

**Universidade Federal do Rio de Janeiro**  
**Escola de Enfermagem Anna Nery**

**O Enfermeiro e a Assistência a Necessidade  
Não Física do Cliente: O Significado do Fazer**

*TERESINHA DE JESUS ESPIRITO SANTO DA SILVA*

Rio de Janeiro  
Dezembro/1998

# O Enfermeiro e a Assistência a Necessidade Não Física do Cliente: O Significado do Fazer

*TERESINHA DE JESUS ESPIRITO SANTO DA SILVA*

Tese de Doutorado apresentada à Escola de  
Enfermagem Anna Nery, da Universidade  
Federal do Rio de Janeiro.

**ORIENTADORA**

Dra. Florence Romijn Tocantins

Rio de Janeiro  
1998

SILVA, Teresinha de Jesus Espirito Santo da  
S586e

O Enfermeiro e a Assistência a Necessidade Não Física do Cliente: O Significado do Fazer/ Teresinha de Jesus Espirito Santo da Silva - Rio de Janeiro, 1998. ix, 119p.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Nery, 1998.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Florence Romijn Tocantins.

Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ívis Emília de Oliveira Souza.

1.Relações Enfermeiro-Paciente. 2.Cuidados de Enfermagem. 3.Filosofia.  
4.Schutz, Alfred, 1899-1959. I. Tocantins, Florence R. II. Título.

CDD: 610.730699

# O Enfermeiro e a Assistência a Necessidade Não Física do Cliente: O Significado do Fazer

TERESINHA DE JESUS ESPIRITO SANTO DA SILVA

Tese submetida ao corpo docente da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor.

Aprovada por:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Florence Romijn Tocantis  
Orientadora  
Presidente

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Benedita Maria Rego  
1<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Vera Lúcia de Miranda Abrantes  
2<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Creusa Capalbo  
3<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ivis Emília de Oliveira Souza  
4<sup>a</sup> Examinadora

Rio de Janeiro  
1998

## Dedicatória

- A **Deus**, sem o que nada seria possível.
- Aos meus pais **Josemar** (*in memoriam*) e minha mãe **Carmem** por permitirem a realização de todos os meus sonhos, doando sua sabedoria e força em todos os momentos de minha vida.
- As minhas irmãs **Carmem Lúcia** e **Maria Lúcia** pelo carinho e incentivo para prosseguir sempre.
- Ao meu esposo **Paulo Daniel** e meus filhos **Daniel** e **Helena**, companheiros presentes em todos os momentos. Obrigada por existirem.

## Agradecimento Especial

**FLORENCE ROMIJN TOCANTINS**

*“... cada um que passa em nossa vida passa sozinho, mas nunca vai só, nem nos dexia só. Leva um pouco de nós mesmos e deixa um pouco de si mesmo”*

**Antoine Sant. Exupéry**

**Obrigada amiga pelo muito que você me deixou.**

## Agradecimentos

- A **Escola de Enfermagem Alfredo Pinto** da Universidade do Rio de Janeiro – UNI-RIO por confiarem em minha qualificação.
- Aos colegas do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, professores: **Almerinda, Beatriz, Célia, Denise, Elza, Fabiana, Gicélia, Iara, Isabel, Joséte, Karine, Luiza, Sônia, Vera, Walter.**
- Aos **Colegas da Coordenação Geral de Controle e Avaliação de Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – SUS** que me substituíram nos trabalhos realizados enquanto estive ausente.
- Às Colegas que integram o grupo de estudos: A Sociologia Compreensiva de Alfred Schutz – **Florence, Bené, Lia, Alba, Cristina, Zélia, Eurinilce, Maria Andrade, Antonia** que contribuíram com suas discussões para elucidar aspectos importantes deste estudo.
- As minhas amigas e irmãs espirituais, **Rita Ferreira Cardoso** (Dinda Rita) e **Maria Aparecida de Luca Nascimento**, sempre presentes em todos os momentos de minha vida.
- Aos **Enfermeiros** que atuam no **CTI do Hospital Municipal Souza Aguiar**, pelo carinho, atenção e interesse dispensados.
- As Funcionárias da Secretaria da Pós-Graduação **Sônia e Inês** pela presteza e paciência com que atenderam as minhas solicitações.
- A Sra **Maria Thereza** que procedeu a leitura e correção deste estudo de modo atento e carinhoso.
- A amiga **Leila Rangel**, mais um anjo que encontrei em meu caminho, pela sua inestimável atenção e carinho na organização final deste estudo.
- A todos que direta ou indiretamente permitiram mais esta conquista em minha vida pessoal e profissional.

*Quando tomamos consciência de nosso papel, mesmo o mais obscuro, só então somos felizes. Só então podemos viver em paz e morrer em paz, pois o que dá sentido à vida dá um sentido à morte.*

**Antonie Sant. Exupéry**

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	01
• SITUAÇÃO ESTUDADA.....	12
• OBJETIVO DO ESTUDO .....	17
<b>ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA</b> .....	20
<b>TRAJETÓRIA DO ESTUDO</b> .....	27
• OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS .....	28
• CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO .....	34
• O TIPO VIVIDO.....	39
<b>O ENFERMEIRO QUE REALIZA CUIDADOS NÃO FÍSICOS AO CLIENTE NO CTI: UMA ANÁLISE COMPREENSIVA</b> .....	41
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	48
<b>ANEXOS</b> .....	52
<b>DEPOIMENTOS DOS ENFERMEIROS</b> .....	53
• DEPOIMENTO N <sup>o</sup> 1 .....	53
• DEPOIMENTO N <sup>o</sup> 2 .....	60
• DEPOIMENTO N <sup>o</sup> 3 .....	69
• DEPOIMENTO N <sup>o</sup> 4 .....	77
• DEPOIMENTO N <sup>o</sup> 5 .....	88
• DEPOIMENTO N <sup>o</sup> 6 .....	90
• DEPOIMENTO N <sup>o</sup> 7 .....	98
• DEPOIMENTO N <sup>o</sup> 8 .....	103

SILVA, Teresinha de Jesus Espirito Santo da. **O Enfermeiro e a Assistência a Necessidade Não Física do Cliente: O Significado do Fazer.** Orientadora: Florence Romijn Tocantins. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1998, viii, 119p. Tese (Doutorado em Enfermagem).

## RESUMO

Neste estudo procuro explicitar um dos aspectos da prática assistencial do enfermeiro — o cuidar. Este interesse surgiu do entendimento que embora a enfermagem tenha adotado a compreensão holística do homem, ao propor ações de cuidado, busca no modelo biomédico os seus fundamentos. Centro este estudo no cuidado não físico — assim denominado para situar o cuidar que não envolve procedimentos técnicos normativos, mas que emerge naturalmente durante a realização destes. Adotei como referencial teórico-metodológico a Sociologia Compreensiva de Alfred Schutz, por entender que o cuidar contempla de modo claro a intersubjetividade. Entendendo o cuidar não físico integrando o cuidado físico, procurei saber que motivos conduzem o enfermeiro para este cuidar. Considerei o Centro de Terapia Intensiva (CTI) como local apropriado para desenvolver este estudo, pela sua ambiência, os procedimentos técnicos e o significado no senso comum que o CTI encerra. Na apreensão do tipo vivido, o significado do cuidar não físico para os enfermeiros surge como sendo aquele que, ao fazê-lo, considera uma identificação pessoal com o cliente, proporcionando satisfação pessoal e profissional. A análise deste tipo vivido permitiu identificar que a fragmentação do cuidar apresenta como agravante o não atendimento à pessoa de modo holístico, por centrar, como objeto de sua ação, o procedimento técnico, situando este fazer como sendo de tarefas. Concluo que o cuidar envolve uma atitude reflexiva sobre esta ação e a recolocação da pessoa como sujeito real desta, pois somente neste entendimento pode-se afirmar que o enfermeiro está cuidando.

SILVA, Teresinha de Jesus Espirito Santo da. **O Enfermeiro e a Assistência a Necessidade Não Física do Cliente: O Significado do Fazer.** Orientadora: Florence Romijn Tocantins. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1998, viii, 119p. Tese (Doutorado em Enfermagem).

### ABSTRACT

In this study I try to elucidate one of the aspects of nursing practice — the care. This interest appeared of the understanding that even when nurses have been adopting a holistic conception of the person, when considering their actions of care, it is in the biomedical model that their beddings are grounded. I center this study about the nonphysical care — thus called to point out the care that does not involve normative and technician procedures, but that one that emerges during the accomplishment of care. I adopted as theoretical and methodological reference the comprehensive sociology of Alfred Schutz, for understanding that the action of care involves intersubjectivity. Conceiving that non-physical care integrates the physical care, I looked for to comprehend what reason led the nurse to develop that kind of care. I considered the Intensive Care Unity (ICU) as an appropriate place to develop this study, for its environment, the technician procedures and the common-sense meaning that the ICU locks up. In the apprehension of the lived type, the meaning of non-physical care for nurses does appear as being that one that considers it a personal identification with the client, providing personal and professional satisfaction. The analysis of this lived type of nurse allowed me to identify that the fragmentation of care presents as aggravation the non-attendance of the person in a holistic mode, for care presents as aggravation the non-attendance of the person in a holistic mode, for centering, as object of his/her action, the technician procedure, pointing out this acting as a tasks. I conclude that to care involves a reflexive attitude about this action and the replacement of the person as a real subject of this care. Only with this agreement it can be affirmed that the nurse has care as a professional action.

## Considerações Iniciais

---

Para entender as questões que envolvem a prática assistencial de enfermagem no Brasil considero oportuno analisar a própria origem da enfermagem. Quando menciono olhar o seu passado, não pretendo o resgate rigoroso de sua trajetória associada a momentos históricos e políticos, mas a recuperação de algumas situações que acredito facilitem a compreensão e o entendimento da enfermagem no momento atual.

A enfermagem como profissão, passou por vários estágios e vivenciou diversos momentos em relação ao cuidado do homem sadio ou doente.

Para compreender e analisar esta prática torna-se indispensável estudarmos na ótica da história da mulher prestadora de cuidados, onde nas sociedades primitivas, são as mulheres as responsáveis pelos doentes, e por todas as ações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento. Era também parte do seu saber o conhecimento de plantas ou ervas medicinais curativas sendo este conhecimento transmitido de geração para geração.

Posteriormente este tipo de conhecimento é condenado e reprovado pela igreja passando o cuidado a ser desenvolvido institucionalmente em dispensários. Assim, desde o fim da Idade Média até o fim do século XIX, as práticas de cuidado são transferidas às congregações religiosas que cuidavam dos doentes nas instituições que os abrigava.

O ideal dominante era caritativo e filantrópico, e o cuidar "doméstico" realizado pelas mulheres, lhes alçava a uma dimensão divina, eram consideradas "consagradas".

É no fim do século XIX, meados de 1860, com Florence Nightingale que a enfermagem passa a assumir dois papéis: o técnico e o moral (NUNES, 1996).

Desse modo, é a partir de Florence Nightingale na Inglaterra, em 1860, que surge a enfermagem científica, caracterizada pela organização da assistência, fundamentada no desenvolvimento de técnicas que obedeciam ao modelo da racionalidade científica proposto por Claude Bernard, cuja principal preocupação consistia em demonstrar a importância da pesquisa experimental para o desenvolvimento da medicina.

Nesse pensamento, todas as ciências naturais devem seguir o método experimental, procurando pelo conhecimento da lei dos fenômenos naturais, prever, dominar e alterar estes fenômenos naturais. (CAPALBO, 1984)

A partir desse entendimento, o homem é visto como um organismo mecânico cujo funcionamento pode ser analisado e tratado isoladamente. A visão do homem como pessoa doente é substituída pela visão do homem portador de uma patologia.

Norteada por este princípio, Florence ao criar a primeira Escola de Enfermeiras, o faz segundo o modelo biomédico, enfatizando que a formação das enfermeiras deveria incluir além da fundamentação científica para realização das técnicas de cuidar, um protocolo moral. Estabelece assim, um Boletim Moral, onde menciona os comportamentos aceitáveis na enfermeira, estando neste aspecto inserido valores morais diretamente associados aos praticados pelas irmãs de caridade, tais como devoção, dedicação, vocação, obediência, conduta correta, obrigação de servir aos médicos, subordinação ao pensamento e ao conhecimento.

Não pretendo julgar Miss Florence pela criação do que hoje poderia ser traduzido como "requisitos mínimos indispensáveis ao enfermeiro", visto que estes ainda hoje pautam as propostas contempladas no órgão formador, pretendo sim chamar a atenção que ao delinear a identidade profissional do enfermeiro, percebe-se que houve da parte de Florence Nightingale a influência do contexto histórico político da Inglaterra Vitoriana, estando portanto inserido neste, o papel que a mulher representava na sociedade, a ambiência da saúde, e mais, quem eram as pessoas que se ocupavam dos doentes. Ou seja, este manual disciplinador de comportamento de certo modo associa a formação científica da enfermeira a modelos comportamentais pautados no rigor moral.

Analisando textos atuais de pesquisadores que aprofundaram seu conhecimento na figura de Florence Nightingale com uma visão histórica política até bastante rigorosa, entendo que independente do seu prestígio político, ou outros fatores facilitadores, esta poderia ter se acomodado e deixado para outros a dura tarefa de criar uma identidade profissional. No entanto, apesar das críticas que lhes possam ser atribuídas construiu uma enfermagem com vistas a sistematizar e normatizar o fazer. E a constrói dividida em categorias ou seja, "as ladies nurses e as nurses". Onde as primeiras oriundas de classes sociais altas se destinavam ao ensino, à supervisão, e divulgação do sistema NIGHTINGALE e a segunda, de nível sócio-econômico inferior, deveria prestar cuidados diretos ao paciente.

Esta divisão social do trabalho identificado por ALMEIDA (1989) como domínio do "saber" as primeiras, e as segundas o "fazer" é caracterizada principalmente pela divisão técnica do trabalho. A prática é assim parcelada em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes, sendo a execução igualmente parcelada entre os profissionais de enfermagem o que nos permite pensar que o

tão questionado afastamento dos enfermeiros no cuidado direto com o cliente tem sua origem no próprio surgimento da profissão.

Entendo que a enfermagem na atualidade, ainda se apresenta com a marca perpetuadora de sua origem onde normas, rotinas, roteiros, manuais, padrões avaliativos e classificatórios formam o deleite dos que vivem a enfermagem que ordena, modela, arruma, categoriza, sistematiza, julga e avalia.

Sob esta ótica, é muito fácil construir a prática assistencial do enfermeiro. No entanto há que se considerar que estes instrumentos disciplinadores são vividos por pessoas (enfermeiros) que existem como profissionais, por que existem pessoas (clientes).

Ao visualizar a enfermagem atual considero-a inserida em um modelo resultante de uma política sócio-econômica, expressa em normas e rotinas, onde o aumento da quantidade de assistidos, não é acompanhada pela qualidade da assistência.

Neste cenário, a assistência de enfermagem desponta com uma questão bastante peculiar, onde o enfermeiro é, em algumas ocasiões, conduzido pela instituição a desenvolver ações que não estão diretamente relacionadas às previstas no seu exercício profissional, caracterizada por um fazer eminentemente "gerencial da assistência de enfermagem" e até organizacional da instituição. No dizer de ALMEIDA (1989) "*... a instituição precisa de alguém que conheça a essência do trabalho de enfermagem e não para executá-lo, pois desta forma haveria a necessidade de muitas enfermeiras, o que seria oneroso...*", ou seja, existe um fazer para o qual o enfermeiro foi formalmente preparado e qualificado para realizar e um esperado pela instituição, PEREIRA (1995, p.189) menciona que há uma disparidade entre o que sabemos e o que fazemos, pois sentimos a necessidade de prover um cuidado de qualidade, porém, nem sempre o conseguimos.

O cuidar da pessoa e o cuidado em si, não são valorizados pelas instituições, há ênfase no cuidado à doença, somando-se ao fato de que na visão administrativa institucional são delegadas ao enfermeiro atividades que o distanciam da ação assistencial.

Esta "condução institucional", no entanto, é de tal modo envolvente que pode até ocultar para o enfermeiro a dicotomia que encerra este fazer. Este, em nosso entendimento representa um problema para a profissão, na medida que o distancia das ações para as quais possui competência para realizar.

Temos ainda que, a complexidade das situações vivenciadas na prática diária, nos obriga a refletir e agir prontamente, direcionando-nos a um fazer imprevisto expressando uma contradição entre o que somos preparados para fazer – teoria – e, o que fazemos – prática.

A natureza das contradições na enfermagem é reconhecida desde NIGHTINGALE (1975, p.14) quando menciona que:

*“... já foi dito e escrito vezes sem conta que qualquer mulher pode vir a ser uma boa enfermeira. Acredito, pelo contrário, que os princípios fundamentais, a essência da enfermagem, continuam ainda completamente desconhecidas.*

*Ao fazer esta afirmação, não quero dizer que a enfermeira seja sempre a culpada da atual situação. Condições sanitárias e de arquiteturas deficientes e uma organização administrativa falha muitas vezes torna a prática de enfermagem impossível. A arte de enfermagem deveria incluir, todavia, condições tais que, por si mesmas, tornassem possível o que entendo por assistência de enfermagem.*

*A arte de enfermagem, como atualmente praticada, parece ter sido criada especialmente para desfazer o que Deus determinou que a doença fosse, isto é, um processo restaurador.”*

Percebe-se nesta citação de Nightingale que há muito o enfermeiro convive com situações adversas capazes de conduzi-lo a ações contrárias a ação assistencial que lhe é própria.

Analisando, ainda, aspectos contraditórios da prática assistencial verifica-se que vários autores o mencionam, como TEIXEIRA(1988), que define enfermagem como “*a ciência e a arte das contradições*”. Contradições que, segundo SILVA (1986):

*“existem entre produção-reprodução das idéias dominantes, no conjunto da área, entre profissionais e ocupacionais, contradições entre enfermeiros-docentes e enfermeiros do serviço; contradições por não vincular a supervalorização dos aspectos administrativos e supervisão, à ‘perícia’ a ser demonstrada pelo desempenho de funções técnico-assistenciais, a contexto específico historicamente determinado”.*

Alguns entendem tais contradições como antagonismos PEDRAZZANI (1980, p.477) descreve que:

*“se verifica também na da linguagem, pois se prega maior e melhor qualidade, e quem executa e decide é o menos qualificado; contradições nos níveis intermediários da profissão (técnico e auxiliares), pois, quais as diferenças dos currículos entre estes e quais as diferenças nas suas funções na prática ?”*

Em trabalho apresentado no XXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem, de LINS (1985, p.71) já referia a possibilidade de extinção da profissão, expressando que:

*“... as enfermeiras estão perdendo a sua autoridade, já não fazem falta dentro do sistema; seu lugar dentro da instituição está sendo perdido e, se assim permanecer, não será surpresa, observa-se a profissão ser extinta.”*

NAKAMAE (1987, p.11), abordando a crise da profissão registra uma contradição dizendo que:

*“A constatação de que aquilo que é corretamente designado como por assistência de enfermagem, não é, na*

*sua grande maioria, praticado por enfermeiro, como é lícito esperar.”*

E, acrescenta que:

*“Há quem acredite que esta crise põe em risco a própria sobrevivência desta profissão como nível universitário.”*

Esta mesma preocupação também já se fazia presente em HORTA (1981, p.81), quando questiona:

*“O que fará o enfermeiro? Quais as suas perspectivas? Irá ser um assistente médico? Um administrador? Extinguir-se-á a profissão?”*

É latente e crescente, portanto a discussão sobre o papel e atuação do enfermeiro, e já se prolonga há um tempo considerável.

Agora mesmo ao se aprofundar a discussão da nova proposta curricular surgem questões que denotam a preocupação em conciliar aspectos que tornem o enfermeiro capaz de atender as solicitações do mercado de trabalho, e ao mesmo tempo contemple o cuidado numa visão humanística. Deste modo, o novo currículo embora reconheça a necessidade de manter-se conectado ao modelo biomédico onde o enfoque são os procedimentos técnicos, o faz com uma abordagem diferenciada, resgatando o cuidado como um processo intersubjetivo, entre enfermeiro e cliente, em que as ações, atitudes e comportamentos constituem a expressão de suas vivências e experiências no mundo da vida profissional.

Importa, porém lembrar, que para o cuidado técnico relacionado ao físico, existem manuais, modelos de intervenção, rotinas de procedimentos, que padronizam e fundamentam cada ação. Porém, as que envolvem o cuidado não físico não são normatizadas em nenhum manual. Sendo a ação de enfermagem um processo interativo, o mesmo precisa ser vivido, possuir um significado para quem o realiza (enfermeiro), e para aquele que o recebe (cliente).

Assim, um impasse é estabelecido, pois embora a modificação curricular tenha como proposta a visão conciliatória do paradigma biomédico com o paradigma holístico, identifiquei que a sua operacionalização mostrou-se mais complexa, expressando suas "mudanças" tal qual destacado por WALDOW (1998, p. 82), apenas no que se refere à redistribuição de conteúdos e carga horária de disciplinas, o que não conduz a uma significativa mudança.

Coerente com a apresentação das dualidades, destaco a que no momento mais me interessa, não apenas por sua sutileza, mas também por impedir, traiçoeiramente uma visão mais clara de nossa prática. Refiro-me à conceituação universal que enfermagem tem em ver o homem como um ser holístico, ou seja, o homem como um todo. Esta compreensão permite desdobramentos tais como: uma das partes do organismo afetada, é capaz de gerar desequilíbrios outros, por mecanismos de compensação. Assim a enfermagem reconhece e estabelece como base de suas ações, as denominadas necessidades humanas básicas, onde propõe-se planejar e estabelecer ações categorizadas em físicas, psicossociais e espirituais. É neste ponto de confluência, que encaminho minha reflexão, reportando-me às propostas que surgiram na ação assistencial, sendo dentre estas a mais divulgada o Plano Assistencial, operacionalizado no Plano de Cuidados Diários. Neste, as prescrições de enfermagem determinam claramente qual segmento corporal será merecedor de "cuidados", ocultando, no meu entender, necessidades outras que surgem espontânea e involuntariamente no exato momento em que o cliente e enfermeiro estabelecem uma relação face a face .

Portanto, embora a enfermagem tenha adotado a compreensão holística do homem, ao planejar os cuidados, apoia-se no paradigma biomédico, fragmentando suas ações em conformidade com o estabelecido nas categorias mencionadas.

Nesta ótica o cliente é deslocado de sua condição de pessoa, para configurar um segmento corporal enfermo. As ações referem-se a um problema físico identificado pela evidencia de um sintoma ou associado a uma patologia.

Assim, as necessidades expressas pelo cliente que não estiverem inseridas no âmbito do físico, são transferidas para a esfera psicossocial, sendo as prescrições de ações vagas e impessoais.

Nesse pensar, identifico uma questão que considero ainda mais preocupante, refiro-me à pontuação que percebo na fala de alguns enfermeiros quando eles lamentam não dispor de tempo suficiente para ajudar emocionalmente aos clientes, devido ao excesso de trabalho, expresso nos cuidados técnicos que realizaram, demonstrando que talvez pelo fato deste fazer não ser protocolado e normativo, torne-se imperceptível como cuidado realizado.

Entendo, que seja qual for a denominação utilizada, contradições, antagonismos, dicotomia, dualidades, na prática elas existem e são apontadas por diversos autores como complicadores na medida em que dificultam a configuração do papel profissional, permitindo indagações como: do que se ocupa o enfermeiro? Que ações realiza? Se a resposta culmina em cuidar, o que é o cuidar do enfermeiro?

Inúmeras definições contemplam o cuidar atualmente, contextualizando-o nas dimensões filosóficas ou mesmo conceituais, resguardando-lhe, porém, a característica única e essencial da prática de enfermagem, e até mesmo sua razão existencial.

Entre as definições, existem as que o classificam como NAKAMAE (1987) em cuidado indireto/direto, onde o primeiro estaria relacionado à área administrativa e gerencial da assistência, e o segundo à essência do trabalho da enfermagem.

Para WALDOW (1998) "cuidado autêntico" é aquele em que o cuidar assume aquilo que a pessoa que é cuidada é capaz de realizar por si própria. Esta mesma autora, ao denominar o "cuidado humano", o visualiza pelo resgate do seu sentido humano, devendo portanto ser vivido "fazendo parte de nós mesmas". Neste mesmo aspecto o caracteriza como "o respeito à dignidade humana, sensibilidade com o sofrimento e ajuda para superar, enfrentar e aceitar o inevitável".

De acordo com James *apud* SMALL (1995, p.40), que desenvolveu pesquisa numa unidade britânica de tratamento contínuo, a forma do cuidado hospitalar, expressa no "o trabalho de cuidar", envolve três elementos: organização, que é o tipo de planejamento de cuidado geral normalmente desempenhado pelos médicos e supervisores, num ambiente hospitalar; trabalho físico, que é a rotina de tarefa dos cuidados físicos; e o trabalho emocional que é lidar com a emoção dos outros. Considera ainda que as tarefas do cuidado físico tornam-se a estrutura, para realização do trabalho emocional. Por exemplo, trocar os lençóis da cama de um moribundo pode, possivelmente, tornar-se a oportunidade para um entendimento sob seus medos da morte ou seus medos sob o que poderia acontecer a sua família após a sua morte.

Essas ações, que causam no paciente uma sensação de estar sendo cuidado foi classificado como "trabalho emocional" por Hochschild\*. É também tipicamente um trabalho que não pode ser classificado em nenhuma descrição de cuidado baseada nos modelos médicos. Se o trabalho emocional é invisível deve apresentar-se como doação livre para ter qualquer valor, como forma de trabalho é invisível, por que "cuidado" e "emoção" são conceitos que têm forte

---

\*Hochschild realizou um estudo da indústria aérea nos EUA, localizando no trabalho dos comissários de bordo os elementos de seus trabalhos que envolvem sorrir, ser atencioso e cortês, ele denominou de "trabalho emocional".

conotação cultural com a esfera "privada" dos sentimentos e do amor, e não com o mundo "público" do trabalho.

Entendo, portanto que a enfermagem e seu cuidar como agir humano, ainda que não se manifeste engajado na compreensão de ação consciente e significativa para quem o realiza e significativo para quem o recebe, não pode ser avaliado como um movimento despersonalizado. Porém, quando distante daquela compreensão, é examinada na ótica de trabalho de enfermagem, deixa transparecer os limites de uma fragmentação de ações que separam os corpos dos indivíduos de seus espíritos.

Nesta compreensão adotei neste estudo, o termo necessidades não-físicas, por entender que entre as práticas dos denominados conteúdos técnicos, incluem-se situações relativas ao atendimento de questões sociais, culturais, religiosas e emocionais, que por não possuírem um caráter normativo e prescritivo permanecem obscuras ao nosso olhar, embora possíveis de serem sentidas.

