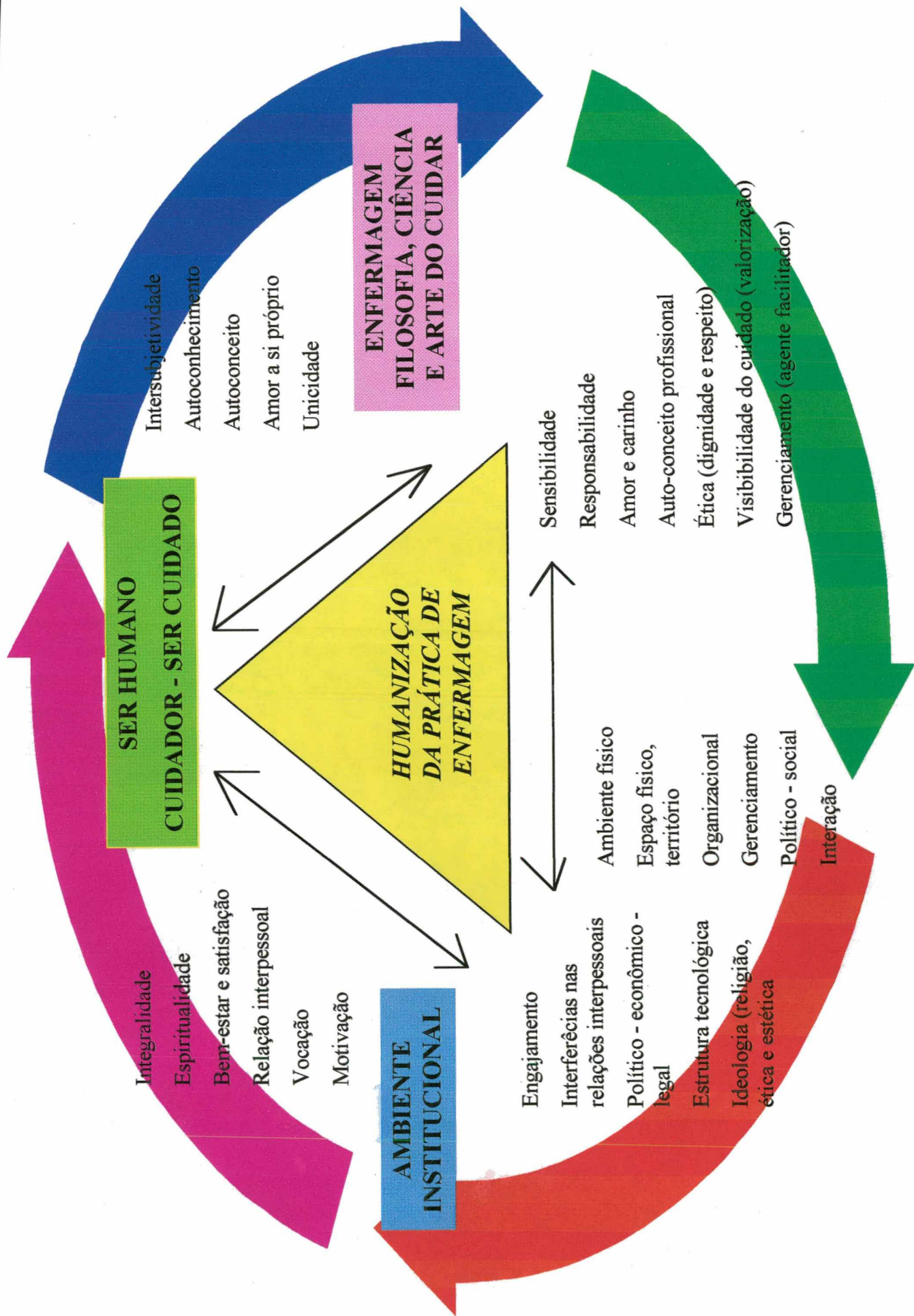


Figura n.4. - Marco de referência para humanização da prática pelo cuidado, Paganini e Neves Arruda (1998)

## VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS :

Ao refletir sobre os momentos partilhados com as enfermeiras durante a trajetória deste estudo, fico perplexa em perceber toda a transformação ocorrida. Com certeza, ao iniciar este trabalho, não possuía em meu imaginário a amplitude de ação e resultados deste tipo de reflexão. Ousar retirar enfermeiras de unidades tão complexas, para juntas repensar a prática diária parecia uma utopia. Para demonstrar a grandeza deste momento, compartilho a seguir algumas das sementes que surgiram desta experiência, que entendo vitais para a Enfermagem. Considero que, a partir deste momento, estaremos caminhando em demanda de uma prática mais humanizada, utilizando o cuidado humano.

