



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Ednamare Pereira da Silva

**Cuidar de Pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura:
Visão das enfermeiras intensivistas**

**Salvador
2008**

Ednamare Pereira da Silva

**Cuidar de Pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura:
Visão das enfermeiras intensivistas.**

Dissertação de Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de título de Mestre em enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e administração em Saúde”.

Orientadora:
Prof^ª Dr^ª Dora Sadigursky

**Salvador
2008**

FICHA CATOLOGRÁFICA

S586

Silva, Ednamare Pereira

Cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura : visão das enfermeiras intensivistas. Salvador: EEUFBA,2008.

70f.

Dissertação – Mestrado em Enfermagem – EEUFBA,2008.

Orientadora: Prof^a Dra. Dora Sadigursky

1. Enfermagem 2. Enfermeiras intensivistas 3. Paciente terminal

I. Título

CDU:616-083

EDNAMARE PEREIRA DA SILVA

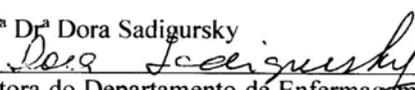
**CUIDAR DE PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DE
CURA: VISÃO DAS ENFERMEIRAS INTENSIVISTAS**

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

Aprovada em 27 de Fevereiro de 2008

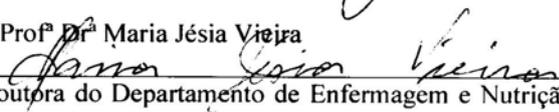
COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Dora Sadigursky



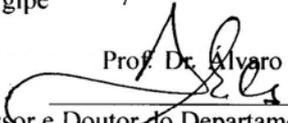
Professora e doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Administração da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Maria Jéssia Vieira



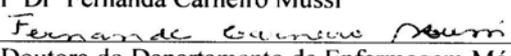
Professora e Doutora do Departamento de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. Alvaro Pereira



Professor e Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e de administração da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Fernanda Carneiro Mussi



Professora e Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Administração da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

**Ao meu filho, meu maior desafio e que desperta o que há de melhor em mim, que soube
entender os momentos em que passei longe de seu abraço.
Compartilho contigo o mérito dessa vitória.**

AGRADECIMENTOS

A DEUS,

Força maior que não me deixou desistir nos momentos de cansaço e estresse.

À Prof^a Dr^a Dora Sadisgursky,

Mais que orientadora, amiga, que me conduziu com competência, e carinho nessa minha jornada.

Aos integrantes do grupo de pesquisa GECEOS, grupo de pesquisa sobre o cuidar
Que muito contribuíram durante a fase de crescimento do projeto.

Aos colegas do mestrado, em especial Elieusa e Aisiane,

Amigas que sempre me deram a certeza de poder contar com elas em todos os momentos.

À Edelma, Núbia,

Minhas irmãs, sem as quais não estaria aqui.

À Prof^a Tânia Menezes,

Pela força e incentivo durante o processo de seleção para o mestrado.

Aos professores da banca examinadora, Prof^a Maria Jésia, Prof^o Álvaro Pereira, Prof^a Fernanda Mussi

Pelos valiosos contributos que enriqueceram meu estudo.

À Leonardo,

Pelo apoio, paciência e carinho com que me ajudou a enfrentar esse desafio.
Obrigado por seu companheirismo e amor.

À Equipe de enfermagem da UTI Cardiológica do Hospital São Rafael,

A torcida de vocês pelo meu sucesso foi importante e gratificante.

À Dr^a Anna Claudia Luz, Dr. Paulo Villela,

Amigos que me ajudaram na revisão dos resumos em inglês.

SILVA, Ednamare Pereira. **Cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura: visão das enfermeiras intensivistas**. 2008. 70 p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RESUMO

Cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura constitui-se em um desafio, principalmente para as enfermeiras intensivistas, por ser um cuidar relacionado à idéia de morte e por um imaginário de que a UTI é um local somente para salvar vidas, curar doenças, não sendo, portanto o local adequado para cuidar desses pacientes. Diante disso, muitas enfermeiras assumem diferentes comportamentos e atitudes diante desses pacientes. Deste modo, este estudo teve como objetivos conhecer e analisar a visão das enfermeiras intensivistas sobre o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Trata-se de um estudo de natureza exploratória, com abordagem qualitativa. Participaram deste estudo as enfermeiras de assistência das UTIs de adultos de determinado hospital filantrópico e privado, de grande porte, localizado na cidade de Salvador, Bahia. A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada. Na análise de conteúdo, os dados permitiram identificar os temas, cuidado profissional, o cuidado sensível, o cuidado solidário e o cuidar ético. Estes resultados possibilitaram também, identificar que estes quatro tipos de cuidar para as enfermeiras intensivistas, estão intrinsecamente relacionados, não existindo uma linha divisória entre eles. Finalizamos este estudo com a esperança de que as enfermeiras intensivistas, apreendam cada vez mais e entendam que se faz necessário a adoção e a implementação de um cuidar cada vez mais efetivo, reconhecendo o indivíduo como ser dotado de múltiplas faces, e que necessita de ajuda contínua para o enfrentamento do seu adoecimento e processo de terminalidade, ajuda essa que é, e deve ser fornecida pelo profissional que tem o cuidar como seu fazer.

Descritores: pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, enfermeiras intensivistas, cuidar.

SILVA, Ednamare Pereira **To take care of patient it are of therapeutical possibilities of cure: vision of the nurses of intensive care.** 2008. 70 p. Master's Dissertation. College of Nursing - Federal University of the Bahia, Salvador, 2008.

ABSTRACT

To take care of patient it are of therapeutical possibilities of cure consists in a challenge, mainly for the nurses of intensive care, for being one to take care of related to the death idea and for an imaginary one of that the Unit of intensive therapy (UIT) is a place to only save lives, to cure illnesses, not being, therefore the adjusted place to take care of of these patients. Ahead of this, many nurses ahead assume different behaviors and attitudes of these patients. In this way, this study it had as objective to know and to analyze the vision of the nurses of intensive care on taking care of of patient it are of therapeutical possibilities of cure. One is about a study of exploratory nature, with qualitative boarding. The nurses of assistance of the UIT of adults of determined philanthropic and private hospital, great transport, located in the city of Salvador, Bahia had participated of this study. The technique of collection of data used was the half-structuralized interview. In the content analysis, the data had allowed to identify four subjects, the professional care, the sensible care, the solidary care and ethical taking care of. These results also make possible, to identify that these four types to take care of for the nurses of intensive care, intrinsically are related, not existing a dividing line between them. We finish this study with the hope of that the nurses of intensive care, apprehend each time more and understand that she becomes necessary the adoption and the implementation of one to take care of each more effective time, recognizing the individual as to be endowed with multiple faces, and that she needs continuous aid for the confrontation of its to be sick and process of death, she helps this that is, and she must be supplied by the professional who has taking care of as its to make.

Key words: patients are of therapeutical possibilities of cure, nurses of intensive care, to take care of.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	15
2.1 CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	15
2.2 CUIDAR DE PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DE CURA EM UTI	25
3 METODOLOGIA.....	36
3.1 TTPO DE ESTUDO.....	36
3.2 SUJEITOS DE PESQUISA.....	36
3.3 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	37
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	37
3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS DA PESQUISA.....	39
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
4.1 OS DISCURSOS – O EMERGIR DOS TEMAS	41
4.1.1 Primeiro Tema – O Cuidar Profissional	41
4.1.2 Segundo Tema – O Cuidar Sensível – O emergir da dimensão psicológica	45
4.1.3 Terceiro Tema – O Cuidar Solidário	50
4.1.4 Quarto Tema – O Cuidar Ético	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	65
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E EESCLARECIDO.....	66
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	68
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	69

1 INTRODUÇÃO

Em decorrência do crescente avanço tecnológico na medicina e dos recursos por ela utilizados, associado à queda acentuada das taxas de fecundidade, de natalidade e mortalidade (PAIXÃO; BARBIERI, 2006) pode-se identificar hoje um aumento da expectativa de vida da população mundial. Por outro lado, para determinados indivíduos essa tecnologia avançada se torna inútil, em decorrência de serem portadores de doenças ou agravos, em grande parte de caráter crônico-degenerativo, onde todo o arsenal terapêutico é impotente.

São os pacientes, equivocadamente, denominados terminais, e, atualmente, como fora de possibilidades terapêuticas de cura. Embora a expressão “paciente terminal”, seja ainda a mais utilizada na assistência e na literatura científica, hoje se utilizam expressões como, “paciente fora de possibilidade terapêutica atual” (TEIXEIRA et al., 1993), “fora de possibilidades de cura” (CARVALHO; FRANCO, 1999), “paciente em fase de terminalidade ou em fase terminal de uma doença” (THOMAS; CARVALHO, 1999).

No entanto, Llaveria e Polaino-Lorente (1994) não consideram o termo “paciente terminal” adequado, pois leva a uma conotação negativa, entre familiares, amigos e profissionais de saúde, o que, além de ser estigmatizante, conduz a uma marginalização deste paciente.

Partindo destas definições, neste estudo, foi adotada a expressão “paciente fora de possibilidade terapêutica de cura” por entender ser esta definição mais adequada para os pacientes em questão.

Atualmente, o uso da tecnologia e de determinados medicamentos direcionaram-se para tentar prolongar ao máximo a vida e, por muitas vezes, sem a preocupação de como está sendo este prolongamento em termos de qualidade de vida. Paralelo a esse fato surge a necessidade de orientação específica, no que tange aos recursos humanos envolvidos nos cuidados destes pacientes, pois, observa-se um despreparo dos diversos atores envolvidos, principalmente, em relação ao tema morte, tão presente no dia-a-dia do profissional de saúde, ao lidar com pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, principalmente em unidade de terapia intensiva (UTI).

O que é percebido dentro da UTI é a relevância dada à tecnologia, a busca pelo conhecimento e manuseio dos equipamentos, deixando por vezes, em segunda instância a valorização das dimensões psíquicas, espirituais e sociais dos pacientes.

Pessini e Bertachini (2004) alertam sobre a necessidade de manter humanizado o ambiente hospitalar, não somente suas dependências, através de um ambiente reconfortante para o paciente, mas também, envolvendo os profissionais neste processo de humanização. Estes autores, ainda alertam sobre a necessidade de humanizar o cuidar também no momento de finitude da existência humana.

Levando em consideração que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um dos setores mais complexos dentro do hospital, por admitir pacientes em estado clínico grave, exige-se do profissional de enfermagem além de conhecimento, rapidez e criatividade para a prestação de um cuidado humanizado, eficiente e que respeite as individualidades e, que ajudem na recuperação do paciente, garantindo assim qualidade no processo de cuidar.

Atualmente, percebe-se uma mudança no perfil dos pacientes internados em UTI em decorrência de fatores como, a crescente urbanização, industrialização e aumento da expectativa de vida da população, o que tem contribuído para o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 1999).

Lira, Nations e Catrib (2004) comentam que a ascensão das doenças crônicas no perfil de mortalidade da população brasileira trouxe implicações não apenas na agenda nacional de saúde pública, como também, na organização social das práticas de saúde. Estes autores afirmam ainda, que as práticas de saúde, atualmente têm-se deslocado do intervencionismo para o controle e o monitoramento, bem como uma mudança do modo de trabalho, para uma forma de intervenção e interação que eles chamaram de um modo de ser cuidado, onde a relação antes focada no sujeito-objeto, hoje se foca no sujeito-sujeito, ou seja, entendendo o indivíduo, doente ou não, como um sujeito com valores e símbolos próprios.

Percebe-se que a enfermagem como profissão voltada para o cuidado, diante do fenômeno do adoecimento humano e, todas as suas especificidades, talvez seja a que se encontra mais capacitada para cuidar do indivíduo, reconhecendo-o dentro de sua multidimensionalidade. Neste sentido, por ser uma profissão que tem como essência o processo de cuidar, diante destas mudanças, vem construindo ao longo de sua trajetória, cada vez mais, autonomia e reconhecimento dentro das equipes multiprofissionais, bem como um maior reconhecimento social.

Assim, diante do atual perfil epidemiológico da população brasileira (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004) prestar assistência a pacientes no momento de finitude da vida, está tornando-se mais freqüente e doloroso, principalmente porque o número de pacientes internados em UTI tem aumentado em freqüência e gravidade, antepondo-se a um perfil de

pacientes com diagnósticos graves, porém menos crônicos, do que os prevalentes até pouco tempo, segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2005).

No entanto, percebo que a equipe de enfermagem de UTI na qual estou inserida, é constituída por profissionais que têm competência técnica e científica, mas que demonstram dificuldades no enfrentamento de questões relacionadas aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, tais como, qualidade de vida, dignidade no processo de morrer e autonomia nas escolhas em relação à própria vida nos seus momentos finais. Percebo também, que os diversos membros da equipe de enfermagem esboçam diferentes reações ao enfrentar o processo de morrer dos pacientes, certamente por que cada um traz as suas próprias representações de morte para o cotidiano da UTI.

Kovács (1992) endossa isto ao ressaltar que em decorrência da cultura, da tradição familiar ou mesmo por uma busca pessoal, cada um de nós tem sua própria maneira de perceber e entender a morte, sendo que cada indivíduo atribui a esta, personificação, qualidades e formas. A autora, ainda complementa que entrelaçamos a vida e a morte, durante nosso processo de desenvolvimento de vida, e a forma como vemos a morte, influenciará a nossa forma de ser.

Desse modo, Pessini, Bertachini (2004) afirmam que o ser humano constata a morte como a derrota das individualidades, assumindo comportamentos como se fosse imortal, ou seja, reprimindo as idéias de morte e forjando a sua própria realidade. Kovács (1992) contribui com este pensamento ao afirmar que nessa busca pela imortalidade, o homem desafia e tenta vencer a morte.

Assim, ao longo dos meus 11 anos de trajetória profissional, desde o curso de graduação em Enfermagem, venho me defrontando com situações perturbadoras no cotidiano do hospital e no processo de cuidar. Essas situações sempre se constituíram em fontes de inquietação, levando-me a interrogações, que se intensificaram após o meu ingresso em uma UTI, e que perduram por estes anos de experiência em terapia intensiva. Uma das muitas interrogações gira em torno do cuidar do paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura.

As minhas interrogações, e porque não dizer, a minha angústia, nasce dos comportamentos e das atitudes de determinados profissionais, não só de enfermagem, mas também de outros membros da equipe de saúde, diante desses pacientes, quando, por muitas vezes, através de suas práticas tem exposto toda a vulnerabilidade do indivíduo doente. Além disso, essas atitudes e comportamentos têm gerado um determinado desconforto na própria equipe de saúde, já que os profissionais comprometidos com um cuidar humanizado, sensível e autêntico, passam a cobrar dos demais membros esta mesma forma de atenção.

Refletindo sobre algumas dessas questões, a partir da atuação da enfermagem neste contexto e, principalmente, a partir do meu existir no mundo da UTI, ao conviver com pacientes críticos, muitos destes fora de possibilidades terapêuticas de cura, foi que me impulsionou a ir em busca de melhor entender esse cotidiano.

Nesse sentido, os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura são aqueles pacientes onde mesmo com toda tecnologia disponível e aplicada, não são passíveis de recuperação e, não respondem ao tratamento curativo. Podemos dizer em relação aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, que o processo de tratar não atingiu seu êxito curativo. No entanto, o cuidar continua e cabe a nós profissionais de enfermagem, cuidar sempre.

A história da enfermagem sempre esteve pautada no processo de Cuidar/Cuidado. Desde os tempos mais remotos o cuidar é peculiar a todos os seres humanos, mas para a enfermagem este processo é a razão de sua própria existência. Collière (2003) afirma que os cuidados surgiram desde o início da humanidade, bem antes do início de qualquer doença e, que estes, se confundem e se misturam com a expressão da vida.

Goldim (2000) ressalta que os profissionais de saúde têm a obrigação de cuidar sempre, mas não de tratar sem que haja benefícios. Esta é a concepção que se propõe a evitar o sofrimento desnecessário do indivíduo, no momento de sua terminalidade. É o caminho para a construção do respeito ao sofrimento mental, espiritual e físico do sujeito que recebe os cuidados no fim da vida. Portanto, é a garantia da dignidade e do respeito ao indivíduo no seu processo de vida e morte.

Cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura pode ser para algumas enfermeiras, um momento doloroso, pois, algumas podem experimentar um temor à morte, porque são preparadas para cuidar da vida e, pouco preparadas para o enfrentamento com a terminalidade do ser. A morte, neste caso, é entendida como sinônimo de fracasso e derrota profissional. É como se houvesse a quebra afetiva da fantasia de ser onipotente. Além disso, a morte ainda se constitui em um entrave, mesmo para a enfermeira intensivista, que convive diariamente com questões de vida e morte, uma vez que nada pode fazer contra ela. Certamente que não podemos impedi-la, talvez somente prolongar os momentos finais com a ajuda dos aparatos da ciência.

Nesse sentido, Palú, Labronici e Albin (2004) referem que este sentimento de temor diante da morte é parte natural do ser humano, apesar da morte se constituir um fenômeno da vida, este sentimento e essa dificuldade em enfrentar a finitude, são decorrentes das crenças, valores e visão de mundo que cada um traz consigo.