Deste modo, ao reconhecer a existência de confrontos entre o pensar e o fazer, entre o mundo objetivo e subjetivo, sem que estes se separem, é que coloco a importância de procurar dar-lhes uma unicidade, para que possam ter sentido não somente para cada um individualmente, mas para o conjuntos da profissão e da sociedade.

Para esclarecer essa questão, elegi o FAZER expresso na própria ação assistencial, como elemento capaz de conduzir aos entendimentos desta, tal como se apresenta.

Para instrumentar esse estudo, adotei o método fenomenológico, onde procuro através da experiência vivida pelos enfermeiros a compreensão do significado deste fazer. Interessa saber, como estas vivências podem ter valor não apenas para mim, mas para qualquer pessoa e conseqüentemente para a prática profissional.

Será, portanto, através da reflexão fenomenológica que pretendo reconstruir o modo como enfermeiros interpretam o atendimento às necessidades não físicas na vida diária e em seu próprio mundo.

## SITUAÇÃO ESTUDADA

Ao iniciar o Curso de Graduação em Enfermagem na década de setenta, percebi, pelo elenco das disciplinas oferecidas, que a ação do enfermeiro não estava restrita apenas ao cuidar de pessoas doentes. Novas possibilidades de atuação eram desvendadas à medida que transcorria o curso, e entre estas, o enfermeiro como pesquisador, administrador e educador. Integrava ainda esta grade curricular, além das disciplinas voltadas para o aspecto técnico, comprometidas com o **fazer** prático, a Psicologia e a Enfermagem Psiquiátrica. Estes conteúdos explicitados no Parecer 163/72 do Conselho Federal de Educação, contribuíram para enfermeiro a formação técnico-profissional exigida para sua atuação.

No entanto, uma vez enfermeira, percebi não serem suficientes os conhecimentos adquiridos. O contato com o ser humano em situação de dor, angústia e insegurança, apontava o quanto ainda devia caminhar para conseguir entender todas as nuances do sentir e agir humano. E quanto mais observava essas nuances, mais me inquietava. De que modo poderia ajudá-lo ? Estava dizendo a palavra adequada ? Haveria algo que pudesse fazer para atenuar-lhe o sofrimento ?

Percebi ainda, que esta preocupação não era comum a todos os enfermeiros. Para alguns o fazer técnico, de mais fácil identificação era o realmente preocupante. No entanto, esta situação não me parecia resolvida.

Iniciei minha vida profissional em um Hospital Universitário, que adotava o Prontuário Orientado para Problemas (POP), sendo função do enfermeiro elaborar o Plano de Cuidados Diário, onde não era incomum encontrarmos a prescrição de enfermagem: "*dar apoio psicológico*". Tal prescrição sempre me pareceu profundamente inoportuna, pois o enfermeiro determinava uma ação que ele próprio não sabia como realizar, e não haviam dados suficientes para sua realização. Soava como "*faça como bem entender*". Posteriormente os profissionais de enfermagem aboliram dos seus textos essa expressão, preferindo substituí-la por outras que na realidade encerravam o mesmo sentido, e por conseguinte a mesma imprecisão, tais como "*dar apoio emocional*".

É na transição da década de 70 e 80, que as discussões sobre a atuação da enfermagem, voltam-se para a humanização da assistência, ou do cuidado. No Brasil, o estudo das teorias de enfermagem centrava sua preocupação na busca de um corpo teórico de conhecimentos próprios que lhes permitisse alcançar o *status* de ciência.

Nesta época, ao iniciar o Curso de Mestrado em Enfermagem, entendi ser o momento adequado para investigar como o enfermeiro percebia os distúrbios emocionais de pacientes internados no Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Optei naquele estudo pelo espaço assistencial do CTI por configurar uma situação altamente estressante, não apenas pelo significado popular que encerra, qual seja: "Centro de Transporte para o Infinito", mas, também, por considerar que todo o aparato tecnológico estabelece uma quase dependência de vida a esta maquinária. O que apurei na ocasião, foi um não enfrentamento por parte dos enfermeiros, dos problemas relacionados à segurança emocional, limitando seu atendimento aos distúrbios físicos evidenciados, muito mais previsíveis e para os quais existem tratamentos

e rotinas. Percebi porém, que os enfermeiros estavam cientes dos distúrbios emocionais no cliente, mas manifestavam dificuldades em adotar as ações necessárias à sua resolução, outros manifestavam medo de envolver-se emocionalmente e sofrer.

Verifiquei então que, embora a segurança emocional, no que se refere ao cliente, constituísse uma necessidade incontestável, ela também era sentida pelo enfermeiro como pessoa. Observei ainda, que as dúvidas e perguntas que me inquietavam eram também compartilhadas por outros enfermeiros.

Transcorridos treze anos da realização da Dissertação de Mestrado, e atuando diretamente no ensino e na assistência, acompanhei de modo bastante atento a evolução das discussões pertinentes à enfermagem no que se refere ao seu pensar-fazer.

O que verifico na atualidade é a apreciação da prática assistencial, à luz de um entendimento entre ciência e arte, onde ambas não se separam mas se completam integradas como forças indivisíveis. À primeira caberiam os modos do fazer e explicação dos fatos, e à segunda a expressão dos significados destes.

Logo, a ciência do cuidar, não é neutra em relação aos valores humanos, envolvendo principalmente a análise e a compreensão do significado das ações humanas e os motivos que determinam o agir do homem na saúde e na doença.

Porém, descrever ou conceituar estas questões da prática assistencial não possui a mesma harmonia quando da sua operacionalização, pois resolver os problemas da prática, no âmbito da teorização ainda é para muitos, mais fácil e até tranquilizador. Reconheço que alguns estudos já apontam os caminhos a serem percorridos, contudo, permanece a sensação de que nos faltam os elementos essenciais para trilhar estes caminhos.

Assim, norteadas por indagações pessoais e profissionais e, olhando para as mudanças ocorridas, percebo que o enfermeiro tem inclinado suas discussões para a prática assistencial de enfermagem, e mais precisamente para questões relativas ao cuidado.

De acordo com a Teoria do Cuidado Transcultural de Leninger *apud* GEORGE (1993, p.286), a Enfermagem é essencialmente uma profissão de cuidados transculturais... sinais de estresses e conflitos interculturais de cuidados ficarão evidentes se os ministradores de cuidados falharem em usar os valores e as crenças culturais de cuidados dos clientes. Ainda na visão ampla de fazer-cuidar, em 1988, Leninger identificou 85 constructos obtidos em 45 culturas, estando incluídos os seguintes elementos: antecipação do auxílio, atenção, alívio, compaixão, enfrentamento, empatia, absorção, ajuda, cuidado, proteção, recuperação, apoio, estímulo, alívio do estresse, socorro, toque, ternura e confiança. Nota-se que em nenhum momento são mencionados aspectos relacionados ao fazer técnico direcionado ao atendimento de necessidades físicas.

Assim, embora veladas pelo discurso do fazer técnico para os quais sempre houve a explicação enfática da questão "tempo e movimento", resultando em garantia e precisão nas ações, a omissão em mencionar que estas envolvem aspectos não físicos inerentes e, sempre presentes, insinua um fracionamento enganoso na assistência, percebido de imediato no primeiro momento do contato entre paciente e enfermeiro.

LEOPARDI (1994, p.99) destaca que embora a enfermagem como trabalho, tenha uma estrutura interdisciplinar, muitos enfermeiros sentem-se inadequados quando atuam como conselheiros familiares, como ocupacionais. Prossegue afirmando:

*“muitos profissionais, como já vimos, questionam-se e buscam sua especificidade, querendo um papel melhor*

*definido, quase sempre relacionado a um saber específico que continua sendo o biológico ... encontramos insatisfação de muitos companheiros diante dos apelos da tecnologia e da ciência moderna, quando querem aprender mais sobre equipamentos e terapêuticas sofisticadas, como estratégias para alcançar a autonomia e a valorização enquanto profissionais...”*

Compartilho do seu pensamento quando esta considera que o nosso papel está justamente na possibilidade de realizar um trabalho de modo equi-diverso, onde tem igual importância a dor do corpo e a dor da alma, atender com igual solicitude o pedido de companhia como o pedido de tratamento de feridas.

Deste modo, entendo que a toda e qualquer ação assistencial que o enfermeiro realiza, aquelas relacionadas ao não físico são indissociáveis das físicas (fazer técnico) e, de tal modo presente que por vezes o enfermeiro ao realiza-las não percebe.

Situando a ação assistencial como atitude consciente e intencional de realizar uma ação, e que o indivíduo lhe atribui um significado e lhe dá uma direção compreendida como significante, entendo que a ajuda, a proteção, a atenção, o toque, a ternura e outras ações realizadas pelo enfermeiro, não relacionadas explicitamente ao fazer técnico, integram a prática assistencial. Pois, se é função do enfermeiro assistir o indivíduo nas várias formas que o cuidar compreende, estas ações encontram-se de tal modo inseridas que torna-se impossível dissociá-las.

Destaco, ainda, que em algumas situações o atendimento às necessidades não físicas são vitais se as tarefas do cuidado físico estão para ser executadas. Por exemplo, realizar uma tricotomia no tórax de um homem, uma tarefa de cuidado físico simples, pode exigir do enfermeiro habilidade de persuasão caso aquele manifeste recusa à ação.

Ao mesmo tempo em que a rotina dos cuidados físicos tornam possíveis as manifestações da ação voltada para o emocional, também torna menos perceptível este elemento vital do trabalho da enfermagem. JAMES (1995, p.41) apud Small comenta:

*“O resultado é que a estrutura do cuidado físico tornou-se a justificativa para a remuneração do trabalho. Após estar sentada conversando com um paciente, uma enfermeira diz: ‘agora eu tenho que ir trabalhar um pouco’, significando: agora eu tenho que cumprir minha tarefa de cuidado físico.”*

Considerando, portanto, que o atendimento às necessidades não físicas do cliente, não envolve padrões normativos prescritivos ou remunerativos, mas assim mesmo são percebidas e atendidas pelo enfermeiro, é que centro este estudo na compreensão do significado do realizar cuidados não físicos ao cliente no CTI.

Indago: Que motivos orientam o enfermeiro a agir ? Que significado atribui àquela ação?

## **OBJETIVO DO ESTUDO**

A partir dos aspectos anteriormente mencionados, é objetivo desse estudo, compreender o significado da ação do enfermeiro em realizar cuidados relativos à necessidade não física do cliente.

## **JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

O estudo localiza-se no entendimento de que ao compreender que os cuidados não físicos são inerentes à ação assistencial, e de tal modo presente, que não é possível destacar um tempo para atendê-lo, nem há necessidade de prescrevê-lo formalmente, pois está implícito na ação. Na prática assistencial, porém, identifico uma fragmentação,

aparecendo o físico e o não físico como aspectos possíveis de serem separados.

Pretendo neste estudo, a apreciação de uma dimensão da ação do enfermeiro, à luz do cuidado não físico, desvelando uma ação que ele não reconhece dentro dos procedimentos técnicos que realiza.

Neste aspecto pretendo estudar a ação do enfermeiro focalizando o **fazer** prático junto aos clientes com necessidades não físicas, partindo da significação desta ação para si mesmo.

A escolha do CTI, deve-se ao fato que embora o significado da ação do enfermeiro para as ações voltadas para o não físico pudesse ser verificada em qualquer outro local, predomina no CTI aspectos únicos capazes de torná-lo mais adequado ao estudo. Esta peculiaridade do CTI aparece no predomínio da utilização de recursos de aparelhagem altamente sofisticadas capazes de acarretar distúrbios nos clientes e equipe.

Soma-se a este fato alteração dos padrões do sono, perda do convívio social, temor a morte levando freqüentemente os clientes a graves distúrbios psicológicos, conforme estudo realizado por TROTTO (1976).

A imagem popular do CTI como "útero-caixão" ou de "filial do inferno", como recentemente denominou o Senador Darcy Ribeiro, definindo-o como a tecnologia a serviço da morte intranqüila, é acrescida de outras impressões que corroboram a idéia que a tecnologia, a perda de controle dos pacientes sobre suas vidas associadas a procedimentos e aparelhagens invasivas transformam o CTI num cenário desumano.

Neste ponto, cumpre destacar a relevância da discussão destes aspectos, onde a bioética corajosamente aponta o compromisso dos

profissionais da área de saúde com as questões diretamente relacionadas a dignidade humana e a qualidade de vida.

Deste modo reconheço que a situação inteiramente nova e desconhecida, caracterizada pelo super atendimento pode causar no cliente a impressão que sua doença é muito mais grave do que pensava, provocando distúrbios de toda ordem altamente prejudiciais a sua recuperação.

Considerando, portanto, a própria ambiência, os procedimentos técnicos, e o próprio significado popular que o CTI encerra, julgo ser o cenário hospitalar mais rico para meu estudo.

## Abordagem Teórico Metodológica

O presente estudo constitui-se uma pesquisa qualitativa, onde nas ciências sociais permite a investigação em realidades não quantificáveis. Aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível, onde os fenômenos não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

Para fundamentar meu estudo, e responder a estes questionamentos, utilizo como referencial metodológico, a Sociologia Compreensiva Fenomenológica de Alfredo Schutz. Para este autor, o mundo da vida é intersubjetivo desde o início, sendo nossas ações eminentemente sociais, pois elas nos colocam em relação uns com outros. O nível mais fundamental desta relação dá-se na situação face a face sendo que esta se produz quando há comunidade de espaço e tempo. Assim, a orientação em direção ao outro se dá por um conjunto de motivos que são a causa em vista na qual se desenrola a ação.

Entendo, que na realidade da prática assistencial de enfermagem, cliente e enfermeiro estão envolvidos num processo interativo, numa experiência direta entre pessoas, no nível mais fundamental da relação intersubjetiva que é a relação face a face, e que apreendo o outro no momento da interação social numa relação entre nós. Nesta estão presentes valores e experiências de vida de ambos.

Assim, o atendimento às necessidades não físicas do cliente pelo enfermeiro está diretamente afetada a que Schutz chamou de situação biográfica, onde a bagagem de conhecimento disponíveis e as tipificações de meus semelhantes condiciona o projeto da ação e os motivos para fazê-lo.

Adotei a abordagem fenomenológica da Sociologia Compreensiva de Alfred Schutz, visto que este aplica o pensamento filosófico à interpretação da sociedade. Assim, o ponto de partida de suas reflexões é o mundo cotidiano, o mundo do sentido comum. A partir desta compreensão, Schutz traça a estrutura e a significação deste mundo pressuposto, no qual cada um de nós nasce dentro do qual desenvolve sua existência.

Este mundo de sentido comum é o campo da ação social, onde esta ação aparece em várias relações considerando a subjetividade do mundo e a possibilidade de compreender o outro através de relações intersubjetivas. Estas podem ser face a face, relação nós, relação tu, relação eles, e podem ser expressas de modo único na realidade diretamente vivenciada. Portanto, o axioma básico de Schutz é expresso no entendimento do eu e do outro situado no mundo.

Nesse sentido, a Sociologia Compreensiva Fenomenológica de Alfred Schutz, demonstra-se apropriada, pois, no entendimento do cuidar, tanto o cuidado físico, como o não físico contemplam de modo claro a intersubjetividade como um aspecto inerente e factual, privilegiando a relação face a face. O êxito desta, será expresso nas situações em que a intersubjetividade seja enriquecida pela interação entre os sujeitos da ação, o que entendo para acontecer sejam necessárias elementos outros, permeados pelos motivos que cada um tem para agir de um modo ou de outro.

Reconheço, também, que a filosofia fenomenológica procura compreender o ser do homem, sua consciência, seus valores, voltando sua reflexão sobre aspectos não mensuráveis do ser humano, porém presente em seus atos, tais como: amar, julgar, perceber, imaginar, reconhecendo que todos os atos humanos são conscientes, trazendo em si um significado próprio a partir do vivido.

Deste modo os sentimentos do homem podem ser entendidos a partir de significados próprios, resultado de sua vivência e expresso em suas ações. Ao preocupar-se em mostrar o fenômeno, ocupa-se em refletir sobre este, e captar o significado das ações sendo estas entendidas como atos da consciência que ao se manifestarem, reconhecem a vivência do homem (mundo vivido), e o contexto no qual esta inserido (mundo do sentido comum). É, portanto, esta compreensão do homem sem fragmentações, mas como pessoa consciente em permanente contato com o mundo, que nos dá uma dimensão holística e aprofunda a afinidade da enfermagem ao pensamento de Schutz.

A enfermagem ao fundamentar seu pensar e agir na filosofia fenomenológica reconhece o homem como um ser pleno, com uma situação biográfica capaz de atribuir significados distintos em suas experiências e vivências.

De acordo com BOEMER (1985), a ida ao fenômeno começa com uma observação empírica, vendo as coisas de forma aberta. Neste momento, quando o pesquisador inquieta-se diante de um fenômeno, e esta inquietação contiver uma preocupação com o todo do fenômeno, é necessário olhar atentivamente para isto até que surja uma questão orientadora. Na compreensão que o atendimento as necessidades não físicas do cliente, embora não envolva nenhum padrão normativo são perceptíveis e atendidas pelo enfermeiro, é que busco o significado de realizar cuidados não físicos ao cliente no CTI. Procurando os motivos que orientam este agir do enfermeiro e que significados atribui àquela ação.

Esta inquietação foi investigada à luz da fenomenologia para captar ao típico da ação. Para SCHUTZ (1974, P.41), toda ação possui motivos com significação para aquele que a realiza. Estes significados serão diversos de acordo com o contexto no qual estão inseridos. A

ação de cada pessoa apresenta-se de uma maneira específica, relacionado, ao que Schutz denominou sua "situação biográfica" , está condiciona o que o indivíduo dispõe em cada momento de sua vida, o que Schutz chamou "acervo de conhecimentos a mão", integrado por tipificações do mundo de sentido comum. E são essas tipificações que, por sua vez, condicionam o modo pelo qual cada pessoa situa-se no cenário da ação, interpreta e decide o que fazer. Assim, ao considerar como agir, interpreto e utilizo minha bagagem de conhecimento disponíveis pelas impressões que o mundo me transmite.

Para SCHUTZ (1974, p.41) essas tipificações na vida do sentido comum começam na infância, quando recebemos informações, que passamos a guardar para serem utilizados de modo a compreender e controlar nossas experiências. Assim é que, a partir de experiências tipicamente apreendidas e interpretadas surgem as bases para ações futuras. SCHUTZ (1974, p.22) reconhece porém, que em algumas situações o acervo de conhecimentos poderá ser suficiente, em outras terá que improvisar, mas esta será seguindo os lineamentos tipicamente possíveis, estando limitados às possibilidades imaginativas do sujeito, tendo como base o "acervo de conhecimentos a mão". Esse acervo de conhecimento tem um caráter eminentemente pragmático. Portanto, no mundo do senso comum, o homem na atitude natural possui numerosas tipificações de como responder a este mundo, porém se indagado por um observador não poderá explicá-las como teorias conscientemente formuladas.

Deste modo, para SCHUTZ (1974, p.22), a compreensão da conduta dos outros pode ser examinada como um processo de tipificação, no qual o pesquisador aplica os esquemas interpretativos apreendidos para entender os significados do ator. A relação social central é a do outro diretamente vivenciado "o relacionamento nós",

derivando-se desta, todas as outras formas sociais que são aplicadas pelos atores em sua vida social diária.

Importa lembrar que SCHUTZ (1972, p.87) considera a intersubjetividade experimentada pelo homem no mundo da vida, como uma relação interativa expressa na influência, nas trocas mútuas e constantes que cada pessoa vivencia. Essa relação permite que cada um interprete a sua vida diária em um mundo dotado de sentido, capaz de lhe permitir a projeção de ações futuras, que ao realizarem-se expressarão os atos do indivíduo.

Neste aspecto SCHUTZ (1972, p.87), ao estabelecer uma diferença entre o significado da ação e do ato, esclarece a questão proposta anteriormente por Weber, que define ação como "uma conduta humana sempre que o sujeito ou sujeitos da ação lhe atribuem um sentido significativo", não deixando claro, portanto, se o sujeito atribui significado ao seu ato ou a sua ação. Para resolver esta questão, envolvendo os dois aspectos, SCHUTZ (1974, p.22) usa o termo "actio" para indicar ação em curso e "actum", para indicar o ato já constituído como um produto da ação.

O ato pressupõe que a ação, é algo completado, feito, realizado, anônimo, enquanto que a ação constitui uma série de vivências na consciência, seja do agente ou de outra pessoa.

SCHUTZ (1974, p.49) ao estabelecer esta distinção contempla a compreensão do significado objetivo e subjetivo que o indivíduo atribui à sua ação.

Conhecer o significado da ação e do ato são coisas diferentes. Compreender o significado subjetivo do produto, significa que somos capazes de recapitular em nossa mente os atos que constituem a vivência do produtor, portanto, todas as ações que observamos de outra pessoa são expressões de sua vivência, num contexto significativo.

A interpretação de um significado subjetivo envolve a referência a uma pessoa em particular, sendo conveniente que o observador estabeleça uma relação face a face, de modo a captar seus estados subjetivos simultaneamente.

O significado objetivo, porém, só podemos compreendê-lo no contexto do significado já constituído da coisa produzida. *“Só o já experimentado é significativo, não aquilo que está sendo experimentado.”* SCHUTZ (1972, p.162)

É impossível conferir um significado à ação que estamos vivenciando, uma vez que estamos imersos nessa própria ação.

Neste pensamento, atribuir significado a experiências só será possível a partir de reflexões intersubjetivas aos atos passados.

Essa reflexão dos atos está diretamente afeta a identificação dos propósitos ou projeto que o ator possui, é que uma vez realizados, transforma o fluxo da experiência em um episódio completo.

Neste ponto Schutz retoma os estudos de Weber, ao estabelecer uma distinção entre o projeto de uma ação-orientada para realização futura - de seu motivo "causal". Utilizando, porém de Weber os conceitos sobre a teoria da motivação, estabelece que o "*motivo para*" estaria relacionado a ação para o futuro e o "*motivo porque*" a vivências passadas.

Deste modo a ação, conforme menciona CAPALBO (1979) é algo puramente interior (como a resolução mental de um problema), ou exteriorizada pelos movimentos corporais e que modificam algo no mundo. Estaria diretamente relacionada a um projeto que o homem pretende realizar, que se projeta de modo imaginário como acontecido.

O "*motivo-porque*" estaria relacionado às vivências passadas do ator, passíveis de serem recuperáveis pelo pesquisador, através da

atitude reflexiva deste atos, quase sempre envolvidas por explicações e justificativas.

Considerando este pensamento de Schutz, de que o método da Sociologia Compreensiva consiste em estabelecer construções teóricas de modelos típicos de conduta capazes de esclarecer os fundamentos subjetivos da ação, é que busco construir o *tipo vivido* do enfermeiro que realiza cuidados não físicos no CTI, a partir dos "motivos para" destes enfermeiros, pois como menciona Schutz (1972,p.27):

*"... se o mundo do sentido comum é desde o primeiro momento um mundo pré interpretado, se todos os elementos deste mundo tem seus horizontes de tipicidade, e se as noções de uma situação biograficamente determinada, e o acervo de conhecimentos a mão, e a definição da situação são guias seguros para interpretar a realidade social, deve existir algum princípio subjacente de seleção que explique a escolha, atitudes, decisões e adesões que o indivíduo expressa e realiza."*

Será portanto, através da significatividade (relevância), que o indivíduo atribui ao fato que encontrará, os motivos para agir de um modo ou de outro.

Deste modo, a construção do típico vivido, o enfermeiro que realiza cuidados não físicos no CTI, tem como base a convergência dos significados que estes atribuem a este cuidado, preservando-lhe o entendimento que a *"construção típica, deve ser entendida tanto pelo próprio ator, como por seus companheiros, nos termos da interpretação de sentido comum da vida diária."* (SCHUTZ,1974, p.10)

## Trajetória do Estudo

---

Ao considerar que todo agir humano é consciente e intencional possuindo um significado próprio para quem os realiza e que estes resultam de suas vivências e experiências no mundo da vida, SCHUTZ (1972) desdobra seus estudos na própria compreensão da ação humana, onde esta é entendida como uma conduta voltada para a realização de um determinado fim. Este agir que ele considerou em duas categorias distintas como: "motivos para" e "motivos porque", são elementos que só poderão ser interpretados a partir do momento em que o próprio ator social expresse verbalmente os seus motivos, pois, somente a própria pessoa pode definir seu projeto ou o porque de determinada ação.

Importa lembrar que para Schutz a significatividade é expressa na palavra, ou seja de que sentido a ação nos fala. Eu e o outro vivenciando o processo de comunicação nosso "presente vivido".

Tem-se, portanto, que para operacionalização do primeiro momento, buscamos a realidade social dos enfermeiros. Para isto, utilizei como espaço o Centro de Tratamento Intensivo (CTI) por considerá-lo uma das unidades mais estressantes dentro de uma unidade hospitalar e, também porque, no setor afloram com mais frequência as necessidades não físicas, conforme já anteriormente descrita.

Considerando a abordagem fenomenológica, perguntei em um primeiro momento sobre as ações assistenciais que o enfermeiro realizava no CTI. A partir da fala era facultativo mencionar em sua prática assistencial ações que incluíam as necessidades físicas e não físicas. Caso as necessidades não físicas fossem citadas indaguei o que tem em vista quando as realiza, e qual o significado que lhe atribui estando nestes os motivos que o levam à ação. A identificação da

convergência nos conceitos vividos, será seguida de análise buscando captar o típico, ou seja construir o tipo vivido a partir das categorias concretas.

Sendo o objeto de interesse deste estudo, o significado da ação do enfermeiro ao atender as necessidades não físicas do cliente internado no CTI, através do cuidado, a sua trajetória metodológica compreendeu os seguintes momentos:

- Obtenção dos depoimentos dos enfermeiros sobre o que fazem no CTI, e, a partir da descrição do seu vivido captar o significado da ação de atender às necessidades não físicas, do cliente internado nesta unidade;
- Categorização a partir da análise destas descrições, com vistas a captar os convergências dos *motivos para*, que permitam apreender o significado da ação;
- Construção do tipo vivido, enfermeiro que realiza cuidados não físicos a clientes em CTI a partir do típico das falas, o seu vivido.