Durante a aplicação prática do "*processo reflexivo grupal*", emergiram vários componentes, que fazem parte desta trajetória; assim, passo a descrevê-los : despertou-se para a percepção das diferenças entre as pessoas e também de seus valores, havendo necessidade de adequar o cuidado às várias abordagens surgidas; a reflexão possibilitou o repensar da prática diária, resgatando os objetivos profissionais pela mudança de comportamentos; emergiu o entendimento quanto à necessidade de o ser humano se realizar, utilizando a motivação como alternativa de busca de auto-realização, com o respeito à individualidade dos membros da equipe; suscitaram-se sentimentos de esperança para continuar, persistir, acreditar, renascer, transformar, como algo muito prazeroso; explicitou-se ser o reconhecimento à integridade humana como o fator mais importante para ser trabalhado na motivação, por surgir da própria pessoa ou estar dentro da pessoa; abordou-se a visão da Enfermagem como ciência voltada ao ser humano como instrumento de trabalho de modo holístico; salientou-se que a sensibilização de um dos papéis do administrador de recursos humanos é cuidar do cuidador e que o cuidado traz de volta ao que

nos fez escolher a profissão; possibilitou a realização da ligação entre ser humano, ambiente e cuidado; ensejou o acompanhamento da evolução da construção de idéias, com vistas ao crescimento através do despertar interior; evidenciou-se o descortinar de conceitos esquecidos através do repensar, fazendo a diferença na assistência prestada pelo cuidado; manifestou-se o reencontro e reestrutura de cada ser enfermeiro envolvido na “*vivência grupal*”; registrou-se a sensibilização das participantes para a continuidade do trabalho de reflexão, envolvendo a equipe desejosa de aplicar na prática os conhecimentos adquiridos através do exercício profissional; revelou-se a possibilidade de reflexão sobre o respeito ao ser humano, enquanto essência do cuidado.

Todos esses pontos emergidos das reflexões da “*vivência grupal*” nos fazem perceber o resultado transformador.

Ao pensar na importância do trabalho para a formação dos profissionais, percebo que a grande contribuição está na substituição de uma Enfermagem puramente técnica para uma prática que se volte às individualidades da pessoa enquanto ser humano, cujos valores, necessidades e sonhos se visualizem

A humanização da prática pelo cuidado utilizando as experiências dos sujeitos de uma área tão especial, em que os passos precisam ser rápidos e precisos, é um escopo possível de ser alcançado e implementado. Sinto-me tranquila, quando percebo que os desafios foram vencidos e a construção erguida em conjunto e com base no vivido.

Em todo este processo de vivência, percebo que os fatores de cuidado de Watson (1985) estavam presentes e permeando a reflexão, principalmente ligados à relação de ajuda e confiança, vivenciados como empatia, compatibilidade, honestidade e busca de oferecimento e aceitação de ajuda. Descobre-se uma relação que favorece o cuidado. A promoção, como expressão de sentimentos positivos e negativos, é capaz de influenciar comportamentos,

favorecidos pela ciência do cuidado. A pessoa precisa usar de atitudes equilibradas, senso de responsabilidade e habilidade para se transformar. Enfoca a visão de mente, corpo, alma e da busca de equilíbrio e harmonia contínuos.

Percebi que os fatores de cuidado que se adaptam ao ambiente estão relacionados à promoção de ambiente protetor, de apoio e adaptados às situações mentais, físicas, sociais e espirituais. Relacionam-se à promoção e restauração da saúde. Existe amplo espectro de ação para o enfermeiro diante da pessoa a ser cuidada, assim como relacionado à promoção das necessidades humanas, contemplado ambiente interno com profundidade.

O conceito de Enfermagem emerge da utilização de um processo científico de reflexão sobre a Enfermagem. Este fator favoreceu a análise e decisão para a prática e para a pesquisa. Utilizou-se a promoção de ensino e aprendizado transpessoal, pois as enfermeiras tentaram descobrir a necessidade de resolver os problemas, baseando-se nos fatores existenciais e fenomenológicos, para o despertar de forças individuais capazes de se transformar diante da necessidade. A Enfermagem precisa estar alerta e preparada para conseguir atingir este nível.

Concluo que o cuidado humano se inicia quando a enfermeira entra no espaço de vida ou no campo fenomenológico da outra pessoa. A enfermeira é, neste contexto, a facilitadora; ela deve resolver, parcialmente ou totalmente, a alteração. Deve, para isso, usar de habilidades, para perceber os códigos e significados do paciente na relação, lendo movimentos, gestos, olhares, atos, procedimentos, informações e toque. O cuidado humano não se detém apenas na valorização do cuidado em si, mas orienta-se para a interação permanente entre cuidadores e seres cuidados. A partir deste enfoque o cuidado é dirigido, simultaneamente, para o conteúdo e o vivido dos cuidadores, levando em conta suas dimensões pessoais, institucionais e sociais.

Ao levar em consideração que o cuidado se detém na interação permanente entre cuidador e ser cuidado, comportamento que leva em conta as dimensões pessoais, institucionais e sociais, percebo o cuidado como ingrediente facilitador do crescimento e transformação do indivíduo.

O desenrolar deste estudo possibilitou desenvolver a habilidade de ajuda, para que o ser cuidador e ser cuidado escutem seus interiores, promovendo o crescimento e estabelecendo um novo, reformulando antigos modos de vida. É importante que o próprio cliente procure a ligação e reconheça a necessidade de mudança, enquanto as enfermeiras podem fornecer recursos para tal empreendimento. A mente, o corpo e a alma estão sempre interligados e são interdependentes. O inconsciente superior desenvolve-se com amor altruísta, fraternidade, compaixão, alegria, serenidade, harmonia, heroísmo e coragem, aspectos que necessitam apenas de ações de despertar.