De acordo com Bellato e Carvalho (2005), é necessário compreender que a nossa formação como enfermeiros e profissionais de saúde têm se pautado essencialmente na promoção e preservação da vida e, nesse contexto, entendemos a morte como algo contrário e não como parte intrínseca dela.

Kübler-Ross (2000) comenta que quanto mais avançamos na ciência, o que tem gerado um prolongamento da vida dentro da UTI, parece que cada vez mais tememos e negamos a realidade da morte. Certamente, é a tecnologia buscando incessantemente adiar, esconder e escamotear o processo de morte e morrer, evitando assim, o nosso enfrentamento com a terminalidade e com os nossos próprios receios, valores e representações de morte.

Portanto, o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura é um caminho inquietante, pois ao estar associado à idéia de morte, sofrimento, depressão, pode ocasionar um certo descuido. Carvalho (2002) confirma este fato ao relatar que quando o paciente não é mais curável e, encontra-se fora de qualquer possibilidade de recursos de cura, nota-se que diminuem, claramente, a aproximação das visitas, tanto da família, quanto da equipe de saúde.

A complexidade do cuidar do paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura exige preocupação e implica na subjetividade, e no reconhecimento do indivíduo como sujeito, inserido em um mundo social, portador de valores e crenças, que devem ser respeitados durante o cuidar.

Tanto Waldow (2001), quanto Bifulco (2005) afirmam que o cuidar compreende mais que um momento de atenção, de afeição, de dedicação, que é representado por uma atitude de ocupação, preocupação, de ser responsável pelo outro, e de envolver-se afetivamente, considerando assim, o cuidar como algo transcendental. Isto significa que o cuidar desses pacientes não está centrado em práticas curativas, mas em práticas que garantam a qualidade de vida até a sua morte. Isto pode ser confirmado por Collière (2003) ao afirmar que o cuidar envolve o acompanhar as grandes passagens da vida, desde o nascimento até a morte.

Assim, o meu interesse por esta temática – cuidar dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura – está relacionado à minha experiência e trajetória profissional e, o desenvolvimento deste estudo pode ser justificado por uma necessidade pessoal em conhecer todos os aspectos que giram em torno do cuidar desses pacientes, bem como, pela observância da existência de poucos estudos sobre este tema.

Constata-se que existe ainda uma lacuna de estudos na literatura brasileira sobre este tema, ao se fazer uma busca em bases de dados *on line*. Nesta busca, os escassos trabalhos encontrados sobre o cuidar de pacientes fora de possibilidades de cura direcionam-se aos

cuidados paliativos, onde são abordadas considerações sobre a filosofia, princípios e diretrizes deste modo de cuidar, os dilemas éticos que envolvem questões de vida e morte destes pacientes e os cenários de atendimento (hospital e domicílio). Porém poucos estudos foram encontrados relacionados ao cuidar e aos cuidados destes pacientes em terapia intensiva.

Na realidade, a morte digna, humana, tem sido bastante abordada na literatura de saúde, porém com pouca frequência em terapia intensiva.

No estudo de Lourenço (2004), um dos poucos em nível nacional, que aborda o cuidado a pacientes no fim de vida em terapia intensiva, dá ênfase às necessidades de cuidado e conforto em UTI. No entanto este estudo foi realizado em uma UTI oncológica, o que pressupõe profissionais capacitados e especializados para os cuidados paliativos, além de ser um estudo que teve como sujeito de pesquisa os visitantes e familiares, portanto não abordava diretamente o paciente.

Já no estudo de Garros (2003) apesar de ser voltado para a pediatria, observa-se a tendência em introduzir os conceitos de medicina paliativa no ambiente de terapia intensiva, ressaltando a necessidade de dignificar e humanizar a morte naquela unidade.

Certamente que a literatura sobre cuidados paliativos ainda é escassa no Brasil. Melo e Figueiredo (2006) ressaltam que, a Associação Internacional de *Hospice* e Cuidados Paliativos (IAHPC) têm ciência que em grande número de países não existem livros sobre cuidados paliativos, e que estes são caros e de difícil aquisição, o que levou esta associação a editar um manual sobre cuidados paliativos, para direcionar os profissionais interessados neste modo de cuidar.

Contextualizado o cenário atual, identificada a carência de produção científica específica e as dificuldades dos profissionais na área do cuidar ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, é que se justifica meus investimentos na temática, sendo possível atestar a importância deste estudo, que teve a pretensão de mergulhar na percepção de profissionais de enfermagem que atuam em UTI sobre o cuidar aos pacientes nessas condições.

Portanto, como enfermeira que atua em Unidade de Terapia Intensiva, tenho presenciado o sofrimento de pacientes, familiares e profissionais de saúde que vivenciam a terminalidade, o que gerou em mim o seguinte questionamento: **Qual a visão das enfermeiras intensivistas sobre o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura?** Preocupada com esta questão, resolvi aprofundar meus conhecimentos nesse tema, pois percebo que é um tema que gera muitas dúvidas, ansiedades e incertezas, não somente nas enfermeiras de terapia intensiva, mas em todos os membros da equipe de enfermagem.

Entendo, também, que a visão sobre determinado tema envolve aspectos religiosos, sociais, políticos, éticos e técnicos, entre outros, que demonstram como os indivíduos se posicionam frente a ele.

Nesse sentido, acreditando que no momento atual de construção desse estudo, quando o potencial humano dos profissionais vem sendo cada vez mais exigido, intimado e valorizado, entendo ser extremamente importante conhecer a visão dos profissionais de enfermagem ao cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura na Unidade de Terapia Intensiva, fornecendo assim, subsídios para a reflexão dos profissionais de saúde envolvidos no ensino, pesquisa e prática de cuidados a estes pacientes.

É importante ter clareza sobre a visão destes profissionais sobre o tema proposto, o que revelará suas crenças, seus valores culturais, religiosos, sociais, sua visão de mundo e a sua forma de cuidar dos indivíduos fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Deste modo, este estudo tem como objetivos:

- **Conhecer a visão das enfermeiras intensivistas sobre o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.**
- **Analisar a visão das enfermeiras intensivistas sobre o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.**

Este estudo é importante também, pela possibilidade de gerar discussões que podem se constituir em um caminho para sensibilizar os profissionais de saúde, no sentido de estabelecer um compromisso no exercício de suas atividades junto aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, levando assim, a um aprimoramento do pensar e do agir em relação ao processo de vida em fase final, tendo em vista um cuidar humanizado e autêntico, bem como uma conduta sensível e zelosa, que aproxime o doente e a família da equipe de saúde.

2 CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMAGEM

2.1 Cuidar/ Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva

Para compreender o cuidar/cuidado desenvolvido em uma unidade de terapia intensiva, são necessárias algumas reflexões. O processo de cuidar/cuidado é inerente à natureza humana, é constituinte fundamental do ser humano e, a enfermagem como arte e ciência, se apropria e assume o cuidar/cuidado como sua essência e referência de sua prática.

Waldow (2006) ressalta que o cuidado não é apenas privilégio ou característica da enfermagem, mas uma expressão de nossa humanidade, sendo essencial para o nosso desenvolvimento e realização como seres humanos. Boff (2004) sustenta esta reflexão quando diz que o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, complementa que mitos antigos e pensadores contemporâneos nos ensinam que a essência humana não se encontra na inteligência, liberdade ou criatividade, mas, basicamente, no cuidado, sendo este o suporte real destas três características.

Bustamante (2003) destaca que o conceito de cuidar/cuidado oferece uma infinidade de significados, gerando assim, uma diversidade conceitual influenciada por diferentes determinantes sociais, tais como geografia, cultura, percepção do indivíduo e comunidade, sobre o processo saúde/doença. Pontua, por fim, que o cuidar/cuidado se constitui em uma condição humana, um ato humano, uma ação deontológica, uma ação de convivência.

Portanto, a enfermagem como profissão que toma o cuidar/cuidado como sua base de sustentação teórica e prática, direciona o enfermeiro, não só como profissional, mas também como ser humano, em decorrência das experiências de suas relações humanas gratificantes e positivas durante este processo.

Segundo Bueno (1974) cuidar é palavra derivada do latim *cogitare*, que tem como significado pensar, cogitar, julgar, tomar conta. Por outro lado, cuidado vem do latim *cogitatus* entendido como preocupação, carinho, diligência, atuação. Assim, para cuidar é relevante que a pessoa que cuida tenha interesse pelo outro, preocupação, desvelo, que aja especificamente e prazerosamente, com habilidade e competência em favor do outro, levando sempre em primeiro plano o respeito, a empatia, as significações e o carinho. Neste sentido, o cuidar envolve não somente as dimensões do ser cuidado, mas também as do cuidador, pois envolve uma interação interpessoal, baseada em atitudes de comprometimento com o outro, agindo com interesse, com responsabilização e preocupação.

Deste modo, a enfermagem como profissão de cuidar/cuidado deve buscar a conciliação entre as condutas técnicas, terapêuticas, rotineiras, padronizadas e as questões biológicas, sociais, espirituais, psicológicas e culturais do ser humano, contribuindo deste modo, para o alcance do equilíbrio do indivíduo. É visivelmente forte, a influência do modelo biomédico sobre a práxis da enfermagem, onde a doença, ainda é considerada mais importante que o indivíduo. No entanto, mudanças nesse paradigma vêm acontecendo, progressivamente. Assim, alguns enfermeiros vêm lutando contra a prática de um cuidar/cuidado fragmentado, para alcançar a integralidade, priorizando o indivíduo como ser único. Mas, essa, certamente é uma tarefa árdua, que exige comprometimento, responsabilidade, consciência e desejo de mudanças por parte dos profissionais, não somente de enfermagem, mas de todos os profissionais de saúde.

Waldow (1995) ressalta ser oportuno o resgate do cuidado humano a fim de combater a violência, a desumanização, a superioridade do aspecto técnico sobre a condição do humano. Esta autora enfatiza o paradigma holístico, que entende o indivíduo como um todo, constituído de diversas dimensões estreitamente interligadas.

Huf (2002) enfoca que, o ser que cuida, ao considerar o ser cuidado nas dimensões biológica, psicológica e espiritual, deve estar atento, pois essas dimensões são interdependentes, derivadas do todo, como fases complementares, não excludentes e não constituindo partes isoladas. Isto, portanto, se reflete como um cuidado integral, um cuidado não fragmentado, não parcial.

Na verdade, o cuidar de enfermagem assume importância, valor e reconhecimento a partir de 1845 quando, durante a guerra da Criméia, Florence Nightingale através de suas condutas, propiciava ao paciente condições para a obtenção de sua melhora e cura, através do estabelecimento de um ambiente físico favorável para se manter e alcançar a saúde (TORRES, 2000).

O autor pontua que a enfermagem organizada iniciou-se na metade do século dezanove através da liderança de Nightingale, enfatizando que antes, o trabalho de cuidar de doentes era unicamente realizado por pessoas incapacitadas para realizar outro trabalho, tais como, indigentes e bêbados. Deste modo, a importância da enfermagem e do cuidar é ratificada por ocasião da abertura da primeira escola de enfermagem em 1860 por Nightingale, servindo de modelo para a enfermagem de vários países (WALDOW, 2001).

Portanto, percebe-se que o conceito básico mais utilizado por Nightingale é o do ambiente, sendo este capaz de prevenir, eliminar ou favorecer a doença e a morte, tendo o cuidar a função de auxiliar a natureza, não sendo uma prática curativa (TORRES, 2000).

Assim, o processo de cuidar/cuidado assume inúmeras definições. Collière (2003) o define como a primeira arte da vida, uma arte que precede a todas as outras, sem a qual não seria possível existir, estando na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas. Complementa, dizendo que os cuidados surgiram face à necessidade de manter e de desenvolver a vida e de lutar contra a morte. Nesse sentido, o cuidar, ainda, significa tomar conta, um ato individual que dispensamos a nós, a partir do momento em que adquirimos autonomia; um ato, também, de reciprocidade que dispensamos de maneira temporária ou definitiva, a um indivíduo ou grupos de indivíduos que necessitam de ajuda.

Waldow (2001) entende o cuidar/cuidado como uma forma de viver, de ser, de se expressar. Ressalta que o cuidado nasce de um interesse, de uma responsabilidade, de uma preocupação, de um afeto. Por outro lado, Boff (2004) afirma que cuidar é mais que um ato, é uma atitude. É um agir preocupado, responsável, de envolvimento com o outro.

Leininger (1985) definiu o cuidado como:

Fenômenos relacionados com o comportamento de prestação de auxílio, apoio ou capacitação, para um indivíduo ou por outro indivíduo, com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vidas humanas (p. 288).

E, complementa afirmando que o cuidado é tido como um foco central, dominante e unificador da enfermagem e, que a cura não pode existir sem que haja cuidado, mas por outro lado, o cuidado pode ocorrer sem que haja cura. Entende-se, portanto, que o cuidar/cuidado existindo desde o início da vida, necessariamente não está vinculado à cura, ou seja, devemos cuidar e sermos cuidados sempre, pois, ao contrário, não poderemos manter a vida.

Leninger (apud WALDOW, 1995) classificou o cuidar/cuidado como genérico, entendido como aquele encontrado em todas as culturas do mundo, e o cuidar/cuidado profissional, entendido como a maneira pela qual as pessoas são expostas, nos sistemas de cuidado à saúde, aos profissionais de enfermagem ou outros.

Compreendendo essas definições, percebe-se que o processo de cuidar/cuidado envolve inúmeras interpretações, entendimentos e inúmeras maneiras de vivenciar e ver este processo, tanto para aquele que cuida, quanto para aquele que é cuidado. Assim, compreender esses aspectos do processo de cuidar/cuidado possibilita ao profissional de enfermagem atingir a finalidade do cuidar, processo que visa muito mais do que uma ação terapêutica visa resgatar o verdadeiro cuidar em enfermagem, visa entender o indivíduo dentro de um contexto, por muitas vezes, hostil, visa valorizar e entender a dimensão humana e subjetiva de cada um.

As diferentes maneiras de ver, entender, interpretar e vivenciar o processo de cuidar/cuidado para o cuidador e para o ser cuidado nascem das relações sujeito/sujeito, a partir dos diferentes cuidados que ocorrem em todo processo de desenvolvimento humano.

Assim, Collière (2003) classifica os tipos de cuidado que giram em torno da vida desde o nascimento até a morte em: cuidados de estimulação, pertinentes à aquisição do desenvolvimento psicomotor e do pensamento; cuidados de “confortação”, que animam, dão coragem e permitem adquirir segurança; cuidados de “manutenção” da vida, que sustentam, protegem, conservam, favorecem e mantêm as capacidades conquistadas que são utilizadas frente às necessidades da vida.

Cuidados do “parecer”, denominados pela autora como os cuidados de suporte da comunicação não verbal, que contribuem para construir e valorizar a imagem de si próprio, fazendo manifestar e fortificar o sentimento de identidade do indivíduo e de pertencer a um grupo; cuidados de “compensação”, que visam compensar as perdas, em referência às funções cognitivas, sensoriais, entre outras, ou substituir o que não foi adquirido ainda no nascimento; cuidados de “apaziguamento”, também denominados de cuidados de “relaxamento”, que são utilizados para permitir o repouso, diminuir as aflições e as perturbações.

Portanto, tomando como referência os sujeitos deste estudo, denominados como pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, os cuidados predominantes são os cuidados de manutenção da vida e cuidados de compensação, classificados por Collière (2003). Isto porque, nestes pacientes, em sua maioria ocorre perda de funções, perda de capacidades e perda de autonomia e, estes cuidados irão minimizar os danos e as perdas assegurando que as necessidades cotidianas, tais como higienizar-se, alimentar-se, locomover-se, e as demais necessidades afetadas sejam atendidas. No entanto, os demais cuidados, classificados pela autora, também são utilizados e benéficos a estes pacientes, pois se tornam complementares.

A autora ressalta ainda, que a natureza do cuidado prestado é determinada pela multiplicidade da finalidade a que se destina este cuidado e, os cuidados concedidos aos chamados moribundos, ou seja, aos indivíduos que estão no momento de finitude, são cuidados também extremamente imprescindíveis. Deste modo, os cuidados não devem somente ser administrados na intenção de curar, de salvar vidas, mas também, de aliviar, consolar, animar, confortar. Principalmente para aqueles pacientes onde a cura já não tem possibilidade de ser alcançada. Salienta ainda que, “os cuidados não têm, de forma alguma, a função de substituir a impotência dos tratamentos médicos. A sua razão de ser é acompanhar, confortar, tudo o que permite existir” (p. 185).

Desse modo, referindo-se aos cuidados prestados na unidade terapia intensiva, é necessário entender que esta unidade é um recurso terapêutico utilizado com a intenção inicial de atender pacientes em estado crítico. Assim, a UTI objetiva reunir pacientes críticos em um mesmo espaço, visando facilitar, racionalizar e tornar mais eficiente a assistência prestada. Já é reconhecido, na prática, pelos profissionais de saúde, inclusive pela equipe de enfermagem, que os pacientes graves recebem mais atenção se estiverem reunidos em um mesmo ambiente de cuidado.