## **A OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS**

A obtenção dos depoimentos foi iniciada no dia 29.08.96, quando compareci ao Hospital Municipal Souza Aguiar, e após identificação na portaria, me dirigi a chefia de enfermagem. Sendo chefe no momento, um ex-aluno, não houve nenhum obstáculo à realização do estudo, mesmo assim, fiz questão de lhe explicar o que pretendia e porque havia escolhido o CTI daquele hospital. Indaguei ainda, se havia necessidade de algum documento oficial que me apresentasse à instituição, porém ele considerou desnecessário. Perguntei quantos enfermeiros haviam no CTI, e fui informada que no

CTI adulto haviam 8 enfermeiros e no CTI infantil 6. Informou, também que devido a obras em todo o hospital, o CTI (adulto) estava funcionando provisoriamente no 5º andar, onde normalmente funcionava o CHD (Centro de Hemorragia Digestiva), e o CTI infantil estava provisoriamente instalado no 2º andar, na emergência, em enfermaria anteriormente destinada ao isolamento dos casos de cólera. Explicou ainda que se fosse do meu interesse, poderia falar com as enfermeiras responsáveis pelos dois setores, e já naquele mesmo dia começar as entrevistas. Agradei a receptividade e me encaminhei para o 5º andar. Lá chegando, perguntei pela enfermeira chefe da unidade, fui atendida pela enfermeira da manhã que me informou que a chefe estava na emergência, e perguntou se ela podia me ajudar. Aproveitei a ocasião, me apresentei, disse que era doutoranda sendo o meu estudo no CTI, e que este envolvia a participação dos enfermeiros que atuam na unidade. Perguntei se era de seu interesse participar e ela respondeu afirmativamente, e indagou sobre o estudo. Expliquei que gostaria de entrevistar os enfermeiros sobre o seu fazer no dia a dia da prática assistencial, pois entendia que o nosso fazer envolve procedimentos que não são registrados em qualquer documento, mas que nem por isso deixam de ser realizados. Ela mostrou interesse sobre o tema, e perguntou se poderia marcar o dia e hora da entrevista, pois trabalha diariamente no horário da manhã, sendo mais oportuno o horário de 11 horas. Indaguei se havia alguma objeção em gravar seu depoimento, garantindo-lhe o anonimato e a liberdade para avisar quando desejasse falar alguma coisa que não gostaria de ser gravada. Informou que nada havia a opor, e que naquele setor havia uma outra enfermeira plantonista, que também poderia ter interesse em participar. Disse que não gostaria de atrapalhar o serviço, pois constatei que a plantonista estava realizando cuidados diretos a um paciente, e que posteriormente voltaria para falar com ela.

A enfermeira da manhã se dispôs a perguntar à plantonista se poderia participar e agendar. Concordei e ela imediatamente respondeu que naquele mesmo dia, às 14 horas poderia participar, pois estaria ausente por dois plantões consecutivos. Concordei, agradei e dirigi-me à emergência, para falar com a chefe do setor. Lá fui apresentada à chefe do CTI por um professor da UNI-RIO que na ocasião acompanhava o ensino clínico de alunos naquele setor. Expliquei o propósito do meu estudo, e a liberdade que teria em participar. A mesma concordou de imediato e agendou para o mesmo dia no horário da tarde. Aliás, à exceção de uma entrevista que foi realizada no período noturno, as demais foram sempre no horário da tarde, por solicitação dos entrevistados.

Todas as entrevistas, dos enfermeiros do CTI (adulto), foram realizadas no Centro de Estudos, localizado no 2º andar, por sugestão de uma das enfermeiras, uma vez que o setor improvisado não dispõe de um espaço reservado para a entrevista. Chegando ao Centro de Estudos, perguntei aos funcionários se poderia utilizar o local para a realização das entrevistas, todos foram muito gentis em arrumar o melhor local da sala. Sempre que iniciava uma entrevista, procurava sentar em frente ao entrevistado, preparar o gravador, e deixar escrito em papel sobre a mesa, a pergunta orientadora, de modo a lembrar ao entrevistado o propósito nisso encontrado. A pergunta escrita era a seguinte: O que você faz no CTI ? Que ações assistenciais você realiza ?

Em seguida, voltava a esclarecer que caso houvesse alguma fala que não gostaria de ver registrada, sinalizasse para desligar o gravador. Assim foi feito com todos os entrevistados. Aqueles que mencionaram nas suas falas, o atendimento de necessidades não físicas, indaguei em um segundo momento o que tinha em vista quando realizou aquela ação.

Uma das entrevistas por um problema técnico no aparelho não foi possível gravar, procurei recuperar o que era possível em minha memória, transcrevendo esse registro em uma folha de papel. Posteriormente apresentei este material à pessoa, justificando que pelo fato de não ter sido gravado seu depoimento tentei recuperar as suas falas, e se havia alguma coisa para alterar ou acrescentar. A mesma concordou com o que estava escrito, e colocou-se novamente à disposição para gravar, caso fosse do meu interesse. Agradei e novamente realizamos a entrevista.

É importante destacar que durante a realização de algumas entrevistas, principalmente as que foram realizadas no CTI infantil, as interrupções eram freqüentes, fosse para atender ao telefone, a chegada de funcionários no local, pedido de alguma auxiliar de enfermagem para ajudar em algum procedimento. Nestes momentos desligava o gravador e recomeçava o depoimento a partir de sua própria fala, que era recuperada pelo retrocesso da fita, permitindo deste modo lembrar ao entrevistado do ponto em que havia interrompido. No que se refere ao ambiente para realização das entrevistas dos enfermeiros do CTI infantil, 02 enfermeiros nos informaram da impossibilidade de ausentarem-se do setor devido a gravidade das crianças que estavam na unidade. Entendi a solicitação, para que a entrevista fosse realizada no próprio setor, sendo uma delas realizada numa sala de repouso médico improvisada ao lado do posto de enfermagem. Esta entrevista, foi observada atentamente por duas médicas plantonistas e interrompida várias vezes por funcionários, Nesses casos desligava o gravador, para recomeçar a partir do ponto onde a fala havia sido interrompida. Uma entrevista realizada no período noturno, foi feita no vestiário da Unidade Coronariana, por sugestão do próprio entrevistado que alegou ser mais tranqüilo e haver menos barulho.

Outro ponto que destaco, é que em três das entrevistas realizadas, ocorreram situações que me surpreenderam, pela atitude das pessoas que durante as suas falas choravam e solicitavam que desligasse o gravador para que pudessem refazer-se emocionalmente. Em uma delas, a entrevistada chorou profundamente, procurei tranquilizá-la, ofereci um copo d'água, tentei confortá-la, dizendo dos benefícios de ter chorado. Após um período de conversas banais, onde procurei descontraí-la, ela contou porque havia chorado, senti que estava mais calma, sendo o momento oportuno para o resgate da fala, pois ela já estava falando sobre a temática, perguntei então se poderia voltar a gravar, ela concordou e assim foi feito.

Outro aspecto interessante, foi o fato de que todas os enfermeiros mostraram-se profundamente interessados no estudo, e preocupados em responder "acertadamente", embora houvesse explicado no início das entrevistas que não havia uma resposta certa ou errada, que o meu interesse era que eles falassem sobre as suas ações assistenciais no CTI. Alguns tiveram dificuldades em ordenar as sua falas, e pediram um tempo para pensar sobre o que dizer. Uma das entrevistadas, chegou a escrever um breve roteiro, sendo observado que durante a entrevista o mesmo permaneceu em cima da mesa, não orientando, precisamente a sua fala. Outros se surpreenderam com a pergunta inicial e diziam ... que era muita coisa, mas que nunca haviam parado para pensar, outros sentiram-se mais à vontade, e foram até bem falantes ao descrever o que faziam. Ao todo foram entrevistados 8 enfermeiros, sendo que destes, três eram do CTI infantil, e cinco do CTI adulto, lembrando que um destes faz plantão nos dois setores. A faixa etária está em torno de 25 e 40 anos, o tempo de formado oscila entre 3 e 13 anos, o tempo de atuação o CTI vai de 2 anos e 10 meses a 13 anos. Destes 7 eram do sexo feminino e um do sexo masculino.

No período em que realizei as entrevistas o CTI de adulto funcionava provisoriamente com 8 leitos, sendo 7 ocupados por pacientes politraumatizados e 1 por complicações vasculares. O CTI infantil funcionava provisoriamente com 2 leitos, sendo um ocupado por criança vitimada por trauma e o outro por complicações respiratórias.

Após a resposta à pergunta orientadora inicial, era formulada a segunda questão que trata especificamente sobre o que tinha em vista quando realizou aquele cuidado não físico. Algumas pessoas se surpreenderam, chegando mesmo a mencionar que não haviam parado para pensar a respeito. Em outras a fluência na explanação, conduzia o entrevistado a divagar sobre outros temas e, as vezes paravam para indagar se era aquilo mesmo que eu desejava saber. Voltava então a explicar, que não havia uma resposta certa ou errada, gostaria apenas de saber o que tinha em vista.

Para alguns, foi necessário reformular a pergunta sempre com o cuidado de não alterar a questão central. Nestes casos perguntava: Que motivos a levaram a realizar aquele cuidado ? ou, O que tinha em mente ao realizar aquele cuidado ? Nestes casos, as pessoas retomavam a fala do ponto onde haviam interrompido.

A última entrevista foi realizada no dia 26.09.96 e nesse momento considerei oportuno, fazer uma pausa, para proceder, a partir da descrição dos depoimentos, uma apreciação sobre o conteúdo obtido até então. Feito isso, procurei separar estes conteúdos, ordenando o que parecia comum nos vários depoimentos. Neste momento o interesse maior era destacar nas falas os "motivos para", que os conduziu, ou que os fizeram agir. Posteriormente, identifiquei as convergências nesses vividos, e dei início à análise cuidadosa dessas descrições de modo a captar o típico ou seja as categorias concretas

do vivido que permitirá a construção do tipo vivido a partir das categorias constituídas.

Essa análise compreensiva do tipo vivido, permitiu compreender o significado do cuidado não físico, para os enfermeiros que atuam o CTI onde e a partir desta compreensão será possível dimensionar este significado não apenas para os sujeitos que realizam esta ação de cuidar, mas também dimensioná-la como um condicionante da prática profissional.

## **CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO**

Utilizei para esta construção, o estudo feito por Lazarsfeld *apud* PARGA NINA (1978, p.45), quando menciona que a etapa inicial de uma pesquisa na área das ciências sociais é a "formulação de categorias concretas preliminares" para os dados brutos levantados na pesquisa exploratória. Refere, ainda, que atualmente um dos aspectos cruciais da pesquisa social, é a que trata da classificação de informações não quantificadas.

Ainda nesta perspectiva, recomenda que a classificação desses dados qualitativos devem proceder por etapas, do geral ao mais específico de forma que o material possa ser examinado, em termos de categorias detalhadas, ou agrupadas em amplas categorias, conforme seja mais adequado.

Outra recomendação feita por este mesmo autor, é usar uma classificação articulada, uma classificação com várias etapas, começando com poucas categorias amplas e separando-as em muitas categorias mais detalhadas.

Adotei como forma de análise a leitura cuidadosa dos oito depoimentos transcritos, de modo que me fosse possível identificar a

convergência nas falas, o que facilitou a apreensão das categorias concretas do vivido.

Após repetidas leituras a fim de identificar os *motivos para* do enfermeiro em realizar os cuidados não físicos aos pacientes em CTI, percebi que alguns aspectos gerais eram mais nítidos nos depoimentos o que permitiu a categorização.

Essa categorização porém, não representa um dado isolado na pesquisa, pois conforme CAPALBO\* *“no que se refere a elaboração das categorias, a sua construção pouco se diferencia dos demais métodos que também a utilizam, o que a faz ser fenomenológica de Schutz, é que estará interessando os motivos para expresso pelo próprio indivíduo que o vivencia, sendo ele o único capaz de expressá-lo.”*

Desse modo foi a partir da captação do significado que esta ação possui, que as categorias foram elaboradas. É, portanto, muito mais que captar convergências de motivos, mas a partir destas, compreender o que significam.

Importa, ainda lembrar, que estas categorias devem estar relacionadas ao objeto e objetivo do estudo, sendo igualmente importantes no momento da análise compreensiva dos depoimentos.

Neste aspecto emergiram as seguintes categorias concretas do vivido:

### **IDENTIFICAÇÃO COM ÀQUELE A QUEM ESTA ASSISTINDO**

Os “motivos para” foram expressos nos depoimentos em falas que mencionam a possibilidade de se verem no lugar daqueles a quem cuidava, ou pessoa de sua proximidade, tais como filhos, pais, parentes...

---

\* Apontamentos de aula obtidos em palestra sobre Fenomenologia de Alfred Schutz, realizada na UERJ em abril de 1998.

Destaco a seguir alguns trechos das falas, em que emergiram os aspectos relativos a esta categorização:

...eu realmente me ... identifico com ele ...eu me transporto naquela hora, pra um familiar dele, eu me transporto para o lugar dele, eu me transporto para eu estando doente, eu me transporto para um familiar meu estando naquele lugar ... então eu acho que ele, enquanto estiver deitado ali precisando dos meus cuidados, ele faz parte da minha família ...

Depoimento 03

... quando eu passo para o paciente um apoio emocional, uma palavra de carinho - eu vejo, a primeira coisa é um ser humano segundo é como se eu estivesse recebendo aquele carinho ... é como se eu dando estivesse recebendo.

Depoimento 03

...você vê a pessoa ali ... eu nem sei o que vou falar ... porque eu acho que eu me coloco no lugar ... quando eu vejo uma criança da mesma idade, parecido, do mesmo tamanho do meu filho... você fica pensando: pô ! eu estava desesperada né ... doida até...

...as vezes leva 2, 3 dias pra esquecer uma criança que passou... essas coisas assim... eu não sei explicar... não sei se é porque é criança, a gente tem filho pequeno em casa ... a gente fica mais sensível ...

Depoimento 04

... um caso que eu me identifiquei muito, até porque eu tenho filho nessa idade...

... eu acho que a gente até fica muito fragilizada, a gente se vê um pouco na situação...

...que eu sei que a gente se vê muito no lugar das pessoas, se bota no lugar das pessoas ... você se identifica até por ser sua faixa etária por ter uma situação semelhante a você ... tem pessoas que te marcam por algum motivo especial ... é algum tipo de identificação que você faz com o paciente, ou até pessoas que você conhece ... eu acho que a gente sempre faz

um tipo de associação em relação a você mesmo ... o que eu faria nessa situação ? eu me vejo no outro.

Depoimento 06

... eu me preocupo assim, com essa parte emocional do doente e do familiar ... eu procuro respeitar essa parte ... até porque eu passei, por uma situação semelhante ... eu tive um acidente com meu irmão ... isso serviu para redirecionar o meu modo de pensar

Depoimento 07

...eu atuo, pensando justamente como se fosse eu né ... se eu estivesse naquele leitozinho, sendo uma criancinha, como é que eu gostaria de ser tratado...

... eu me coloco, como se fosse aquela criancinha né... se eu fosse pequenino daquele jeito como é que gostaria de ser tratado né...

... se de repente eu estivesse naquele lugar ... então eu me sinto vendo isso...

Depoimento 08

## AUTO REALIZAÇÃO DAQUELE QUE CUIDA

Captado através de pontuações em falas dos entrevistados expressa o bem estar que sentiam em proporcionar aquele cuidado:

... eu consegui fazê-lo entender né... é minimizar a ansiedade, o estresse emocional que ela estava vivenciando ali, mais do que se eu estivesse só , ah! vamos sedar... acho que consegui melhorar minimizar um pouco mais a ansiedade...

...uma satisfação profissional ... até uma satisfação pessoal... não é mesmo profissional, pessoal né, eu me sinto bem comigo mesmo... nesse sentido de saber que eu consegui passar alguma coisa boa...

Depoimento 01

...naquele momento ali, foi um momento até.. eu... que eu senti encima daquilo... mas eu não sei, acho que nesse dia eu cresci, entendeu ? não sei porque ? mas nesse dia eu senti uma coisa diferente ... aquela conversa que eu tive com ele foi melhor que o dormonid que eu fizesse para que ele dormisse ... é realmente abriu uma janela para mim ...

Depoimento 02

...que eu sinto que eles estão precisando isso para mim é altamente gratificante ... eu me sinto plena ... e me sinto com a alma satisfeita ... como se eu lavasse a minha alma naquele carinho,, naquele afeto, que eu estou transmitindo...

...eu me sinto gratificada ...

Depoimento 03

...eu dei um plantão lá no adulto (CTI) que eu fiquei super contente... era um rapazinho... ele estava entubado com sonda, com isso, com aquilo, tudo que um doente pode ter... ai outro dia eu cheguei lá, ele estava sem nada... sentadinho na cama sem nada... sem tubo, ai ele me olhou riu, deu tchau todo feliz, sabe... eu senti uma felicidade tão grande sabe ... depois de tudo que ele passou... aquela coisa e tal ... ele bem ... pô! não sei ...

Depoimento 04

...pra mim ... acho que pra me sentir melhor, eu me sentir melhor comigo mesmo, de não ter causado aquele desconforto ao paciente, vendo que ele esta bem, faz também, a gente se sente melhor fica de bem com gente mesma né ...

Depoimento 07

... pra mim significa auto realização enquanto profissional muito grande... além de ser um enfermeiro, o agente, o profissional, o ser humano, o cidadão...

...e me traz uma recompensa muito grande, quando eu vejo essa criança que esta na CTI durante 1 mês, 2 meses e sai ... eu vou lá na pediatria e está aquela criança linda e formosa ... aquilo pra mim vale mais do que qualquer 1000 salários

mínimos sabe... aquele sorriso que eu vi daquela criança lá na CTI, e agora numa pediatria ... poxa, de certa forma eu fui responsável... eu dei de mim pra poder hoje em dia essa criança estar aqui na pediatria...

Depoimento 08

## O TIPO VIVIDO

A constituição destas categorias concretas do vivido, remetem ao tipo vivido enfermeiro que atende as necessidades não físicas do cliente em CTI. Esta tipificação não é a expressão de uma singularidade, mas do *tipo vivido* objetivo.

Para Schutz a construção do tipo vivido é uma atividade própria do investigador que ao observar a atividade humana elabora um tipo vivido de tal atividade. (PANIZZA, 1980, p.56)

Este tipo pessoal vivido é o "*modelo de um agente a quem imagina dotado de consciência*" (PANIZZA, 1980, p.57), contendo apenas a totalidade dos elementos típicos necessários aos atos típicos estudados. Deste modo o investigador dispõe destes tipos construídos que possuem todos os elementos significativos da situação do mundo social presente no ato típico investigado.

Segundo SCHUTZ (1974, p.89), ao realizar uma tipificação faço um ato interpretativo do pensamento que confere anonimato aos componentes que estão na tipificação. Esta embora considere as ações num contexto objetivo de sentido, nunca perde o seu caráter subjetivo, pois será aplicada a meus semelhantes dotados de uma vida consciente. Porém não é possível captar essa vida consciente a não ser através de um ato interpretativo.

Deste modo, o tipo vivido resulta de uma reflexão do observador sobre as ações que foram vivenciadas e relatadas pelos agentes.

Neste aspecto, as categorias concretas do vivido constituídas permitem descrever o tipo vivido: *enfermeiro de que realiza cuidados não físicos aos clientes no CTI*, como sendo aquele que, ao realizar estes cuidados o faz, a partir de uma identificação pessoal com o cliente, e que este cuidar lhe proporciona uma satisfação pessoal, permitindo sua auto realização profissional.

Será, portanto, a partir da construção desse tipo vivido: *enfermeiro que realiza cuidados não físicos ao clientes no CTI*, que será realizada a análise compreensiva.

## O Enfermeiro que Realiza Cuidados Não Físicos ao Cliente no CTI: Uma Análise Compreensiva

---

Na busca para compreender, o significado da ação do enfermeiro em realizar cuidados não físicos aos clientes no CTI, considere o tipo vivido que emergiu das categorias constituídas, tendo o cuidado de ao fazê-lo não estar investida de nenhum pressuposto, que pudesse de algum modo interferir no contexto apreendido.

Esta apreensão significativa do conhecimento subjetivo do outro, acontece na atitude natural através do corpo. As vivências que tenho dos atos do outro, consiste nas percepções que tenho do corpo do outro em movimento. Lembrando que a intersubjetividade considera o outro dotado de consciência, serão os atos do corpo também expressões desta consciência, daí ser possível através dos atos do outro captar as suas vivências.

SCHUTZ (1974, p.36), diz *“no mundo cotidiano, no qual tanto eu como tu aparecemos, não como sujeitos transcendentais e sim como psicofísicos, pois o lado físico da conduta é o índice do lado psíquico.”*

No mundo da atitude natural, o eu e o tu nos percebemos como unidades psicofísicas, simultâneas.

Esta simultaneidade deve ser entendida como: “a tua corrente de consciência”, tem uma estrutura análoga a minha. O tu é percebido em seus atos distintos do meu, porem simultâneos.

A “orientação tu”, é definida por SCHUTZ (1974, p.43), como uma intencionalidade dos atos, através dos quais capto a existência do outro como pessoa.

Esta presença real do outro e minha percepção “dele estar aí” - o “Dasein” do outro, é o que caracteriza a “orientação tu” como um

aqui e agora. Esta orientação tu pode ser unilateral, ou recíproca, será unilateral quando a presença do outro é ignorada, e recíproca, quando um tem consciência do outro.

Na compreensão do cuidar, o não físico será desvelado no momento em que a relação face a face, apresente característica de reciprocidade da orientação tu, estabelecendo uma relação social.

Porém, o enfermeiro ao considerar o cuidado físico e não físico como aspectos distintos do cuidar, compromete esta relação social, pois ao realizar cuidados a pessoa sem considerar o significado desta ação para mim (enfermeiro), e para o outro (cliente), reduzo este fazer, a uma dimensão de trabalho, marcado por tarefas, em que o contato face a face, trás somente a dimensão eu e tu de aproximação entre sujeitos no aspecto unilateral.

Ao contrário, ao entender o cuidar como um aspecto em que o físico e não físico estão inseridos num mesmo fazer, restabeleço esta significação para ambos (enfermeiro-cliente) oportunizando a relação social evoluir para a interação social.

Porém, embora não fosse pretensão deste estudo verificar os significados que o cuidar possui na prática assistencial, atestamos que o inicialmente percebido foi confirmado nas falas dos enfermeiros, quando estes distinguem dentro de suas ações de cuidar, o físico do não físico, como aspectos distintos, com o um fazer diferenciado.

Reconheço, porem que embora o entendimento do cuidado não físico pelo enfermeiro possa ser compreendido deste modo, é ao mesmo tempo por ele percebido através da identificação das necessidades do cliente, resultando em ações para o seu atendimento.

Sendo portanto, interesse deste estudo saber quais motivos conduzem o enfermeiro para a realização deste cuidado não físico, apreendi que um destes motivos está intimamente relacionado à

identificação pessoal com o cliente. Porém, esta identificação não é expressa de modo linear, pois alguns relataram um certo receio, pela possibilidade de não possuírem garantias de uma vivência, semelhante àquele paciente. Outros expressaram esta identificação, atribuindo-lhe um sentimento humano, de pessoa que merece ser tratada com dignidade, respeito, carinho, atenção e compaixão. Houve ainda os que confessaram suas fragilidades quando está identificação esta associada ao atendimento de crianças, recuperando de modo detalhado casos de pacientes que ainda são capazes de recordar devido à semelhança destes episódios com acontecimentos em suas vidas.

Porém, em que pese a diferença de enfoques, possuíam em comum como "motivo para" atuar, a identificação pessoal, ou com pessoas de sua proximidade.

Vale lembrar, que o outro motivo para realizar ações de cuidar contemplando o não físico, ganha fortes contornos de significado pessoal, expressando uma satisfação como pessoa em sua esfera mais íntima a sua auto-realização profissional. Esses sentimentos foram explicitados em suas falas, quando confessa uma alegria íntima, por conseguirem ajudar alguém, mesclados pelo orgulho profissional e pessoal, por reconhecerem que são capazes de prestar um cuidado, na dimensão plena.

Deste modo, concluir contemplar o cuidado de modo fragmentado, não proporciona benefícios a ninguém, ao contrário só dificulta. Pois, no âmbito do cliente, ao desconsiderar suas expressões de sentimentos, como pessoa, o enfermeiro cria impedimentos de ascender à verdadeira prática assistencial.

## Considerações Finais

---

Considerando que o estudo foi desenvolvido na compreensão do cuidar como uma ação refletida, e portando envoltos em significados próprios para os sujeitos participantes na prática assistencial, este cuidado possui nuances que dificultam o seu entendimento de modo único pelos profissionais da enfermagem.

Em que pese os atuais estudos proporem para o cuidar inúmeras conceituações, estas por si só não serão capazes de esclarecer as questões deste cuidar quando ele se expressa na prática. Integrando o fórum de discussões que agora o recolocam como a expressão da prática assistencial do enfermeiro, omitem outros aspectos desta prática que precisam igualmente ser esclarecidos. Ou seja, a própria prática assistencial, quando perpetua suas ações o faz envolta nas conceituações de necessidades, problemas e cuidados. As primeiras seriam manifestas pelo cliente, devendo o enfermeiro identificá-las e a partir daí estabelecer ações resolutivas. No entanto ao identificar essas necessidades, o enfermeiro as configura dentro de um rol de "problemas identificados", obedecendo o modelo de cuidados adequados aos "problemas". Neste ponto surge um dos problemas centrais da prática do enfermeiro, pois essas necessidades deverão compor um contexto que contemple, um modelo de ação determinado. O estudo comparativo sobre o significado de necessidade para o cliente e para o enfermeiro, feito por TOCANTINS (1993), deixa claro que a proposta assistencial do enfermeiro, desconhece as necessidades do cliente como pessoal, voltando suas ações para o cumprimento de programa de Saúde, sendo este seu objeto.

No âmbito do cuidar, esta dificuldade persiste e se amplia seja qual for cenário de sua apreciação, pois diferentes conceituações classificam o cuidar como: cuidado direto/indireto; cuidado/bom/cuidado/ruim: cuidado técnico/cuidado humano. Porém, embora possuidoras de significações distintas, na operacionalização expressam dualidades e divergências sobre a prática do cuidado.

Alguns autores estudados acreditam que embora a enfermagem tenha adotado o paradigma holístico para fundamentar suas ações, este é construído de modo confuso, pois a própria concepção do atendimento do homem nos seus aspectos bio, psico, sociais e espirituais sugere a visão do homem fragmentado.

Soma-se a este fato, a marcante presença de metodologias de assistência em que as necessidades do cliente são transformadas em problemas de saúde, devendo ser atendidas a partir deste entendimento. Deste modo qualquer necessidade que escape a este contexto determinado, provavelmente não será atendida, ou quando identificada inserida no campo das prescrições vagas.

Neste aspecto, e considerando todas as questões enunciadas, e que voltei meu estudo para o cuidar, detendo-me especificamente no cuidado, não protocolado, normativo, ou remunerado, porém claramente sentido quando do primeiro contato face a face, enfermeiro-cliente. Este cuidado embora percebido pelo enfermeiro aparece fragmentado em suas falas, como um aspecto diferenciado da ação assistencial, onde será merecedor de atenção quando as tarefas técnicas já tenham sido realizadas, WALDOW (1998, p.54) alerta que, *“a idolatria pela técnica tornou a enfermagem bastante eficiente, porém menos humana, ou seja, o cuidado técnico passou a prevalecer, deixando o cuidado humano menos visível”*.