Indico algumas estratégias, a partir do experienciado neste "*processo reflexivo grupal*", para a transformação da prática de Enfermagem. Considero necessária a revisão do padrão das relações que são estabelecidas, no contexto de desempenho profissional, ou seja, como mantê-las e aprofundá-las. Denota-se que mantemos, pela ordem organizacional em que nos inserimos, relações frágeis, permanecendo a preocupação com o cumprimento do ato mecânico da técnica, sem alcançar, muitas vezes, a transação humana. O preparo e a ação da Enfermagem precisam ser desenvolvidos, para desvelar sentimentos positivos, a fim de devolver o prazer pela profissão.

Retrato como necessário capacitar os cuidadores para o uso de alternativas no estabelecimento da relação transpessoal de cuidado com os pacientes mais graves. Mesmo existindo a preferência em cuidar de paciente inconsciente ou apenas da satisfação de

necessidades fisiológicas, é primordial resgatar a relação com a família, como processo interacional.

Oferecer maior atenção à prática de Enfermagem, pois muitas vezes tentamos enquadrar-nos nos moldes institucionais de prestação de assistência baseada no cumprimento de tarefas, esquecendo a pessoa de quem cumpre cuidar. Para que a valorização e o aperfeiçoamento humano possa acontecer é preciso fazer da Enfermagem uma ciência voltada à prestação de cuidados.

A promoção de uma reflexão, retirando da prática o subsídio, o alimento da descoberta, de novos paradigmas, novos conceitos e novos desafios. É primordial que nós enfermeiros possamos demandar alternativas para melhorar, restaurar, ajustar ou apenas confirmar valores e conceitos pessoais e profissionais existentes, para facilitar a execução da prática com melhores resultados e maior prazer.

O estudo desvelou a necessidade de implementação no currículo de Enfermagem de conteúdos, abordagens e vivências práticas de teorias de cuidado humano, as quais podem formar pessoas para a transformação da prática de Enfermagem.

A teoria de Watson visa ao cuidado transpessoal, cuidado embasado no respeito, no compromisso, nos valores humanos, na sensibilidade, na relação de ajuda, na confiança no aprendizado transpessoal, os quais envolvem o ser humano em sua integralidade. Sua teoria vem-se adequando a várias situações de atuação da Enfermagem, pois se dirige ao indivíduo e este está interligado aos demais sistemas, familiar e social.

Finalizando, registro a contribuição da fundamentação teórico- filosófica acerca da arte e ciência do cuidado humano oferecida pela Dra. Jean Watson (1988), aliada aos depoimentos e concepções das enfermeiras que vivenciam, como eu, o cotidiano de uma prática distante do ser humano e do alcance dos ideais e objetivos da profissão, os quais me encorajaram a

oferecer à Enfermagem e aos serviços de saúde as minhas próprias concepções acerca da Enfermagem: estas fundamentam a presente proposta de resgate do cuidado humano na saúde e na Enfermagem.

## IX. REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro. Tipografias Lousanense Ltda, 1991.

BARR, Wendy Joy. Critical Care Nurses' perceptions of caring: a phenomenological study. **Nursing Health Sciences**. Texas, v. 27, n.2, p. 134 -137, August, 1986.

BITTES, Arthur Júnior et al. Princípios científicos como instrumento básico em Enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo : Atheneu, 1996, p. 39-46.

\_\_\_\_\_. **Cuidando e des-cuidando: o movimento pendular do significado do cuidado para o paciente**. São Paulo, 1996. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

BLACKBURN, Simon. **The Oxford Dictionary of Philosophy**. New York : Oxford University Press, 1994.

BRANDÃO, Carlos R.; CHAUI, Marilena; FREIRE, Paulo et al. **O educador: vida e morte**. 9.ed. Rio de Janeiro : Graal, 1982.

BRASIL, Virginia Visconde; ALENCAR, Celi Christiane Pereira; MUSSI, Ivone. Refletindo sobre a formação de desempenho do docente de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.2, p.81-85, jul./dez, 1996.

BRUNT, J. Howard. An exploration of the relationship between nurse's empathy and technology. **Nursing Administration Quarterly/Summer**. Calgary, v. 9, n 4, p69-78, 1985.

BURFITT, S.N.; GREINER, D. S.; KINNEY, M.R., BRANYON, M.E. Professional nurse caring as perceived by critically ill patients: a phenomenologic study. **American Journal Critical Care**, Aliso Viejo, v. 2, n.6, p: 489-99, nov, 1993.

BUSHNELL, Marlynn S.; DEAN, Michael J. Managing the intensive care unit: physician- nurse collaboration. **Critical care medicine**, Baltimore, v. 21, n.9, p.388-389, 1993.

CANIATO, Rodolpho. **Com ciência na educação: ideário e prática de uma alternativa brasileira para o ensino da ciência**. 2.ed. Campinas : Papirus, 1989.

CHAVES, Enaura Helena Brandão. Aspectos da liderança no trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 53-58, jan. 1993.



CARPER, Barbara A. Fundamentals patterns of Knowing in Nursing. **Advanced Nursing Science**, v.1, n. 1, p. 13-23, 1978.

COLLIÈRE, Marie Françoise. Cuidado invisível e mulheres invisíveis como provedoras de cuidado de saúde. **International Journal of Nursing Studies**, v.23, n.2, p.95-112, 1986.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Sistema de cuidados de Enfermagem**. Pelotas : Universitária/UFPel; Florianópolis : Programa de Pós - Graduação em Enfermagem/UFSC, 1996.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda . **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.