A idéia de um setor especial para oferecer cuidado intensivo surgiu nos Estados Unidos por volta de 1926, quando o médico Walter Dandy abriu uma unidade de três leitos para pacientes em pós-operatório de neurocirurgia, no Hospital Johns Hopkins em Baltimore, com a intenção de prestar um cuidado mais adequado e intensivo a estes pacientes. Nasce assim, o modelo inicial de uma UTI (AMIB, 2006).

A história da terapia intensiva está intimamente relacionada à enfermagem. Se voltarmos no tempo, por volta de 1845, no período da guerra da Criméia, quando Florence Nightingale, extremamente preocupada com o abandono dos soldados feridos, e com a mortalidade destes, que chegava a 40%, procurou reunir em um só ambiente todos os feridos de guerra, tentando manter um ambiente adequado, permitindo um cuidado direto e eficiente (KNOBEL et al., 2006).

Com todas as medidas e os cuidados preconizados por Florence, a mortalidade decresceu para 2%. Segundo Knobel et al., (2006) este fato foi um dos precursores das atuais unidades de terapia intensiva, nas quais os pacientes são alocados em um mesmo ambiente visando propiciar um cuidar e um tratar mais eficiente possível. Por todos esses feitos, Florence é considerada a primeira enfermeira intensivista.

Desde o seu protótipo inicial, até os dias atuais, a UTI tem se desenvolvido como unidade altamente capacitada no que se refere à tecnologia e ciência. O cuidado em UTI, por se tratar de um setor altamente especializado, que dispõe de um arsenal tecnológico avançado, torna-se um cuidar, altamente especializado e complexo, exigindo do profissional conhecimento técnico-científico amplo.

Nesse sentido, exige-se atualmente do enfermeiro de terapia intensiva, principalmente, conhecimento, não somente um conhecimento técnico e científico, mas conhecimentos em torno das dimensões humanas e subjetivas do indivíduo. Por outro lado, Bastos (2002) enfoca um outro aspecto do profissional que trabalha em UTI, referindo que apesar do estigma de serem donos do saber, de serem auto-suficientes, são pessoas vulneráveis como todo ser humano, que enfrentam no cotidiano, situações de sofrimento, dor e estresse. E complementa

que estes profissionais desempenham o papel de detentor do saber tecnológico, o que lhes dá poder, status e prestígio, mas ao mesmo tempo, por serem humanos, este saber de alguma forma encobre seus medos e tensões.

Hudak e Gallo (1997) afirmam que da equipe de enfermagem de terapia intensiva exige-se uma capacidade de lidar com situações cruciais, com rapidez, segurança, competência, conhecimento, sabendo estabelecer prioridades. Estes autores, ainda comentam, que atualmente, o cuidar de enfermagem em terapia intensiva, não está baseado só no ambiente especial, nem na tecnologia disponível, mas no processo de tomada de decisão fundamentado na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas dos pacientes.

Desse modo, o enfermeiro intensivista precisa estar ciente que cuidar de um paciente, na UTI, não está voltado somente para os problemas fisiopatológicos mas, também, para as questões psicossociais, ambientais e familiares que, normalmente, relacionam-se à doença física.

Nascimento e Trentini (2004) comentam que a assistência de enfermagem na UTI sempre esteve norteadada pelo modelo biomédico, onde a doença determina e orienta os cuidados de enfermagem, e, que, por volta das décadas de 1970 e 1980 iniciou-se um movimento de insatisfação com esse modo de cuidar. Este fato levou algumas estudiosas da enfermagem, dessa área, a alertar sobre a existência de outras necessidades dos pacientes, tão importantes quanto àquelas referentes à dimensão física. Este foi o início da conscientização para um cuidar diferenciado em UTI embasado não somente em conhecimento técnico-científico, mas também, nas questões humanísticas, na busca por diminuir o estigma de ambiente frio da terapia intensiva, tornando-o assim mais humanizado.

Esta tem sido, na verdade, o objetivo de diversos profissionais de saúde, a busca por um outro modelo clínico de assistir. A busca de uma nova proposta, diferente do modelo biomédico, cartesiano, tão largamente utilizado na assistência à saúde, baseado na doença do indivíduo, determinando a separação entre o corpo e a mente, esquecendo que esse indivíduo além do corpo doente é, também, portador de uma dimensão espiritual e psicossocial que interferem claramente no processo saúde/doença.

Nesse sentido, Collière (1999) afirma que ao seguir o modelo biomédico, com a conseqüente valorização da tecnicidade, a prática de enfermagem distancia-se progressivamente, dos valores morais e religiosos herdados do passado. E reforça que, desse modo, os cuidados aos doentes passam a ser cuidados técnicos, orientados e determinados pela doença.

Backes, Martins e Dellazzana (2001) destacam que apesar do avanço tecnológico e científico ter facilitado e aprimorado a terapêutica, por outro lado, determinou organizações cada vez mais desumanizadas e relacionamentos cada vez mais distantes.

Assim, Paterson e Zderad (apud NASCIMENTO; TRENTINI, 2004), comentam que o cuidado de enfermagem não pode prescindir do aspecto humanístico e relacional. Portanto, podemos dizer que o cuidar em terapia intensiva deve estar voltado para a compreensão do indivíduo em toda sua especificidade e multidimensionalidade, e não somente pautado na tecnologia e/ou entendendo o indivíduo como um corpo doente.

A UTI é entendida pelo leigo como um local de morte iminente, de sofrimento, onde os aspectos humanísticos são pouco valorizados em favor da grande valorização em torno da tecnologia e do tecnicismo. Provavelmente, por este motivo Kübler-Ross (2000) afirmou que a morte dentro da UTI é um morrer solitário, mecânico e desumano, mas que por outro lado, muito se tem feito para humanizar o ambiente e a equipe, não só de enfermagem, mas toda a equipe de saúde, responsável pelo atendimento ao paciente internado nesta unidade.

Todavia, muito ainda se tem a caminhar em favor da humanização das relações dentro da UTI. Sabemos como a tecnologia tem mecanizado os profissionais de saúde. Muitos nem olham os pacientes nos olhos, só se preocupando com os equipamentos que monitorizam. Isto determina cada vez mais o distanciamento da relação profissional/paciente. Pessini, Bertachini (2004) confirmam o fato, quando ressaltam que a sociedade atual está completamente fascinada pelos avanços tecnológicos, o que tem levado ao que ele chamou de “coisificar” as pessoas em prol do “endeusamento” da técnico/ciência. Na verdade, é a técnico/ciência recebendo mais importância que o ser humano, dentro da sociedade, dentro do ambiente da saúde.

Nesse mesmo entendimento, Collière (2003) afirma que a medicalização erradicou as emoções, os afetos e os sentimentos que são inerentes à situação de cuidado, mesmo que possam parecer uma grande banalidade, esses sentimentos estão lá e influenciam o processo de cuidar. Isto porque, o processo de cuidar é um processo relacional, situado entre dois extremos, onde de um lado está o indivíduo doente ou não, portador de crenças, com histórias de vida, valores, sentimentos e, do outro lado está o profissional de saúde, ambos com um único objetivo de entender o processo saúde/doença.

Além das questões relativas à tecnicidade interferindo no processo de cuidar/cuidado em UTI, outros aspectos também interferem neste processo, como a própria experiência do ambiente da UTI. A internação em uma UTI indica, geralmente, para o indivíduo e sua família uma ameaça à vida e ao bem estar deles. Segundo Hudak e Gallo (1997), diferentes

percepções sobre os cuidados intensivos são evidenciadas por pacientes e profissionais de saúde.

O enfermeiro intensivista percebe certamente, a UTI como um setor altamente complexo, onde pacientes gravemente enfermos são alocados e, que, continuamente, dependem de seu cuidar. Já o paciente, pode percebê-la como um local de quebra de sua autonomia, e de constante ameaça de morte. Backes, Martins e Dellazzana (2001) ressaltam que para a sociedade, em geral, com raras exceções, a UTI representa sofrimento, morte, tecnologia e falta de humanismo, sendo que estas percepções são naturalmente influenciadas pela cultura do indivíduo.

Assim, Nascimento e Trentini (2004) descrevem o internamento em UTI como um rompimento brusco no modo de viver do sujeito, incluindo aí suas relações e seus papéis na sociedade, onde o indivíduo deixa de ser, um ser singular e transforma-se em um objeto. Segundo estes autores, o indivíduo se torna um recebedor tão somente de cuidados técnicos e intensivos.

Por todos esses aspectos, atualmente, a UTI vem passando, progressivamente, por um processo de mudança onde o antigo modelo de um local tão somente de conhecimento técnico-científico, transforma-se em um local cada vez mais humanizado. Orlando (apud VARGAS; MEYER, 2005) relata que na terapia intensiva vem ocorrendo uma mudança no enfoque tecnicista do paciente/doença, para uma abordagem mais humanista do paciente/pessoa, e que esta tendência, talvez seja a conscientização dos profissionais intensivistas para um cuidar com técnica, mas atento aos aspectos biopsicossociais do paciente crítico. Este é o caminho para uma nova abordagem humanística e holística em UTI.

Segundo Barchifontaine (2004), humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. O autor enfatiza ainda que o sofrimento humano, as percepções de dor e de prazer devem ser humanizadas, sendo necessário para isso, que as palavras expressas pelo indivíduo doente, sejam reconhecidas pelo outro, e também, que possa ouvir do outro, palavras de seu reconhecimento. O autor quer dizer, verdadeiramente, é que se não há comunicação e interação humana, não haverá humanização.

Transferindo esse pensamento para um ambiente de UTI, onde a rapidez e a velocidade das ações são importantes para o êxito do cuidar, o profissional pode muitas vezes não ouvir o outro (o paciente). Nesse sentido, podemos dizer que não houve um cuidado humanizado, pois muitas vezes, não se encontra tempo para tocar, conversar e ouvir o indivíduo doente. Barchifontaine (2004) afirma ainda, que os avanços técnico-científicos têm trazido inúmeros benefícios, mas como efeito colateral incrementou a desumanização, porque gerou um

distanciamento entre o cuidador e o ser cuidado. Isto significa que a tecnologia tem ocupado mais espaço que as relações humanas. São as regras da sociedade tecnológica, onde o indivíduo ocupa menos espaço, importância e interesse que a máquina. Mas a nova visão da UTI é, justamente, reverter essa situação. É a busca pelo cuidado com ênfase no ser humano.

Backes, Martins e Dellazzana (2001), confirmam estas reflexões ao ressaltar que:

O mundo moderno supervaloriza a máquina e a automatização, esse novo olhar na perspectiva humanística pretende resgatar a dignidade do principal e mais nobre fator de produção que é o HOMEM, que mais do que o capital e máquina, é um SER de dignidade humana-divina (p.40).

Waldow (2004) considera que um dos fatores que mais dificulta a relação enfermeiro-paciente tem sido a tecnologia, que impede o contato mais direto com o indivíduo. Esta autora afirma, ainda, que esse fator não deveria ser tratado como um obstáculo, mas como um aliado, uma vez que deveríamos passar mais tempo próximo ao paciente, na medida em que certas atividades, antes manuais, agora são substituídas por aparelhos. No entanto, o que se observa na prática é justamente o contrário. Além disso, devido, provavelmente, ao ambiente estressante com uma rotina de trabalho penosa, as relações no processo de cuidar são superficiais, levando a despersonalização do indivíduo cuidado e a desumanização do ambiente da UTI.

Assim, devido aos efeitos do ambiente da UTI sobre o paciente e família é que, atualmente, tem aumentado a preocupação sobre a humanização do cuidado, uma necessidade crescente para melhorar a relação sujeito-sujeito e, entender toda subjetividade dos sujeitos envolvidos. É a luta pelo resgate do verdadeiro cuidar, e o reconhecimento de sua importância não somente para enfermagem, mas para toda a equipe multidisciplinar de saúde.

Nesse entendimento, Watson (apud TALENTO, 2000) compreende o cuidado como o que há de mais importante na enfermagem e destaca como através dos tempos, esse cuidado tem recebido menor ênfase em relação aos outros aspectos da prática de enfermagem, declarando assim que, “o papel do cuidado humano (em enfermagem) está ameaçado pela desenvolvida tecnologia médica, pelas restrições burocráticas e administrativas das instituições, numa sociedade da era nuclear” (p. 255).

Deste modo, com esta reflexão, Almeida, Veloso e Blaya (2006) mencionam que as atuais unidades de terapia intensiva passaram a focar sua atenção não somente na recuperação do paciente, mas também em sua família, compreendendo o indivíduo e a família na sua chamada singularidade e necessidade global.

Hoje contamos com Unidades de Terapia Intensiva, altamente engajadas neste processo de humanização, com profissionais mais flexíveis, solidários, preocupados com o outro, propiciando um ambiente cada vez mais humano. Por outro lado, muito há por fazer, pois ainda contamos com inúmeras unidades de terapia intensiva, que não implementaram o processo de humanização no cuidado de seus pacientes.

O conceito de humanização tem ocupado lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, em todos os setores. Este é um tema tão importante para o cuidar que, muitos profissionais estão envolvidos, e o Ministério da Saúde engajado neste processo, instituiu em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) no setor público, visando melhorar as relações entre usuários e profissionais de saúde, procurando humanizar a assistência prestada (BRASIL, 2001). Este programa envolveu além do Ministério da Saúde, as secretarias estaduais, municipais de saúde e entidades da sociedade civil, com a participação de gestores, profissionais da saúde e comunidade.

Na realidade, este foi o passo inicial para a implantação da Política Nacional de Humanização, o Humaniza SUS, cujos princípios e diretrizes traduzem-se em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, o que caracteriza uma construção coletiva (BRASIL, 2004).

Esta é a busca de uma abordagem humanística nas práticas de saúde dentro dos serviços públicos, através de atitudes que relevem os aspectos subjetivos e sociais destas práticas, em prol da vida, articulando todos os sujeitos sociais envolvidos, ou seja, gestores, profissionais de saúde e usuários.

O Ministério da saúde (BRASIL, 2004) entende a humanização como:

Conjunto de estratégias para alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (p.8).

O Humaniza SUS é uma proposta cujo objetivo é acolher os usuários, garantindo seus direitos, respeitando-os como seres humanos, procurando também melhorar a qualidade de vida dos profissionais de saúde, com a valorização de seu trabalho. Isto tudo será refletido no

modo de cuidar comprometido com a valorização e defesa da vida, onde os profissionais de saúde devem estar engajados com os aspectos sociais e subjetivos no sentido de viabilizar um cuidado digno para todos.

Podemos dizer que o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva hoje procura manter, além de uma relação técnico/científica, a valorização do paciente como sujeito e não somente objeto da ação terapêutica. Assim, procura manter sempre em foco que o cuidar é uma ação terapêutica, que não reinventa o indivíduo, mas, ajuda-o, conforta-o, escuta-o, e trata-o como pessoa.

Apesar de, primariamente, sermos guiadas pelo modelo biomédico que vê o corpo como uma máquina e, por conseguinte, a doença como o mau funcionamento dessa máquina (CAPRA, 1997), é necessário ter a consciência que não somos os técnicos que consertam ou cuidam de peças de máquinas estragadas, somos seres humanos que cuidam de outros seres humanos. Isso significa, manter sempre as idéias de Collière (1999) quando diz que o cuidar não tem sentido, se a utilização das técnicas não se mantiver integrada ao processo relacional. E, afirma também, que a prática de enfermagem encontra sua razão de ser na pessoa tratada. Deste modo, a finalidade dos cuidados é voltada para o indivíduo, inserido no seu ambiente social.

A busca pelo cuidado centrado em uma abordagem humanística em UTI é o caminho para o que Collière (1999) denominou de corrente de revalorização da relação entre quem cuida e quem é cuidado e, que nesta relação de cuidar, existem três elementos que devem caminhar interligados, o conhecimento, a tecnologia, as crenças e valores. Ressalta sabiamente, que a técnica deve manter-se a serviço dos cuidados e não os cuidados a serviço das técnicas.

Na realidade, a atual proposta do cuidar em UTI pode ser traduzida pela fala de Pessinim e Bertachini (2004) quando ressaltam que a humanização do cuidar é o desafio de cuidar do ser com competência humana e científica.

2.2 Cuidar de Pacientes Fora de Possibilidades Terapêuticas de Cura em UTI

Os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde têm permitido uma acentuada melhora nas taxas de cura de inúmeras doenças, com conseqüente melhora nas condições de saúde da população. Algumas doenças graves podem ser prevenidas e, quando detectadas, precocemente, podem ser curadas. Há, no entanto, determinadas doenças que atingem estágio avançado, o que dificulta a sua remissão, e doenças que mesmo detectadas precocemente não

são passíveis de cura, apesar de serem utilizados todo o conhecimento e tecnologia disponível. Isso traz inúmeras complicações de caráter físico, mental, emocional e social, para o paciente e família. É evidente que a terminalidade é o centro, em torno do qual giram essas complicações.