Este cuidado não formalizado, foi denominado neste estudo de não físico, apenas para melhor situar as esferas do cuidar que não envolvem procedimentos técnicos normativos, mas os que emergem durante a realização destes. Não pretendo caracterizar o cuidado técnico, atrelado a identificações normativas, como algo a ser banido de nossa prática, reconheço o seu valor pela dimensão científica fundamentada em estudos que irão permitir adoção de ações adequadas. Porém, reconheço que o cuidado técnico visível, quando exercido por pessoas em pessoas, adquire novos contornos, expresso nos significados que os envolvidos lhe atribuírem.

É necessário, portanto, que o enfermeiro ao realizar uma ação de cuidar, tenha como objeto deste cuidado a pessoa que o receberá, e não o procedimento técnico que será executado. Pois se assim o fizer, certamente irá comprometer o cuidado em dois aspectos: o primeiro na esfera da relação face a face, por situá-la na ótica unidirecional, onde somente uma nota a presença do outro, ou seja, o paciente percebe o enfermeiro, mas por este é ignorado; e o segundo na própria prática assistencial, onde ao situar o procedimento como seu objeto, precipita essa prática como um fazer de tarefas, que poderá ser executado não apenas pelo enfermeiro, mas também requerido para a prática profissional de outros.

A partir destas reflexões, ao analisar o tipo vivido enfermeiro que realiza cuidados não físicos ao cliente no CTI, verifica-se que no momento em que o enfermeiro deixa fluir sentimentos humanos de solidariedade, respeito, carinho e compaixão, o cuidado adquire uma magnitude capaz de gratificá-lo pessoal e profissionalmente.

Seria, então, o propósito deste estudo, mostrar aos enfermeiros que os cuidados não físicos estão inseridos em toda e qualquer ação de cuidar, que não há um tempo para realizá-los, que o fato de estar intimamente ligado aos motivos para do enfermeiro que cuida tendo

como objeto a pessoa, não poderão ser prescritos, quantificados ou remunerados.

Neste ponto, comportaria uma apreciação sobre a necessidade de uma mudança na relação social, onde importaria apreciar com um outro olhar a relação enfermeiro-cliente, reconhecendo-lhe o caráter de uma situação concreta incontestável, em que os sujeitos envolvidos sejam percebidos de modo recíproco, permitindo uma verdadeira interação.

Vale, portanto, lembrar aos enfermeiros que a frase de Wanda Horta: "Enfermagem é gente que cuida de gente", traduz de modo claro, o entendimento do cuidar como um processo interativo entre pessoas, possuindo, portanto significações diversas para ambos os envolvidos. E serão estas que permitirão uma dimensão do cuidar verdadeiramente pleno e significativo.

## Referências Bibliográficas

---

- ALMEIDA, Maria Cecília. *et.al. Contribuição ao Estudo da Prática de Enfermagem*. Brasil. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP, 1981. 58p. (mimeo)
- \_\_\_\_\_. *O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989
- ALVES, Delvaire de Brito. *Mercado e Condições de Trabalho da Enfermagem*. Salvador: Gráfica Central Ltda., 1987. p. 108.
- BERGER, Peter. *Perspectivas Sociológicas: Uma Visão Humanística*. Petrópolis: Vozes, 1982. 202p.
- BOEMER, M. R. A. Fenomenologia na Pesquisa em Enfermagem. *In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. São Paulo, 1985. p. 92.
- \_\_\_\_\_. *A Morte e o Morrer*. São Paulo: Cortez, 1983. 135 p.
- \_\_\_\_\_. A Condução de Estudos Segundo a Metodologia da Investigação Fenomenológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto - v. 2, n. 1, p. 83-94, janeiro, 1994.
- CAPALBO, Creusa. *Metodologia das Ciências Sociais: A Fenomenologia de Alfred Schutz*. RJ: Ed. Antares, 1979.
- \_\_\_\_\_. Alternativas Metodológicas de Pesquisa. *In: 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. Florianópolis: Ed. da UFSC, p. 130-157, abril, 1984.
- \_\_\_\_\_. *Fenomenologia e Ciências Humanas*. 2ª Ed, RJ: Âmbito Cultural, 1984.
- \_\_\_\_\_. *Abordando a Enfermagem a partir da Fenomenologia*. R. Enfer. UERJ, v. 2, n.1, p. 70-76, maio, 1994.
- \_\_\_\_\_. Considerações sobre o Método Fenomenológico e a Enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ* v. 2, n. 2, p. 192-197, out. 1994.
- \_\_\_\_\_. Ética Social e Ética Pública. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 3, n. 2, p. 223-226, out. 1995.
- DARTIGUES, André. *O Que é a Fenomenologia ?* Tradução de Maria José J. G. De Almeida. RJ: Livraria El Dourad., 1973. p. 163.
- GAUTHIER, Jacques e col. Os Saberes Populares e a sua Relação com o Saber e a Pesquisa em Enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 3, n. 1, p. 77-84, maio, 1995.

- GEORGE, Julia B. E cols. *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos para a Prática Profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul Ltda., 1993. 338 p.
- GILES, Thomas Ranson. *História do Existencialismo e da Fenomenologia*. São Paulo: EPU, 1975. 302 p.
- GODOY, Alda Neves da. O Toque como Elemento de Integração na Relação Enfermeiro-Cliente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 6, n° 2, p. 305-16, jul. 1985.
- HARRISON, Elisabeth. *Nurse Caring And New Health Care Paradigm*. *Jornal of Nurse Care Quality*: 9 (4): 14-23, 1995.
- HORTA, Wanda de Aquiar. A Metodologia do Processo de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 24, n° 6, p. 81-85, out/dez., 1971.
- \_\_\_\_\_. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- LINS, Lenes Clécia Saraiva & RODRIGUES, Eduarda N. Duarte. Enfermagem Médico-Cirúrgica e Centro de Terapia Intensiva. In: *37º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Anais. Recife: ABEn, 1985, p. 71-81.
- LEOPARDI, Maria Teresa. *Entre a Moral e a Técnica: Ambigüidade do Cuidado de Enfermagem*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994, 115p.
- LOPES, Regina Lúcia Mendonça e col. *Fenomenologia e a Pesquisa em Enfermagem*. R. Enfer, UERJ, v. 3, n. 1, p. 49-52, maio, 1995.
- MANZOLI, Maria Cecília e outros. *Psicologia em Enfermagem: Teoria e Pesquisa*. São Paulo: Sarvier, 1981. 114 p.
- MARTINS, J. & BICUDO, M.A.V. *Estudos sobre Existencialismo, Fenomenologia e Educação*. São Paulo: Moraes, 1983. 80 p.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde*. RJ: Ed. Abrasco, 1992. p. 269.
- MIRANDA, Cristina Maria Loyola de. O Risco e o Bordado: Um Estudo Sobre Formação de Identidade Profissional. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 3, n. 2, p. 206-208, out. 1995.
- NAKAMAE, Djair Daniel. *Novos Caminhos da Enfermagem: Por Mudanças no Ensino e na Prática da Profissão*. São Paulo: Cortez, 1987.
- NIGHTINGALE, Florence. *Notas sobre Enfermagem: O Que É e o Que Não É*. São Paulo: Cortez, 1989. 79p.
- NUNES, Ana Maria Pereira. Concepções sobre o Processo Saúde-Doença na Enfermagem: Ciência e Arte. In: *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 5, n 1, 34-35, jan/jun, 1996.
- PANIZZA, Livio. *Da Sociologia Compreensiva de Max Weber à Sociologia Fenomenológica de Alfred Schutz*. Orientador: Creusa Capalbo Rio de

- Janeiro: Departamento de Filosofia/UFRJ. 1980. 128p. Dissertação (Mestrado em Filosofia)
- PARGA NINA, Luiz. *Estudo das Informações Não Estruturadas do Endef e sua Integração com os Dados Quantificados*. Rio de Janeiro. PUC-RJ, 1978. p.45. (mimeo)
- PEDRAZZANI, João Carlos. Formação do Profissional Ocupacional e Demandas Educacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 33, nº 4, p. 477-82. Out/dez., 1980.
- PEREIRA, Rosane Carrion Jacinto. Cuidar: O Que Significa ? *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 6, nº 2, p. 247-52, jul. 1985.
- PEREIRA, R. C. & GALPERIM, M. R. de. O Cuidando - Ensinando - Pesquisando, In: *Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar: A Enfermagem entre a Escola e a Prática Profissional*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 189.
- PESSINI, Léo *et al.* *Problemas Atuais de Bioética*. São Paulo: Edições Loyola, 1991. 551p.
- PITTA, Ana. *Hospital Dor e Morte Como Ofício*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec. 1994. 197p.
- SAINT-PIERRE, Hector I. *Max Weber: Entre a Paixão e a Razão*. Campinas, S.P.: Editora Unicamp. 1991.
- SANTO, Teresinha de J.M.E. *Segurança Emocional como Necessidade Humana Básica - Atuação do Enfermeiro Junto ao Cliente em Unidade de Terapia Intensiva*. Orientador: Josete Luzia Leite. Rio de Janeiro: UNIRIO, 1984. 105p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem).
- SCHUTZ, Alfred. *El Problema de La Realidad Social*. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.
- \_\_\_\_\_. *Estudos sobre Teoria Social*. Buenos Aires: Amorrortu, 1974. 277p.
- \_\_\_\_\_. Wagner, Helmut R. (Org.) *Fenomenologia e Relações Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- \_\_\_\_\_. *Fenomenologia del Mundo Social*. Buenos Aires: PAIDOS, 1972, p. 231.
- SILVA, Alcione Leite de. O Estado da Arte do Cuidado na Enfermagem. In: *Revista Texto e Contexto em Enfermagem*. Florianópolis, v.6, n.2, mai/ago, 1997. p.19-32.
- SILVA, Eliete Maria e col. *A Avaliação do Trabalho do Pessoal de Enfermagem Realizado em Centro de Saúde-Escola*. R. Bras. Enfer., Brasília, 43 (1,2,3/4): 107-116, jan-dez, 1990. V.43, n.1,2,3/4, p.107-116
- SILVA, Graciete Borges da. *Enfermagem Profissional: Análise Crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

- SMALL, Ema. Valuing the Unseen Emotional Labour Nursing. *Nursing Times*, June, 28, v. 91, n° 26, p. 40-41, 1995.
- TEIXEIRA, Eni Maria Ribeiro *et al.* *Apreciação Crítica da Profissão de Enfermagem: Seu Dilema e sua Crise Existencial*. Recife: Rodovalho, 1988.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.
- TROTTO, *et al.* *O Ser Humano no Centro de Tratamento Intensivo*. In: *Terapia Intensiva*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976. cap. 24 p. 607-624.
- TOCANTINS, Florence Romijm. *As Necessidades e a Relação Cliente-Enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva de Alfred Schutz*. Orientador: Elvira de Felice de Souza. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1993. 105p. Tese. (Doutorado em Enfermagem).
- UTYAMA, Iwa Keiko Aida e col. O Ensino do Processo de Enfermagem: Opinião dos Enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 43(1,2,3/4): 19-25, jan/dez. 1990.
- WAGNER, Helmut R. (Org.) *Fenomenologia e Relações Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- WALDOW, Vera Regina. *et al.* *Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar: A Enfermagem entre a Escola e a Prática Profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995. 203p.
- WALDOW, Vera Regina. *O Cuidado Humano. O Resgate Necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 204p.

56

## Anexos

## DEPOIMENTOS DOS ENFERMEIROS

---

*\_ O que você faz na UTI? Que ações assistenciais realiza ?*

Primeiramente, né eu chego no CTI, a gente confere, né o livro de ordens e ocorrência ... fazer alguns relatos ... primeiramente eu começo assim, depois eu passo uma vistoria ... uma visita rápida nos doentes, avalio assim os doentes a grosso modo, e vou fazer a escala de atividade ... no final, vou ver meu pessoal, quem chegou que não chegou, anoto já no livro de ordens de ocorrência quem já esta na escala, quem chegou efetivamente, e já faço a escala de enfermagem, né ... a escala de cuidado integral ... eu faço a escala e divido ... nisso já dá tanto tempo deles já ir começando a se mobilizar de fazer os cuidados, banhos e tal, e ai eu vou saber com um a um dos doentes, e vou avaliar os doentes um a um e nesse momento que eu tô avaliando é a hora que eu vou fazer os curativos ... é a hora que eu vou passar minha sonda enteral ... a minha sonda vesical, enfim vou fazendo os cuidados de enfermagem juntamente eu já vou avaliando os doentes isso um a um, antes disso também ... eu esqueci até de falar ... faço aquele pedido de farmácia , que é parte burocrática que você não pode deixar de fazer né e ... é a parte de farmácia, né ... depois faço essa avaliação de cuidado de enfermagem e isso até, quer dizer, a parte da manhã e depois eu vou pegar as prescrições para fazer o aprazamento ... ver que tipo de medicação o doente está tomando, assinalo ... os antibióticos que é uma coisa que precisa ter controle ... depois a farmácia chega e eu tenho que conferir esse material, na parte da tarde eu fico mais para isso mesmo ... pra conferir antibiótico que chega, é ajudar muitas vezes, né ... auxiliar o médico nos procedimentos que na parte da técnica realmente acontece, que é os procedimentos invasivos, como punção, traqueostomia, etc... né então

mais é, ajudar nos cuidados mesmo todos os cuidados de enfermagem, respiração, trocar um doente, mudar de decúbito, enfim todos os cuidados de enfermagem. Agora eu já posso entrar então na parte do que não é observado, talvez não é dado a importância, é ... hoje por exemplo ... é uma coisa que a gente não ... que eu perdi um tempo que as pessoas de repente não valorizam ... foi ... eu tava com um doente para fazer um curativo, numa doente que foi vítima de atropelamento, está com os membros superiores é com lesões né ... com um curativos extenso e a doente lúcida em prótese mas muito ansiosa, então eu perdi muito tempo com aquela doente conversando com ela tentando é ... ajudá-la mesmo a aliviar aquela tensão, e por mais que eu tivesse feito né uma solução analgésica ou até mesmo uma sedação, que tava na prescrição, não valeu como tentar conversar e tentar ajudá-la mesmo, e eu perdi um tempo né ... eu perdi energia né, eu gastei energia, e até a minha ansiedade mesmo em tentar é ... fazer aquela doente compreender aquela situação que ela estava vivendo, aquele CTI, até a situação do próprio estado dela ... em que ela ficou com lesão grave né ... e ela estava com comprometimento tanto a nível hemodinâmico como de, até seqüela mesmo do membro inferiores dela, e eu, eu, realmente fiquei posso dizer a você, que eu fiquei ... estressada e perdi um tempo e eu acho que isso não é visto que dizer, eu até brinquei com a minha auxiliar "aí tá amarrado isso aqui, eu não tô aquecendo mais", quer dizer não tô conseguindo sair desse leito, quer dizer ... eu perdi um tempo enorme, eu fui chegar até outro doentes, quer dizer, ... eram 11 horas, normalmente eu já deveria estar terminando de ver meu último doente né, ou de cuidar do meu último doente, isso é uma coisa né. Uma coisa que também ... não, não é que perdi tempo, mas eu acho que também não é observado ... é a gente orientar os funcionários, né orientação, ... é a informação dos funcionários né, os auxiliares, eles realmente precisam constantemente de, de como é que eu vou dizer,

não é, não é, como é que se fala ? né explicação mas e seria é ... não esta vindo o termo na mente ... é reciclagem, quer dizer ... então todos os dias a gente tem que revisar algumas coisas que dizer, coisas que a gente até né ... determinadas coisas que a gente já falou, mas tem que voltar a falar, a importância daquilo ... quer dizer, seja numa mudança de decúbito, seja num outro cuidado, que passou para eles desapercebido que a gente tem que voltar, e dar uma orientação e falar quer dizer, isso todo dia praticamente a gente faz isso, e eu acho que também as pessoas não ... a gente não registra isso ... isso não é percebido tá. É uma coisa que a gente sempre tem problema né, é a provisão de material, a provisão da farmácia né ... os pedidos da farmácia, eu acho que isso até é visto, mas para que ele chegue até você de forma efetiva, isso não é visto e demora muito, quer dizer os problemas que a gente tem ... por exemplo com a farmácia ... quer dizer eu peço, faço meu pedido à farmácia, encaminho as carbonadas né que são os antibióticos e pronto; se fosse isso e eu recebesse isso de volta conferisse e acabou, mas não fica ai ... quer dizer eu vejo que não tem e ai eu ... ou é por justificativa de falta, ou falta justificativa médica, ou é porque a farmácia acabou, não viu, esqueceu , ou eu corro atrás do médico p'ra pegar essa justificativa, ou eu corro atrás da farmácia p'ra, p'ra pedir para que seja providenciado ... porque que não foi ... foi esquecimento, enfim ... porque que não foi feito, porque nisso eu perco muito tempo né ... é uma coisa dentro da farmácia que a gente até no dia ... a gente tem que é conferir o entorpecente, o psicotrópico, e até prover isso né ate fazer troca, substituição e é quer dizer uma coisa uma prática que deveria já vir ... o médico iria lá fazia a receita, a gente ia lá trocava e pronto, mas não acontece isso, a gente tem que pedir para os médicos fazerem as receitas né, e eles... e até muitos fazem, outros não, mas enfim ... é a gente que tem que ir lá e pedir ... quando seria uma coisa que não precisaria né eu pedir, ... que é uma coisa que deveria tá ... quando ele fez a prescrição, quando ele

solicitou que se fizesse uma determinada medicação, entorpecente ele já deveria estar com a prescrição, ou depois mais tarde, mas não. Eu que tenho que ir até ele... e realmente você perde tempo com isso, pedindo, solicitando, muitas vezes até fazendo erradamente mas que as vezes você até faz, e só deixa que ele carimbe e para facilitar o seu próprio trabalho, isso perde tempo e não é visto, né e ... por exemplo material, o material, para que ele chegue até você, quer dizer a provisão ... você faz lá o pedido e deveria chegar até você, sem você fazer muito esforço mas não, você tem que correr atrás tem que justificar, se você precisa de uma seringa de 10 ou de 20, quer dizer isso demora, gasta-se tempo, gasta energia, né ... deixa eu ver que mais eu poderia dizer que a gente faz que não é visto, observado ( pediu para desligar pra pensar)

*- Quando você resolveu, ou você elegeu dar atenção a pacientes em que você percebe ansiedade, que você também faz uma troca. O que você tinha em vista quando você parou ali ?*

Quando eu passei, a minha percepção era de que aquela doente era a doente mais complexa, não era só pela instabilidade, era pelo quadro todo, pela situação toda dela, eu achei que era a doente que requeria um primeiro cuidado, né o primeiro cuidado, e até mesmo é sabendo disso né ... quer dizer o primeiro cuidado, ela requeria um pouco mais de atenção, então eu me coloquei mais atenta, até primeiramente, p'ra... ouvir

*- O que você tinha em mente quando você prestou esse cuidado que não vai aparecer em lugar nenhum?*

Mas para ela, quer dizer eu acho que não vai aparecer, p'ros outros, mas que p'ra ela vai ter resultado. Eu consegui faze-la entender né, ou fazer... é minimizar a ansiedade né, minimizar o estresse emocional que ela estava vivenciando ali, mas do que se eu estivesse só ah! vamos sedar... ah ! vamos...mais do que isso ... acho que eu consegui melhorar, minimizar um pouco mais a ansiedade.

- E que motivos você tem para realizar esse cuidado ?

Uma satisfação profissional, de repente até uma satisfação mesmo pessoal né ... não é mesmo profissional, pessoal né, eu me senti bem comigo mesmo talvez né ... nesse sentido de saber que eu consegui passar alguma coisa de boa, né que eu... de bom p'ra ela...né... não sei... não parei muito p'ra pensar... você pegou essa pergunta de surpresa o que eu fiz ... eu estava ali ... quer dizer, consegui tentar resgatar mais um pouquinho, mais aquela ansiedade, eu não parei p'ra pensar, o que que eu tinha... o que foi p'ra mim e o que que foi de bom p'ra ela. Era isso? e esse mesmo quadro dessa dona, dessa situação dessa paciente, eu vivenciei algum tempo atrás com um doente, que também estava numa situação difícil, em que era um doente que também requeria uma certa atenção né ... ele era um doente difícil até pelo fato do que aconteceu com ele né, ele engoliu uma espinha de peixe e desenvolveu toda uma situação muito complicada, e ele estava ansioso né ... muito tempo ansioso, traqueostomizado, e aquela dificuldade de falar, não poder falar e a gente, tentar, tentar entender, ele tentar expressar alguma forma, o doente traqueostomizado é um doente até difícil, né, e essa coisa dele tentar se expressar e... não conseguir, e... aquele quadro dele, quadro patológico mesmo é... foi um tempo difícil né ate p'ra ele confiar no nosso trabalho, quando ele ... chegava alguém da enfermagem, médico ele ficava em situação de pânico mesmo, porque ele não sabia o que que ia acontecer com ele né, então era sempre... quer dizer até hoje ele foi o ultimo doente que eu vi, e ele já esta mais tranqüilo, porque era sempre aquele doente, era sempre a mesma situação em que eu perdia um pouquinho mais de tempo, que eu conversava, que eu explicava p'ra ele né: — olha, a gente vai virar você, porque ele sentia muita dor, a gente vai virar você, mas tenta se ajudar, eu sei que dói, a gente va fazer um analgésico, mas ... aquela colaboração que eu pedia p'ra ele, p'ra tentar melhorar aquela

situação, e realmente eu vi que ele agora esta muito mais tranqüilo né, tá mas confiante, ele era muito inseguro muito ansioso, ele foi aos poucos ... até p'ra sair ... agora ele tá fora de prótese, mas até ele ... pra ele sair da prótese respiratória demorou muito tempo, até pelo nível de ansiedade dele. Que mais ? ... Essas questões, são cuidados, e como você falou seria mais simples dar tranqüilizante, mas será que iria diminuir a ansiedade dela ? isso talvez ia resolver o meu problema mas o dela não, ia resolver o meu problema porque ela ia ficar sedada e eu ia fazer meu curativo [interrupção por outro funcionário]... o que que eu táva falando, me perdi, quer dizer eu ia sedava e, quer dizer ia conseguir executar lá o meu trabalho tranqüilamente, não ia trazer... quer dizer ... retorno p'ra ela e p'ra mim momentâneo né que dizer... p'ra ela benefício nenhum, quer dizer são essas coisas... por exemplos outras coisinhas... quer dizer são detalhes, tipo a gente tá sempre envolvida porque ... tem determinadas coisas né determinados fazeres que ninguém é ... tem como função né ... então por exemplo deixou-se para enfermagem essa responsabilidade né, tipo: a lâmpada queimou. De quem é essa responsabilidade de ir lá pedir, avisar é da enfermeira, né, o problema da falta da água é da manutenção, mas é a enfermeira que tem que comunicar é ... ela perde tempo que ela ... tem que ir lá comunicar, se as coisas fossem mais simples, se fossem a tempo e a hora se você ligasse p'ro funcionário da manutenção e ele imediatamente viesse tudo bem, mas não é assim que é a coisa... né... que a coisa... você tem que investir várias vezes.. uma, duas, três até que a coisa realmente aconteça, são coisa assim né o problema da nutrição, o paciente deixou de vir a dieta dele, é você que tem que comunicar, é você que tem que correr atrás quer dizer é ... são detalhes mas que no final do dia você cansa, você fica cansada, porque é um monte de fazeres, que não tem dono mas que sempre cai p'ra enfermagem, que não é vista como fazer quer dizer... na minha opinião,

são detalhezinho que não tem dono que sempre recai na... p'ra enfermeira fazer ...

Eu acho que é isso, no geral é isso, né, e a gente fica cansada né, no final das contas a gente tá cansada, porque além dos fazeres que é nosso, inerente né, a gente não pode delegar, até mesmo nem delegar p'ra o auxiliar de enfermagem né, a gente tem esse monte de outras coisas que não tem dono que agente pegou p'ra gente como responsabilidade, e depois no fundo... acaba a cobraça em cima da gente mesmo ... e com isso a assistência, né o doente vai ficando mais distante né, porque você é atrelada de coisas, que o doente muitas vezes fica... até porque... por algum... não sei né... comodidade né, de repente é mais fácil né... acho que é isso.

\* \* \*

— Você pensa no seu dia a dia? Quer dizer, você colocou assim separando, assim, no roteiro, mas de tudo que você se ocupa durante o dia naquela UTI? O que você faz na UTI ? Que ações realiza ?