GADOTTI, Moacir. **Pensamento pedagógico brasileiro**. São Paulo : Editora Ática, 1994.

GAUT, Dolores; BOYKIN, Anne. **Caring as healing: renewal through hope**. New York: National League for Nursing Press, 1993.

HALM, M.; ALPEN, M. A. The impact of technology on patients and families. **Clinic North America**. New York, v. 28, n. 2, p. 443-57, 1993.

HENDRICKS, Peter; LAPPE, Dorothy G. Pediatric intensive care nursing. **Critical Care Medicine**. Baltimore, v. 21, n. 9, p. 393 - 395, 1993.

LEININGER, Madelaine M. Historic and epistemologic dimensions of care and caring with future directions. **Wingspread Conference Center**, Raume - Wiscosin, 1 - 3, 1989.

\_\_\_\_\_. **Caring: an essential human need**. Detroit : Slack, 1991,

LEOPARDI, Maria Tereza. Cuidado : ação terapêutica essencial. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 57 - 67, set./ dez., 1997.

MACKENNA, Gilean. Cuidar é a essência da prática da enfermagem. **Nursing**. Portugal, n. 80, p. 33-36, 1994.

MAYEROFF, Milton. **A arte de servir o próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro : Record, 1971.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 4.ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1996.

MORAES, M.<sup>a</sup> Elisa Costa Couto et al. **Dicionário de Psicologia: abrangendo terminologia das ciências**. São Paulo : Melhoramentos, 1978.

- NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez, 1989.
- NODDINGS, N. **Caring : a feminine approach to ethics and moral education.** Berkeley : University of California Press, 1984.
- NUNES, Ana M.<sup>a</sup> Pereira; ZAGONEL, Ivete P. Sanson. Cuidado humano e auto cuidado: contribuição de Orem e Watson ao conhecimento de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.1, p. 28-33, jan./jun., 1996.
- OSHO. **O livro da cura: da medicação para a meditação.** Porto Alegre: Shanti, 1998.
- PARIKH, Jagdish. **Intuição: a nova fronteira da administração.** São Paulo : Cultrix, 1994.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a Enfermagem.** São Paulo : Cortez, 1989.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.** 3.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- ROACH, Sister M. Simone. **The human act of caring: a blueprint for the health professions.** Ottawa : Canadian Hospital Association Press, 1993.
- ROGERS, Carl R. **Grupos de encontro.** Tradução de Joaquim L. Proença. 3.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1978.
- ROSENTHAL, Kathryn Ayres. Coronary care patient's and nurse's perceptions of important nurse caring behaviors. **Heart Lung.** Denver, v .21, n. 6, p. 536-9, nov./dec.,1992.
- SHEEHY, Susan Budassi. **Emergency nursing: principles and practice.** 3.ed. St. Louis : Mosby Year Book, 1992.
- SHELDON, Roger E.; DOMINIAK, Pati Sellers. **The expanding role of nurse in Neonatal Intensive Care.** New York: Grune and Straton, 1980.
- SHERWOOD, Gwen; STARK, Patricia. Preface. In: GAUT, Dolores A .; Leininger, Madeleine. **Caring: The compassionate healer.** New York : National League for Nursing Press, 1991.
- SWANSON, Kristen M. Providing care in the NICU: sometime an act of love. **Adv.Nursing Science.** Woodinville, v. 13, n.1., p.60-73, 1990.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado: uma revisão teórica. **Rev Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 13, n.2, p.29-35, jul., 1992.

WATSON, Jean. **Nursing: The philosophy and science of caring**. Boston : Little Brown and Company, 1979.

\_\_\_\_\_. **Nursing: Human science and human care**. Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1985.

\_\_\_\_\_. Human caring as moral context for nursing education. **Journal & Health Care**. Denver, v. 9, n. 8, p. 423-425, 1988.

\_\_\_\_\_. Nursing's caring- healing paradigm as exemplar for alternative medicine? **Alternative Therapies**. Denver, v.1, n.3, p. 64 - 69, 1995.

\_\_\_\_\_. Watson's theory of transpersonal caring. In: P. H. Walter and B. Newman. **Blueprint for use of Nursing: models, evolution, research, practice and administration**. New York : NLN Press, 1996, p. 141-184.

\_\_\_\_\_. Watson's philosophy and theory of human caring in Nursing. In J. Riehl-Sisca (Ed.), **Conceptual models for Nursing practice**, 3 rd ed., pp.219-236, Norwalk: Appleton & Lange, [1989].

ZAGONEL, Ivete P. Sanson. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.2, p. 70- 74, jul./dez., 1996.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Epistemologia do cuidado humano arte e ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson. **Texto e Contexto Enfermagem** Florianópolis, v.5, n.1, p.64-85, jan/jun., 1996.

## ANEXOS

### ANEXO N.º 1: CONVITE AOS ENFERMEIROS

Cara colega

Após muitos anos de trabalho como enfermeira desta instituição, tive através do curso de Mestrado em Enfermagem a oportunidade de conhecer um pouco sobre nossa profissão. Foi com grande prazer que parei para refletir a minha "prática", meus costumes, minhas experiências de vida profissional e pessoal e construir algumas mudanças.