Durante um bom tempo estes pacientes foram denominados como pacientes crônicos, terminais, com doença incurável, com prognóstico sombrio ou reservado. Atualmente, por entender que estas terminologias podem ocasionar algum estigma, os profissionais de saúde, estão utilizando a terminologia de paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura. Como pode ser observado, nesta terminologia, ocorre o esgotamento de possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a finitude se torna previsível e inevitável. Observa-se, também, que este é o paciente, onde todos os esforços técnicos e científicos foram esgotados no sentido de obter a cura. Nesse sentido, Carvalho (2002) destaca que são pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, mas não fora de recursos de tratamento sintomático, lembrando que é necessário e importante manter a qualidade de vida no momento da finitude. Assim, a perspectiva para estes pacientes é assegurada pelo processo de cuidar/cuidado, que neste sentido, tem a finalidade de prover o conforto e uma melhor qualidade de vida durante todo o processo de terminalidade.

Deste modo, a enfermagem pode e deve atuar ativamente neste processo, uma vez que tem incorporado como finalidade da sua existência, o cuidar/cuidado.

Na verdade, conceituar o paciente em sua finitude é uma tarefa difícil. É um conceito que nunca poderá ser estanque, em vista dos contínuos avanços científicos e técnicos na área de saúde, que podem modificar os prognósticos dos pacientes. Kovács (1992) ressalta que o conceito de terminalidade é relativo, uma vez que todos nós temos a morte como fim do nosso processo de desenvolvimento. Do mesmo modo, a autora comenta que a questão da temporalidade, também, é relativa, pois ao dizer que os idosos e pessoas com doenças graves estão mais próximos da morte, isso pode ser contrariado, em vista de vermos muitos jovens, ou pessoas saudáveis morrerem antes.

Assim, os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura se constituem em um capítulo à parte, dentro do cuidar em enfermagem, por apresentarem determinadas particularidades em relação aos demais pacientes. São pacientes, onde a presença da morte é iminente, o que pode causar ao paciente e família ansiedade, tensão e diversas emoções. Nesse sentido, Kovács (1992) alerta que para esse paciente é errado trabalhar o tema morte, mas sim trabalhar o conhecimento do seu universo interno, entendendo que devem ser tratados com eficiência, respeito, compreensão e carinho.

Por outro lado, quanto mais o profissional de enfermagem adquire conhecimento técnico e científico, mas ele se distancia da discussão ou aceitação da morte, provavelmente para burlar seus próprios medos. O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte, sendo universal, atingindo a todos os seres humanos, independente da idade, sexo, condições sócio-econômicas e crenças religiosas (KOVÁCS, 1992).

A medicina atual tem tentado prolongar ao máximo a vida dos pacientes, no entanto, para aqueles pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, o processo de tratar se torna inútil, porém, é importante proporcionar conforto ao paciente, garantindo o respeito aos seus valores como ser humano.

A enfermagem na unidade de terapia intensiva se vê diante do cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e, este fato, pode ser visto de diferentes formas por estes profissionais, pois este cuidar, requer mais do que envolvimento real entre enfermeiro e paciente envolve a aceitação de nossa própria finitude, como ser humano.

Kovács (1992) destaca que a diferença básica entre as pessoas, em geral, e os profissionais de saúde, é que na vida destes, a morte é parte de seu cotidiano, do seu trabalho diário, uma vez que toda doença é um perigo à vida e, portanto um sinal para a morte.

Palú, Labrocini e Albini (2004) relatam que, naturalmente, só conhecemos a morte mediante a morte dos outros, e mesmo vivenciando este processo com os outros, nunca teremos a real dimensão deste processo. Certamente que só teremos o entendimento concreto do processo da morte, quando vivenciarmos nosso próprio processo de morrer.

Muito se tem discutido sobre o estabelecimento de critérios, com base na idade e no prognóstico sobre a evolução da doença de cada paciente, para orientar a escolha de quem deve ou não ser internado em UTI. Essas discussões giram em torno de dilemas éticos, na reflexão sobre idéias e conceitos mutáveis, frequentemente, influenciáveis pela sociedade, meios de comunicação e pelos avanços tecnológicos. A verdade é que na UTI existe, entre seus usuários, um grupo especial de pacientes que se caracteriza por utilizar uma infinidade de recursos tecnológicos e, mesmo assim, apresenta resultados desanimadores integrando, desse modo, o grupo dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Segundo Pessini e Bertachini (2004), algumas situações clínicas caracterizam o paciente fora de possibilidades terapêuticas, tais como, presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável; falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico; presença de numerosos problemas ou sintomas inteiros, múltiplos, multifatoriais e mutantes, que causam grande impacto emocional ao paciente, à família e à equipe de

cuidados, relacionados à presença ou possibilidade incontestável da morte e, prognóstico de vida inferior a seis meses.

É nesse momento, diante destes pacientes, que os profissionais de enfermagem têm seu enfrentamento com a finitude, com a terminalidade da vida, com a morte e para alguns, a conscientização de priorizar o conforto do paciente, através de um cuidado humanizado, sensível e zeloso.

Assim, o cuidar de paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura é um cuidar com várias particularidades, tanto para o paciente, quanto para o profissional de saúde, pois ambos se vêem diante de questões como morte, humanização, crenças e valores.

Bellato e Carvalho (2005) afirmam que é importante para a enfermagem aprofundar a compreensão quanto às estratégias de enfrentamento da angústia, que a consciência da sua finitude tem provocado no ser humano, ao longo dos tempos, pois lidamos frequentemente, com a morte em nosso cotidiano de trabalho. Ressaltam, ainda, que entender os mecanismos defensivos que as pessoas constroem diante da morte é relevante para os profissionais de enfermagem, para que possam compreender os sentimentos e atender às necessidades daquele que vivencia o seu processo de morte e de morrer, proporcionando-lhe o conforto que a sensação de pertencimento e afeição pode oferecer.

As autoras pontuam, também, que o ser humano busca, através dos tempos, novas formas de minorar a angústia diante da finitude, e é nesta busca que entra os avanços da medicina, que usa seu poder para prolongar a vida determinando o que elas chamaram de colocar em suspenso a morte, ou seja, adiar o morrer. Em decorrência desse adiamento, houve uma mudança na característica do morrer, que passou do morrer em um quarto da casa, para o leito do hospital, denominado por elas como o templo do morrer solitário.

Portanto, a morte e o morrer saíram do seio familiar e dos ritos familiares, e passou a acontecer dentro dos hospitais, onde a medicina através de seus conhecimentos e técnicas procura, incessantemente, se desvencilhar do momento da finitude. A morte dentro deste ambiente não é mais vista como natural, e sim algo frustrante, que causa sensação de fragilidade, medo e impotência (FERREIRA; CAMPONOGARA, 2001). E, dentro dos hospitais, o processo de morrer e a morte estão mais presentes dentro das unidades de terapia intensiva, provavelmente pelo perfil do ambiente e de seus pacientes, que são críticos.

Entender as nuances e as particularidades dos pacientes que vivem o processo de morte e morrer, é extremamente indispensável ao profissional de enfermagem, para que assim esteja preparado para estabelecer uma efetiva relação de ajuda, sem conflitos ou dificuldades e, por conseguinte, um cuidar adequado à situação.

É imprescindível conhecer os estágios do processo de morte e morrer, os quais o indivíduo vivencia. Kubler-Ross (2000) denominou e definiu cinco estágios os quais os indivíduos passam diante da morte e do morrer, tais como a negação e isolamento, onde inicialmente o indivíduo não aceita o seu diagnóstico e depois se isola; a raiva, na qual apresenta sentimentos de revolta, inveja, ressentimento e questionamentos como “por quê?”; a barganha, onde o indivíduo procura fazer acordo com Deus e com os profissionais de saúde, tentando adiar o imutável; a depressão, onde ocorre sentimento de perda, de tristeza e o último estágio, que é a aceitação do fato, caracterizado pela resignação, pelo término da luta, é a consciência de ter chegado a hora do descanso. A autora refere que embora o paciente chegue a este ponto, é o momento em que a família mais requer apoio.

Assim, o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura envolve alguns aspectos como, ajudá-los a ter um morrer autenticamente humano, baseado em conforto, apoio, compreensão, atenção, afeto, entendendo suas limitações e da família. O profissional deve entender que, apesar do tratamento não ter alcançado o êxito desejado, o cuidado não deve fracassar jamais, mas sim acompanhar o paciente até seus momentos finais.

Na verdade, a palavra de ordem ao cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas deveria ser sempre solidariedade. E, foi baseada no conceito de solidariedade, que na Inglaterra, por volta de 1967, a enfermeira (e posteriormente médica e assistente social) Cicely Saunders compadecida e inconformada com todo o sofrimento físico, psicológico, espiritual, social e econômico dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, e de seus familiares, fundou o St. Christopher Hospice fundamentado pela filosofia dos cuidados paliativos ou filosofia do *hospice*, onde ela afirma que o sofrimento humano somente é intolerável quando ninguém cuida (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Essa filosofia de cuidados paliativos visa, basicamente, oferecer uma melhor qualidade de vida para os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, visa cuidar do sofrimento do corpo, da mente e do espírito, tornando mais digna e confortável a vida que ainda resta.

O interesse de Saunders pelo cuidado ao paciente, em processo de morte e morrer, teve início em 1948, a partir do seu encontro com Daniel Tasma, jovem que estava em fase terminal de câncer, que relatava o desejo de além de obter o alívio de sua dor, ter a presença de alguém que o tratasse como pessoa. Daí nasceu em Saunders, o desejo de criar uma instituição para prestar cuidado terminal aos pacientes, e para dar apoio às suas famílias (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

A palavra *hospice*, normalmente, é utilizada para definir uma casa ou um lugar onde são atendidos os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e os doentes podem ser atendidos em unidade hospitalar ou em casas ambientadas para tal, em ambulatório ou em domicílio. No entanto, *hospice* não se refere a um local, mas sim a uma filosofia e, qualquer que seja o local de atendimento, a equipe de saúde trabalha de maneira informal, única, baseada principalmente no respeito à pessoa humana (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Para entender a filosofia do *hospice* é necessário conhecer a sua história, que teve início na Europa, durante a Idade Média, onde muitos desses *hospices* eram de religiosos, se constituindo abrigos para peregrinos durante seus percursos e, onde eram cuidados os enfermos que estavam morrendo.

O hospital com os avanços da medicina tornou-se um local bem mais focado na cura do que nos cuidados, e assim, aqueles pacientes onde a possibilidade de cura fracassou, se tornaram figuras conscientes das limitações e da impotência da ciência, levando-os a um abandono em termos de assistência. Deste modo, surgiram os primeiros *hospices* com a finalidade de fornecer apoio e cuidados espirituais, mas, somente, com Cecily Saunders surgiu a idéia de um cuidado mais amplo e especial aos pacientes terminais, em busca de atendê-los em sua totalidade, através da filosofia dos cuidados paliativos (MCCOUGHLAN, 2004).

Assim, a filosofia dos cuidados paliativos, desencadeada por Cecily Saunders no St. Christopher Hospice, em Londres, surgiu para atender os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, nascendo um novo conceito de cuidar, focado, unicamente, no paciente e na família, visando aliviar expectativas, necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, compreendendo os valores culturais, religiosos, crenças e práticas individuais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2004).

O termo paliar derivado da palavra em latim *palliare*, significa disfarçar, encobrir, dissimular. Portanto, quando não existe mais possibilidade de curar, as dores e os sintomas são disfarçados, camuflados, ocultados para que não haja sofrimento. Paliativo significa tudo aquilo que serve para acalmar, atenuar ou aliviar momentaneamente o mal, é também, qualquer tratamento que forneça alívio, de duração variável, a um doente (FERREIRA, 2004).

Nesse sentido, cuidados paliativos e *hospice* hoje são entendidos como sinônimos, uma vez que a filosofia do *hospice* ampliou sua área de atuação, através dos tempos, incluindo indivíduos em processo de morte e morrer, não somente portadores de câncer, mas de outras doenças com prognóstico de menos de seis meses de vida, além de outras doenças que levam a um processo de morrer prolongado, de caráter crônico e imprevisível (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Inicialmente, surgiram da necessidade em atender aos pacientes portadores de câncer, no entanto, hoje se ampliaram para atender outros pacientes, tais como os portadores de HIV/Aids, cardiopatias ou doenças renais em fase avançada, doença de Alzheimer, neuropatias, doenças metabólicas, politraumatizados com lesões irreversíveis, entre outras patologias, que podem causar sofrimento físico, psicológico e espiritual, não somente para o paciente como para a família.

Por outro lado, os cuidados paliativos que eram, inicialmente, aplicados, exclusivamente, para pacientes em processo de morte, hoje são aplicados no início do curso de qualquer doença progressiva, avançada e incurável (SEPÚLVEDA, 2005).

Desse modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, conceituou os cuidados paliativos, como cuidados de assistência integral e ativa aos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida tanto para o paciente como para os seus familiares. De fato, os cuidados paliativos propõem um cuidado humanizado, intermediando pacientes e familiares; um cuidado que se propõe também, a uma assistência à totalidade bio-psico-socio-espiritual dos pacientes e familiares.

Pessini, Bertachini, (2004) ressaltam que insensatamente procuramos à cura da morte, e não sabemos mais o que fazer com os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Diante disso instala-se a distanásia, ou obstinação terapêutica, que busca incessantemente a cura, diante do fim inegável, adiando a morte inevitável em que os instrumentos de cura, facilmente se transformam em ferramentas de tortura. Os autores, afirmam que entre o não abreviar e o não prolongar a vida, está o desafio de cuidar do sofrimento, pois a vida humana do seu início ao seu final é totalmente vulnerável o que nos condiciona a prestar o máximo de cuidado. Sabemos que é difícil cuidar do paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, porque ele não apresenta retorno às expectativas de recuperação, o que nos torna conscientes de nossas limitações, como ser humano e como profissional de saúde, que busca sempre, a cura.

As equipes de cuidados paliativos se compõem de profissionais que cuidam dos sintomas do corpo (médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), da mente (psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra), do espírito (sacerdotes das diferentes crenças religiosas proferidas pelos pacientes) e do social (assistente social e voluntários). Sendo que outros profissionais podem ser solicitados a participar da equipe, a depender da necessidade do paciente (FIGUEIREDO, 2006).

Atualmente, este novo modelo de cuidar dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura foi adotado por vários países, inclusive o Brasil. Conforme dados de 2003, da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), existem em torno de 31 serviços, derivados basicamente, dos serviços de dor, dentro dos hospitais (ABCP, 2004).

Assim, entende-se que o cuidado paliativo é direcionado ao controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, espirituais, sociais), a uma melhor qualidade de vida para o paciente e família, enfocando a diversidade destes pacientes, e se iniciam quando a terapêutica curativa não tem mais objetivo.

Spiegel et al. (apud MELO, 2006) demonstrou, em estudos recentes, que pela perspectiva dos pacientes, qualidade de vida é ter adequado controle sobre a dor e manejo dos sintomas, evitar o prolongamento inapropriado do morrer, alcançar um senso de controle, lutar ou aliviar o sofrimento e fortalecer relacionamentos com seus entes queridos.

Deste modo, a filosofia de cuidados paliativos tem como princípios básicos, segundo Pessini; Bertachini (2004), o cuidado integral, atendendo os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do paciente, o que determina um cuidado individualizado e continuado; trabalhar com a família do paciente, entendida como o núcleo fundamental de apoio; promover a autonomia e dignidade do paciente, o que implica em elaborar com ele os objetivos terapêuticos, firmando assim uma relação sincera, leal e decente.

Tem como princípios, o conceito ativo de terapia, que não pode aceitar como verdade a atitude de não se fazer mais nada, ou seja, o cuidar continua, mesmo quando não existe mais cura; a importância de um ambiente especial para um cuidar adequado ao momento do paciente, fundamentado no respeito, no apoio, na comunicação, o que exerce forte influência no controle dos sintomas, e trabalho multidisciplinar, o que denota profissionais trabalhando juntos para o alcance de um único objetivo, o conforto do paciente.

Arruda (2005) considera que o cuidar e o conforto estão intrinsecamente interligados, pois segundo a autora, o cuidar é um processo, cujo objetivo é promover o conforto da pessoa, minimizando seu desconforto e/ou proporcionando-lhe a sensação de que está sendo cuidada por alguém que se importa com ela. É o que o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura deve receber e sentir da equipe que cuida dele.

No entanto, o significado do conforto para o indivíduo e para quem cuida assume características subjetivas e próprias. Coelho (2005) assinala que por muitas vezes, nós enfermeiros pensamos que propiciamos conforto e, no entanto estamos provocando uma situação desagradável.

Nesse sentido, Arruda e Marcelino (1997) ressaltam que confortar é um objetivo implícito e explícito da enfermagem e inerente ao cuidar. Nos primórdios da enfermagem, Florence Nightingale já enfatizava a necessidade de propiciar conforto ao paciente, através de um ambiente físico adequado para que a natureza agisse. No entanto, percebe-se na teoria ambientalista de Nightingale, a ênfase no ambiente físico, mais do que o psicológico ou social. Hoje, sabe-se e constata-se na prática, como os fatores psicológicos, sociais, espirituais e culturais influenciam em muito, o alcance de um completo estado de conforto, o qual se constitui em um dos objetivos da enfermagem.

Desde os primórdios o conforto tem sido o foco do cuidar, e a enfermagem sendo a profissão que tem o cuidar como sua base, sempre direcionou seu foco para propiciar o conforto ao paciente. No entanto, podemos observar em sua trajetória, que através dos tempos a enfermagem mudou o foco do seu cuidar, passando de um caráter religioso e caritativo para a técnica e ciência.