— Não sei, a minha função ... eu sou responsável pela unidade né, então é um pouco diferenciada da função da Ana Paula e das outras meninas, eu tenho uma parte administrativa, é uma parte que me ocupa demais, embora também tenha é ... preocupação de ver o doente, e quando eu não consigo ver o doente acho que o dia, foi um dia incompleto, eu saio com uma frustração, tipo assim: o que que eu fiz hoje? Eu sei que foi um dia desgastante por ter andado muito, ter feito uma série de partes administrativa, que a gente tem que fazer pra conseguir material ... mas quando o dia termina e eu não consegui ver um doente, avaliar, fazer uma evolução, fica... é um hiato entendeu... bom, quando nós chegamos ao setor , nos vamos receber o plantão, ou do enfermeiro, ou do auxiliar, a gente se intera, mais ou menos do estado geral de cada paciente, e ai após a gente tomar ciência do livro de ordens e ocorrência, e fazemos a contagem de psicotrópicos de praxe ... após a gente monta ... as auxiliares de enfermagem vão chegando ... por que não existe a passagem de plantão da forma tradicional, todos chegam recebe todo mundo junto, o pessoal vai chegando aos poucos, então muitas vezes as 8 horas ainda não tô com as auxiliares de enfermagem todos do plantão pra gente montar a escala, então eu fico esperando o povo chegar, pra você montar a escala ... porque você tem um escala de que vem hoje ... vem a, b, c, mas ainda não chegaram, você aguarda o pessoal chegar então, enquanto o pessoal não chega, você vai adiantando as coisas administrativas, ou se tiver algum paciente precisando assim de um cuidado mais imediato você vai atende ai, é tempo tirar o pedido de farmácia ... ai você faz ... você vai prever o material de farmácia que você vai usar nessas 24 horas, todas as ampolas de adrenalina, atropina, diazepam não, entra em outra parte ... enfim o que for de

farmácia entra aqui nesse pedido, as pomadas, aqui a gente tem bastante liberdade pra fazer essas solicitações. Bom, nesse ínterim eu espero que a equipe tenha chegado, então a gente monta a escala ... a gente tenta deixar uma auxiliar pra cada leito, que o nosso paciente geralmente é um paciente de trauma, um paciente bastante complexo né, quer dizer você vai dizer: no CTI todo doente é complexo, mas no nosso CTI você vai ver que é especial ... entendeu ... porque nós não temos muitos casos clínicos, a maioria dos meus casos são de trauma, são politraumatizados, tem mais de um sistema afetado, entendeu (pausa). Então, a gente tenta montar dessa forma a escala ... monta a escala, a primeira coisa a fazer é olhar cada paciente, e nesse ínterim já chegou a enfermeira líder então, geralmente aí fica por função dela a parte de administrar a parte da assistência, né ... eu entro colaborando, entende, mas isso basicamente é dela, porque eu falo com ela: — se eu fizer curativo todos os dias, na sexta feira eu tô morta entendeu ... então eu faço sim, mas não dá pra ser como quando eu comecei que ficava fazendo todos os dias ... mas tem o físico seu que não agüenta e a plantonista ? Ela ficou 2 dias em casa, eu fico sobrecarregada e a parte administrativa fica esquecida. Porque ficam: — Rosane acabou a sonda de aspiração nº14, quer dizer a minha parte, ninguém fez, eu tenho que ver esse lado ... — Rosane, o aspirador não esta funcionando, é ... não temos mais o filtro do respirador tal, quer dizer, essa é a parte que eu tenho que me deter, porque é parte da qual eu sou cobrada. Então aí, eu me volto pra essa parte ... então ai vamos montar o respiradores, quais são os respiradores que estão em uso, trocar os circuitos, ... que no inicio quem fazia isso era a enfermeira, eu a Valeria não conseguíamos trocar a cada 24 horas porque nos não tínhamos, e nos não temos ainda material suficiente pra isso ... mas nos tentávamos trocar a cada 48 horas, não é ideal mas é o melhor que a gente pode fazer ... era a gente que fazia isso, nos estávamos perdendo um tempo muito grande nessa tarefa de trocar os circuitos, não era um serviço que era

valorizado entendeu, mesmo porque não aparece trocar circuito de respirador, não aparece entendeu ... porque ele já estava lá , você tirou e botou outro igual ... embora eu não tenha isso como estatística, porque não foi feito pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, mas empiricamente pelo que a gente vê, pelo que produziu de infecção respiratória ... mas é um trabalho que a gente sabe que é um trabalho que tem que fazer, que é importante fazer ... mas que não é visto. Mas nos estamos treinando as auxiliares de enfermagem pra isso, as auxiliares de enfermagem diaristas, ficam responsável por essa tarefa, ela lava os circuitos, monta os circuito e troca. Então eu fico na maior parte na supervisão ... então vamos trocar os circuitos, a gente sabe que o leito tal foi trocado anteontem, então tem que trocar hoje, e quando troca a gente tem que estar presente pra orientar, pra ajudar, pra não fazer errado ... mas as auxiliares no CTI é ... a maioria são bem treinadas, entendeu, claro que não tem conhecimento científico do que elas estão fazendo, mas fazem direito, entendeu ... e que mais ... a parte dos respiradores, que é parte que pega muito do meu tempo ... pedido do almoxarifado, o pedido do almoxarifado é feito do material descartável que foi usado na semana, a gente faz a previsão de quantas sondas de aspiração vou consumir naquela na semana, quantos Kits de drenagem, quantas seringas, quantas agulhas, tudo isso é feito pelo enfermeiro responsável... só que é um trabalho muito grande, porque repor material todo dia, é um trabalho muito grande, porque é um trabalho que você pode delegar pra uma outra pessoa qualquer, então essa função se delegou pra o auxiliar de enfermagem ... então eu faço o pedido geral do material, e então ela guarda, estoca e repõe. Agora tem um trabalho invisível atrás disso... que é: uma coisa ... é o que você pede, e outra coisa é o que te mandam entendeu, e quase sempre você tem que descer pra conversar com o chefe do almoxarifado, explicar a necessidade do seu consumo ... essa é uma coisa que não se vê, mas eu sei o que as minhas pernas sentem,

quantas vezes eu vou lá embaixo reclamar, que eu pedi 800 sondas eles me mandaram 400: — olha! isso aqui, faça as contas: eu uso 60 sondas em média por dia isso com doente hipersecretivo, considerando a média de aspiração de 2/2 horas, faça os cálculos, durante 7 dias quanto isso não dá ? ... e então essas explicações... porque quando eles querem cortar custos eles não levam isso em consideração né: Ah! quantas ela pediu 800 ? Ah! manda 400 ... e quem tá trabalhando, o meu auxiliar de enfermagem ,ou o enfermeiro líder, ele vai se ressentir da falta daquilo, ai ele volta: - Rosane não temos ... então eu tenho que me esforçar pra que isso não falte, cobrando a quem de direito... do almoxarifado ... sonda de aspiração é só um exemplo, vivemos a pouco tempo , um outro problema sério ... que ficamos sem seringa de 1 ml, então fazer a insulina e a heparina era uma questão muito complicada ... então nos conseguimos doação de uma outra unidade, tivemos que usar seringa, igual ao pessoal da saúde pública ... é uma seringinha pra cada paciente, vamos tentar usar por 24 horas identificada na geladeira ... então esse é um trabalho que você se desgaste emocionalmente, mentalmente, mas não aparece ... por que o doente vai ser checado ... a insulina aqui foi feita, a que sacrifício realmente não se viu... e as vezes a gente fica assim ... porque ter responsabilidade aqui é um trabalho que não é remunerado ... que o nosso mérito aqui é passar o sábado e domingo em casa ... essa é a única vantagem que diarista tem. Porque é muito cabeça, por esse trabalho invisível que se tem, e que não é valorizado... estamos também envolvidas agora com treinamento, montamos a rotina do CTI que não havia, que é um trabalho de iniciativa minha e das enfermeiras ... que a gente conseguiu escrever a rotina do serviço, tá sendo analisado pela Comissão de Controle de Infecção esperando só o aval pra começar o treinamento ... mas é ... a montagem desse trabalho, também é invisível, porque o trabalho está lá escrito, mas foram horas de trabalho na minha casa ... as enfermeiras perderam horas de trabalho na casa

delas, ajudando a escrever técnicas pra gente usar no serviço, mas isso também ninguém vê ... é eu vejo a minha função aqui ... como uma governanta, sabe ... igual a senhora que trabalha lá em casa ... ela conhece a minha casa toda, talvez até melhor do que eu. Eu acho que eu conheço melhor aqui, o que eu tenho de aparelhos, do que eu tenho na minha dispensa, entendeu ... se você perguntar: — quantas latas de óleo você tem ? eu não sei, mas se perguntar : — quantas bombas infusoras eu tenho em uso ? isso eu sei te dizer, entendeu ... porque isso eu estou sempre sendo solicitada ... mas eu acho que importância do enfermeiro ... acho que não é essa ... porque, eu tenho a guarda dos aparelhos ? ... acho que não é essa ... é que você ... eu estou todos os dias ... você tem uma visão geral maior do que no caso, o meu chefe médico, porque ele não tem contato com esses problemas administrativos, a que eu me submeto todos os dias ... essa maratona ... a gente tenta resolver do nosso jeito ... eu acho, que eles são até poupados de certa forma ... então quer dizer, qual a obrigação nossa ? é manter o serviço funcionando ... porque a enfermeira do CTI ... o pessoal fala na fogueira das vaidades no CTI, né ... médicos, enfermagem, mas sinceramente eu não sinto isso aqui, talvez nos hospitais particulares, pode ser até que talvez isso aconteça, mas aqui não tem ... a gente trabalha bem consciente do nosso papel tanto para sociedade, quanto para o doente... a enfermeira líder tem a função dela, na assistencial eu tenho a minha na administrativa ... poderia ser substituída por um administrador ... ? acho que ele faria o meu papel ... e seria até bom, porque eu poderia ficar a vontade e cuidar do meu doente que é realmente o que me dá mais prazer... fico realmente bastante angustiada quando eu não tenho a oportunidade durante o dia de não fazer cuidado com o paciente, acho que talvez seja até a formação da escola entendeu ... que a parte assistencial ela é mais enfatizada do que a parte administrativa e a parte educativa ...

— *E na parte assistencial o que você faz ?*

O que é mais difícil... porque o pessoal fica assim ... ela é responsável então o pessoal cria fantasia que você sabe mais ... eu dou aula na UERJ, na habilitação, então aquela veia mais complicada eles guardam pra mim, aquela sondagem é mais complicada ? — Rosane, essa sonda eu não consegui passar ... então eu passo, ou então quando eles solicitam ou eu mesmo identifico — olha ! essa sonda tá errada, sonda para drenagem é uma numeração, alimentar é outra numeração. Então paciente que tá drenando, que no dia que vai começar a dieta, tem que trocar a sonda por uma sondinha mais fina, e nisso você identifica, já vai, e já faz ... ou então quando solicitam, porque tem liberdade entendeu... você identifica ... você já faz. O que você não viu, alguém te chama e você faz também... e também tem a parte do apoio emocional que não aparece. Nos estamos com um paciente, coitado ! um homem jovem que se acidentou com um espinha de peixe ... então ele fez uma lesão na parede do esôfago, no mediastino, enfim, um paciente grave, mas tá lúcido, e acompanha o nosso movimento o dia inteiro né ... eu falo com as meninas pra terem muito cuidado com o que falam, porque ele não tem muito o que fazer no CTI, nosso CTI não tem assim esse recurso de entretenimento para pacientes ... ele ficam acompanhado nossa vida... com certeza! ... então tenham cuidado com o que vocês falam no salão, porque ele tá lúcido tá escutando entendeu ... então ele estava talvez num estado de desorientação, não seu, a noite as vezes com sono, e ele interpretou mal alguma coisa que alguém disse ... e ele contou uma história que queriam mata-lo... então chegou pela manhã, passo pelo salão para ver como é que estão os pacientes, vejo se esta tudo direito, ai então ele me chama, eu me aproximo e ai ele muito angustiado me fala baixinho que queriam mata-lo ... eu até me assustei pensei: meu Deus, será que esse homem é bandido, será que ele pensa que alguém né ... ai ele não conseguia se comunicar direito, estava traqueostomezado, eu falei: — calma, não tem nada não, vamos pegar um papel e o

senhor ... quer escrever ? ai ele escreveu para mim uma história... ai eu sei que eu perdi... quer dizer não é perder porque ele ganhou mas eu fiquei ali com ele é ... quase uns 40 minutos nessa conversa, tentando desfazer uma situação que ele fantasiou, e o plantão que teve esse mal entendido foi o plantão que voltou ontem a noite... então ontem, quando eu passei o plantão eu conversei com todos os elementos da equipe e disse: — olhe, vocês tem desfazer essa má impressão, aconteceu isso assim... assim, olha por favor! vocês tem que desfazer essa má impressão que vocês causaram para doente, ele ficou muito angustiado, muito assustado, ele não dorme ... fica assustado com medo que alguém faça alguma coisa errada, na veia dele, então ele não dorme ... e no outro dia fica descompensado, porque para ele ia ser na medicação... depois eu descobri o que foi... foi um comentário assim: ele queria que apagassem as luzes do local onde ele estava, ai a auxiliar falou — não, eu não posso apagar essa luz, porque eu enxergo pouco, e se eu for fazer a medicação no escuro eu posso fazer a medicação errada e matar o senhor. Foi esse o comentário. Eu acho até, que ela não foi muito feliz na explicação que ela deu ... mas foi isso ... e já foi o suficiente para ele interpretar a coisa de forma pessoal, que ela ia fazer a medicação errada na veia dele para matar... enfim você fica um tempão ali, eu realmente não pude registrar isso em lugar nenhum: fiquei 40 minutos tentando convencer o doente que ele não seria morto pela auxiliar de enfermagem ... entendeu ?

— *E quando você parou ali junto ao doente e tentou tranquilizá-lo, o que você tinha em vista ?*

— Olha naquele momento ali, foi um momento até ... eu ... que eu me senti encima daquilo, porque a gente no CTI nos somos muito fazer, fazer, fazer, fazer ... pouco tempo a gente para pra falar com o doente, para conversar com o paciente, até porque é uma forma ... de nos protegermos da perda entendeu ... A forma de se proteger da perda é não se envolver emocionalmente com o outro, se ele se for eu não vou

sentir muito ... que agente perde ... não são muitos, mas a gente perde ... mas nesse dia não sei porque eu senti... eu senti que eu tinha que escutar, que eu tinha que dar atenção ... porque tem paciente que é chato... não é assim que a gente fala ? que fica ai te chamando ... te chamando, chamando ... mas eu não sei, acho que nesse dia eu cresci, entendeu? não sei porque? mas nesse dia eu senti um coisa diferente ... que realmente né eu tinha que ... aquela conversa que eu tive com ele foi melhor que o dormonid que eu fizesse para que ele dormisse ... não é assim que a gente faz ? porque tem doente ... doutor o doente tá agitado, tá precisando descansar, não dá para dopar ele para dormir um pouquinho não ? então o doente se comporta ... e ... é, mas realmente, abriu uma janela par mim... e tem as situações que ocorrem também, as questões de religiosidade né ... já aconteceram casos engraçados né ... que também não tem como você registrar ... a mãe, de uma paciente, nossa jovem, estava em estado de coma a esclarecer, já estava aqui há várias semanas e não se chegava a um diagnóstico ... a mãe espírita, acreditava que era trabalho que haviam feito para a menina, e uma manha ela falou: — Rosane, eu poderia rezar a minha filha ? eu falei pode, só não pode dar nada para beber, nem mexer nos aparelhos, tá bom? ela disse: tá, eu não vou mexer em nada, só vou rezar a menina. Ai eu levei ela ao box , coloquei um biombo para preservar os outros pacientes e fiquei próximo pra ver o que ela ia fazer ... ai ela abriu a bolsa e tirou uma pata de dentro da bolsa, eu me assustei, falei: — caramba ! sabe que é uma pata ? uma pata, mulher do pato, e com aquela pata ela ficou passando no corpo da menina rezando, orando, lá, depois nessa altura lá a pata, lá tonta tadinha ficar presa lá dentro da bolsa ... pegou a pata e botou dentro da bolsa, fechou com zíper e falou: — Rosane muito obrigado e ai saiu ... as médicas olharam pra mim assim, e falaram: — Rosane? como é que você permitiu isso? falei: — gente eu até me escandalizei, não esperava que ela fosse tirar uma pata de dentro da bolsa, pensei que

ela ia tirar uma erva qualquer, passar no corpo da menina mas não esperava que ela fosse tirar um animal, enfim é a religião dela ... a menina recebeu alta do CTI como coma a esclarecer, por que não chegou a um diagnóstico ... mas pra mãe, a pata foi extremamente importante entendeu ? teve lá a função terapêutica ... pra mãe teve ... enfim, mas onde se pergunta isso ? até porque se eu escrevo que deixei entrar uma pata dentro do CTI eu posso ser chamada pra me explicar pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e você não tem como explicar essas coisas ... e tem outras coisas que enfermagem ... acho que poderia dentro do CTI ver mais ... sabe ... nossas auxiliares elas são bem treinadas, tem muito que fazer mas o básico para o dia a dia normal elas dão conta ... mas a gente vê que o enfermeiro ele é primordial para a qualidade da assistência ... isso é, os médicos eles é, vêm, os médicos não vivem sem a nossa presença ... e quando por acaso surge da gente ficar doente, ele identificam: cadê o enfermeiro fulano, nós não estamos mais vendo, entendeu ... você tem que cobrir porque tem que ter enfermeiro, eles se dirigem ao enfermeiro ... pra resolver todos os problemas, pra encaminhar as coisas, é com a gente ... e é bom né, porque a gente vê que de alguma forma o invisível não é visto, eles não sabem a dificuldade que é muitas vezes pra conseguir um bem, e ter a manutenção de um bem, mas eles identificam a nossa boa vontade ... entendeu de estar presente, de assistir o doente, reconhecem o nosso conhecimento ... acho que é basicamente isto.

\* \* \*

—O que você faz na UTI ?, Quais as ações assistenciais que realiza ?

Quando eu chego no CTI eu assumo o plantão, o plantão noturno ou do enfermeiro ou dos auxiliares, do profissional que estiver no horário ... ao assumir a unidade o que eu faço é o seguinte ... eu pego a parte administrativa, então eu confiro o psicotrópico, confiro ... é vejo as prescrições quando as recebo faço o aprazamento, faço a escala das auxiliares de enfermagem e é ajudo na organização ... é na higiene ... na higiene eu ajudo e posso ajudar na higiene em si, que é uma coisa que eu também gosto de fazer tá ... é o banho do paciente é ... o asseio do paciente ... e ali eu ajudo a fazer os curativos, que dizer ajudo não, eu faço os curativos por ocasião do banho ... quer dizer os curativos desde os mais simples até os mais complexos ... e depois então vem a conferência no decorrer do plantão de 12 horas, vem a conferência das prescrições, aquilo que foi feito, aquilo que não se deixou de fazer, e obviamente a evolução dos pacientes ... mas hoje por exemplo, eu resolvi mudar a rotina no sentido da evolução ... então o que é que eu fiz hoje ... eu assumi o plantão e a primeira coisa que eu fiz antes da parte administrativa foi ir de leito em leito tá ... é evoluindo os pacientes, no termino de evolução, foi que eu peguei a parte administrativa, ai conferencia dos psicotrópicos aquilo que eu já falei ... é o aprazamento das prescrições, a escala das auxiliares, ai eu voltei novamente para os leitos para a confecção dos curativos tá ... e ... é em relação a parte administrativa, quando há necessidade a gente interfere também no sentido ... é porque existe o enfermeiro plantonista, e o enfermeiro da rotina que é o diarista, então a parte de aparelhagem fica mais com o diarista, mas as vezes o diarista que geralmente é manha já foi embora, então as vezes um aparelho a tarde dá defeito, dá problema, dá pane ... então o que é que a gente faz? a gente escreve no livro de ocorrências o que houve com o aparelho ... ou seja respirador, monitor, oxímetro, e a gente separa

identificando o defeito no aparelho, no caso um esparadrapo no aparelho, e separa para que no dia seguinte o diarista se encarregue de mandar para a administração, ou chamar o técnico para fazer o conserto daquela aparelhagem ... isso é sinteticamente é o geral que nos enfermeiros fazemos no CTI ... agora em se tratando de paciente direto ... é justamente como você citou ... a gente ... como eu já tinha falado com você ... eu por exemplo gosto de admitir o paciente, ele estando lúcido ou não ... eu realmente me ... identifico com ele ... quer dizer eu tento conversar com ele ... tento manter um contato com ele de alguma forma, ou pelo contato físico, quer dizer aperto de mão ... toque no paciente, passar as mãos na cabeça do paciente como forma de carinho tá ... passar as mãos no rosto para ele sentir que quando ele chegou ele estava sendo bem acolhido ... porque nos somos ... eu considero ... o hospital, a unidade onde eu estou trabalhando, o setor onde eu estou atuando ... é um segundo lar tá, ... então é essa receptividade pra mim, em relação do paciente pra mim é muito importante, porque dá segurança ao paciente ao adentrar num lugar que ele de repente ele nunca entrou ... e lidar com pessoas que ele nunca viu na vida ... então uma má recepção ... isso aí causa uma depreciação até do próprio paciente, ele fica deprimido e obviamente o tratamento não vai ser aquele tratamento a contento como nós esperamos ... aquela resposta positiva e rápida como nós esperamos ... como nos temos aquele pensamento positivo para que seja ... então aquilo vai prejudicar no bom andamento, da melhora da mudança do quadro clínico do paciente ... então isso pra mim é importante, esse contato, tanto pele a pele quanto o contato verbal ... a gente conversar com o paciente ... é outra coisa que eu também estabeleço, é tudo que nós vamos fazer com o paciente ... ainda que ele esteja ... não esteja respondendo, pra nós ele está de repente receptivo ... ao que a gente fala ... todo o procedimento que nos

vamos fazer com ele nos falamos: — olha, vou furar o seu dedinho aqui pra fazer hemogluco teste, vou tirar um sanguinho aqui, é pouco sangue ... é só uma picadinha de mosquito ... então a gente procura sempre manter esse contato pra que o paciente não fique sendo considerado um mero objeto, e sim um ser humano que precisa ser notificado de todos os procedimentos que vão ser feitos nele, estando lúcido ou não, cooperativo ou não, nós já tivemos pacientes aqui que não quiseram cooperar com o pessoal da coleta de sangue, então a moça da coleta de sangue veio falar comigo, então eu disse: — não vamos lá ... expliquei tudo para o paciente calmamente ... aí ele discutindo comigo, e eu tentando convence-lo acabei que, ... só esta vez seu fulano ... só esta vez que é preciso ver o seu sangue ... procuro até falar na linguagem simples, coloquial pra que ele possa entender ... porque seu eu falar pra ver os seus parâmetros, aí ele não vai entender nada ... vai acabar me xingando, dizendo que não vai colher, então a gente procura sempre é, manter este relacionamento para que o paciente sempre coopere, até mesmo numa hora difícil, numa hora de constante dor ele venha a cooperar conosco ... nos tivemos paciente aqui que ... com uma auxiliar ... ele não quis a dieta ... ela insistiu, insistiu não conseguiu ... aí ela chegou pra mim e disse: — olha ! enfermeira ele não quis a dieta ... eu disse: - não, vem cá me dá a dieta ... e disse: — olha essa dieta é boa por senhor ... eu sei que era caldo de legumes ou caldo de carne uma coisa assim ... então pra ele não esta sendo bem aceito, eu digo: — olha, eu sei que não é bom , eu sei que é horrível, mas isso ai é para experimentar como é que o seu organismo está aceitando a dieta ... e ali ele foi ... eram 100 ml, ele tomou num segundo... que dizer tato ... a gente tem que tato com o paciente, convencer ele que aquilo ali, embora seja ruim , seja doloroso, aquilo ali é bom pra o tratamento dele e ali nos tivemos aquele paciente ... outro paciente que teve alta também. Temos o caso de um paciente

também, que teve mediastinite por espinha de peixe ... quando ele entrou no CTI, ele estava lúcido, completamente lúcido ... então eu estava em cima no posto de enfermagem, que é um pouquinho mais alto do que o nível normal onde passam as macas, aí eu olhei pra ele ... ele estava cercado por médicos e acadêmicos ... olhei, pra ele, assim ele pode visualizar o meu rosto eu visualizei o rosto dele e disse assim: — seja bem vindo ! aquilo pra mim é muito importante ... e ele se sentiu a vontade ... esse paciente ficava solícito, chamando e perguntando as coisas e perguntando se ele ia morrer, eu sempre confortando ... não calma ... aí ele falava ... interessante, Teresinha ... é que tudo que ele dizia pra mim eu entendia ... eu ficava assim ... meu Deus ! como é que eu posso entender esse paciente assim? o médico falava com ele, não tô entendendo ... aí ele me chamava, as vezes eu estava nos pés da cama ajudando o médico ele me chamava, fazia um gesto e eu dizia isso, isso e isso ... eu ficava assim meu Deus como é que pode? eu entendia tudo ... ele fez assim pra mim (mostrou três dedos) eu disse : — você tem três filhos ... o que é que o nº 3, tem haver com três filhos, é incrível ... quer dizer ... eu acho que eu tenho assim um carisma muito grande com o paciente, eu me transporto naquela hora, pra um familiar dele, eu me transporto para o lugar dele, eu me transporto para eu estando doente, eu me transporto para um familiar meu estando naquele lugar ... então eu acho que ele, enquanto estiver deitado ali precisando dos meus cuidados, ele faz parte da minha família ... é por isso que eu consigo dialogar com ele, não com muita dificuldade, quando eu não estou entendendo eu digo: — calma, fala de novo que eu não entendi ... mas eu vou tentar entender ... e acabo entendendo ... mas é incrível sabe ... eu até acredito que Deus ajuda pra gente ter um relacionamento melhor com o paciente. Teve um outro paciente que ficou conosco ... esse paciente eu recebi o plantão ... esse paciente estava contido ele chamando, angustiada, então como a

gente tem percepção visual a 180°, eu via que algum paciente tava se mexendo no leito ... e eu não sabia o que é que era ... quando eu olhei o paciente tava mexendo a contenção dos membros superiores ... ai eu digo: — ué ! esse paciente tá contido? fui até o leito, ele estava com TOT, estava com macronebulização, não estava na prótese respiratória, e ele estava lúcido, pareceu-me lúcido, e quando eu cheguei junto a ele, eu perguntei pra ele o que é que ele queria, então ele com muita dificuldade ... ele conseguiu colocar pra mim que aquelas contenções ... não era necessária aquilo ... ele queria que ficasse solto ... olha ! eu falei pra ele : — o senhor não vai mexer em nada que está com o senhor ? ele disse que não ia mexer... eu disse: tudo bem... eu soltei, dei uma prancheta na mão dele com papel e um caneta, e ele escreveu: — eu sou sujeito homem, eu não vou mexer em nada disso, não sou criança ... e ai ele começou a descrever ... e ainda fez queixa do pessoal que fez isso com ele na parte noturna ... eu digo: — não, tudo bem, o senhor vai ficar solto, não vamos prender o senhor que eu sei que o senhor vai se comportar porque o senhor esta lúcido, o senhor vai cooperar com o tratamento ... e ali aquele paciente três plantões depois, aquele paciente teve alta do CTI para enfermaria ... então pra gente isso também é gratificante ... tivemos também um paciente que adentrou no CTI com múltiplos PAF (perfuração por arma de fogo) e este paciente ele é ... a primeira mão, nos primeiros plantões, foi um paciente que ficou um bom tempo conosco, esse paciente parecia pelo menos de imediato, o nosso prognóstico de enfermagem ... seria que esse paciente não iria sobreviver a intempérie que estava passando, o quadro clinico dele era um quadro muito comprometedor ... então ficaria até é difícil ao meu ver, dele sair ... mas ele conseguiu ir pra enfermaria, e da enfermaria ele conseguiu ter alta ... tivemos um outro paciente ... deixa me ver, com problema de ... ortopédico, com uma fixação externa e, um como é que eu posso dar o nome ... não é

pêso ... é tração, paciente com tração em membro inferior esquerdo laparotomia, teve um problema sério respiratório, a gente pensou também que ele não fosse sair ... esse paciente, graças a Deus ele saiu ... mas tudo a gente ... e esses pacientes ficaram no respirador muito tempo... esses pacientes é ... ficaram entubados bastante tempo, então isso tudo faz com que a gente é ... se sinta recompensada devido ao trato que a gente dá, a atenção que a gente dá, a consideração, o apoio emocional que a gente leva até esses pacientes, e o retorno é muito positivo ... claro que a gente não vai desmerecer outros profissionais que adentram também a área, mas sem a gente, os outros profissionais não conseguem nada. Porque um prescreve, outra vai e diz: — olha, tem que fazer assim, assim, o outro vai e fala ... mas se a enfermagem não fizer, nada feito. Ai o paciente, ele pode ter o apoio emocional até pela enfermagem, pode ter um carinho, uma consideração, mas se a enfermagem não olhar o paciente como um todo, ela realmente ... o paciente não consegue sair daquele quadro clínico e obviamente não consegue ter alta ... nos tivemos outro paciente ... que ainda não tinha falado com você ... é um paciente que entrou com um problema respiratório ... a pessoa fazia cianose de extremidade de uma tal maneira, que você dizia ... realmente esse paciente não passa de hoje ... esse paciente teve alta ... a gente, eu fiquei de boca aberta Teresinha ... o paciente teve alta ... então eu posso adiantar pra você, que o índice de óbito aqui no CTI do Souza Aguiar é muito baixo ... porque além dos outros profissionais, que são os profissionais de medicina investirem no doente, a enfermagem também investe ... a enfermagem também tem aquele cuidado de mudança de decúbito ... a gente sabe que isso ai seria obrigação nossa, não é favor nenhum porque faz parte de nossa profissão, mudar o paciente de decúbito a gente sabe se não mudar o que acontece ... vem as escarificações, depois vem as escaras profundas, as infecções ... que a

gente sabe disso cientificamente, a gente sabe que isso tem base ... mas você sabe que tem certos lugares que infelizmente isso não procede, é isto não acontece ... mas aqui realmente o pessoal, a gente da enfermagem faz ... então a gente procura é ... dentro dos padrões ... dificuldade no Brasil? saúde? Temos ... mas dentro dos padrões normais, é de profissionalismo a gente procura dar ao paciente o máximo de carinho, atenção e cuidado para que aquele paciente saia, e saia bem...