Agora entro em uma segunda fase, a implantação dos novos conhecimentos, para viabilização na prática, a qual faz parte de uma das disciplinas do Curso. Assim necessito de sua colaboração, respondendo as seguintes questões, para conhecer o seu perfil bem como o do local de trabalho.

Contando com sua ajuda e contribuição, peço que você responda e assim se for de interesse a sua adesão ao grupo, solicitado sua assinatura ao final deste documento:

Data:

Cargo:

Local de trabalho:

Turno: ( )

Sexo ( ):

Idade: ( )

Estado civil( )

Número de filhos ( ):

Instituição e ano de formatura:

Você possui pós graduação?

Instituição e ano do curso:

Você possui outro emprego ? Qual o horário:

Diagnóstico do local:

Há quanto tempo atua no local:

Desenvolve atividades: ( ) gerência ; ( ) assistência/cuidado; ( ) educativas; ( ) outras.

Tempo que se dedica à Unidade: ( ) horas.

Número de funcionários: ( ) enfermeiros; ( ) técnicos; ( ) auxiliares; ( ) outros.

Número de pacientes( ); Tipo de pacientes:( ) adultos; ( ) pediátricos.

Tempo de permanência do cliente internado: ( ) horas.

Como se sente atualmente, na função que exerce:

Como você trabalha com sua equipe, para equacionar problemas?

Você imagina trabalhar a sua Unidade de forma diferente?

Você estaria disposta em participar de reuniões em grupos, com aproximadamente 60 a 90 minutos, dentro do horário de trabalho?

Você gostaria de conhecer algum referencial teórico de Enfermagem que se aplique a sua prática?

A princípio o número de encontros seria de, aproximadamente 10. A periodicidade dos nossos encontros deveria ser semanalmente. Você conseguiria se ausentar do Serviço, garantindo a sua presença?

---

Enfermeira

**“A ENFERMAGEM É UMA ARTE PROGRESSIVA, NA QUAL FICAR  
PARADO É RETROCEDER”. (Florence Nightingale)**

## **ANEXO N.º 2: DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA COORDENAÇÃO ÁREA CRÍTICA.**

**Transplante de Medula Óssea (TMO)**, possui dezesseis leitos de pacientes internados em pré e pós transplante imediato e tardio. Localiza-se no décimo quinto andar do prédio central e a área ambulatorial no quarto andar do Anexo B. Os pacientes possuem como diagnósticos doenças hematológicas e oncológicas, sendo as mais freqüentes leucemias linfóides agudas e crônicas, leucemias mielóides, anemias aplásticas, doença de Hodgkin e outras síndromes. Os pacientes, na sua maioria, são jovens com predominância da faixa etária de vinte a trinta anos. Existe grande número de pacientes atendidos vindos de outras cidades, estados e até países. A média de permanência na cidade é de cem dias, exigindo uma infra estrutura muito apropriada que inclui hospedagem, transporte, amparo emocional ao paciente e à família e educação do paciente quanto ao aprendizado das técnicas mais utilizadas de auto cuidado. Este tipo de conduta exige uma equipe multiprofissional composta de enfermeiros, técnicos de Enfermagem, auxiliares, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, odontólogos e outros que dão suporte integral ao paciente e à família. Possui uma Seção de atendimento ambulatorial para receber os pacientes diariamente, para receber transfusões de hemoderivados, quimioterápicos, antibióticos e outras medicações.

Possui uma equipe de Enfermagem composta por 84 enfermeiros, 22 técnicos, 14 auxiliares. Possui como característica única, a prestação da assistência ao cliente feita quase exclusivamente por enfermeiros, ficando aos outros membros da equipe o preparo da infraestrutura.

**Unidade de Terapia Intensiva - pediátrica (UTI)** possui 10 leitos, sendo 4 deles de Médio Risco. Este local separado dos leitos da UTI recebe crianças que apesar de precisarem de cuidados intensivos, respiram espontaneamente, permanecendo sob cuidados constantes. Muitas vezes as crianças antes de voltarem para as unidades de internação de origem, permanecem ainda algum tempo para serem observadas. Localiza-se no décimo quarto andar, possui divisórias para configurar a área destinada a cada paciente, permitindo um visual agradável, para dentro da UTI. Recebe crianças de zero a quinze anos. Possui vários protocolos estabelecidos de internação. Atende bebês de alto risco que precisem de

assistência respiratória, entre outros procedimentos. Os pacientes possuem patologias clínicas, incluindo hematológicas e cirúrgicas, com cirurgias cardiovasculares semanais.

A equipe de Enfermagem é formada por 48 pessoas sendo 10 enfermeiros, 6 técnicos, 30 auxiliares, 1 auxiliar de laboratório e 1 auxiliar de escritório.

**Unidade de Terapia Intensiva (UTI ad.)** - adulto possui 14 leitos, destes 8 são destinados a pacientes clínicos e 6 cirúrgicos, mais especificamente, cirurgia torácica e cardiovascular. Localiza-se no sexto andar, possui divisória para separação dos pacientes, permitindo uma certa ordem. Atende pacientes clínicos e cirúrgicos, como transplantes cardíacos e hepáticos, cirurgias cardíacas diárias, ortopédicas, gerais, neurocirúrgicas. Possui respiradores de pressão e de volume e tem uma taxa de ocupação de 90% durante todo o ano.