Inicialmente, durante milhares de anos, o cuidado não tinha relação com uma profissão, ou seja, dizia respeito a toda pessoa, que em uma relação de ajuda garantia a si e a outra pessoa, tudo que lhe era necessário para a vida (COLLIÈRE, 2003). No início da era cristã, conforme assinala Waldow (2001) o cuidado caracterizava-se por seu sentido religioso ao prestar ajuda, caridade e oferecer apoio espiritual, aos pobres, velhos e doentes. Estas práticas eram distintas das práticas de curar, sendo associadas, somente, às crenças e religiões. Durante este período do cristianismo, as atividades eram associadas às práticas de cuidar das feridas, de administrar poções, de limpeza do corpo, de fornecer apoio espiritual, tudo com a finalidade de propiciar conforto ao indivíduo. Portanto, nesta época, o objetivo maior era oferecer abrigo e condições para o conforto, não havendo preocupações com a cura das doenças (WALDOW, 2001).

Pitta (1999) destaca que as primeiras vocações para o cuidado dos enfermos situavam-se no âmbito da religião e não da ciência e técnica, e era um trabalho generoso, sem remuneração. A autora resalta que as pessoas cuidavam por vocação religiosa e humanitária, por caridade ou penitência e tinha como objetivo apenas a compensação moral e espiritual.

No entanto, com o capitalismo, o corpo do trabalhador se torna objeto das práticas de saúde, que antes, voltadas para os pobres e doentes, são direcionadas para o corpo produtivo. O cuidar neste momento vai abandonando suas características artesanais e absorve as novas tecnologias (PITTA, 1999).

Em relação à enfermagem, gradativamente afasta-se do paciente, passando a não valorizar o cuidado, em virtude do modelo centrado na cura das doenças, desenvolvendo atividades curativas com tecnologias altamente avançadas (WALDOW, 2001).

Atualmente, observa-se uma preocupação com o resgate do foco do cuidado, através do entendimento do indivíduo como um ser integral, que engloba aspectos biológicos, psicossociais e espirituais. Waldow (2001) comenta que diversos teóricos da enfermagem têm buscado o cuidado mais humanizado, um cuidado que priorize o cuidar da pessoa, no seu meio ambiente e não somente voltado para procedimentos, patologias e problemas.

Portanto, constata-se que o chamado cuidado paliativo busca o resgate daquilo que nos primórdios foi o foco do cuidado: o conforto seja ele físico, espiritual, psicológico, social ou de qualquer natureza, bem como o respeito à pessoa humana e a qualidade de vida, nos momentos de fim de vida.

Tudo isto nos lembra que a enfermagem foi sempre preparada para cuidar da vida, isto está em nossa formação acadêmica, onde pouca ênfase é dada aos cuidados de fim de vida. Collière (2003), no entanto, destaca que cuidar é acompanhar as grandes passagens da vida. Nesse sentido, sendo a morte uma das passagens da vida, a enfermagem também deve cuidar do paciente que está em processo de morte e morrer, adequadamente. A autora, ressalta ainda o cuidar como tomar conta da vida e da morte, lembrando dos cuidados envolvidos desde o nascimento até o fim da vida. Ela ainda destaca como o progresso da ciência, trouxe uma ruptura entre os cuidados de fim de vida e os demais cuidados e, que esta ruptura, teve como consequência orientar a medicina ocidental centrada na luta contra a morte. Nesse sentido, os cuidados paliativos vieram para resgatar a importância dos cuidados no momento de finitude da vida, este, entendido como o momento em que o processo de tratar já não é mais efetivo.

Collière (2003) afirma que o processo de tratar não pode substituir o cuidar. Sabemos que a ciência moderna e a consequente medicalização tornaram o tratar primaz em relação ao cuidar. Por isso, a filosofia dos cuidados paliativos vem assegurar a importância do cuidar/cuidado no processo do desenvolvimento humano, pois para o autor, nenhum tratamento pode substituir os cuidados, uma vez que, podemos viver sem tratamento, mas sem cuidados jamais.

Possivelmente pode-se questionar se é possível paliar em UTI. Certamente que sim, a partir do momento em que os profissionais de saúde não busquem a obstinação terapêutica, através de tratamentos curativos dolorosos e invasivos, quando não existir mais a esperança de cura, e procure propiciar o conforto ao paciente no seu momento de finitude. O foco aqui não deve ser a cura, mas o cuidar. Desse modo, Pessini e Bertachini (2004) destacam que o

cuidado deve sempre ter prioridade sobre a cura, pela razão, de que nunca existe certeza da cura de nossas doenças, ou do adiamento de nossa morte.

Neste entendimento, o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura em UTI pode ser direcionado pela filosofia dos cuidados paliativos através da conscientização dos profissionais envolvidos neste cuidar/cuidado de que existem limites nas possibilidades terapêuticas, de que cuidamos de seres humanos, de que este cuidar deve ser integral, percebendo o indivíduo no âmbito das dimensões física, psicológica, social e espiritual, e acima de tudo, devemos aceitar a morte, assim como aceitamos a doença. Só assim, estaremos cuidando com competência e eficiência os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Mccoughlan (2004) refere que é imprescindível conservar três elementos principais no cuidado paliativo, a compaixão, a humildade e a honestidade, dentro de uma visão e ambiente multidisciplinar.

As palavras da precursora dos cuidados paliativos, Cicely Saunders (1991), sintetizam muito bem essa filosofia especial de cuidar: “Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o ultimo momento de sua vida e faremos tudo o que está ao nosso alcance, não somente para ajudar a você morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte” (p.113).

3 METODOLOGIA

Nesse capítulo estaremos discorrendo sobre o caminho metodológico percorrido para concretização dessa pesquisa.

3.1 Tipo de Estudo

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, considerando os objetivos propostos, e o tema em questão optou-se pela pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, tendo como fundamentação teórica o processo de cuidar/cuidado de enfermagem direcionado pelas abordagens desenvolvidas por Collière e demais autores que estudam o cuidar/cuidado, bem como a filosofia de cuidados paliativos preconizados por Dame Cicely Saunders.

Na concepção de Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões do fenômeno, a maneira pela qual é manifestado e os outros fatores com os quais se relaciona.

Esses autores citam, ainda, que a pesquisa qualitativa considera os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, levando em conta o contexto em que os mesmos acontecem.

Para Minayo (1993), a abordagem qualitativa é definida como:

Aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (p.10).

Portanto, por considerar que a abordagem qualitativa focaliza as particularidades e as especificidades de grupos sociais, e pode alcançar mais efetivamente os objetivos propostos, esta abordagem foi adotada para esse estudo.

3.2 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos dessa pesquisa foram os enfermeiros de assistência que trabalhavam nas duas Unidades de Terapia Intensiva adulta, de um hospital privado e filantrópico, situado na cidade do Salvador, Bahia. Não foi utilizado nenhum critério de exclusão, fazendo parte da pesquisa todo e qualquer enfermeiro que trabalhasse nas referidas UTIs.

Estes sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e ao aceitarem, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.3 Campo de Investigação

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Terapia Intensiva adulta de hospital privado e filantrópico de grande porte que atende a todas as especialidades médicas, situado na cidade de Salvador, Bahia, fundado em agosto de 1974. Trata-se de uma instituição que desenvolve atividades de assistência médico-hospitalar e social, atividade didática, através de convênios com Universidades e centros de formação e atividades de pesquisa. Em relação às unidades de terapia intensiva, uma atende a pacientes de toda especialidade médica e cirúrgica, exceto pacientes cardiológicos (clínicos ou cirúrgicos), com um total de 16 leitos. A outra unidade, além de atender a todas as especialidades médicas e cirúrgicas, atende também os pacientes cardiológicos, com um total de nove leitos.

3.4 Técnica e Instrumento de Coleta de Dados

Para obtenção dos dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada guiada por um roteiro previamente elaborado, testado e corrigido, que foi gravado em fita magnética e transcrito pela autora. Este roteiro foi composto de duas partes: a primeira contendo questões sobre dados sócio-demográficos, que visam conhecer o perfil do profissional entrevistado e a segunda parte com questões voltadas mais diretamente ao tema em questão (Apêndice I).

Define-se entrevista como o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações sobre determinado tema, mediante uma conversa de natureza profissional (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Minayo (1994) afirma que a entrevista é um instrumento utilizado para orientar uma conversa com finalidade, e que, portanto, deve ser o instrumento facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

Kahn e Cannel (apud MINAYO, 1993) definem a entrevista como uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa.

A aproximação com os sujeitos da pesquisa foi feita inicialmente, através de um contato prévio com a Coordenadora de Enfermagem dos setores onde se deu a investigação, que foi

informada sobre os objetivos da pesquisa, para que pudesse apresentar a pesquisadora às enfermeiras de assistência, sujeitos da pesquisa. A seguir, foi realizado um levantamento dos sujeitos de pesquisa e turno de trabalho. Após esta fase, foi feito um contato breve com estes sujeitos, onde foram informados sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, e em comum acordo, foi otimizada a melhor hora para a realização das entrevistas.

3.5 Técnica de Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados qualitativamente pelo método de análise do conteúdo, que Bardin (1997) define como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (p. 42).

Respalamos toda a nossa discussão e as inferências através dos dados obtidos na entrevista onde procuramos trabalhar segundo as fases da organização da análise proposta.

Dentre as diversas técnicas de análise do conteúdo foi utilizada a análise temática das entrevistas, segundo os pressupostos de Bardin (1997). O autor ressalta que na análise temática a noção de tema é amplamente utilizada, a qual se constitui na unidade de significação que emerge de um texto analisado, segundo determinados critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Pontua ainda, que a noção de tema está relacionada a uma afirmação sobre determinado assunto e que este tema pode ser uma palavra, uma frase, um resumo.

Assim para Bardin (1997) “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (p.105).

Este autor destaca, também, que a análise temática é geralmente utilizada para estudar as motivações, as atitudes, os valores, as crenças, as tendências entre outros.

Portanto, nesse estudo os dados coletados nas entrevistas foram submetidos à análise temática, através da organização dos dados em três fases: a pré-análise, exploração do material, tratamento, inferência e interpretação dos resultados.

Na fase de pré-análise, conceituada por Bardin (1997) como a fase de organização propriamente dita, foi selecionado todo o material a ser analisado. Inicialmente foi realizada

uma leitura flutuante, com a finalidade de facilitar a compreensão das informações, visando alcançar um entendimento mais profundo destas informações.

A fase de exploração do material, segundo Bardin (1997) consiste, essencialmente, de operações de codificação. A preparação do material para análise foi no momento da transcrição das entrevistas e digitação para o computador. E, tal como proposto pelo autor, foi feito, inicialmente, o recorte do texto em unidades de registro, podendo ser uma palavra, um personagem, um tema, uma frase, um acontecimento. Em segundo lugar foram construídas as unidades temáticas e sua categorização.

Na fase de tratamento, inferência e interpretação, os resultados obtidos foram processados de maneira a serem significativos e válidos, a fim de tornar viável a identificação dos temas. Assim com os resultados válidos e significativos, estes sofreram as inferências e as interpretações a partir dos objetivos previstos na pesquisa, bem como a partir de outros achados.

3.6 Aspectos ético-legais da pesquisa

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa do hospital que foi utilizado como campo de investigação, sendo aprovado em observância às Diretrizes e Normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde (BRASIL, 1996). Esse comitê analisou o projeto e procedeu a liberação para a realização da pesquisa. (Anexo 1).

Em observância, também, a essa legislação, foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (vide apêndice 2), no qual, os sujeitos da pesquisa foram informados do objetivo do estudo, a garantia do anonimato e a sua vontade em participar ou não do estudo, bem como a retirada do consentimento a qualquer momento. Este termo foi impresso em duas vias, sendo assinado pelos sujeitos da pesquisa e pelo pesquisador, ficando uma cópia em poder de cada um dos envolvidos.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base na metodologia proposta, este capítulo tem como finalidade apresentar os temas que emergiram dos depoimentos obtidos das entrevistadas, bem como a interpretação destes.

A interrupção das entrevistas foi determinada por saturação das informações que foram coletadas com os sujeitos até que houvesse repetição em seu conteúdo e novas informações fossem pouco significativas aos objetivos propostos.

Deste modo, da leitura atenta destes depoimentos, procurei apreender nas falas das enfermeiras a visão destas sobre cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Assim, as informações obtidas no estudo foram trabalhadas da seguinte forma: inicialmente foram realizadas as transcrições dos depoimentos, que se evidenciou como um momento de resgate das facetas da entrevista com todo o contexto que as envolveu. Após isto, foi realizada uma leitura minuciosa e atenta dos depoimentos com o objetivo de apreender todo o seu conteúdo.

A etapa seguinte constituiu-se na discriminação das unidades de registro, na identificação dos temas e por fim a análise do que foi captado nas falas.

A seguir, são apresentadas as características dos sujeitos da pesquisa e, após, os temas emergentes dos depoimentos.

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se de 17 enfermeiras (os), a maioria (16) do sexo feminino e um (01) do sexo masculino. Este não é um fato surpreendente em decorrência de toda a trajetória profissional ao longo da história da presença majoritária do gênero feminino na enfermagem, Apesar do gênero masculino estar cada vez mais presente na profissão. Por outro lado, observa-se um predomínio da faixa etária compreendida entre 30-37 anos de idade entre as enfermeiras entrevistadas.

Em relação à crença religiosa a grande maioria, 13 enfermeiras referiram serem católicas. Em referência ao tempo de formação, ocorreu uma variação entre 01 a 18 anos, onde a maioria (09 entrevistadas) é formada pela Universidade Federal da Bahia.

Do total de entrevistadas, 16 tinham pós-graduação, sendo que em relação ao tempo de atuação em UTI, 10 enfermeiros tinham de 01 a 05 anos de atuação nesta área.

4.1 Os Discursos – O Emergir dos Temas –

Dos discursos das enfermeiras entrevistadas, emergiram quatro (04) temas, que evidenciaram a pluridimensionalidade das questões que giram em torno do cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, e as estratégias das entrevistadas para o enfrentamento com estas questões.

Os depoimentos das entrevistadas permitiram-nos apreender as diferentes nuances do cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Diferentes visões foram reveladas, e o cuidado humano pôde ser percebido em uma visão muito mais ampla, além de mitos, significados, preconceitos, interpretações e fundamentações filosóficas.

Optou-se por classificar os discursos em diferentes modos de cuidar, por ter sido observado que, os temas manifestados nestes, emergiram com diferentes visões de cuidar. Por sua vez, essas diferentes visões que se apresentaram, permitiram uma percepção mais acurada da realidade do que é cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, na visão destas enfermeiras (os), em particular.

Desse modo, baseando-se nos conceitos das diferentes autoras, como Collière, Waldow, entre outros, procuramos evidenciar as visões sobre cuidar apresentadas pelas entrevistadas, que emergiram em quatro temas de acordo com os tipos de cuidar abordados pelos autores. Assim temos o cuidar profissional, o cuidar sensível, o cuidar solidário e o cuidar ético.

4.1.1 Primeiro Tema - O Cuidar Profissional –

Waldow (2006) define o cuidado como um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque faz parte do ser, relacional porque só ocorre em relação ao outro, e contextual porque assume variações, diferenças e intensidades conforme o meio e o contexto em que se apresenta a cada momento.

O cuidar assume as características de um cuidar profissional a partir do momento em que é de domínio de determinada profissão. A enfermagem é esta profissão que pratica o cuidado e o tem sob domínio. Waldow (2006) atesta que a enfermagem não é nem mais nem menos do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem. E, pontua, ainda, que a capacidade de cuidar está enraizada na natureza humana,

porém a qualidade do cuidado profissional é influenciada por diversos fatores, entre eles, a educação é o principal.

Bishop (1991), Scudder (apud WALDOW, 2006) confirmam que o cuidar é o sentido moral da prática de enfermagem, sendo a presença uma das categorias mais importante do cuidado, porém essa presença não se dá somente através da afetividade e interesse, mas também através do conhecimento e da habilidade técnica, além do julgamento clínico. Portanto entende-se que esse seja o autêntico cuidar profissional.

Assim, neste tema fica evidenciada a visão funcionalista do cuidar, onde independente de qualquer sentimento, as tarefas devem ser cumpridas, portanto, os pacientes são higienizados, mantidos confortáveis, livres de dor, pois à enfermagem cabe cuidar. Nesta visão das enfermeiras o cuidar independe do diagnóstico e/ou do prognóstico médico, pois cuidar é o fundamento, o domínio da enfermagem.

“O cuidar do paciente é o mesmo, tanto para o paciente fora de possibilidades terapêuticas, quanto para os pacientes graves, aqueles que têm prognóstico melhor. Na enfermagem como o objeto é o cuidado, ela cuida da mesma maneira, dá os mesmos cuidados” (E1).

“O cuidado de enfermagem, ele vai ser o mesmo, por que a higiene, o banho, a massagem de conforto, as medicações, devem ser feitas independente de o paciente ter ou não possibilidade terapêutica, por que o cuidado de enfermagem não se esgotar, nem no momento do óbito” (E2).