*— E o que você tem em vista quando se detém junto ao leito de um paciente e procura tranquilizá-lo ou mesmo propiciar um cuidado que não seja ligado ao cuidado físico ?*

Bom, quando eu passo para o paciente um apoio emocional uma palavra de carinho, um gesto de carinho eu vejo, primeira coisa: é um ser humano, segundo: é como se estivesse recebendo aquele carinho ... é vou dizer pra você particularmente, ( pausa, voz embargada), podia não ser mas é, eu pelo menos, eu penso por esse lado ... eu sou muito carente, de carinho, de atenção, então eu transfiro isso beneficentemente para eles, e procuro suprir, principalmente, quando eles são receptivos aí que eu me dedico mais ainda ... se eles são assim mais comedidos aí eu vou comedidamente, e converso ... fico na medida que eles me respondem ... se eles me respondem mais profundo esse carinho, essa atenção essa palavra de carinho, esse gesto que eu faço ... se eles me respondem profundamente, eu vou profundo, se eles me respondem superficialmente eu fico na superficial ... que é pra não me machucar e pra eu não ser incomodada tá ... se eles vão profundamente, eu vou profundamente também pra suprir aquilo que eles estão me solicitando ... que eu sinto que eles estão precisando ... isso pra mim e altamente gratificante porque é se como se eu dando, estivesse recebendo ... (enxuga as lágrimas), eu me sinto plena ... e me sinto com alma satisfeita ... se como eu lavasse a minha alma naquele carinho, naquele afeto,

que eu estou transmitindo, seja ele homem, mulher, seja ele adolescente ou criança ... no caso, porque geralmente nós estamos no CTI adulto, mas as vezes vem uma pessoa, um ser humano, um adulto até, mas com idéias infantis, ou um adolescente com idéias infantis, então seja ele quem for, preto, branco, estrangeiro ... é português, seja que raça, credo ou nacionalidade, eu atendo da mesmo forma e me sinto gratificada.

\*\*\*

— O que você faz no CTI ? (CTI infantil) Quais as ações assistenciais que realiza ?

— A gente chega de manhã ... a gente recebe o plantão nem sempre do enfermeiro e mais difícil ... a gente recebe mesmo, e do auxiliar ... a gente chega e a primeira coisa, gente vai receber o plantão lá no leito... a gente leva a prescrição e vai ... olha tá ocorrendo isso, tá com sonda aberta ... tá drenando assim, isso aqui tá assim, e a veia ... e essa aqui, tá correndo tá vendo ? ... passagem de plantão lá no leito ... e a gente recebe plantão de um ... de outro aí volto pra cá (posto), então nisso já vi que lá o paciente, tal, foi aspirado tantas horas e, a última vez que aspirei ... então eu sei que não preciso aspirar aquela hora e ... então depois que eu já recebi lá, eles (médicos) não trocaram plantão, aqui, então aproveito esse momento que ainda está o pessoal da noite aqui pra fazer a parte burocrática ... porque quando eles forem pra lá, eu já posso ir lá junto, entendeu ... e quando os auxiliares forem pro banho eu posso ir pra lá junto, ... então eu aproveito esse momento em que ainda não foi feita a troca de plantão deles (médicos) pra chegar aqui, eu faço ... pedido de farmácia, vou checar todas as gavetas, quais as ampolas que tem poucas, se tem todos os soros, se tem fisiológico, glicosado, porque aqui a gente mistura muito, soro a 5%, soro a 10%, vejo tudo isso que tem, o que é que não tem, faço o pedido de farmácia, só medicação ... então faço esse pedido pra já ficar esperando as prescrições carbonadas pra enviar pra farmácia ... aí vou abrir o livro, vou botar quem tá no plantão, a equipe que tá de plantão, confiro os psicotrópicos e relato sucintamente ... recebi o plantão ... paciente tal "o.k.", paciente assim ... assim ... resumidamente, ... então a minha parte burocrática de plantonista é só essa ... a gente faz farmácia de manhã, conferencia de psicotrópico, e vou abrir o livro, vou colocar a equipe que esta trabalhando, e tudo mais ... de plantonista. A parte burocrática pra mim é só essa de manhã, ... ai eu já estou livre , eles (médicos) estão trocando plantão, as meninas já estão

chegando lá pra dar banho, ai eu sempre vou lá junto ... as vezes ... tem dias que só tem eu e uma, como esse mês todo foi assim, somente eu e Katia, ... então eu vou ajudar ela a virar, enquanto ela passa o lençol eu vou por outro lado e seguro, ela passou o lençol e ai ... é curativo ... a gente faz junto, ela me ajuda pega o material eu faço ou ela faz e eu fico ali olhando, pra ver como é que tá ... e faz isso nos 2 leitos, ... nisso eles (médicos) já trocaram o plantão, e estão indo lá pra examinar ... ai vão examinar, vão colher sangue ... solicitam muito, a gente da enfermagem, mais do que lá em cima (CTI adulto), porque se tiver gasometria, eles vão te chamar, ... porque, alguém vai ter que segurar o bracinho, outro vai ter aspirar, enquanto ele vai lá furar com calma ... então a gente vai ajudar a colher, quando tiver que colher, por que eles vão perguntar: porque tá correndo isso?... já fez o curativo? ... Ah! tá bom, não tá bom ... tá urinando ? ... não tá urinando ? ... a gente já esta lá pra responder ... já aspirou ? não ? vamos aspirar ... bom, aí eles já examinaram, vai sair a prescrição médica ... aí eu volto pra parte burocrática, aprazar tudo, colocar os horários, já dá pra fazer relato de alguma coisa e nisso também já é quase 11 horas né ... ai vou fazer relato ... paciente com veia assim, urinando assim, tem secreção, sonda, o que tiver que relatar, aprazar relatar, essa coisas e ai ... bom, praticamente já esta na hora do almoço ... paciente já esta com higiene feita, já tem prescrição, a farmácia nessa altura, já foi encaminhada as carbonada junto ... aí já vem a hora do almoço ... ai antes disso geralmente a gente gosta, pelo menos desse plantão ... a gente gosta, de iniciar a hidratação do dia, geralmente meio-dia, porque é de 6/6 horas ... porque aí dá 12, 18, 24 e 6 direitinho. Então quando a gente vai para o almoço, já tem a medicação feita de meio dia, e hidratação nova correndo ... então meio dia, o plantão já tá, né ... é arrumadinho ... e as etapas tão correndo direitinho ... tudo verificado, tudo arrumado, ... a gente vai para o almoço, volta entra na medicação das 14 horas, quando dá 14 horas ou um pouco mais, já

está chegando a farmácia, ... ai eu vou conferir o que veio, porque antibiótico, as vezes, vem tudo errado ... essa semana mesmo voltei, ai eles mandam faltando, aí tem que ver se tem justificativa lá embaixo, tem que justificar porque que está usando tal remédio, e essa justificativa só dura 7 dias, as vezes acabam os 7 dias e o paciente continua tomando ... o medicamento não sobe porque o papel acabou, ai eu tenho que cobrar deles: olha, procurei a justificativa dessa medicação ... que veio essa, aí eu vou lá embaixo pessoalmente ... não adianta falar com outra pessoa por telefone ... eu já vou lá embaixo, eu já levo os fracos de psicotrópicos pra trocar, porque também tem um horário de 1hs às 3hs, ... eu já levo e já trago a medicação e troco os psicotrópicos ... já trago tudo, que é pra já ficar tudo pronto pra noite ... a medicação de todos os horários de todos os pacientes ... não vai faltar nada ... aí depois disso já vem visita, aí na hora da visita a gente sempre fica pra orientar, pra lavar a mão, e se tiver assim relógio pra tirar, e vai lembrar que também só vai entrar um de cada vez ... a gente geralmente coordena essa parte de visita que seria feita pela assistente social, lá em cima (UTI adulto) até é ... mas aqui isso não acontece ... lá em cima eles tem pessoas, ... olha ! vai no banco de sangue buscar uma bolsa de sangue, vai na farmácia buscar esse remédio, aqui também não tem ... então isso apesar de não ser meu papel, tem que providenciar as coisas ... se eu ligar pra pedir alguém da administração, vou esperar 3 horas ... então a gente mesma coordena a visita ... e ... olha avisa pra eles: — Olha ! o tempo da visita já acabou e ai eles (médicos) vão falar com cada família ... a gente já despacha cada família lá pra fora ... ai já acabou a visita ... ai ficamos nós por conta de fazer medicação trocar soro, aspirar tubo, o que a gente faz de 3/3 horas, as vezes menos, se tiver muita secreção, se perdeu veia punciona veia, se saiu sonda, porque sai muito, você ... a criança se você der mole com a mão, ele arranca ... ai vai passar sonda de novo ... aí as vezes colhem mais exame, a gente vai ajudar ...

as vezes vai ser feito algum procedimento, vai puncionar veia profunda, como foi hoje ... aquele ali estava só com veia periférica, ... perde ... é ratinho mesmo ... perde muito fácil aí foi puncionar ... aí a gente já perde um tempão ... porque a gente teve que ficar ali segurando pra não mexer, ... vira a cabeça ... vira os braços pra baixo, posiciona pra encontrar onde vai puncionar ... aí depois arrumar todo material que ele (médico) usou, encaminhar por centro de material ... aquela bandeja, aquelas coisas todas ... mais aí a tarde, já é mas tranquilo né ... a gente fica por conta de medicação, sonda pra aspirar ... aí vem 18 horas, que seria o outro horário de burocracia pra gente, porque tem os balanços hídricos pra fechar ... aí tem que somar tudo o que entrou para o paciente naquele dia, soro, medicação, sangue, dieta, e vai ver tudo o que saiu, e vai fazer a conta pra ver se ele eliminou muito ... e parte de burocracia que a gente faz a tarde ... seria essa, fechar balanço, checar e conferir prescrição e medicamento e verificar se estão checadas ... porque as vezes a gente checa mas não anota, não bota no balanço ou não escreve que, se passou uma sonda, mas não escreve ... então no final do dia dá aquela checada geral das 18 horas, fechando o balanço e dando uma checada na prescrição, aí depois disso é ficar pra intercorrências também ajudar, ... depois das 6 horas não tem nada assim; é ficar pra intercorrências mesmo ... e ficar lá, porque fazer uma medicação ... administrar não sei quantos ml disso, ... a gente vai e faz ... quer dizer em um dia sem nenhuma intercorrência de parada, de internação, ou de alta, de um dia normal é mais ou menos assim que passa ... agora ... você fala assim se tem outras coisas? — *É, tudo que você achar oportuno, que é parte do seu fazer na UTI interessa.*

— É mais ou menos isso o que eu falei ... o que eu procuro fazer primeiro, é não me ausentar muito daqui, pra saber tudo que tá acontecendo e também porque nos somos, 3 auxiliares e eu ... uma está de licença porque tá grávida, e a outra porque tá com artrite, sei lá ... então só

tem eu e ela ... então mesmo que eu quisesse me ausentar agora, não dá ... porque eu tenho que ajudar ela, tenho que fazer tudo ... eu hoje, como nesse mês todo eu faço muito mais, quer dizer, a minha função eu faço pouco, ... acabo fazendo a de todo mundo, porque pra trocar, pra limpar, não é que eu me incomode mas é que a gente acaba desviando completamente do que é seu... até por deficiência de pessoal ... de maqueiro ... se for pra exame eu é que tenho que empurrar a maca ... porque se eu não fizer também isso, a criança acaba não indo ... a gente acaba fazendo tarefa de todo mundo ... agora eu procuro não me ausentar muito daqui, a gente é muito solicitada por eles, médicos, pra ajudar, segurar, pra fazer ... e não tem assim muita coisa ... acho que é mais ou menos isso ... outra coisa, soro aqui troca com a maior facilidade ... não é como lá (UTI adulto), ... as vezes está na última etapa de uma medicação ... ai chega de tarde um outro e troca de zero vírgula não sei que, para zero vírgula não sei que ... ai tem conta pra calcular soro, que pra não perder ... calcular direitinho ... por exemplo soro a 12% ... então você fica aqui pra isso, e também porque vai acontecendo uma porção de coisinhas ... você tá fazendo, tá participando, porque é pequeno ... é diferente de lá (UTI adulto), muitas coisinhas. Essa coisa da conta passa despercebida, eles botam lá, medicação a tantos por cento ... e o soro, por exemplo não tem pronto, você tem que fazer, calcular, mas não tem muito assim ... a gente fica aqui esperando acontecer ... e checar essas coisas de farmácia ... porque a farmácia dá a maior volta na gente aqui ... se não descer um papel aqui ... um impresso pra fazer nutrição parenteral, porque pra fazer nutrição parenteral tem que ter um papel que eles nunca lembram de fazer, prescrevem ali e, ai não sobe ... então dá 6 horas, ... e ai não sobe, porque a menina já foi embora não sobe ... então são essas coisas pra checar tudo o que tem, pra não faltar para a noite ... é isso, é mais ou menos isso. Agora você quer perguntar alguma coisa ? Porque se eu me lembrar eu vou dizendo ...

— Existe alguma coisa que você faz, com relação no caso, a assistência das crianças, e que não tem um espaço pra você documentar, ou que não pode ser apurado, como é o caso de você checar uma medicação ou instalar um soro, um fazer seu com eles ?

— Acho que de cuidado com a criança, quer dizer de assistência eu acho que não tem não, porque o que eu fiz lá, eu vou checar aqui e vou anotar lá ... criança assim, assim, faz uso de ... passei sonda tal ... assim, ... assim, ... eu vou relatar com relação a assistência que eu fiz, ... trocado soro conforme a prescrição ... administrado albumina ... feito sangue ...entendeu estas coisas, com relação ao cuidado eu vou relatar tudo ... a criança apresentou vomito, foi trocado, feito cuidados de higiene ... o que quer eu faça com ele tem aonde checar, ... checar e escrever ... agora tem coisas que não vão aparecer, por exemplo, ... se eu não empurrar a maca até lá, o doente não vai para o exame ... entendeu ... teve um dia estava eu e ela, eu fiquei com essa criança ... e ela foi levar essa criança grande que tá ali no colo pra fazer RX contrastado no abdome, teve que levar, ficar em pé, aí voltou depois, porque teve que esperar o contraste migrar pro intestino pra ver o trânsito, e teve que ir e voltar 500 vezes ... quer dizer, isto não aparece, esse tipo de coisa não aparece ... esse tipo de coisa de você empurrar, não é ... pô ... isso não é nem função tua ... e não aparece ... quer dizer ... acaba a bala de oxigênio lá, aí o cara da administração vem aqui bota a bala ali, aí você vai lá na válvula, vai pedir o relóginho emprestado da bala não sei onde ... para trocar ... esse tipo de coisa que não é função tua ... mas que faz falta, se você não fizer ... mas não vai ter outra pessoa pra fazer, mas não aparece, ninguém vê isso ... isso a gente faz até porque, se eu não fizer a criança vai sofrer por aquilo não ter sido feito porque se não levasse ela no colo, e ficasse lá esperando, com certeza ela não ia fazer, entendeu, ... porque não tinha quem levasse, ... tinha que esperar ... Ah! chamo o maqueiro é urgente ! é urgente ? ... depois quando a pessoa vem 3 horas depois ...

Ah! agora não podemos fazer porque temos um paciente em sala ... então esse tipo de coisa, se você não for lá ... mesmo não sendo sua tarefa ... e não aparece ... é importante ... agora eu digo, não é uma função da gente, porque função da gente se tem como escrever o que a gente fez, e essas coisas que a gente faz por fora, ... não aparece e a gente não relata isso ... empurrada a maca não sei como? entendeu, todo mundo chega aqui ... Ah ! é mole, maravilha, dois leitos ? é tranquilo, mas esse tipo de coisa ... nos somos solicitadas o tempo todo por eles, tem que fazer esse tipo de coisa ... eu acho até certo solicitar, não acho errado não, a gente é pra isso ... é pra que gente tá aqui, pra isso, ... mas o que é errado, é que enquanto eu empurro a maca lá fora... enquanto isso, eu deixei de ver aqui alguma coisa, respirador que desconectou ... o tubo tá cheio de secreção, deixei de fazer outras coisas mais importantes ... né ... tenho que ver a roupa que chega ... roupa que chegou se não, vem a noite reclamar, aí já viu ... é esse tipo de coisa. Outro dia chegou um staff aqui e disse: vocês tem que pegar aquela criança no colo ! ... É uma criança que tá acordada, super carente, suspeita de maus tratos, não vou dizer que é, porque eu não posso afirmar ... né ..., não ficou nada provado ... mais é super carente, aquele que você chega ele chora ... é aquela que merece um denguinho, um chameguinho ... aí a gente falou pra ele: bom, a gente faz as coisas na medida do possível, até porque ela está cheia de soro, nutrição parenteral ... até porque não dá pra gente ficar pegando mesmo, tem outras coisas pra fazer, até porque só tem eu e ela; nesse mês ... ai ele falou: Ah! duas pessoas pra duas crianças, uma pra cada leito ... tudo bem. Só que não é assim ... uma pra cada leito você vai lá e fica lá ... ele acha que é trocar o soro fazer medicação, ... não e assim, tem outras coisinhas ... e checar a gavetinha, pra ver qual ampolinha que tá faltando, ai, vem outra chama lá pra assinar o rol de roupa, aí vem a farmácia errada a gente desce na farmácia, aí empurra a maca não sei pra onde ... a gente sabe que a criança tá

assim, a gente até procura ir lá mais vezes, apertar os bonequinhos dela que toca musiquinha, puxar, chama ela ... olha ... antes ela chorava mais quando chegava perto dela, agora já tá assim ... mais a vontade ... não tá mais ... a gente também procura fazer essa parte né ... mas não é tão fácil como ele pensou por exemplo ... olha! vocês tem 2 crianças uma pra cada uma ... não é assim entendeu ... achei até engraçado, a Katia falou assim: olha não é assim não! na medida do possível claro que a gente vai lá pô! a gente até gosta dessa parte ... mas se fosse só isso ... a gente ficar ali, chamar ... conversar, tocar musiquinha, mostrar bonequinho ... não sei que ... é ótimo né ... é isso ...

Tem umas crianças ... outra coisa ruim ... é que as vezes a gente se apega muito a determinadas crianças ... a criança a gente já fica com pena ... já é chato ... a gente fica pensando nos filhos da gente ... mas tem determinadas crianças que cativam mais a gente, ... então a gente fica dando mais atenção, fica mais em cima tentando mais chamegar ... então a gente perde tempo com isso também ... fica brincando ali com a bonequinha ... fica falando né ... é mexendo ... essas coisas, e também tem outra coisa da visita que esqueci de falar ... a visita entra ... as vezes a visita entra e sai a mãe chorando lá pra fora ... lá vai a gente atrás da mãe . oh! mãe fica calma! seu neném tá lá, você precisa ficar forte pra ajudar ela ... não deixa ela ver você chorar, não sei que ... dá aquele conforto na mãe também ... já aconteceu da criança chegar aqui... entra gravíssima, ai faz parada ... ai não sei que ... a criança morre aqui, a mãe esperando lá fora (isso aconteceu aqui), e foi até num plantão a noite, um plantão extra que eu fiz aqui ... nos fomos lá pra fora, a mãe chorando ... não sei que ... ai a médica deu a noticia pra ela, aí eu e o acadêmico ali ... tentando confortar ela ... e o pai chorando também ... que não tinham dinheiro nem pra ir embora ... entendeu ? ... e não é só ir ali e trocar o soro entendeu, e perguntar ... não é pelo dinheiro da passagem, pra mim ... pra mim não vai fazer falta ... mas também a gente tenta ajudar ela ... todo mundo que entra

aqui chora, claro teu filho tá alí né ... sai daqui chateada ... tem que preparar pra fazer aquele exame ... aquele apoio psicológico ... é isso.

— *Quando você faz esse atendimento, essa aproximação pra criança ou quando você se aproxima das famílias ? Quando você resolve fazer isso, o que você tem em vista ? O que está na sua cabeça quando você elege, vou ali fazer isso?*

- Olha isso na hora, eu não penso não ... fica difícil ... você vê a pessoa ali ... eu nem sei o que vou falar para ela quando me dirijo ... as vezes eu nem sei o que é que eu vou falar ... mas chego lá e boto a mão no ombro, abraço, e ai daqui a pouco ela fala alguma coisa ai eu já entro falando alguma coisa ... porque eu acho que eu me coloco no lugar ... quando eu vejo uma criança da mesma idade, parecido, do mesmo tamaninho do meu filho ... você fica pensando: pô ! eu estava desesperada né ... dóida até, se alguém viesse falar alguma coisa comigo então eu não sei ... as vezes eu me aproximo e boto a mão, e só o fato de botar a mão no braço... aquilo já ... ai vai dando tempo da pessoa dá uma relaxada ... e você pensar o que vai falar ... ou ela comenta alguma coisa e você responde ... não sei .. o assunto aparece na hora ... o que a gente vai é com a intenção de confortar ... a família ou quando se vai pra criança é também na intenção de dizer que a gente não tá aqui só pra machucar, para furar, pra passar sonda entendeu ? vamos brincar um pouquinho ... ou fazer um carinhosinho, uma coisa assim, na hora a gente vê ...

— *Mas o que você tem em vista quando faz isso ? Que motivos você tem pra fazer isso?*

— Olha, quando eu vou pra lá eu não sei porque ... é aquilo que eu te disse ... eu não parei pra pensar, me dá vontade, ... eu vou pra lá e nem sei o que vou dizer ... é porque eu acho que a pessoa tá calada, chorando, e eu vou tentar falar alguma coisa pra ajudar ... mas quando eu saio, saio, com um peso enorme... porque eu fico pensando assim... as vezes a gente tá, né, ... com um problema em casa ... e acha

que é um problemão, que tá sobrecarregada com aquilo até o ultimo fio de cabelo ... mas você vai, e quando chega perto de uma mãe dessa chorando... e chega perto da criança ... a criança tá toda furada ... largada lá na cama ... maltratada ... até pelo próprio tratamento né as vezes entubada ... enfim, você pensa pô, isso é que é problema! você sai carregada com aquele negócio, mas ao mesmo tempo aliviada dos seus ... você dá importância a tanta coisa banal, e essas coisas é que são super importantes, que são graves ... e que você não tem como dar jeito... que é isso é que é um problema ... e é a coisa que a gente não dá importância no dia a dia da vida da gente entendeu ... e a saúde, na verdade, é o maior bem que a gente tem né ... eu não sei é ... eu não sei é ... saio achando que pra mim, que foi leve ... pôxa estava achando que pra mim pô, ... eu tava preocupada com meus problemas, um monte de besteiras que dá pra contornar, e ao mesmo tempo carregada , de outro lado, ... pô ! essa mãe tá tão aflita, a criança tá tão assim ... a gente vai pra casa e as vezes eu sonho com a criança daqui ... Já aconteceu de eu chegar em casa e ligar, pra saber como é que está essa criança assim, assim, porque nem quando você vai, você esquece totalmente desse lado ... (olhos marejados de lágrimas) ... porque o lado que é de você fazer uma medicação, botar um soro, você sai daqui você esquece ... mas quando você sai lá fora, mesmo lá fora esse outro lado de ver, de chegar no doente, de chegar na família você não esquece ... as vezes leva 2, 3 dias pra esquecer uma criança que passou ... (enxuga as lágrimas) ... eu por exemplo não sei dizer porque ... essas coisas assim .. eu ... sinto ... mais ... sabe, eu não sei porque, é diferente ... eu não sei explicar ... o que é que é ... eu dei um plantão lá no adulto (CTI), que eu fiquei super contente, é um menino, um rapazinho novo que eu não sei se você viu quando esteve lá em cima, estava no primeiro leito, ele estava entubado, com sonda, com isso, com aquilo, tudo que um doente pode ter... mãozinha solta, e ele entendia, de olho aberto ... ele conseguia se comunicar, ele

entendia, e não tirava nada, não puxava nada ... aí outro dia eu cheguei lá, ele estava sem nada... sentadinho na cama sem nada ... sem tubo, ai ele me olhou riu, deu tchau todo feliz sabe ... ele deve ter uns 16 anos por ai, ... todo feliz, sabe, ... eu senti uma felicidade tão grande sabe ... porque quando ele estava lá, eu estava passando a sonda ... ele fazia assim ... (acena com o dedo negativamente) ... não queria, e eu tentando explicar, depois de tudo o que ele passou ... aquela coisa e tal ... ele bem, ... pô ! ... não sei ... quando a gente fala pra mãe aqui, é nesse sentido, que é uma fase, que, ... pôxa, vai melhorar ... vai passar, seu filho vai ficar legal ... e quando a gente vai pra criança, a gente também vai com essa intenção nesse pensamento né ... pô ! calma ai, criança ! é uma coisa que eu não posso passar por você, eu posso te ajudar de outra forma, mas vai passar, vai melhorar ... não sei ... não sei, se eu tô me expressando direito ... mas sei lá ... a gente tenta ajudar ... eu acho que por ser criança, a gente fica muito mais, é muito mais sensível por esse outro lado do que lá em cima com adulto, ... eu faço plantão lá também, e eu não sinto tantas coisas como eu sinto aqui, eu fico com pena lógico, quando eu vejo, ... mas não sei se é porque é criança, a gente tem filho pequeno em casa ... a gente fica mais sensível para essas coisas ... não sei se eu respondi a sua pergunta ? Tem assim, mais alguma coisa ? Não mas se você quiser perguntar, pode perguntar.

\*\*\*

— O que você faz na UTI ? Quais as ações que realiza?