A equipe de Enfermagem é formada por 97 pessoas sendo 15 enfermeiros, 13 técnicos, 64 auxiliares, 3 monitoras de material, 2 atendentes. Hoje o quadro é de 79 profissionais.

**Emergência adulto (EMERG. ad.)** possui 24 leitos, para pacientes em estado de emergência de patologias de clínica médica. Existem três leitos destinados a pré operatório. Possui dentro da área destinada aos leitos de internação, oito leitos cadastrados para pacientes de UTI e assim utilizados. Admite pacientes sob assistência ventilatória e monitorização cardíaca. Localiza-se no quarto andar do prédio central, em uma área improvisada, sendo os pacientes separados por cortinas. Possui taxa de ocupação de mais de cem por cento ao dia, isto é, um mesmo leito é ocupado por mais de um paciente, devido a rotatividade, em um mesmo dia.

A equipe de Enfermagem é formada por 64 pessoas sendo 10 enfermeiros, 08 técnicos, 46 auxiliares.

**Emergência pediátrica (EMERG. ped.)** possui 17 leitos para crianças de zero a quinze anos, com predominância para problemas respiratórios. Atende a crianças em estado grave, com alta rotatividade, configurando caráter de emergência. Localiza-se no terceiro andar do anexo B. Por estar em um local de atendimento ambulatorial convive com inúmeros problemas de excesso de pessoas estranhas ao serviço, com passagem para outros serviços.

A equipe de Enfermagem é formada por 36 pessoas, sendo 7 enfermeiras, 5 técnicos e 24 auxiliares.

**Infectologia (INFECTO)** possui 22 leitos, dos quais doze leitos são para pacientes adultos com patologias de doenças infecto contagiosas e transmissíveis, entre elas tuberculose, meningite e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Os outros 10 leitos são destinados à pediatria, com patologias semelhantes aos adultos e também aproximadamente outros 6 para gastroenterites. Localiza-se no terceiro andar do prédio central. A característica que possui de atender pacientes adultos e pediátricos com a mesma equipe acarreta um intenso trabalho de treinamento e reciclagem. Possui alta rotatividade nos leitos pediátricos, devido às características das patologias.

A equipe de Enfermagem é formada por 37 pessoas, sendo 10 enfermeiros, 06 técnicos e 25 auxiliares. Existe planejamento para o quadro chegar a 51 profissionais.

**Neonatologia (NEO)** possui 18 leitos para bebês de alto risco. Localiza-se no segundo e terceiro andar do anexo A, prédio da Maternidade. Devido ao fato de ser a Maternidade referência para gestantes de alto risco, atende bebês com baixo peso que podem chegar a seiscentos gramas, com período de internação de até dois meses a fim de ganhar peso. A grande maioria é de bebês prematuros. Está se preparando para atender aos bebês que necessitem de assistência ventilatória, hoje ainda transferidos para a UTI. Possui área física dividida em dois diferentes andares, havendo necessidade de se dividir também a equipe para o atendimento. Serve de campo de treinamento para as mães ao cuidado do bebê, principalmente relacionado ao aleitamento materno.

A equipe de Enfermagem é formada por 70 pessoas, sendo 12 enfermeiros, 10 técnicos e 48 auxiliares. Existe planejamento para a expansão do quadro e este chega a 112 profissionais.



**ANEXO N ° 3: Quadros das categorias e subcategorias dos temas principais.**

**QUADRO I**

**TEMA: O CUIDADO COMO TRANSAÇÃO SUBJETIVA DA EXPERIÊNCIA HUMANA.**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1.1 Cuidar é dar e receber amor em cada gesto e por isso é um conceito difícil de se trabalhar.	1.1.1 amor universal e verdadeiro 94-98 1.1.2 expressão de carinho e cuidado 83-95 1.1.3 respeito e dignidade 119 1.1.4 falta de amor ao cuidar 81-82- 97
1.2 O cuidado, além da assistência prestada, implica em uma transação subjetiva entre pessoas, permeada por experiências humanas e troca de sentimentos.	1.2.1 aproximação compartilhada com o outro 94 - 127 - 131 1.2.2 forças internas 132 1.2.3 valorização do ser 130 1.2.4 angústia, medo e escuta 109 - 110 1.2.5 cuidado como satisfação de necessidades 13 -45 -60 -87
1.3 A interação ou relação de cuidado vai além da execução de um procedimento.	1.3.1 como processo científico 96-124- 1.3.2 relação de cuidado como mais do que procedimento 64- 76- 87 -117- 118- 1.3.3 resultados do cuidado 88-89-106-132 135- 149
1.4 Cuidar implica em motivação, comprometimento, esforço, e desejo de quem cuida e no respeito aos valores e a individualidade de ambos ou da pessoa que cuida e de quem é cuidada.	1.4.1 exigências do momento de cuidado 90-131-133 1.4.2 motivação 48-75-79-85- 122 - 138 1.4.3 comprometimento com a dignidade humana 113-123-128-148
1.5 A enfermeira age como facilitadora do cuidado ao proporcionar ambiente e condições para o alcance dos objetivos na prática.	1.5.1 a facilitação do cuidado 112 1.5.2 prazer 80
1.6 A enfermeira só poderá cuidar de outra pessoa se aprender antes a cuidar de si.	1.6.1 cuidado de si própria 140-115 1.6.2 carência de cuidado ao cuidador 55- 1.6.3 importância de cuidar cuidando 44