Analisando esta visão das enfermeiras, percebemos por um lado um modo além de funcional (cuidar baseados em funções), um modo mecânico de cuidar (cuidar obedecendo a um padrão rotineiro e automatizado), onde o indivíduo a ser cuidado é despersonalizado, pois ao ser cuidado não é visto como um ser único, dotado de uma história prévia de vida, com suas especificidades, a qual irá influenciar o modo que será cuidado.

Waldow (2001) afirma que o cuidado humano nas profissões de saúde não é uma atividade técnica. Enfatiza, ainda, que ao realizar uma atividade técnica, tão somente sem estar presente de corpo, mente e espírito, o ser que cuida não está realmente cuidando e sim realizando procedimentos. Percebemos esta noção em alguns depoimentos.

“A gente se envolve muito, se você não se envolve sabe o que acontece? Você não dá cuidado, você faz técnicas. Dá pra entender isso?” (E15).

Mas, por outro lado, ainda analisando esta visão de cuidar profissional, pode-se entender que aqui não há uma preocupação se haverá cura ou não, pois o processo de cuidar não tem como base o diagnóstico e/ou o prognóstico médico. Na realidade, este é um ponto crucial do cuidar. Florence Nightingale já demonstrava por volta de 1859 esta preocupação com a importância que era dada ao tratar, onde o cuidar era considerado um mero coadjuvante no processo de adoecimento do indivíduo.

Collière (2003) enfatiza que cuidar não é tratar. É fato que o objeto da medicina é o corpo portador de uma doença, que deve ser tratado, para a obtenção da cura. Este é o formato do modelo biomédico, cuja concepção se baseia na abordagem da doença e centrado nas técnicas. A enfermagem também desenvolveu sua prática fundamentada no indivíduo doente e no saber técnico.

No entanto, Collière (1999) ressalta que os cuidados de enfermagem não podem permanecer apenas no domínio da dedicação, mas também ter competência técnica. E complementa que nas situações de cuidado, as técnicas devem se manter a serviço dos cuidados e não os cuidados a serviço das técnicas. Na realidade, Collière (1999) muito bem afirma que para cuidar é necessário ter conhecimento técnico, mas também respeitando crenças e valores dos pacientes.

Quando a autora afirma que o cuidar não pode ser confundido com o tratar, deixa bem claro o foco de cada um. O tratamento busca controlar e erradicar a doença. Por outro lado, o cuidar/cuidado tem como foco promover, manter e recuperar a claridade e totalidade humana do ser cuidado (WALDOW, 2001), para garantir o crescer, o desenvolvimento e o morrer do ser cuidado.

Almeida e Rocha (1986) corroboram esta afirmação ao enunciar que:

A medicina persegue a restauração de uma norma através da cura, e a enfermagem, a restauração de uma norma através do cuidado... o que se evidencia é a essência de cada trabalho, se o objeto da enfermagem é o cuidado do paciente, seu objeto é diferente do da medicina (p.105).

A partir desta afirmação pode-se ressaltar que a enfermagem requer conceitos, atitudes e condutas bastante distintas do foco da medicina. O cuidar profissional em enfermagem busca não só cuidar do corpo, do biológico, mas busca atender o afetivo, o psicológico, a

singularidade de cada indivíduo cuidado. Requer a observância de aspectos intrínsecos e inerentes a cada indivíduo cuidado. É fato que no cuidar é visível a interdependência técnico/assistencial, pois no cuidar estas duas faces se sustentam, mutuamente, com a finalidade de embasar a práxis da enfermagem.

Assim, a enfermagem historicamente assume o cuidar como seu domínio e se reveste de ações e comportamentos que garantem ao indivíduo ser visto com um ser único, buscando assegurar a este que a sua vida se realize, prossiga e se transmita (COLLIÈRE, 2003).

“Eu cuido igual a uma pessoa que tem possibilidades de cura”
(E5).

“Eu cuido normalmente como se tivesse um bom prognóstico”
(E7).

“Eu cuido igual aos outros pacientes, por que a enfermagem cuida independente do diagnóstico, prognóstico médico” (E8).

Estes discursos demonstram muito bem a natureza do cuidar/cuidado. É válido ressaltar inicialmente que o cuidar acompanha todas as etapas da vida, desde o nascimento até a morte. E também que, se cuida não com o objetivo único de curar, mas com o objetivo de tomar conta da condição humana.

Collière (1999) ratifica que cuidar engloba todas as passagens importantes da vida, o que traduz a indispensável necessidade dos cuidados sem que para isso haja doença. Por isso, é tão simples para as enfermeiras relatar que elas cuidam. Simplesmente cuidam. Fazem disso o seu cotidiano. É isso o seu cotidiano. Cuidam de todos independente da idade, independente do diagnóstico e prognóstico médico.

Estes fatos não guiam o processo de cuidar/cuidado, mas sim o acolhimento, o respeito, a preocupação, a atenção, o zelo, a responsabilidade, entre outros. É um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si, ou seja, transcende e centra-se no outro indivíduo com desvelo e solicitude (BOFF, 2004).

Assim, as enfermeiras cuidam com a finalidade de melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Waldow (2001) salienta que realmente o cuidar independe da cura, que seus objetivos dependem do momento, da situação e da experiência e, por tratar-se de um processo, não há preocupação com um fim. Ressalta que os objetivos do cuidar

envolvem amar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer entre outros, e a cura pode ou não ocorrer, assim como a morte.

Esta é a verdadeira visão do cuidar profissional baseado não só em técnicas, mas, acima de tudo identificando e compreendendo todas as dimensões do indivíduo a ser cuidado.

Hoje percebemos um cuidar de enfermagem, cada vez mais saindo do domínio biológico e mecanicista, se revelando como verdadeira arte de cuidar do homem, de forma consciente, resgatando o seu fundamento, dentro de um novo paradigma de ver este homem como um ser total.

4.1.2 Segundo Tema - O Cuidar Sensível – O Emergir da Dimensão Psicológica –

Silva (2004) questionou se um paciente que está morrendo, com prognóstico fechado, precisa de muitos procedimentos ou de muita atenção e de ser ouvido? Certamente que a resposta vai depender da visão que cada um tem de mundo e, se a prioridade de cada profissional é cuidar do humano, portanto, se o essencial for valorizar a condição humana, então a resposta provavelmente será positiva.

Quando o tema cuidar sensível surgiu das entrevistas, nesta pesquisa, tínhamos em mente a definição de um cuidar onde a condição humana é valorizada, onde o respeito à pessoa humana deve ser prioridade, onde a sensibilidade seja contemplada no cuidar.

Stefanelli (1990) muito bem coloca que se somos realmente profissionais de saúde, preocupados com o indivíduo, como ser humano, temos de desenvolver todo o arsenal de capacidades e competências para oferecer a esse humano, oportunidades de uma existência mais digna, mais compreensiva, menos solitária.

Na realidade, cuidar com sensibilidade não requer necessariamente dispensar tempo e ser educado com o paciente, mas saber entendê-lo em todas as suas dimensões, não só vislumbrar o cuidar do biológico, mas o psicológico, o espiritual e o social. É transcender no cuidado, indo além da competência técnica, cuidando com qualidade humana.

Collière (1999) afirma que cuidar engloba além do conhecimento e da tecnologia, perceber o indivíduo em suas crenças e valores, isto, levando à valorização do humano como ser integral.

Atualmente, percebe-se um maior entendimento das enfermeiras, no que se refere ao conceito, à concepção e ao fundamento do que é cuidar em enfermagem. E, buscam,

primordialmente, identificar no cuidado que realizam, reconhecer uma prática de dar atenção, de dar garantia, de tomar conta do humano.

É necessário às enfermeiras ter essa compreensão do cuidar sensível, entendendo assim como a doença e a hospitalização determinam prejuízos de toda ordem ao paciente. Waldow (2004) ressalta que é preciso às enfermeiras entender que a doença ou a incapacidade resulta em danos na autonomia, integridade, auto-imagem e na capacidade de se relacionar com os demais. E complemento, falando através do sensível, que a doença resulta também em danos no coração e na alma dos indivíduos.

É esta capacidade, esta competência de se envolver, de sentir pelo outro, de compreender o outro, de se colocar no lugar do outro que percebemos nos diversos discursos das entrevistadas:

“Às vezes me sinto frustrada, impotente... Coloco-me no lugar daquela pessoa e penso e imagino se eu queria estar naquela situação e penso se aquela pessoa tivesse a capacidade de dizer se ela queria estar passando por aquilo tudo” (E5).

“É muito difícil, por que acabamos sofrendo junto com eles[...] é muito triste, fico bastante comovida, por que mesmo tentando ser somente profissional, nós trabalhamos com pessoas, então é difícil não se envolver... Nós temos as nossas fraquezas também” (E13).

Neste tema podemos perceber uma das muitas faces do cuidar. O envolvimento emocional do ser que cuida com o ser cuidado. Este é o suporte para a efetivação da relação terapêutica que se estabelece entre os sujeitos do cuidar. O envolvimento emocional é básico para que se institua essa relação (TRAVELBEE, 1979). E, as enfermeiras ao se envolverem emocionalmente com o ser cuidado, passam a assimilar melhor os sentimentos dos outros, mas sem que isso se torne prejudicial tanto para elas quanto para os seus pacientes, em outras palavras, esse envolvimento deve ser terapêutico, profissional, com a finalidade de um cuidar sensível, tão necessário ao paciente que está com a perspectiva tão próxima da finitude de sua vida.

Boff (2004) afirma que cuidar representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. E é baseado nessa afirmação que se pode dizer que a essência do cuidar é a sensibilidade. Ao lidar com pessoas humanas no seu

cotidiano, as enfermeiras estarão, também, apreendendo os sentimentos dos outros e reavivando os seus próprios sentimentos.

Waldow (2001) ressalta que o ser que cuida, ao cuidar, na relação com o ser cuidado expressa o seu conhecimento e sensibilidade. Isto com certeza tornará os pacientes mais seguros e confiantes, pois perceberão que são considerados seres humanos e não somente objeto do cuidado. Esta autora, ainda, complementa que para que o cuidado ocorra na sua plenitude, o ser que cuida deve ir além do conhecimento, e demonstrar expressões de interesse, respeito, consideração, o que no nosso entendimento significa ter sensibilidade. Por fim, ressalta que esta é a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado. O verdadeiro cuidar sensível.

Nesse sentido, algumas entrevistadas expressam muito bem o envolvimento com o paciente e sua família e, que nesta relação sensível os sentimentos ficam evidentes:

“Eu vivo o sofrimento dele e de sua família e isso eu não acho bom, por que sofro junto com eles” (E11).

Percebe-se neste depoimento como a era moderna quis sufocar o sentimento, separando a razão sensível da científica, cometendo assim um grande pecado, pois “coisificou” a técnica, introduzindo a sisudez e a prepotência como vicissitudes essenciais a um bom profissional.

“É angustiante cuidar desses pacientes. A gente se envolve muito” (E15).

Por outro lado, o cuidar sensível que emerge dos depoimentos pode ser traduzido pelos sentimentos expressados pelas entrevistadas, onde se percebe uma relação (ser que cuida/ser cuidado), em que a concepção de ser humano, ser total é o propulsor do cuidar. Percebemos nos depoimentos aspectos positivos e negativos desse envolvimento emocional, mas, efetivamente, percebemos que esses sentimentos geram um cuidar mais preocupado com o aspecto psicológico do ser cuidado.

“Eu me sinto inútil, sabe por quê? Por que a UTI com todo aquele aparato tecnológico não pode fazer muito por esses pacientes. Só quem pode fazer muito é o humano. Por que é cuidar do psicológico, do social desses pacientes e da sua família” (E8).

A visão das entrevistadas onde cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura é algo triste, difícil, frustrante, angustiante, traz à tona uma preocupação com a dimensão psicológica e espiritual do ser. Aqui a relação ser cuidado/ser que cuida baseada somente no corpo biológico, perde lugar para a preocupação com os princípios e valores do ser cuidado, este é o verdadeiro desvelo da sensibilidade no cuidar.

Silva (2004) enfatiza que:

Não devemos permitir que o progresso nos afaste do doente. [...] Podemos utilizar tudo que a técnica tem de bom para nossos pacientes; sejamos técnicos com sabedoria. Precisamos reconhecer que nenhuma máquina é capaz de substituir o diálogo enfermeiro/paciente. Ele é a base da confiança e do respeito a se formar entre os dois. (p. 22).

Exercitar o cuidado sensível é dispensar atenção, e colocar o coração na hora de dar conforto e ouvir o indivíduo. Quando as enfermeiras entrevistadas expressam sentimentos de pesar, de carinho, de compreensão, entre outros, quer dizer que não são indiferentes ao outro. Elas podem estar dizendo que cuidam com atenção, pois conseguem perceber sentimentos e expressar sentimentos de compaixão, e que vão muito além das tarefas ao cuidar dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Este deveria ser o cuidar ideal, pois nós enfermeiras buscamos abrandar os sintomas que incomodam o paciente, seja ele de ordem física ou psico-social.

“Eu cuido dando cuidados paliativos, de proteção de pele, de minimizar a dor, seu sofrimento, dar apoio psicológico...” (E4).

O cuidado paliativo é a verdadeira expressão de um cuidar sensível, pois os profissionais vinculados a essa filosofia de cuidar são capacitados para cuidar da dimensão humana em sua totalidade, buscando sempre atender as necessidades dos indivíduos. Podemos dizer que está havendo uma transformação no cuidar? Certamente que não deveríamos chamar de transformação este momento, pois, na realidade está ocorrendo o retorno do cuidar às suas origens, quando as tecnologias da cura não se sobrepunham aos

sentimentos. É um processo de resgate da sensibilidade do cuidar que tem se definido com o endeuçamento da tecnologia.

Ao falar de cuidados paliativos, Collière (2003) faz uma ressalva ao termo paliativo, afirmando que ao se referir aos cuidados proporcionados no momento de finitude, parece haver uma desvalorização do cuidar/cuidado, já que a necessidade deste surge apenas quando o tratamento não é mais eficaz. A autora assevera ainda, que este fato pode levar ao entendimento que os cuidados não são necessários e não tem ação terapêutica, portanto, inócuos e dispensáveis.

Quando percebemos nas enfermeiras intensivistas, que são altamente capacitadas no que se refere ao conhecimento técnico, apresentarem esta consciência de valorizar o ser cuidado, tendo uma visão de um cuidar mais sensível, pode-se dizer que a ação destes profissionais não está sustentada somente pela técnica. Este cuidar sensível, que não tem origem somente na formação teórica, mas também na prática, envolve o entendimento de toda subjetividade que o profissional tem para oferecer ao ser cuidado, constituindo-se num cuidar humanizado, com envolvimento.

“Já ouvi falar muito de cuidados paliativos, mas nós não somos preparadas para isso. Nós enfermeiras de UTI. Sei que os cuidados paliativos é isso, dar qualidade de vida no final da vida, então eu procuro dentro do possível fazer isso. Dar conforto ao paciente, para que ele possa passar por um final sem muito sofrimento” (E17).

O entendimento de um cuidado à saúde de qualidade é observado nos discursos das entrevistadas. Apesar do cuidar ainda estar fortemente associado ao modelo biomédico, observa-se a preocupação com as especificidades do ser cuidado. Está embutido nas falas das entrevistadas, o interesse em retomar o cuidar, onde os valores, as crenças, o subjetivo seja visualizado e valorizado.

Atualmente, se faz presente, uma melhor consciência dos profissionais de enfermagem quanto ao cuidar para além de técnicas e procedimentos, onde também percebemos que as discussões sobre a práxis da enfermagem assumem lugar de destaque no sentido de valorizar as expressões humanas.

Borbroff (2003) informa que, para o cuidar deixar de ser um instrumento à mercê das técnicas, a estas devem ser adicionadas uma pitada de coração e outra de alma, juntando-se

tudo isto, ocorre o verdadeiro cuidado. Esta visão de um cuidar envolto pelas relações, envolto pela sensibilidade pode ser observada nos discursos expressos pelas entrevistadas.

“... Porque não estamos apenas pensando em usar ou não uma tecnologia, uma técnica nesse paciente, mas falando de cuidar, então eu cuido igual. Eu acho que o que muda é o modo como eu vejo esse paciente. Um paciente que não pode ser recuperado, mas que precisa ser tratado de maneira humanizada. Eu procuro ser o menos técnico no cuidado ao paciente, procuro ver mais os sentimentos dele, os medos, os receios” (E13).

Neste discurso percebemos a preocupação das entrevistadas além do conhecimento técnico, uma preocupação maior com o conhecimento psico-afetivo. Isto nos leva a inferir que está havendo uma reorientação do cuidar em enfermagem, sobretudo dentro da UTI. O lugar que no imaginário da população sempre foi tido como lugar de morte e onde, os profissionais lá existentes, só se preocupavam com a tecnologia e procedimentos avançados.

Nota-se, nos discursos o envolvimento com as questões subjetivas tanto do ser cuidado, quanto do ser que cuida. O sentimento empático em referência ao momento pelo qual o ser cuidado está passando. Está é a nossa função: cuidar sempre, entendendo o outro (o ser cuidado), de modo afetuoso, diminuindo seus anseios, seus medos, guiando-o nos seus enfrentamentos diários. Portanto, cuidar é inegavelmente necessário em qualquer etapa da vida.