— Eu chego, primeiro abro o livro de ordem e ocorrências, vejo o que aconteceu, pra me informar, se tem algum aviso, alguma coisa ... e algum paciente que eu tenha visto no dia anterior pra onde ele foi, se foi a óbito se foi transferido, ... tudo o que aconteceu, né ? ai ... dou uma olhada nos psicotrópicos né ... vejo assim, dou uma olhada assim rápida nos pacientes ... vê se tá tudo funcionando, não é examinando e vendo o estado geral não, é vendo se tem alguma coisa né solta ... que as vezes acontece né, um soro acabou, alguma coisa ... eu dou uma olhada rápida ... aí faço o pedido de farmácia que é nossa rotina aqui ... ai depois é que eu vou olhar cada paciente né ... é no caso olhar ai, não uma olhada, rápida cada um ... no caso, as vezes as meninas já começaram a dar banho, eu vejo aí, se como é que tá ... as vezes esquecem de fazer alguma coisa, então eu vou sempre junto delas, vendo ao que é que tem que fazer, e ver se elas não fizeram, oh! fazer aqui, entendeu? não fico, oh! fulana vai, não ! eu chego vou e faço ... que mais assim ... se algum ... ai mais é lance de material né ... porque ai tem a parte do paciente né, nebulização, o curativo que tem que fazer, no caso se tiver no macro lá, não tá fazendo névoa, procuro outro que esteja melhor pra substituir, respirador ... que mais ... é tudo assim ... tão rápido que a gente nem se né na hora é tanta coisa, mas depois na hora de falar ... é que eu por exemplo, eu gosto mais da parte de fazer entendeu? ... essa parte assim, esse lance assim de administração de material assim eu não ligo muito não , eu gosto mais do fazer, as vezes as meninas estão fazendo as coisas eu digo: não ! não ! deixa que eu faço né ... mas tem essa parte assim de material , oxímetro que não está funcionando, ai, ter que encaminhar, né, respirador que não funciona, e a gente tem que ligar pro rapaz da manutenção pra vir ver, uma pia assim como ali agora ... aí liga pra manutenção né essas coisas ... ou então uma bomba infusora que dá problema, ... ai vem o rapaz da manutenção te explicar o que é que foi que aconteceu ... porque eu

também sou diarista, fico todo dia e fico então também , mais nessa parte burocrática ... que mais ... eu não sei o que falar !

— *Tudo que você faz na UTI seja com o doente ou com o que você faz que não esta diretamente ligado a procedimento com o doente ?*

— Com ele é sondagem, curativo, nebulização, o que tiver pra fazer né ... medicação ... assim ... não sei.

— *Como é que você ocupa seu tempo na UTI ? Tudo o que você faz que justifica a sua permanência na UTI?*

— Não sei sabe, eu nunca parei pra pensar nisso ... eu não sei ... nunca parei pra pensar ... as vezes porque a gente faz uma série de coisas que não estão escritas né ... mas que tem que fazer né ... não sei mas o que dizer ...

\*\*\*

— O que você faz na UTI ? Que ações realiza ?

— Trabalho em UTI, é uma coisa assim muito rotineira mesmo né... aqui os pacientes variam as caras, as idade, as moléstias, mas é ... basicamente a conduta é idêntica já sabe ate por já trabalhar há muitos anos nisso, eu já tenho praticamente definido, o que eu tenho que fazer todo dias ... você chega vê os pacientes, e, a condição da veia, se as medicações estão pingando, o que é que correu o que é que não correu ... se o tubo tá certo, as condições de higiene da criança, se tem material né, na bancada pra você trabalhar ... uma coisa se assim, né ... que você já tem assim, até na tua cabeça, o que é que é, cada coisa que vem a seguir ... e assim também tipo no CTI adulto também, a gente já tem uma rotina estabelecida ... fazer aquela visita a cada leito, verificar se o soro esta pingando, se não tem nada acotovelado se o respirador tá ciclando, se os sensores estão onde deveriam estar, monitor registrando, alarme ligado ... é uma coisa assim, até muito básica né ... a gente já tem praticamente olho clinico pra ver essas coisas né ... num dia extremamente rotineiro de paciente estável, que não tem nada de especial, a gente vê isso né ... se ... as condições da criança, faz pedido de farmácia, checa as medicações, ajuda nos cuidados, tem algum tipo de cuidado assim, que basicamente é a gente que faz , troca de acesso venoso, a fixação de tubos, a punção de veia normalmente é a gente que faz também ... aqui tem muito auxiliar de enfermagem que trabalha aqui, que nunca puncionou uma veia, isso ai geralmente somos nos que fazemos, as vezes por exemplo colhemos gasometria também, fazer algum tipo de cuidado, passamos as sondas, e procedimentos mais específicos tipo assim ... auxiliamos na punção de veia profunda, na punção lombar, fazemos as anotações nos livros, tanto de movimentação de paciente, como de ordens e ocorrências do setor, é controlamos a material, a parte de empréstimo, e recebimento ... fazer pedido de farmácia, conferir se veio tudo, ou se ficou faltando, qual é o impresso que ficou faltando preencher pra vir a

medicação, porque nos aqui ... tem uma burocracia tremenda pra alguns tipos de medicação que são controladas ... não só em relação a psicotrópicos, controlar psicotrópicos, trocar psicotrópicos ... e é isso.

— *Existe alguma diferença do fazer aqui e no adulto ?*

— É basicamente a mesma coisa, no adulto assim especificamente também assim, toda sondagem lá e só ... é o enfermeiro já aqui não, aqui ( CTI infantil ), o pessoal ainda passa assim, sonda gástrica ... lá não, o pessoal nunca passa eles chamam sempre o enfermeiro. Basicamente lá, não se trabalha com veia periférica, é muito raro, mas tem ... aqui a gente basicamente trabalha com a periférica, até estourar tudo ... depois é que vai pra profunda ... a não ser quando a gravidade, é assim muito extrema, eles assim já providenciam o acesso venoso profundo ... mas quando o neném é assim nenezinho, a gente vai primeiro pra periférica, até porque esse procedimento pra recém nascido e lactente é dissecação de veia ... é especializado tem que ser feito por cirurgião e por isso geralmente você começa com a periférica, porque necessita de um profissional adequando pra isto ... no adulto a gente também faz o procedimento tipo de diálise peritoneal, controle do balanço ... porque a gente aqui tem um entrosamento até bom com a equipe, não é específico ... tem coisa que é só da gente, mas geralmente faz tudo também ... faz medicação, aspira criança .. faz tudo mesmo ... faz higiene, faz banho, faz tudo, dá palpite também (riu)... o que mais .. pessoal né, como troca de lâmpada ... é quando se trata de funcionário administrativo, que isso é muito estressante, que a gente nunca localiza, e é telefone que a gente tá preso, o telefone não funciona, quer fazer um conserto ... tem que levar paciente pra exame, pra arrumar bala de O<sub>2</sub>, pra transportar paciente pra fora ... é o próprio funcionário pra fazer transporte .. é ter que levar respirador pra outro setor pra empréstimo, cobrar o material da gente que tá emprestado que ... sai muito material, e a gente perde a noção do que está emprestado e o que não está ... receber o pessoal na hora da

visita, que tem visita diária... e é muito diferente a maneira de cada familiar se comportar frente a situação de filho internado, tem um pessoal que é calmo, tranqüilo, um tem pessoal que é nervoso, agressivo ... tem é muito diferente o comportamento dessas pessoas que tem filho internado ... tem pessoas que são totalmente indiferentes ... a gente de alguma forma também faz o atendimento a visita, recebe, orienta ... a médica ou médicos de plantão, sempre tem um horário pra falar com os familiares, mas eles sempre primeiro querem saber de você ... fazem perguntas ... e a gente até sempre atende na medida do possível ... e as vezes não é nem interessante se envolver com esse tipo de coisa né?

— *Lá em cima (UTI adulto) acontece a mesma coisa ?*

— Também, até tem uma certa ... as vezes acontece, uma certa cumplicidade na visita ... as pessoas fazem, até assim um relacionamento de amizade ... teve uma moça que teve um filho aqui, que até me convidou, ela morava em Paratí, e me convidou pra ir lá, pra passar as férias lá ... eu até visitei depois ... quando eu fui em Paratí ... eu fui lá ... convidou várias pessoas ... tem gente que convida depois pra festa de 1 ano, 2 anos do filho ... ou então que vem avisar ... fulano tá bom , ou então melhorou (as vezes foram crianças transferidas), tem muito paciente que retorna depois da alta, mesmo no CTI adulto ... — olha ... eu sou fulano, aquele que ... (riu) ... tem muitos que não tem nem consciência, mas sabem que estiveram lá, a família informa que estiveram lá... estive assim — olha eu era tal pessoa, porque as vezes você vê a pessoa boa, andando, você não liga, a ... aquele que estive na cama, ou naquela situação ... e a gente ... Ah! é tu ? tu é que era fulano do leito tal ? agora me lembrei ... já houve muita gente que retorna, que dá retorno, outros não . Acho que a grande maioria não ... deixa eu ver ... tem coisas aqui, que a gente não esquece né.. houve um caso que eu me identifiquei muito, até porque eu tenho filho nessa idade, foi um paciente ele foi atropelado, ele perdeu uma perna, e

tinha um risco muito grande de perder a outra ... o pai dele estava desesperado, não queria que cortasse a perna ... e a gente entrou naquela ... — pai, isso não é importante agora, não pense nisso, não é uma perna, ele tá vivo, ele tem condição de sobreviver com uma perna, tem que pensar por ai, não é o fim do mundo ... é aquela coisa ... e esse pai até hoje ele liga pra gente... ele conseguiu manter a outra perna... ele perdeu a musculatura praticamente toda e já tinha amputado uma perna ... foi um acidente ... atropelado por um caminhão ... que era também uma criança lúcida, ficou no CTI com telefone celular e tudo... a família tinha um nível bom, então era uma criança assim muito ... esses pacientes que ficam lúcidos, acordados, é, acho que o tipo de paciente difícilimo, porque eu acho que eles solicitam muito, querem que você fique lá ... coce aqui, coce acolá ... então é aqui ... vira aqui, suspende o pé e abaixa o pé, e solicitam muito mesmo, até pra ter alguém do lado, e a gente não pode ficar assim ... não tem como, não tem tempo ... paciente acordado dá assim, um trabalho que 10 pacientes em coma não dá ... muito complicado, porque a cabeça deles ... são muito complicadas, também ... eles solicitam demais, eles dormem 2 horas, e pede 10 ficam ... ficam: — tia ... tem sempre que chamar um ... pra conversar normalmente...

— *E você vai conversar com eles ?*

As vezes a gente vai, as vezes dá um fora também né, porque ninguém é de ferro né (riu)... as crianças, eu acho a gente segura um pouco mais ... mas quando é adulto... Já teve também vários pacientes, mesmo quando é adulto, que fica de vez em quando ... eles te dizem alguma maneira de comunicar, ou bate aqui na madeira, ou os traqueostomizados, né ... eles sempre dão um jeitinho de se comunicar né ... mas eles querem sempre alguém do lado ali.. querem alguém que fique segurando a mão ... coisa assim ... tem de tudo ...

— E o que você tem em vista quando vai atender a esses pacientes com esse tipo de solicitação?

Eu acho que a gente até fica muito fragilizada, a gente se vê um pouco na situação ... pessoalmente eu não tenho muita paciência não eu procuro evitar de dar respostas ríspidas, até tem muitas pessoas que a gente vê né, que dão ... fora ... são até agressivas : Oh! não tenho tempo ... tu não vê que eu tô trabalhando ...; a gente procurar até se educar ... mas tem uma hora que até a paciência vai embora, porque tem paciente que já percebe, a quem ele tem que chamar, e sempre é você, tinha um paciente lá em cima, um garoto terminal, que pedia solução analgésica toda hora, como eu sempre fazia, ele ficava me pedindo toda hora, ele sabia que eu dava, então era comigo ... até que ele fez uma queda brutal de PA, ficou todo sudoreico ... e eu fiquei assustadíssima ... porque eu acho, que se ele tem que morrer, pelo menos que morra sem dor né ... ai eu só meio desso ... parte ai ... a gente até discute isso ... eu acho que não tem sentido né ... um garoto de 17 anos morrer com dor, ele não tinha mais intestino, nenhum mesmo, não tinha futuro ... e acabou que ele morreu ... passaram cateter peridural nele, que era um material que não tinha, porque a dolantina de 10/10 minutos não tava resolvendo, já tava viciado ... ai eu trouxe... tem muita gente aqui que também trabalha em outros hospitais e consegue um determinado tipo de material, que não tem aqui ... eu trouxe o cateter peridural, mas no dia que eu trouxe ele morreu, não houve tempo de colocar ... que eles iam colocar peridural pra fazer morfina contínua ... e ele morreu rápido, mas assim o suficiente pra estressar todo mundo, porque estressa mesmo ... a gente não é muito preparada pra lidar com paciente lúcido não, é muito difícil ... acho que ninguém tem paciência, o paciente consegue estressar a equipe médica, de enfermagem acho que até o pessoal da limpeza ... (riu) ... fica todo mundo de saco cheio ... em pediatria acho até que não

acontece assim, tão exacerbado, mas no CTI adulto não é mole! ... tem paciente assim, que consegue tirar qualquer um do sério...

— E a esses pacientes que você realiza esses cuidados, diferentes de sonda e cateteres, o que você faz? E o que tem em vista ?

Eu acho que é assim tipo conversar mesmo... eu vou conversar mesmo mas eu acho que o paciente até sabe com quem ele ... eles assim ... tem tempo assim, de estudar a gente, mais do que a gente tem tempo de estudá-los né ... aí ele já sabe, aquela ali é boazinha, posso abusar mais dela né ... e eles sabem com quem que eles tem que se espalhar ... tem paciente aqui, que faz preferencia por determinado tipo de funcionário, assim ... nos temos uma funcionaria que tem um relacionamento difícil de maneira geral, então pra fazer a escala eu sempre dou um paciente, que não é lúcido, porque pra ela eu sei que não tem condições de dar paciente lúcido ... porque paciente lúcido, sempre passa a questão: — eu não ! ... eu não quero ela ... eles já escolhem ... — olha ! me deixa com fulano, me deixa com sicrano ... — com ela não ... e a gente acaba, até por esse lado sendo ... é os funcionários que são bons né ... acaba até por esse lado sendo ... o pessoal que não trabalha direito acaba sendo privilegiado, pega sempre o paciente mais leve, menos problemático...

— E quando você vai atender a esses pacientes que você identificou, como mais difíceis, problemáticos que solicitam mais, o que você tem em vista quando vai até eles ?

Eu acho ... que eu sei que a gente se vê muito no lugar das pessoas, se bota muito no lugar das pessoas ... que você se identifica até com a pessoa, até por ser sua faixa etária, por ter uma situação semelhante a você ... tem pessoas que te marcam por algum motivo especial né, que você lembra ... aquela mulher tinha a minha idade, eu tinha 33 anos, naquela época, ela também tinha 33, ela me deu tchauzinho naquele dia, e quando eu voltei ela tinha morrido ... coisas assim ... e outra coisa também, que a gente vê muito ... a parte do aparelho, o pessoal da

equipe médica manipula muito aparelhagem, essas coisas, e quando dá treco eles ficam pra morrer e acaba sempre sobrando pra gente descobrir ... é onde está o problema ... é a gente que tem que dar uma de "McGaiver" , fotografar tudo, catar tudo ... onde estava havendo um problema que nem sempre é visível assim ... tem coisas assim, que são histórias assim né ... aquele conjunto de ressuscitação, que é desfibrilador, o monitor e o registrador ... outro dia o pessoal ligou... porque ele liga duas vezes né, liga na tomada e liga atrás ... chama fulana, porque o aparelho não tá funcionando, eu fui pra lá, tava ligado na tomada, tinham esquecido de ligar no interruptor atrás só ... tava funcionando sim, coisas assim ... ou não junta as pás e na hora: — oh! não quer funcionar ... o pessoal acha que tá tudo ruim, com defeito, quando você vai ver não é nada disso... e a aparelhagem é muito sensível, tem uma parte de manipulação, que as pessoas tem dificuldade ainda, usa rotineiramente mas não conhece os macêtes... os nossos aparelhos ... tem uns que tem uma estrada muito longa ... que tem uns macêtes pra fazer ele funcionar... não funciona com qualquer um né ... que eu me lembre ...

— *Mas aqueles pacientes, quando você se dirige pra eles ? Que solicitam a sua atenção ? Que motivos levam você a agir ?*

É a identificação que você faz, é algum tipo de identificação que você faz com o paciente, ou até pessoas que você conhece ... acho que é também, é questão até de humanidade, porque você pensa na situação da pessoa ... o que é você tá 24 horas por dia olhando para o teto com uma luz acesa na casa, aquele monte de barulho do lado e que eu acho que a gente sempre faz um tipo de associação em relação a você mesmo ... o que eu faria nessa situação ? eu me vejo no outro ...

— *E com relação a situação das crianças e solicitações da família ? seus motivos quais são ?*

E acho que até com criança, e eu observo assim ... tem muita família aqui é ... eu acho que há um completo desamor pela criança, abandono, não tem esse envolvimento ... não é assim uma coisa universal ... tem famílias que, são assim, tão ligadas que chegam até a se alienar, não verem a gravidade do fato, mas tem família aqui que tem um desamor completo, um abandono assim, você não vê envolvimento com a situação da criança ... criança é uma "coisa" ... acho até devido a clientela que a gente atende, atende criança assim em péssimas condições de higiene, de nutrição, muita má formação ... tem muita coisa assim aqui desse gênero ... e tem o lado oposto né. aquela família que é muito obsessiva, vem pai, mãe, monta acampamento aqui e não sai por nada, pai, mãe, avó, filho, neto, todo mundo. Tem famílias que mobilizam caravanas aqui, e não sai do hospital por nada ... ligam de 10/10 minutos chegando mesmo a perturbar, porque não é agradável ouvir telefone tocar de 10/10 minutos, pessoalmente ciente ... até porque o quadro não se altera até de 10/10 minutos, que é um negócio lento ... e que isso acontece basicamente em gente de nível socioeconômico melhor, eles são muitos insistentes assim, nessa parte de informação, na insistência de querer ficar ... que aqui só em situações especiais é que eles permitem a uma pessoa ficar, quando é criança cardiopata, leucêmica, que são grandes, que praticamente não ficam mesmo sem a mãe, aí é permitido ... mas não há nem lugar adequado pra mãe ficar, ela fica sentada 24 horas, não tem lugar pra tomar banho, não tem banheiro, não tem nada pra ela, não é previsto isso pra ela, porque tem dois leitos ... porque a gente tá em obra, quando for lá pra cima, são 6 ... e acho que é isso ... mais alguma coisa ?

\*\*\*

— O que você faz a UTI? Quais as ações que realiza ?

— Bom, a gente inicia o dia, tomando um cafezinho, que é um espaço assim, que as pessoas tem pra conversar sobre os seu problemas , porque a gente lida muito com problemas né, problemas pessoais ... ai as pessoas desabafam e dizem como foram os dias anteriores ... e ai vai iniciando a rotina , ai eu faço uma escala de serviço ... é procurando adequar os pacientes as pessoas, aos funcionários, que a gente tem diferença entre eles né ... tem uns que tem mais habilidades, outros menos, e como os pacientes, tem uns que necessitam mais de cuidados do que outros ... ai eu faço escala e a gente inicia com sinais vitais, é banho no leito, que é muito cansativo, e eu procuro, é ajuda-los né ... lá no CTI a gente tinha 8 pacientes agora, no momento a gente esta com 6, nesse período de transição... e eles me solicitam muito ai , é eu procuro, tipo assim, uma circulante né... ajuda-los na medida do possível ... é olhar um curativo, fazer um curativo mais complexo ... é fazer uma hidratação, que esta acabando ... e ai vou tentando me mobilizar nessa situação, porque de manhã é bem confusa ... ai faço algumas medicações pra adiantar o tempo né, pra que as medicações não fiquem assim tão atrasadas, faço o aprazamento das prescrições a medicação que elas vão chegando, e porque as prescrições saem aos poucos, ai eu vou agilizando o aprazamento e desenvolvendo já as medicações, separando, facilitando o trabalho ... depois vem a hora do almoço, a gente se divide né quem vai no primeiro horário, quem vai no segundo horário ... tem, ai de tarde tem medicação da farmácia, tem que conferir, tudo o que foi pedido, os antibióticos, nos temos sérios problemas com os antibióticos, porque tem que ter assim um controle maior, ai de repente tá faltando a justificativa dos antibióticos e até determinados ... um determinado tempo ... e ai hoje a farmácia deixou de encaminhar determinado antibiótico, ai tem que saber se foi por falta de justificativa, sem for isso, eu tenho que pedir ao médico pra fazer uma nova justificativa, encaminhar pra farmácia essa nova

justificativa, ou até as vezes é ... por confusão na farmácia eles deixam de mandar essa medicação, tenho que ver tudo isso ... agora até, que a vida da gente tá mais fácil, porque tem um rapaz administrativo ... porque antes era muito desgastante, tinha que ficar no telefone, ou correr atrás de alguém da administração, pra mandar alguém pra gente, pra fazer esses serviços ... até um tempo atrás, a gente é que ia na farmácia ver ... são pequenas coisas né, bobagens que a gente tem que resolver ... é levar doente de um setor para outro a gente tinha que se mobilizar nesse sentido ... ai até agora melhorou bastante, porque a gente tem uma pessoa fixa no CTI, e tudo que a gente, quer, a gente tem mais rápido, e você começa a se desgastar menos, e se voltar mais para as suas funções reais né ... sem ter que ficar se preocupando com esses problemas administrativos do hospital ... aí, quer dizer as dificuldades que eu passo, no CTI é ... é lidar com os funcionários né ... porque lidar com pessoas é muito complicado, cada um com uma problemática, a gente tem que tentar, que isso não interfira no trabalho, as vezes um tem problema com outro, na mesma equipe, e a gente tem que contornar isso ... fora isso tem as pressões que a gente sofre né que ... (voz ficou embargada) ... o enfermeiro assim, é a enfermagem é sempre muito cobrada no sentido das responsabilidades com o doente né ... a gente tem que ver tudo, tem que estar atenta a tudo e ... assim né, a gente tá sempre vigilante né ... que mais Teresinha ... (pediu pra desligar o gravador, estava com olhos marejados com lágrimas, suspirou e fez sinal para ligar o gravador) ... é eu me preocupo assim com essa parte assim emocional do doente e do familiar, tem gente que não ... que até colegas que acham que o importante é tratar ali o paciente né e a família ... se pudesse não teria nem visita ... visita seria uma vez por mês ... mas eu acho importante pra o paciente né, mesmo que esteja inconsciente a gente não tem como saber até que ponto ele está atento aquilo né, é pra conforto da família ... eu procuro respeitar o familiar, tem algumas vezes até que ... que esta

tendo um problema no hospital inteiro ... então tem dias que não tem serviço social, então é a gente que tem que organizar o pessoal pra entrar e... ao falar com ... eles conversam com o médico, depois que termina a visita né ... mais eles, olhando ali o paciente, eles ficam ansiosos. O que é que foi que aconteceu ? Porque tá assim ? Porque ontem ele estava assim, hoje está assim ? O que é que é aquilo? ... é o monitor que dá um problema no visor, é o eletrodo que sai ... dá interferência ... pra eles é tudo muito assustador né ... e eu procuro assim, tranquilizá-los , ter paciência de explicar o que é que está acontecendo ... é numa linguagem assim, mais acessível pra eles né ... procuro sempre tranquilizar né, e eu acho que isso pra eles é o importante , pra gente aquilo é comum, ali no dia a dia, mas pra eles é um choque, ainda mais assim num hospital de emergência, que as situações são mais traumatizantes ... uma pessoa que tá bem hoje, e amanhã baixa num CTI ... isso é muito complicado, e eu procuro assim, respeitar essa parte né ... até porque eu passei, por uma situação semelhante, não assim de CTI mas de lidar com hospital, fico até emocionada de falar nisso (chorou muito, desligado o gravador para que a entrevistada pudesse se refazer) ... essa situação me fez, assim eu olhar de um maneira diferente, a situação da família, e do paciente ... até porque eu tive um acidente com meu irmão ... meu irmão foi assaltado, e levou dois tiros e veio para o Souza Aguiar, e eu nem trabalhava aqui ... e eu fiquei muito assustada né ... apesar de que ... até por ser da área de saúde eu imaginava mil coisas né, a gente sempre pensa o pior, e aí a gente vinha assustada, pra cá e tal ... e aí eu cheguei na portaria no hospital, falei o nome dele, e não tinha o nome dele na relação ... aquilo tudo é muito confuso, muito desorganizado, e tal ... e aí a recepcionista falou pra que eu entrasse, e procurasse ... aí eu fui procurando, a emergência estava no 2 andar, fui entrando na sala de politrauma, tentando reconhecer ... realmente ele já não estava mais aí ... na verdade não tinha sido tão sério quanto eu

imaginava né, não foi nada assim que colocasse em risco de vida ... ai eu acho que alguns meses depois, eu fui chamada pra trabalhar né ... tinha feito concurso, já tinha um ano mas até então nada ... aí por coincidência, acho que foram 3 meses depois, estava trabalhando aqui, e por coincidência na emergência, e no plantão que eu tinha vindo aqui procurar o meu irmão ... e eu ficava muito assustada ... porque na emergência, é muito louco aquilo, e as pessoas perdidas, e os familiares querendo saber noticias, e as pessoas assim muito frias ... aqueles guardas barrando todo mundo, não importa qual o problema, o importante é não deixar entrar ... e eu fiquei muito aflita com aquilo né ... ai eu ... e a situação do paciente também ... ai eu preferi, fiz força e consegui subir, e vir para o CTI ... que apesar das dificuldades trabalha melhor com o paciente e a família né ... é menos traumático ... mas isso serviu pra mim, é redirecionar essa questão, é paciente e família, que até então eu não via com essa forma, até pelo contrário, eu era supervisora em uma outra instituição, e eu era muito rígida com essa questão entendeu ... com os horários, com os dias de visita, é ... fosse paciente grave, fosse basal né ... eu não tinha essa preocupação, eu estava mais preocupada com a questão das regras ... e aí acontecer essa situação que mudou né ... veio redirecionar o meu modo de pensar, ai eu já fico mais preocupada, assim se é um doente que já não tem mais chances né de sobrevivência, então eu sempre deixo estender o horário de visita, para aquela família se despedir, assim daquele familiar ... eu agora me preocupo mais com isso ... é o fato do paciente estar internado, de repente estar internado, assim como aqui ... é um hospital de emergência, é uma agressão para o paciente estar internado, é uma agressão a ele, a família ... de repente ele ... se vê num lugar ... é que ele ... não sei se é a gente que vê dessa forma, mas ele assim perde a identidade né, passa a depender de outras pessoas, e a depender de outras pessoas para sobrevivência dele, para o bem estar ... e isso muda completamente os hábitos de vida dele, de

repente é uma pessoa que toma banho sempre a tarde, e tem que tomar seu banho pela manhã, uma pessoa que não costuma tomar banho todos os dias, e aqui tem que tomar banho ... é a comida que não esta do jeito ele gosta ... acho que tudo isso é uma agressão ... que isso é um desequilíbrio né ... e a gente tem que procurar contornar isso, pra que ele se sinta da melhor maneira possível dentro do hospital, e pra que a gente possa cuidar dele melhor...