1.7 As relações de cuidado humanizam as profissões da saúde transformando sua prática e resgatando a arte e ciência da enfermagem.	1.7.1 reflexão e compreensão do cuidado 92-93-99-100-111-144 1.7.2 resgate da ciência e arte 16-57-125-139-142 1.7.3 humanização das relações de cuidado 76-121-136-147-150 1.7.4 reconhecimento e transformação pelas atitudes de cuidado 73-91
1.8 Cuidar é tentar satisfazer necessidades emocionais e resolver os problemas de ordem física.	1.8.1 satisfação da dimensão física 13-45-60 1.8.2 partilha, reforço e sobrevivência 132
1.9 O cuidado confere à enfermeira distinção e reforça a sua vocação de relação com o ser humano.	1.9.1 distinção e vocação da enfermeira 137
1.10 O cuidado é praticado de forma e intensidade diferentes, caracterizado pelo momento	1.10.1 forma e intensidade do cuidado 134 1.10.2 cuidado transpessoal 143 1.10.3 cuidado de uma idéia 103-104
1.11 Desvalorização, massificação do cuidado e restrição às necessidades fisiológicas.	1.11.1 desvalorização do cuidado 10-33 1.11.2 medo e incompreensão do cuidado 40-41-43
1.12 A displicência do cuidado da equipe em relação ao ser cuidado.	1.12.1 displicência no cuidado 63
1.13 Dificuldades de relacionamento entre cuidador, ser cuidado e família.	1.13.1 incapacidade de relacionar-se. 5 1.13.2 relação com a família 37

## QUADRO II

TEMA : A ENFERMAGEM EM SUAS DIMENSÕES CIENTÍFICA E HOLÍSTICA COMO FORMA DE APROXIMAÇÃO ENTRE A TEORIA E PRÁTICA.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
2.1. A arte de enfermagem necessita evoluir e aproximar teoria e prática, por ter como base dimensões científicas e holísticas.	2.1.1. arte e ciência de enfermagem-157-169- 209- 215 216- 217 2.1.2. evolução e compreensão científica da enfermagem -170- 171-172-173 2.1.3. aproximação teoria e prática ou repensar a enfermagem 165-168-174-183-187 2.1.4. comprometimento moral, compaixão, ternura e respeito 178-192-193-194-197-222
2.2. Embora os membros da equipe de enfermagem demonstre preocupação e atenção com o sentimento do paciente, falta-lhes amor e compaixão no trabalho que desempenham ao outro.	2.2.1. sensibilidade á percepção da linguagem oculta do cliente-180- 181-182 2.2.2. solidariedade na equipe de enfermagem - 188 2.2.3. inter relação pessoa a pessoa - 189-210 -212 2.2.4. A verdadeira compreensão da enfermagem 175-176-190- 198-211-218
2.3. A enfermeira como líder e gerente da equipe, responsável pelas condições para o atendimento integral do cliente, encontra dificuldades estruturais que interferem no seu trabalho.	2.3.1. enfermeira como gerente-200-202-203 2.3.2. dificuldades estruturais - 162-163 2.3.3. condições interdependentes de trabalho-153-158
2.4. A reflexão sobre a prática, o aprendizado e o desenvolvimento pessoal e profissional da enfermeira podem se constituir em fatores motivacionais no seu caminhar.	2.4.1. aprendizagem-150-151 2.4.2. realização no trabalho-155 2.4.3. motivação ao auto - conhecimento 157-205-206-207
2.5. Transformar a prática implica em buscar formas de humanizar a enfermagem.	2.5.1. transformação da prática-204-213 2.5.2. formas de humanizar-221
2.6. A enfermagem implica no envolvimento do ser enfermeiro nas diferentes funções da enfermagem.	2.6.1. Compreensão do ser enfermeiro 152-154-159-167-176

## QUADRO III

TEMA: O SER HUMANO NO CONTEXTO DA PRÁTICA.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
3.1. É uma pessoa em constante formação, aperfeiçoamento e desenvolvimento.	3.1.1. desenvolvimento contínuo-224
3.2. É uma pessoa que precisa ser atendida em seus sentimentos de medo face à doença e insegurança do desconhecido.	3.2.1. sentimentos de medo - 223 - 229- 238
3.3. É capaz de sentir, criar e utilizar alternativas para satisfazer necessidades surgidas das experiências de vida.	3.3.1. garantia de sobrevivência - 227 3.3.2. experiência de vida - 232 - 234- 238 3.3.3. satisfação de necessidades - 235
3.4. O equilíbrio e satisfação do ser humano são alcançadas na individualidade e na relação com outras pessoas.	3.4.1. relação do ser - 233 3.4.2. importância da individualidade - 228- 236
3.5. A espiritualidade é importante, além do corpo, pois a fé fortalece e guia a vida do ser humano.	3.5.1. espiritual - 225 - 230- - 231 - 237
3.6. O ser humano é valorizado pelo amor	3.6.1. valor do amor - 226

## QUADRO IV

TEMA : INFLUÊNCIAS E CONDIÇÕES DETERMINADAS PELO AMBIENTE NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO.