4.1.3 Terceiro Tema - O Cuidar Solidário –

Neste tema, foi apreendido a visão expressa pelas entrevistadas de um cuidar chamado de solidário, pois extrapola o cuidar do paciente e contempla a atenção aos familiares.

“A gente vê todo o sofrimento da família e por mais que tentamos não nos comover é difícil. Eu muitas vezes já chorei com alguns familiares, porque a gente cuida não só do paciente, mas da família principalmente” (E16).

“Mas eu acho também que se deve cuidar da família, nem que seja com uma palavra de conforto e de carinho. Eu acho que a

família às vezes sofre mais do que o próprio paciente, porque muitas vezes ele nem sabe do seu prognóstico e a família sabe. Então pra família é muito doloroso nesses casos” (E15).

Nestes discursos notamos um cuidar que extrapola a atenção ao paciente e alcança a família. O profissional entende a família como um elo o qual, na maioria dos casos, o ser cuidado está fortemente ligado e, o processo de finitude que põem em risco, de forma irreversível o rompimento desse elo, desse vínculo. Nota-se, também, nos discursos a compreensão dos sentimentos que envolvem a situação de luto, de perda de um ente querido e tudo que essa situação pode gerar no familiar.

Aqui, percebe-se uma visão mais solidária do cuidar, onde a família é entendida em suas necessidades. Na situação de lidar com a terminalidade de um ente querido, o familiar sofre e expressa sentimentos negativos e positivos, cabendo ao ser que cuida compreender este momento.

Na visão de Bettinelli (2002) ser solidário no processo de cuidar é demonstrar sensibilidade e flexibilidade, é trabalhar com e nas diferenças, é ter disponibilidade para com o outro.

Pode-se considerar que o cuidar solidário vem embasado por sentimentos de empatia, sensibilidade, humanidade, confiança, entre outros. É dar ao outro o acolhimento necessário. Isto deduzido através do conceito de solidariedade, que para Ferreira (2004) é:

Laço ou vínculo recíproco de pessoas ou coisas independentes; sentido moral que vincula o indivíduo à vida, aos interesses e às responsabilidades de um grupo social, de uma nação, ou da própria humanidade; relação de responsabilidade entre pessoas unidas por interesses comuns, de maneira que cada elemento do grupo se sinta na obrigação de apoiar o outro (p.1870).

Nota-se também no conceito de ser solidário fornecido por Ferreira (2004), o caminho para entender o cuidar solidário, como aquele que partilha o sofrimento alheio, ou se propõe a mitigá-lo.

Certamente que a solidariedade humaniza as relações, pois através da compreensão mútua ente os indivíduos, são retomadas as atitudes de dignificar o indivíduo e tornar menos sofrível os momentos difíceis das passagens da vida.

As entrevistadas quando adotam o diálogo com os familiares e procuram compreender os seus conflitos ao enfrentar a terminalidade de um ente querido, ganham certamente um aliado para um cuidar mais efetivo ao ser cuidado.

Kübbler-Ross (2000) confirma ao observar que se não levarmos em conta a família, não poderemos ajudar o paciente com eficácia e complementa que os familiares desempenham papel predominante onde suas reações contribuem para a própria reação do paciente. A autora alerta, ainda, que a família experimenta diferentes estágios de adaptação, semelhantes aos descritos para os pacientes ao se defrontar com uma doença terminal.

Cabe a nós enfermeiras compreender todo este processo, ser realmente solidárias não só à dor do paciente, mas à dor, que em referencia à família é uma dor de caráter estritamente psicológico.

Certamente que a capacidade de ser solidário está intrinsecamente associada à capacidade de desenvolver a empatia. Colocar-se no lugar da família que perde progressivamente seu ente querido é necessário, é prioritário no processo de cuidar. É através desta empatia que os enfermeiros podem ver e ser solidário ao outro, o familiar.

Silva (2004) destaca que a empatia é o nosso radar social, pois é através dela que estabelecemos vínculos, ou melhor, estabelecemos o vínculo afetivo, profissional e, principalmente, solidário com a família. Porque a família de um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura sofre do início ao fim e certamente após o fim.

Porém, cuidar da família, assim como cuidar do paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura não se constitui em tarefa fácil, demanda ao profissional compreender, perceber e captar sentimentos, emoções, desejos e valores.

“A parte difícil do cuidar desses pacientes é a família lidar com a família que está perdendo um ente querido... Porque geralmente eles não aceitam perder um ente querido. Aí que está a parte mais difícil, a família, porque para o paciente o cuidar é o mesmo” (E1)

“Então eu me detenho mais em cuidar da família, é o momento de individualizar a família” (E4).

“A família sim, é um momento difícil, temos que cuidar da família, essa eu acho que é a parte mais importante do processo de cuidar desses pacientes” (E8).

Nos vários discursos das entrevistadas nota-se a preocupação em cuidar da família, além de cuidar do próprio paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura. A visão destas enfermeiras é um cuidar aqui categorizado como cuidar solidário, pois expressam sentimentos

de solidariedade, onde compartilham do sofrimento da família, e exprimem o desejo de cuidar dessa família com a finalidade de amenizar a sua angústia, aflição e dor.

Observa-se ainda nos discursos a dificuldade expressada pelas entrevistadas em lidar com a dor da família, provavelmente por nos defrontar com os nossos próprios sentimentos. Silva (2004) comenta que quando assumimos a dor de outra pessoa, inicialmente, vivenciamos o desconforto, o constrangimento ou a sensação de incapacidade de suportar a situação, certamente pela experiência de nossas próprias vivências. Esta autora refere, ainda, que quando mantemos sentimento de compaixão, bondade e amor, as relações se tornam mais fáceis.

Fica claro nos discursos das entrevistadas a noção de que o familiar também precisa ser cuidado, pois a situação de ter um ente querido vivenciando a terminalidade, o deixa exposto a momentos de tristeza, abandono, angústia ansiedade e isto certamente o fragiliza. Portanto, o cuidar deve ser estendido à família, que é o vínculo maior que o indivíduo possui.

Carvalho (2006) pondera de forma bastante singular que o cuidar deve ser dado ao paciente e à família:

Cuidamos ao longo da vida, nos processos de prevenção e nos momentos de adoecimento. Cuidamos quando nossa função é paliar nos momentos em que já não há mais a possibilidade de cura. Cuidamos no momento da morte e, por fim, continuamos cuidando quando muitas vezes acompanhamos o luto dos descendentes daqueles de quem cuidávamos (p.110).

Para este autor, assim como para as enfermeiras entrevistadas, a visão do cuidar solidário é uma necessidade para o cuidar não só do paciente mas, também da família.

4.1.4 Quarto Tema – O Cuidar Ético –

Este tema emergiu de maneira bastante peculiar nos discursos das entrevistadas, onde várias foram as considerações de caráter ético levantadas:

“A família acha que pode investir. Quando o coração esta batendo eles acham que deve investir. Então existe em nós o conflito se investe ou não” (E 7).

“Primeiro eu acho que a UTI não é o lugar para cuidar do paciente com esse diagnóstico; acho que deveria existir um lugar para cuidar desses pacientes” (E 8).

“A UTI é para pacientes recuperáveis, mas quando falo isso não quero dizer que devemos abandonar o paciente a sua própria sorte” (E9)

Nota-se uma preocupação, relevante nos discursos, quanto às questões éticas sobre a morte e o morrer e sobre o internamento do paciente fora de possibilidade terapêuticas de cura dentro da UTI. É fato que, os avanços científicos e tecnológicos, na área da saúde contribuíram e continuam a contribuir para salvar a vida de inúmeros indivíduos ou de mitigar os seus sofrimentos. No entanto, são incontestáveis os problemas éticos que esses avanços trouxeram. Questões éticas que giram em torno do conceito de morte, de quando manter ou suspender o tratamento, de manter ou não uma vida artificialmente, entre outros. Hoje temos palavras como distanásia, eutanásia, ortotanásia, fazendo parte do vocabulário e do cotidiano dos profissionais de saúde.

As enfermeiras intensivistas vivenciam todo este arsenal de questões éticas no seu cotidiano e, por muitas vezes não concordam com as condutas de outros profissionais, porém, nada podem ou pouco tem a fazer. Certamente, por inúmeras vezes as enfermeiras se defrontam com o prolongamento do sofrimento do indivíduo através da utilização indiscriminada e inútil da tecnologia, porque a medicina tem apreço pela vida e luta a qualquer custo contra a morte.

Na realidade, as tecnologias atualmente disponíveis para o prolongamento da vida são excelentes, mas geram conflitos éticos e provocam verdadeiras discussões no campo da bioética. Isto, também, provoca na família, falsas esperanças de cura de uma situação que já chegou ao seu término.

Waldow (2001) pontua que as enfermeiras brasileiras alertam sobre sua incapacidade em se posicionar nas questões e dilemas éticos, que envolvem não somente a medicina, mas, também, a enfermagem e, que em muitas instituições, o comitê de ética não inclui enfermeiras.

É necessário para as enfermeiras ter o conhecimento dos princípios éticos básicos e a capacidade de aplicação efetiva destes para uma prática adequada. Este é o cuidar com ética.

Boff (2003) declara que ética é um conjunto de valores e princípios, de inspiração e indicações que valem para todos os indivíduos, pois esta ética está fundamentada na nossa humanidade. Para este autor a ética do cuidado é essencial, pois tudo que fazemos é acompanhado de cuidado ou da falta dele.

Sem dúvida, ao observarmos a ética no cuidar, estaremos cuidando humanamente, pois estaremos valorizando não só os direitos dos envolvidos, mas, também, suas motivações, suas atitudes, sua personalidade, ou melhor toda a sua história de vida.

Os inúmeros conflitos éticos que despontam, durante o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, na UTI, surgem provavelmente diante da necessidade de tomada de decisões que o cotidiano do cuidar desses pacientes exige, não só das enfermeiras intensivistas, mas também dos demais profissionais de saúde. Estes conflitos emergem provavelmente em decorrência das noções de valores que cada um trás dentro de si.

Para Zoboli (2004), a ética começa com o indivíduo, que ao ter que agir, toma sobre si o interesse e a preocupação decorrentes da responsabilidade com ele próprio. Portanto, é necessário ser ético consigo mesmo, para que possa ser ético ao cuidar das pessoas, ou seja, procurar tomar decisões, ter atitudes ou atos que visem o bem estar do ser cuidado.

Waldow (2001) afirma que o cuidar tem um valor profissional e pessoal, sendo de central importância em prover padrões normativos, os quais governam as ações e atitudes em relação àqueles a quem se cuida.

Outra questão bastante considerada pelas entrevistadas é quanto ao local de atendimento adequado aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Na prática atual, encontramos a UTI lotada de pacientes sem qualquer perspectiva de cura, onde são submetidos ao prolongamento de sua dor e sofrimento. Geralmente são internados na UTI por não haver um local específico para oferecer cuidado de fim de vida. Temos, ainda, poucas unidades de cuidados paliativos no Brasil, segundo dados da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (2006).

Na realidade, como uma das entrevistadas afirma, a UTI é lugar para pacientes recuperáveis. No entanto, diante da escassez de leitos, unidades ou locais para o cuidado ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, bem como, a postura de alguns profissionais e exigência de alguns familiares, que tentam a qualquer custo, prolongar o sofrimento destes pacientes, eles são internados dentro da UTI, invadidos por sondas e cateteres, aumentando seu sofrimento, da família e dos próprios profissionais, ou seja, são submetidos a uma violência sem necessidade, pois, não resta até o presente momento, mais nenhuma possibilidade de recuperação.

Knobel e Silva (2004) referem que cabe ao médico dar a família noções sobre o sofrimento do paciente, complicações e a evolução clínica, para que num consenso com esta família e os demais profissionais, entre eles a enfermeira, seja instituída a melhor forma de tratamento. Os autores ressaltam que o tratamento não visa somente à cura, mas também ao alívio da dor, dar conforto e estabilidade clínica, por mais reservado que seja o prognóstico. Certamente que estão falando dos cuidados paliativos e toda sua filosofia, que é melhorar a qualidade de vida do indivíduo que está morrendo. Nota-se, atualmente, uma maior compreensão dos outros profissionais de saúde sobre a importância do cuidar e quão o mesmo é essencial para os indivíduos. E, este cuidar, deve ser sempre ancorado pela ética.

O debate envolvendo ética e os cuidados aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura fica evidente nos discursos, onde percebe-se que existe uma preocupação das enfermeiras intensivistas quanto a valores como liberdade, fraternidade, igualdade e sobretudo humanidade. Quando muitas das entrevistadas deixam transparecer em suas falas, que a UTI não é o melhor local para cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, fica patente a visão do cuidar ético, pois deixam evidenciar que é necessário, é essencial, cuidar do humano, com qualidade, desvelo, solidariedade, atenção, cooperação, carinho, entre outros. E o que seria então todos esses valores? Decerto que todos eles são fundamentados nos quatro grandes princípios éticos, como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Assim, os indivíduos certamente receberão cuidados fundamentados na ética.

Apesar dessa visão de um cuidado ético que as enfermeiras intensivistas demonstraram, nota-se que existe uma lacuna em relação ao preparo dessas enfermeiras, quanto ao lidar com as questões éticas no seu cotidiano. É preciso saber cuidar com ética, porém muitas ainda se sentem despreparadas para entender e discutir sobre as questões que envolvem aspectos éticos, questões tais como o significado do ser humano, tal como explicitado no seguinte depoimento.

“... e acho uma judiação para o paciente, porque ficar em UTI onde mais nada pode ser feito em termos de tratamento. Mas essa é uma questão ética, por que isso independe do paciente, por que muitas vezes a família exige do médico que seja feito tudo, mesmo sabendo que o paciente não tem mais cura. Eu acho doloroso pra nós por que a gente fica vendo todo aquele sofrimento desnecessário” (E17).

Esta fala nos leva a uma reflexão muito mais profunda sobre o cuidar, pois assume inúmeras implicações de ordem ética, e uma delas, talvez a principal, sobre o sentido e o

significado da existência humana. Aqui percebe-se situações conflitantes para as enfermeiras, a angústia de querer ajudar, ser solidário, e a angústia de nada poder fazer em termos de cura.

Na verdade, o familiar se não é bem preparado pelo profissional de saúde, seja ele o médico ou a enfermeira, pode se tornar um coadjuvante no prolongamento do sofrimento do seu ente querido, pela exigência de que tudo seja feito para alcançar a cura, cura que já não existe mais possibilidade de ser atingida. Sabe-se que, em grande parte das situações, é o familiar quem toma as decisões pelo paciente, mas será que estão preparados para decidir, será que nessa tomada de decisão tomam atitudes em prol de si mesmo ou favor dos entes queridos? Certamente, que os profissionais que cuidam se questionam a cerca disso. Daí a importância do diálogo permanente entre família e profissionais, a fim de garantir a autonomia dos indivíduos cuidados.

Acredita-se ser a ética o fio condutor de um cuidar efetivo, pois é através dela que se busca atingir benefícios e de dar garantia à integridade humana, garantindo a dignidade humana. Dessa forma, os princípios éticos devem servir de sustentáculo para que os profissionais atuantes em UTI possam refletir sobre seus comportamentos e, principalmente, na tomada de decisão no momento de cuidar. Portanto, a ética, por enfatizar os valores, os deveres e direitos, o modo como os indivíduos se conduzem nas relações interpessoais, constitui-se numa dimensão essencial para um cuidar digno, efetivo e acima de tudo cada vez mais ético.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que na enfermagem existem diferentes formas de cuidar, sendo que a vertente maior desse cuidar é a valorização do indivíduo, respeitando a sua condição humana. Nesta reflexão não deveria haver discussão em torno das práticas curativas ou práticas preventivas, mas sim em torno das práticas ideais que visem uma melhor qualidade de vida.

Quando analisamos e refletimos sobre os discursos das enfermeiras intensivistas em referência à sua visão sobre o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, foi possível identificar quatro temas, o cuidado profissional, o cuidado sensível, o cuidar solidário e o cuidar ético.

Os objetivos desse estudo foram conhecer e analisar a visão das enfermeiras intensivistas sobre o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, sendo contemplado nos resultados apresentados.

Certamente que ao cuidar desses pacientes, os quatro tipos de cuidar que foram visualizados estão intrinsecamente relacionados, ou seja, não existe uma linha divisória entre estes quatro tipos de cuidar para as enfermeiras intensivistas. Verdadeiramente, foi possível observar que para algumas enfermeiras intensivistas entrevistadas, um ou dois desses tipos de cuidar se tornaram mais visíveis.

Na análise dos temas foi identificada uma visão de um cuidar tido como cuidar profissional, pois se entende que a enfermagem tem o domínio sobre o cuidar/ cuidado, tomando-o como a sua práxis e, identificado, também como as enfermeiras assimilam os seus fundamentos e o praticam no seu cotidiano. Apesar desse cuidado ter sido percebido, ainda como um cuidar baseado em funções e tarefas, observamos uma crescente preocupação em modificar, ou melhor, resgatar a práxis da enfermagem, que além de estar voltada para um cuidar fundamentado também em técnicas, no biológico, não deve esquecer do indivíduo como ser humano, em sua totalidade.

Outra forma de cuidar visualizada foi o cuidar sensível pautado pela valorização do indivíduo como humano, percebido por suas crenças e valores. Ficou bastante claro nas entrevistas esta forma de cuidar, ancorado pelo envolvimento afetivo entre os indivíduos envolvidos na relação de cuidar, envolvimento este embasado pela compreensão da dimensão psicológica do ser cuidado.

Ao discorrer sobre o cuidar solidário, a outra forma de cuidar visualizada nas entrevistas, ficou evidenciado a importância da família em todo contexto do cuidar de

pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A solidariedade, a solicitude foram condutas percebidas nos discursos. Neste tipo de cuidar, notamos uma visão voltada para a rede familiar, que certamente é o alicerce e o apoio para que os indivíduos compreendam, aceitem e até consigam superar seus medos e receios na vigência da terminalidade. Nesta visão de cuidar, as enfermeiras expressaram fortemente a empatia, uma forma de compreender o outro, de identificar suas necessidades e de buscar ações, atitudes e comportamentos de aceitação, afeto, carinho, com a finalidade de tornar os momentos de adversidade menos estressantes.

Outra visão de cuidar evidenciada foi o cuidar ético, embasado por todas as nuances éticas que envolvem o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Um aspecto evidenciado foi a preocupação das enfermeiras pela necessidade de se ter um local adequado para o cuidado a esses pacientes, local que no entendimento delas não deveria ser a UTI. Foi percebido que alguns profissionais têm imbuído, em si, a filosofia dos cuidados paliativos e procuram aplicá-la no seu cotidiano. No entanto, estas mesmas enfermeiras relatam que não estão e não foram preparadas para este modo especial de cuidar.

Do mesmo modo, ficam evidentes os conflitos éticos que as enfermeiras intensivistas enfrentam diariamente, e como se sentem incapazes de enfrentar estes conflitos. São conflitos éticos tais como, investir ou não, prolongar ou não o sofrimento, internar ou não pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura em UTI, entre outros.

Na verdade, fica patente como a ética conduz as enfermeiras durante o processo de cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, através do processo de tomada de decisões, e a escolha de diferentes opções de condutas para nortear as suas práticas.

Durante a análise das falas das entrevistadas puderam ser visualizados diferentes sentimentos demonstrados pelas enfermeiras durante o cuidar desses pacientes, tais como angústia, tristeza, solidariedade, preocupação em proporcionar conforto, entre outros. Percebemos também, a preocupação dessas enfermeiras com a qualidade de vida dos pacientes e a preocupação não somente com o sofrimento do paciente, mas também de seus familiares.

Finalizamos este estudo com a esperança de que as enfermeiras intensivistas, apreendam cada vez mais e entendam que se faz necessário a adoção e a implementação de um cuidar cada vez mais efetivo, reconhecendo o indivíduo como um ser dotado de múltiplas faces, e que necessita de ajuda contínua para o enfrentamento do seu adoecimento e processo de terminalidade, ajuda essa que é, e deve ser fornecida pelo profissional que tem o cuidar como seu fazer.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ARRUDA, E. N.; MARCELINO, S. R. - **Cuidando e confortando**. In: Nascimento-Schulze, C. M. Dimensões da dor no câncer. São Paulo: Editora Robe, 1997.

ARRUDA, E. N. Conforto e as suas interfaces com o cuidar e os cuidados de enfermagem – Mesa Redonda. **Enfermagem Atual**. São Paulo. jul/ago. 2005

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Boletim de atualidades AMIB**, Rio de Janeiro, 2005.

UTI: Histórico da criação das UTI. Disponível em www.medicinaintensiva.com.br, acessado em 24/06/2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS (ABCP) – Os cuidados paliativos no Brasil – 2004. disponível em www.cuidadospaliativos.com.br, acessado em 25/09/2006.

BACKES, D.S.; MARTINS, D.; DELLAZZANA, A.R. - **É possível humanizar o cuidado em UTI ?** – In: COSTENARO, R.G.S. (org). Cuidando em enfermagem: Pesquisas e reflexões. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

BARCIFICONTAINE, C. de P. de. - **Prefácio** – In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org). Humanização e Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997

BASTOS, M.A.R. – O saber e a tecnologia: mitos de um Centro de Terapia Intensivo. **Rev.latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.10, n.2, mar/abr. 2002.

BELLATO, R.; CARVALHO, E.C. – O jogo existencial e a ritualização da morte – **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.99-104, jan/fev. 2005

BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidar: dimensão e sentido da vida**. Florianópolis, PEN – UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002 (série teses).

BIFULCO, V.A. – O cuidar do paciente fora de possibilidades de cura – **Rev. Prática Hospitalar**. Ano VII, n. 41, set/out, 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes.2004

BORBROFF, M. C. C. **Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivos no aluno de enfermagem: construção de instrumentos**. Ribeirão Preto, 2003. 149p. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Universidade de São Paulo, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização – A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF), 2004.

_____. **Programa Nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília, 2002. Disponível em www.portalhumaniza.org.br. Acessado em 28/07/2006.

_____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O controle do câncer no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde – Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, cap. 4, p. 235-271, 1999.

BUENO, F. S. **Grande dicionário etmológico – prosódio da língua portuguesa**. São Paulo: Brasileira, 1974.

BUSTAMANTE, L.E.Z.; Cuidar de otros: Condición humana y esencia de uma profesión. **Investigación y educación em enfermería**. Colômbia, v.21, n.2, set/ot. 2003.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix. 1997.

CARVALHO, M.V.B. Paciente com prognóstico reservado. **Artigos científicos. Assoc. Bras.Cuidados paliativos**.17/06/2002. Disponível em www.cuidadospaliativos.com.br. Acessado em 10/06/2006.

CARVALHO, M.V.B.; FRANCO, A.C.R. Uma experiência de ensino sobre a relação paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura/enfermeira em nível e graduação. **Rev. Prática Hospitalar**, São Paulo, v.1, n. 5, p. 47-54, set/out. 1999.

COELHO, M.J. Conforto e as suas interfaces com o cuidar e os cuidados de enfermagem – Mesa Redonda. **Enfermagem Atual**. São Paulo. jul/ago. 2005

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2. ed. Lisboa: Lusociências, 2003

_____. **Promover a vida – da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1999

GARROS, DANIEL. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: É isso possível? **J. Pediatr**. v.79, supl. 2, Porto Alegre nov. 2003.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

FERREIRA, C.L.L.; CAMPONOGARA, S. **Interação equipe de enfermagem-paciente terminal: Uma análise reflexiva.** In: COSTENARO, R.G.S. (org). Cuidando em enfermagem: Pesquisas e reflexões. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

FERREIRA, A.B.de H. – **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 3. ed. Curitiba: Positivo. 2004.

FIGUEIREDO, M. T. de A. **Cuidados paliativos: você sabe o que é?.** Jun/2006. Disponível em www.oncoguia.com.br acessado em 26/06/2006.

HUDAK, C.M.; GALLO, B.M. **Cuidados intensivos de enfermagem – uma abordagem holística.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997

HUF, D.D. **A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem.** Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

KNOBEL, E.; LASELVA, C.R.; JUNIOR, D.F.M. **Terapia intensiva: enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2006.

KNOBEL, M.; SILVA, A. L. M. O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento? **Einstein.** São Paulo. v.2. n.2. p.133. 2004.

KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. – **Sobre a morte e o morrer -.** 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LLAVERIA, E.D.; POLAINO-LORENTE. – **A comunicacion y verdad en el paciente terminal.** In: Polaino-Lorente, A. (org.) Manual de Bioética general. 2. ed. Madrid: Rialp, 1994. p. 387-495.

LEININGER, M. A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM. Florianópolis, 1985. **Anais.** Florianópolis: Editoria da UFSC, 1985. p.232-254.

LIRA, G.V.; NATIONS, M.K.; CATRIB, A.M.F. Cronicidade e cuidados de saúde: O que a antropologia tem a nos ensinar. **Rev.Texto & Contexto de enfermagem.** Florianópolis. v.13, n.1 p. 147-55 , jan/mar, 2004.

LOURENÇO, E. da C. **As necessidades de cuidado e conforto em UTI oncológica: com a palavra os visitantes.** [Dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MELO, A. G. C. Cuidados paliativos – Histórico e filosofia – disponível em www.oncoguia.com.br. acessado em 26/06/2006.

MELO, A.G.C. de; FIGUEIREDO, M.T. de A. **Cuidados Paliativos _ conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos** – In: PIMENTA, C.A. de ; MOTA,

D.D.C. de F.; CRUZ, D.de A. L. M. - Dor e Cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

MCCOUGHLAN, M. - **A necessidade de cuidados paliativos** – In PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org). Humanização e Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

:
NASCIMENTO, E.R.P. do; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem de terapia intensiva (UTI): terapia de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-americana de enf.** v.12 n.2 Ribeirão Preto. Mar/abril. 2004.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez ABEn- CEPEn, 1989.

PAIXÃO, M. A.; BARBIERE, J. **Brasil é hoje um país de meia idade**. Disponível em Idade Ativa – Revista eletrônica da terceira idade. www.techway.com.br. Acessado em 28/06/2006.

PALÚ, L.A.; LABRONICI, L.M.; ALBINI, L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Cogitare Enfermagem** v.9 n.1 América do Sul. Jan/jun. 2004.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

PITTA, ANA – **Hospital: Dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec. 4. ed. 1999.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. trad. Ana Thorrel. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto alegre: Artmed, 2004.

SAUNDERS, C. – **Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach**. London: Edward Arnold. 1991.

SEPÚLVEDA, C. – Los cuidados paliativos: Perspectiva de la organización Mundial de la salute. **Dolentium Hominun**. Vaticano v.58, n.1, p. 16-19. 2005.

SILVA, M. J. P. **Qual o tempo do cuidado?: humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Loyola, 2004.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação enfermeira- paciente: teoria, ensino e pesquisa**. Tese de livre docência . São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1990.

TALENTO, B. – **Jean Watson** – In: GEORGE, J.B. Teorias de enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

TEIXEIRA, M.A. et al. Implantando um serviço de suporte terapêutico oncológico – STO. **Rev. Bras. Cancerologia**. Rio de Janeiro, v.39, n.2, p. 65-87, abr/jun.1993.

THOMAS, C.; CARVALHO, V.L. de. **O cuidado ao termino de uma caminhada**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermagem psiquiátrica**. 3 ed. Colômbia: Carvajal. 1979.

TORRES, GERTRUDES. – **Florence Nightingale** – In: GEORGE, J.B. Teorias de enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

VARGAS, M.A. de O.; MEYER, D.E. Re-significações do humano no contexto da “ciborguização”: olhar sobre as relações humano-máquina na terapia intensiva. **Rev Esc. Enferm.USP**.São Paulo. v.39 n.2 2005.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**.Petrópolis: Vozes. 2006.

_____ **O cuidado na saúde – as relações entre o eu, o outro e os cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____ **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. 2. ed. 2001.

_____ **Cuidar/cuidado: o domínio unificador**. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. (org) – Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who definition of palliative care**. 1990. Disponível em www.who.int. acessado em 26/06/2006.

ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc. Enferm.USP**.São Paulo. v.38 n.1 p.21-7 2004.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Dados Pessoais:

Nome: _____ Idade: _____ Religião: _____ Sexo _____

Tempo de formação: _____

Instituição de formação: _____

Tem curso de pós-graduação? Sim ____ Não ____.

Se sim qual? _____

Tempo de atuação em UTI: _____.

Trabalha em outra instituição? Sim ____ Não ____.

Se sim, qual atividade exercida? _____

2. Dados referentes ao tema em estudo:

2.1. O que é para você, como enfermeira intensivista, cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura?

2.2. Como você cuida desses pacientes?

APÊNDICE B _____ TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está convidado (a) a participar voluntariamente da presente pesquisa, a qual se constitui no tema de dissertação de mestrado em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, intitulado **Cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura: visão das enfermeiras intensivistas**. Esta pesquisa tem como pesquisadora responsável a enfermeira Ednamare Pereira da Silva, sob a orientação da Profa. Dra. Dora Sadigursky.

O objetivo dessa pesquisa é conhecer a visão das enfermeiras intensivistas sobre o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e analisar esta visão.

Será realizada uma entrevista semi-estruturada, onde todas as informações serão gravadas e depois transcritas.

Esclareço que ao concordar em participar dessa pesquisa serão respeitados todos os direitos do entrevistado, tais como:

- garantia de sigilo absoluto sobre todas as informações fornecidas;
- garantia da liberdade de participar ou deixar de participar da pesquisa, podendo recusar ou retirar o consentimento a qualquer momento;
- manter a identificação do entrevistado em sigilo absoluto, sendo que os dados e os resultados da pesquisa serão divulgados e publicados sob forma oral e escrita, sem a revelação da identidade do entrevistado;
- fazer perguntas e obter informações sobre qualquer dúvida antes, durante e/ou após sua participação na pesquisa;
- garantia de ser entrevistado (a) no momento que lhe for mais conveniente;
- garantia de que toda informação fornecida não lhe trará prejuízos de qualquer ordem.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa dessa instituição, e será assinado em duas vias, de igual conteúdo, ficando uma via em poder do entrevistado e outra com o pesquisador.

Eu.....concordo em participar voluntariamente como sujeito dessa pesquisa, após ter lido e compreendido todas as

informações acima e todas as minhas perguntas esclarecidas satisfatoriamente pelo pesquisador responsável.

Data, local e assinatura do entrevistado.

Data, local e assinatura do pesquisador.

	COMUNICAÇÃO INTERNA		Data:	26/04/07
			Nº	13/07
De:	CEP - Comitê de Ética em Pesquisa	Para:	Enfa. Ednamare Silva Pesquisadora Principal	
Ref.	Projeto de Pesquisa Nº 13/07			

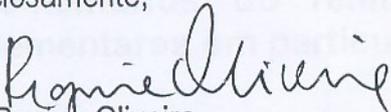
Prezada pesquisadora:

Cumpre-nos cientificá-la que o **Projeto de pesquisa nº 13/07**, intitulado "Cuidar de Pacientes Fora de Possibilidades terapêuticas de Cura: Visão das Enfermeiras Intensivistas", foi apreciado em 18/04/2007, em reunião ordinária deste Comitê, tendo sido aprovado.

Reiteramos a necessidade de ser encaminhado o primeiro relatório periódico até o dia 30/10/2007 e os demais relatórios deverão ser encaminhados ao CEP a cada seis meses. Caso o projeto seja concluído antes do vencimento de novo período semestral, favor encaminhar o relatório final.

Estamos à disposição para esclarecimentos, que se fizerem necessários, através do telefone 3281-6484 ou pelos e-mails cep@hsr.com.br ou edna.lima@hsr.com.br

Atenciosamente,


Dra. Regina Oliveira
Coordenadora do CEP / HSR

Regina M.ª P. Oliveira
Coordenadora do CEP / HSR

PARECER CONSUBSTANCIADO

Nº 13/07

I. Identificação

Título do Projeto: Cuidar de pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura: visão dos enfermeiros intensivistas.

Pesquisador Principal: Enfermeira Ednamare Pereira da Silva

Instituição: UFBA

Local: Hospital São Rafael / UTI adulto

II. Objetivo Principal : Conhecer a visão dos enfermeiros intensivistas sobre o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Objetivos secundários: Analisar a visão dos enfermeiros intensivistas sobre o cuidar de pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura..

III. Sumário do Projeto:

a) **Descrição e caracterização da amostra:** as enfermeiras de assistência que trabalham nas duas UTI que atendem pacientes adultos do HSR..

b) **Crterios de Inclusão:** - enfermeiras que trabalham nas UTIS de adulto do hospital HSR.

c) **Crterios de Exclusão:** - o que não se enquadram nesta posição.

d) **Adequação da Metodologia:** pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, com fundamentação teórica do processo de cuidar direcionada pela abordagem desenvolvida por Colliere.

e) **Adequação das condições:** - adequada

IV. Comentários do relator, frente à resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

a) **Estrutura do protocolo:** Adequado

b) **Justificativa de uso de placebo:** Não se aplica

c) **Justificativa de suspensão terapêutica (Wash-out):** Não se aplica

d) **Análise de risco e Benefícios:** Constitui um caminho para sensibilizar os profissionais de saúde, no sentido de estabelecer um compromisso no exercício de suas atividades junto aos pacientes fora de possibilidades de cura levando ao aprimoramento do pensar e do agir em relação ao processo de vida fase final tendo em vista o cuidado humanizado e autêntico, bem como uma conduta sensível e zelosa que aproxime a equipe de saúde, o doente e a família.

e) **Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para comunidade** os benefícios estão descritos acima

f) **Adequação do Termo de Consentimento Informando e forma de obtê-lo:** adequada.

g) **Informação adequada quanto ao financiamento:** Serão assumidas pela

pesquisadora

h) **Outros centros em caso de estudos multicêntricos:** não se aplica

V. Parecer do CEP: Explicar se o projeto será encaminhado a CONEP (áreas temáticas especiais) e que, neste caso, deve-se aguardar a apreciação final desta para o início da execução.

Aprovado

VI. Data da reunião: 25 de abril de 2007

Assinatura do parecerista