CATEGORAIS	SUB-CATEGORIAS
4.1. O ser humano interage com o seu ambiente interno e externo.	4.1.1. o ambiente como substrato do desenvolvimento pessoal -247 4.1.2.interação - 248 - 249
4.2. O ambiente interfere nas relações entre as pessoas oportuniza o desenvolvimento e equilíbrio ao ser humano.	4.2.1. interferência do ambiente - 252
4.3. O ambiente hospitalar é agressivo, impessoal e conduz ao desconforto.	4.3.1. o ambiente é agressivo e hostil - 241 - 245
4.4. Melhorias no ambiente conduzem ao engajamento das pessoas, oferecendo condições para a realização do cuidado.	4.4.1.melhorias no ambiente - 242 4.4.2.enfermeira e melhoria - 251 4.4.3.ambiente e cuidado - 243 4.4.4. diferença ambientes de cuidado-244

**ANEXO N.º 4: Quadro demonstrativo das forças propulsoras e antagônicas da prática.**

<b>CRENÇAS QUE PROPULSIONAM</b>	<b>FORÇAS ANTAGÔNICAS</b>	<b>CONCEITOS E SUB - CONCEITOS DO MARCO DE REFERÊNCIA PROPOSTO</b>
<p>Cuidar é um ato de amor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• amor universal;</li> <li>** expressões carinho, cuidado;</li> <li>** respeito e dignidade aos valores individuais;</li> <li>** fé;</li> </ul>	<p>Falta amor ao cuidar</p>	<p><b>CUIDAR</b> (amor, solidariedade)</p>
<p>Cuidar vai além da execução de procedimentos pois envolve a intersubjetividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• experiências humanas;</li> <li>• troca de sentimentos;</li> <li>• solidariedade, sensibilidade nas relações interpessoais;</li> <li>• busca equilíbrio e satisfação nas relações pelo respeito a sua individualidade;</li> </ul>	<p>Restrição do atendimento de necessidades de ordem física;</p> <p>Dificuldades da equipe de enfermagem em se relacionar;</p>	<p><b>RELACIONAMENTO INTERPESSOAL</b> ( sensibilidade, inter - subjetividade)</p>
<p>Cuidar envolve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• motivação;</li> <li>• comprometimento;</li> <li>• esforço;</li> <li>• desejo;</li> <li>•</li> </ul>	<p>Desmotivação e desgaste dos trabalhadores;</p>	<p><b>INDIVIDUALIDADE UNICIDADE MOTIVAÇÃO</b></p>
<p>A ação eficaz de gerenciamento da enfermeira conduz à melhoria na prestação do cuidado;</p>	<p>Dificuldades estruturais para a realização do trabalho;</p> <p>Dificuldades por parte da enfermeira de resolver os problemas da prática;</p>	<p><b>GERENCIAMENTO</b></p>

O cuidado humaniza e transforma a prática de enfermagem e é dever ético;	Displicência dos profissionais em relação ao ser cuidado;	ÉTICA DO CUIDADO
O cuidado humano resgata a arte e ciência da enfermagem em dimensões holística e científica;	O cuidado desvalorizado, massificado e restrito as necessidades fisiológicas;	ARTE E CIÊNCIA (PRÁTICA E HUMANA)
O cuidado humano reforça a vocação da enfermeira;	Existe pouco valor atribuído ao papel dos profissionais de enfermagem;	VOCAÇÃO
Auto - conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional são fatores motivacionais no trabalho;	A enfermeira não reflete sobre a sua prática;	AUTO - CONHECIMENTO
A espiritualidade é importante pois a fé fortalece e guia a vida do ser humano;	Atenção do profissional voltada à dimensão biológica;  Pouco enfoque espiritual do ser cuidado;	ESPIRITUALIDADE
A prática oportuniza a valorização do enfermeiro e o crescimento profissional;	Hegemonia médica;  Descrédito, menosprezo, insatisfação ao papel da enfermeiro por parte da equipe de enfermagem;  Tempo;	AUTO - CONCEITO PROFISSIONAL
O ser humano se transforma continuamente na interação que estabelece com o ambiente;	O ambiente hospitalar é agressivo e hostil;	AMBIENTE

<p>Alcance do bem - estar e satisfação no trabalho valoriza o trabalhador em enfermagem;</p>	<p>Condições interdependentes no trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• más condições;</li> <li>• baixos salários;</li> <li>• mais de um emprego / contextos institucionais diferentes;</li> </ul>	<p>BEM - ESTAR E SATISFAÇÃO</p>
<p>Sensibilidade e criação de alternativas diante de necessidades;</p>	<p>Dependência do ser cuidado ao ser cuidador diante da doença;</p>	<p>SENSIBILIDADE E RESPONSABILIDADE NO CUIDADO</p>
<p>O ser humano na sua integralidade (corpo, mente e espírito) se desenvolve de forma contínua durante a vida;</p>	<p>O ser humano tem medo e insegurança diante da doença;</p>	<p>INTEGRALIDADE</p>
<p>Enfermeira precisa cuidar de si para cuidar do outro;</p>		<p>CUIDADO DE SI</p>
<p>Enfermeira como facilitadora do cuidado;</p>		<p>FACILITADORA</p>