— *Quando você se aproxima dele, o que você tem em vista ?*

— Acho que é atender uma necessidade do paciente de ... (pausa)

— *E pra você, o que você tem em vista ? Que motivos você tem para agir desse modo ?*

Pra mim (pausa) acho que pra me sentir melhor né, assim né eu me sentir melhor comigo mesma, de não ter causado aquele desconforto ao paciente, vendo que ele esta bem, e deixo eu ver assim ... (pediu pra desligar o gravador e disse que não tinha pensado sobre isso), mas eu acho que é isso né, faz bem também, a gente se sente melhor fica de bem com a gente mesma né, eu acho que é isso.

\*\*\*

— O que você faz na UTI ? Quais são as ações que você desenvolve ?

Antes de tudo, eu acho importante te ressaltar, que no andar de tratamento intensivo né, tem que ser levado em consideração até a própria seleção pessoal que vai trabalhar nessa unidade né ... a gente tem uma preocupação muito grande com isso atualmente, porque ... antigamente não era levado em consideração isso ... quer dizer a pessoa sabia puncionar uma veia de uma de uma criança, tá bom ... já pode trabalhar numa UTI, e não é isso, tem muito mais ... eu acho até que puncionar uma veia é uma coisa até primária, acho que todo enfermeiro, todo auxiliar né, tem que saber puncionar uma veia ... então antigamente se tinha uma visão assim errônea né ... bom, sabe puncionar veia de criança já tá bom ... é o que importa é isso ... já tá bom, e o resto é com o enfermeiro, entendeu ... ele adapta na bomba infusora, ele chama o médico e da continuidade e não é ... eu até louvo né ... até a atual chefe da UTI, Ana Mattos, porque tem a preocupação de vê, realmente, que pessoas tem realmente conhecimento técnico científico em relação ao paciente pediátrico, se tem empatia pelo paciente pediátrico, isso é muito importante frisar também, se ele se identifica com a criança, e aí há uma dicotomia muito grande, um grupo por ser pai , ter filhos, não conseguem ter essa empatia né, tem certa ojeriza né. — não ! eu tenho filho em casa, entendeu ! ... e eu somatizo se meu filho estivesse naquele leito, como é que eu agiria ... e já outro não, por se pai por ser mãe tem um carinho muito grande pela criança, porque quer ver aquela criança fora, porque quer ver aquela criança brincando como seu filho né, fazendo estrepolias né ... então há uma dicotomia nessa parte no grupo que eu já vi ... experiência minha própria, enquanto uteista de UTI de criança lá um grupo que trabalha, mas tá doido pra sair fora, porque não tem essa empatia com a criança, trabalha lá porque tem esse conhecimento técnico, mas não tem essa empatia ... e acho que essa empatia vem mais ainda complementar essa boa assistência ... você

tem o conhecimento técnico científico, e tem aquela empatia, você gosta de trabalhar com a criança, você se identifica com a criança com a necessidade humana básica da criança, porque você é pai, ou você é mãe, cuida de uma criança sadia em casa e você complementa, você investe aquilo que você sabe lá fora, encima dessa criança procurando recuperar lá né, investir né ... pra poder ter essa criança sadia de volta a sociedade, num estado pleno de saúde né ... esse seria meu primeiro tópico, enquanto ... enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo, eu acho importante né ... o que é que a gente faz ... além de toda essa parte de ver paciente, puncionar veia, ajudar numa dissecação venosa, investir numa parada cardio-respiratória né ... eu vejo é ... colher uma gasometria né ... eu vejo a importância né, de eu estar sempre atualizando na parte científica ... que o que a gente tem notado aqui, é que chega um colega recém concursado, vão para o setor e ficam estagnados né, a rotina, a uma coisa que eles aprenderam na faculdade por uma determinado linha, e ... cada faculdade tem uma linha, uma escola ... e eles se apegam naquilo e ficam né ... e então há as vezes, choque na passagem de plantão em determinadas condutas, de determinados plantão ... de plantão pra outro ... um plantão procura fazer de uma maneira, o outro já procura investir de uma outra maneira né ... é importante a gente tentar ... estar sempre se atualizando, o corpo clínico de enfermagem pra poder ter uma diretriz única né ... ter uma assistência para investir para aquele paciente, e não ficar a enfermagem, como a gente tem notado, uma enfermagem, que é feita de improvisação ... e ao improvisar ... que muitas vezes até a improvisação pode até lesar o paciente né ... causar danos, até muitas vezes irreparáveis ao paciente, eu acho importante isso também, a gente esta sempre na atualização ... e você com a atualização, você consegue ter um bom inter-relacionamento com a equipe multiprofissional né ... você consegue né estar passando pra nutricionista a necessidade do paciente, necessidade calórica-proteica

como está, como não esta ... com seu conhecimento técnico científico, você consegue debater junto ao médico, procurando uma solução adequada ao paciente, e a gente enquanto uteista a gente tem este canal aberto aos médicos ... aqui na UTI do Hospital Souza Aguiar, te dá este canal, de você poder sugerir, conversar, debater e ai cresce né, tanto o médico quanto a gente, na troca de conhecimento técnico científico, e também cresce a assistência, o padrão de assistência prestada ao paciente ... e a gente, a nível de Souza Aguiar, a gente tem se orgulhado muito, porque neste intercâmbio, que a gente tem essa preocupação com o paciente, a taxa de morbi mortalidade caiu muito de uns 7 anos pra cá né ... pessoas novas, entraram médicos com outras cabeças enfermeiros com outras cabeças, mais evoluídas, cabeças pensantes, que se preocupam com o bem estar geral do paciente e isto resultou numa boa assistência conjunta né ... e então os resultados justamente é isso né ... crianças que entram praticamente com um prognósticos sombrio, fechado, que logo na primeira instância, que vem da emergência pra gente né ... com GLASGOW a abaixo do normal, e a gente consegue depois de um certo tempo reverter, tirar a criança, desse estado de coma, e consegue investir e tirar essa criança ... e em bom estado de saúde, e desenvolver ela sadia, perfeita pra mãe ... a gente tem se orgulhado muito dessa parte também né ... e é deixa eu ver o que mais ... além disso tudo ... a parte afetiva também para o paciente, a criança né ... criança muitas vezes tá no CTI, fica as vezes 15 dias, um mês, dependendo da patologia, dois meses né ... e ai, você ... te leva a lembrar da síndrome da hospitalização né ... a criança fica sendo furada, perfurada, aquele monte de tubo, aquela parafernália de bomba infusora, BIRD, pessoal falando, todo mundo de branco, uns com mascara, aquele entra e sai né ... então leva a criança a um estresse muito grande, então eu vejo a gente enquanto enfermeiro né, participante da equipe multiprofissional, a parte nossa afetiva com o paciente, em detectar as necessidade afetadas !.. que

dizer a falta da mãe, a falta do pai, a falta do lar ... você procura preencher essa lacuna, que é muito importante para o paciente né ... dar carinho pra ele ... antes de você puncionar uma veia, conversar com o neném, fazer um carinho nele ... apesar que de repente, a gente tem notado isso ... criança, até prematuro mesmo, você bate um papo, conversa, fala amigavelmente, com elezinho ... quando você vai fazer um procedimento, ela reage melhor do que se você fosse diretamente fazer a coisa, friamente, tecnicamente como se fosse um robô entendeu ... então a criança reage muita melhor, e é quando você tem esse "feedback" de carinho, você dá carinho e recebe esse carinho, através do comportamento da criança, ela aceita melhor a tua assistência né ... ela fica melhor ... e a parte afetiva eu vejo como todo, é o carinho, é a atenção, é a conversa ... e é você se preocupar também, com o lado cultural dessa criança ... procuramos ver no prontuário, se a criança ... mesmo sendo neném ou uma até uma criança de 5, 6, e 7 anos que já tem uma noção de vida, onde está e o que é, que ele é ... você procurar ver o lado cultural, que tipo de religião tem essa criança, onde é que essa criança mora né ... de repente você investe nela ... a gente vê criança aqui que são católicas, são evangélicas são protestantes ... e a gente até identifica isso, e procura conversar muito com essa criança né ... e é bacana, que elas tem uma visão diferente da gente né, com relação a morte, com relação a doença ... aí você procura pegar esse gancho, e se agarrar nele e investir na criança, nesse lado psicológico de você é, ir explicando pra criança né ... no meu caso, eu sou evangélico, eu sou batista, então a criança que eu vejo que ela é católica, ou ela é evangélica, já tem uma noção né ... procuro sempre é ... agradecer o dia, agradecer a papai do céu, por isso, isso, isso ... vai ter um bom sono né ... vai descansar tranqüila, amanhã vai ser outro dia, e você vai estar melhor ... você já esta se recuperando, você já não esta tendo mais febre, não esta mais vomitando, não esta tendo mais dores... então,

amanha vai ser um outro dia, você vai estar melhor, e isso assim, vai num processo que vai te levar até uma melhora ... que você vai chegar até a alta, e vai ver seu papai e mamãe, e voltar pra casa ... então eu vejo essa parte também né ... outra parte que eu vejo dentro do contexto religioso ... eu não sei se esta criança que veio evoluir até êxito letal, foi batizada ou não enquanto viva, então eu tenho toda uma preocupação, de ... mesmo não sabendo se foi ou não, de batizar essa criança né ... muitas vezes até a mãe nunca batizou, e aí ... então e vou chegar né, e fazer batismo né ... essa autoridade é dada por Deus, a gente batizar essa criança ... que pra ela não ir pagã né ... e muitas vezes a gente fala isso pra mãe, e ela até agradece muito. — Pôxa ! que bom né ... que ela não tinha sido batizada, saiu logo da maternidade né ... e batizar não deu ... ficou logo dodói, nunca batizou ... isso traz também um agrado, um conforto muito grande ... o outro ver que você se preocupou até nessa parte né ... para um leigo ... pôxa ! que bobeira ... que é que de repente um pinguinho na testa ... e dizer que eu te batizo em nome do Pai, do Filho, Espírito Santo, Amém ... pra muita gente isso daí é pura bobeira né ... mas pra quem tem, e vê o lado espiritual também como uma coisa séria, concreta, e ele existe, e é de fato, isso traz um conforto muito grande, um enlêvo ao coração do pai e da mãe, saber que você enquanto profissional da área de saúde ... você se preocupa com esse lado também, de dá o conforto, dá o carinho, fazer uma oração pela criança, orar pela criança, batizar a criança né ... então essa parte também a gente procura né ... a gente conversa isso lá na UTI, não sei se algum colega colocou ... a gente tem toda essa preocupação também do lado religioso, a gente tá sempre trocando idéias ... as vezes reunião setorial, então a gente debate esses assuntos eles são aflorados né ... as pessoas concordam : Ah! isso é importante né ! ... então a gente dependendo da situação, a gente coloca: sabe, acho importante também ! ... quer dizer são várias, varias as ações que você enquanto enfermeiro, você age né ... você é

psicólogo também, as vezes você tem que escutar a criancinha né, que foi maltratada né ... o pai bateu, a mãe bateu, o pai bateu porque era alcoolata ... e muitas vezes ele expressa isso através de um olhar, você vai descobrindo isso né ... e muitas vezes, você acaba descobrindo isso mesmo não estando no relato do prontuário ... é o relato de mau trato de um pai, de uma mãe, ou alguma mãe vê você e começa a conversar, e você aluga o seu ouvido pra ela, e ela coloca tudo pra fora né ... e chora ... melhora, fica mais tranqüila, e você dá uma palavra de conforto né ... e de certa forma traz uma relação muito boa até da mãe para com o filho, quando ela vai visitar o filho dentro da UTI ... ela vai com o coração, com o espírito mais preparado né ... porque é ... uma coisa é você ter uma criança sadia teu filho, outra coisa é ela estar num leito né e a UTI, essas três letrinhas, elas são muito estigmatizadas — meu filho está numa UTI ! você já pensa logo no limiar da vida com a morte, e nem sempre a UTI quer dizer que a criança esta no limiar da vida com a morte, ela está ali porque precisa ser tratada intensivamente né ... então, quer dizer ... a gente tem essa preocupação de preparar a criança, conversando com ela, com toda essa preocupação de conversar com a mãe né, seja pelo telefone, seja pessoalmente, esclarecendo a ela os fatos né ... procurando também dentro dessa parte ... quando a criança já esta com um prognóstico, já fechado, já não tem mais chances, você já ir começando a preparar o coração daquela mãe para aquela partida daquela criança ... você sabe que aquela criança não vai mais sair daquele quadro, a criança de repente já é descerebrada, entendeu ... não tem mais chances né ... e você começa a preparar o coração daquela mãe pra ela poder encarar aquela passagem da criança ... da vida pra a morte como uma coisa natural né ... é morte, é uma coisa natural, ela é estigmatizada no mundo ocidental, mas no mundo oriental, a morte é um passagem para um outro mundo, num grau mais superior ... então você procura de repente até passar isso pra mãe ...

que a criança realmente tá grave ... a gente investiu, a gente batalhou né ... mas o destino dela já está fechado, a missão dela já chegou ao fim aqui neste mundo, e ela agora vai para um outro mundo continuar a missão dela ... mas de uma maneira ... dependendo da situação, de um maneira tênue, tranqüila você né ... você na hora vai escolhendo né as palavras né ... e isso a gente tem procurado também ... até nessa hora difícil, de poder passar pra mãe que a criança terminou sua missão aqui ... deixa eu ver o que mais, o que é que eu posso falar pra você ... acho que tem muita coisa que a gente poderia abordar ... a gente enquanto enfermeiro também, a gente ensina é a mãe ... é sempre uma preocupação de ação profilática-preventiva, como se fosse uma assistência primária à saúde ... assim quando uma criança vem a ter uma difteria, fica internada pela difteria, a gente vai lá e explica pra ela: — mãe, essa criança foi vacinada ? fez o esquema direitinho da triplice ? disso... disso ... disso, então: — não, eu não lembro... — então traz a carteirinha, e aí a gente vê ... — olha ! mãe falta essa vacina, e essa vacina ... e olha ! mãe esta criança está desnutrida por causa disso ... disso... disso... então, você vai chegar em casa, vai fazer esse tipo de alimentação ... você vai procurar prevenir, ela dessa maneira, entendeu ... porque você age também ... quer dizer você está numa unidade hospitalar, mas você aproveita esse gancho, dependendo da patologia, pra você poder agir profilaticamente né ... nessa criança ... quando ela sair da unidade de terapia intensiva, você age também, como agente preventivo, pra essa criança, não ter é ... é outras intercorrências, e não poder voltar aqui com o mesmo quadro sintomatológico né ... eu quando trabalhei na pediatria no 7º andar ... que dizer a criança saía desnutrida ... daqui há seis meses voltava desnutrida ... que a criança tinha ojeriza a verdura, legumes, e a mãe não se esforçava em ter um criatividade com a criança é ... olha, conta uma historia sobre a beterraba, sobre a cenoura ... porque eu tenho essa preocupação com os meus filhos em casa ... eu conto historia, da

criança que não se alimentava direitinho e foi parar no hospital e tal e tal ... e a bruxazinha veio e levou ele pra tal lugar ... eu procuro tentar sempre fantasiar, e dá um mundo de fantasia pra criança se estimular, a se alimentar direitinho então ... a gente procurar também levar essa conversa com a mãe, com o pai, com o parente né ...então isso tudo ... quer dizer você age né, em prol do paciente e você não tem como relatar isso ... como se fosse até pra você ganhar em termos ... até de produtividade, tal ... tal enfermeiro fez isso .. e isso ... isso né ... até porque a nível de Souza Aguiar ... a folha né ... o impresso designado para a enfermagem ocupa um espaço muito pequeno né... você coloca paciente, TPR, PA ... paciente apresentou episódio emético, evacuou grande quantidade, ou não evacuou, tá em anúria ou não ... quer dizer, fica muito restrito a parte clínica né ... você não consegue você colocar enquanto agente toda essa assistência que você deu, pra investir no paciente né ... o impresso não te possibilita isso ... e isso, fica mas a nível de passagem de plantão, a nível verbal ... você passando para o seu colega enfermeiro, você passando pro seu colega médico, passando isso para os parentes né ... e eu vejo isso também ... a gente colocando isso a nível de congresso ... a gente vive isso dia a dia, e apresenta para o colega enfermeiro no congresso né ... o enfermeiro né ... é muito mais que só passar uma sonda, ajudar no cateterismo ... e aí você começa a falar de toda essa assistência, o pessoal aplaude no congresso é muito bonito né mas fica por aí ... de repente até que seu trabalho é até premiado pela comissão julgadora ... mas acabou o congresso é arquivado isso ... isso não é publicado, isso não é mostrado para, a nível científico .. não é mostrado a nível de população, e o trabalho que você faz né ... o paciente sozinho realmente, já tem noção do que é um enfermeiro dentro de uma UTI, dentro da emergência ... e realmente quando ele é paciente né ... e quando ele dá uma sorte de pegar um enfermeiro né ... que realmente ele vê todos esses ângulos, que é entendido do assunto ... é o cara que tem

uma visão muito grande ... é um cara atualizante ... que procura se atualizar ... então quando ele bate no hospital e pega um enfermeiro atuando dessa maneira né ... vários pacientes eu já tive né ... e vários aqui falaram — olha ! eu nunca pensava, que o enfermeiro fosse capaz de tanta atividade assim , pra mim ele estava restrito mais, a dar uma injeção entendeu ... verificar pressão, ver temperatura, e é muito mais do que isso ... até o auxiliar da equipe, as vezes ... as que eu tenho lá na UTI ... a gente tá sempre treinando pra essas coisas também ... ver essas necessidades humanas básicas, ver lado psicológico, o lado sentimental, lado nutricional; né ... conversar chegar junto do médico, ver para o paciente uma melhor assistência, né ... então graças a Deus, nessa ponto a unidade de terapia intensiva pediátrica, aqui ela se destaca ... e a gente pode dizer assim, que justamente por ter um trabalho bom, não é porque está num ano eleitoral não ... mas muitos setores aqui, por não ter uma boa assistência, vão continuar mau estruturadas, sem equipamentos e a UTI por ter apresentado um trabalho bom, inclusive em congressos médicos, e enfermeiros tentando ... a diretora se preocupou em atender a nossa necessidade, de ter uma reforma na UTI neonatal né ... não esta aparelhada... poderia a gente investir mais, com equipamentos mais modernos, mais aperfeiçoados ... você consegue dar uma assistência melhor e o nosso propósito aqui é atingir a qualidade total mesmo sabe, então a gente conversou isso com a Maria Emília, ela com boa vontade dela, se preocupou em renovar, em modernizar mesmo a UTI neonatal ... a gente deve mudar até o final do mês, e a gente espera dai retomar né ... a onde a gente parou né ... porque a UTI que a gente tá, é uma coisa assim temporária, aquilo lá era um isolamento pra cólera, até fazer a obra ... então a gente quer, que assim que for inaugurada a UTI, ter uma reunião com todo o corpo clínico, médico, enfermagem, tudo, pra gente vê aonde parou, pra continuar essa caminhada né ... essa caminhada bonita né ... eu acho que é um sacerdócio, um conjunto né

... médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, um psicólogo que tem, que dá assistência lá também, que pra poder a gente leva né ... uma assistência adequada a essa população tão carente, tão sofrida né ... que é essa, população .. a nível de Brasil e até mesmo a nível de Rio de Janeiro, que tá muito mal assistida né ... a gente vê os políticos não se preocupando com a saúde, que é um dever do Estado, e um direito do cidadão esta na Constituição, esta na Lei Orgânica Municipal e isso não é respeitado ... então a gente procura dentro das nossas limitações né ... procura dar o melhor de nós pra esse paciente, que tá chegando pra gente né... é totalmente descompensado sofrido com uma vida lá fora né ... bem abatido ... ainda sofre um trauma, sofre uma doença, cai aqui ... de repente ele esta carente ... depende muitas vezes ... tem criança aqui que está na UTI ... ela ficou doente por falta de carência afetiva ... a gente aqui diagnosticou isso ... ele chegou com uma imunodepressão muito grande, e a gente não conseguia descobrir a causa da imunodepressão dessa criança, quando começou o pessoal a ter uma carinho, a conversar com essa criança ela começou a ter uma melhora incrível sem a gente entender o porque, não havia resposta pra isso né ... depois quando essa criança saiu do respirador ... de tudo né ... ai foi quando ela colocou pra gente né que ela nunca tinha recebido um tratamento tão bom ... nunca alguém tinha beijado na testinha dela, nunca ninguém tinha pegado ela no colo ... mesmo que fosse pra trocar a roupa de cama, pegar ela no colo ... de noite pra ela poder dormir, você canta um nãna-nenem pra ela ... a gente comprou uns brinquedinhos do Paraguai que puxava a cordinha e tocava musiquinha, aquilo embalava ela ... então todo esse carinho afetivo, era o que precisava pra ela ... então ela ficou doente, por falta de carência afetiva ... então até isso a gente já teve aqui na UTI, então pra gente foi gratificante ... a gente vê uma coisa rara, desse tipo ... a gente viu que realmente a falta de amor, de carinho, leva a pessoa a ficar doente

sim, é um dos fatores determinantes né ... a gente pode colocar isso para o pai, pra mãe né ... porque eram pessoas altamente ocupadas, o pai tinha uma padaria, tinha um mercado, a mãe trabalhava em outra coisa, e a criança ficava relegada a segundo plano ... então a falta do pai e da mãe levou essa criança, a vir para numa UTI ? entendeu? ... a gente ao dar carinho, afetividade e tudo ... quer dizer, quando a gente não sabia o que é que era, tratar empiricamente com antibióticos? nem pensar !.. então a criança ficou num sorinho, com a tal insuficiência respiratória profunda, ficou no respirador e ... só no sorinho pra hidratar, pra não deixar desidratada, alimentação pela sonda entendeu? era o que tinha pra fazer pra ela ...e não tinha mais o que fazer ... então quando a gente começou a investir nela, dar carinho, dar atenção pra essa criança, na hora de estar junto ali ... essa criança foi começado a ter uma melhora rápida e a gente não sabia o porque ? ... e era justamente isso, então, são coisas também que você não consegue colocar no registro ... a criança melhorou devido a isto ... isso ... isso, devido a atuação da enfermagem que proporcionou carinho e atenção né ... gastou tempo com essa criança, procurando dar o bem estar pra essa criança, procurou passar pra ela que ela é importante que ela esta no mundo não é por acaso, ela não e mais um, pelo contrário, ela é única né ... a impressão digital mostra, que ela é única no mundo, igual a ela não existe nenhuma ... então ela é importante, se ela esta aquí no mundo ela é importante... ela tem uma missão a cumprir, ela é útil né ... ela tem um missão pra ser útil a sociedade, abençoar muitas pessoas dependendo da área que ela for exercer, a profissão dela, a ocupação dela ... que ela tem o seu valor enquanto ser humano, enquanto pessoa única, com sua identidade única no mundo ... então quer dizer pra mim né ... eu ficaria aqui a noite toda ... acho que dava até uma tese, ou até um tratado enorme, sobre o que o enfermeiro faz a nível de UTI, mas eu acho que principalmente é isso ... esse lado da assistência técnico científica, e junto a isso, com o passar

do tempo, a gente vai vendo as necessidade afetadas, e todo um conjunto da equipe multiprofissional procurando interagir junto a esse paciente procurando proporcionar fatores que levem a ele preencher aquela lacuna daquela necessidade afetadas ... então isso até enquanto, equipe, nem tanto enquanto enfermeiro, mas a equipe toda ... mas eu como enfermeiro, tenho a minha parcela de responsabilidade, porque muita coisa por eu estar junto ao paciente, eu detecto e passo pra equipe, e a gente procura traçar um diretriz pra investir naquele paciente, e tenho a preocupação de dar continuidade aquilo, não ficar restrito só ao meu plantão, passar pro pessoal do dia, o colega do dia passa para o outro e assim vai, até a gente conseguir uma recuperação adequada ... mas quando a gente não consegue, esse paciente vai a êxito letal pelo menos a gente tem a consciência tranqüila ... saber que o nosso dever foi feito, procurou dar o melhor da gente né ... a gente fica assim triste, pela perda da criança, mas a gente fica assim, de certa forma contente ... de saber que a gente investiu, deu ... deu da gente pra aquele pacientezinho que tava lá né ... de repente, ele vai a óbito, mas aquele tempo que ele passou na UTI, uma semana, um mês, 2 meses ... de repente ele recebe tanta coisa boa, tantos fluidos bons que a gente passa pra ele ... que de repente lá fora, em 1 ano, 2 anos de vida ele não recebeu ... de repente aqui justamente no hospital, ele vai receber uma ajuda espiritual, que vai ser ,um hospital espiritual também, que quando ele vai...,faz essa passagem, ele vai de uma maneira tranqüila, feliz né...e o espírito sai .... eu tenho certeza, sai daqui feliz com um rumo muito bacana, pra poder continuar a missão dele ... a frente né ... eu acho que é mais ou menos isso né ... não sei o que eu poderia falar ... que é que você acha ?

— *Quando você se aproxima dessa crianças, ou familiares e procura realizar ações que não são somente relacionadas aos cuidados físicos, possíveis de serem checadas .. o que você tem em vista ?*

— Eu viso ... quando a gente procura ter essa preocupação, de investir na criança ... de detectar as necessidades é básica afetadas né ... é amor, que tá faltando pra ela, o carinho, o contato pele a pele ... trocar de energia com essa criança né ... eu ... não foi uma coisa irracional ... não foi aquela coisa que te bate e vai e faz não, é uma coisa já de mim mesmo entendeu ? ... acho que isso já vem, quando você já nasce ... já traz isso com você ... dentro de você ... a gente procurar passar isso para os demais pra ver se eles captam essa mensagem, e procuram seguir essa linha de pensamento né ... eu procuro sempre olhar a criança como um todo, não só aquele paciente que eu tenho que investir, fazer medicação e tudo, mas vejo ele como um todo ... porque ele é um ser humano né ... ele é um ser humano ... é uma pessoa ... é um semelhante igual a mim ... uma criatura que merece ser respeitada ... tá ali num leito, necessitando de uma boa assistência científica e tecnológica, mas também tá precisando dessa parte afetiva né ... e eu vejo isso porque a gente né ... o ser humano ele é produto do meio né então quer dizer... se você reage a diversos tipos de pressão né ... e você vê ai fora né ... esse mundo muito duro que a gente tá passando, é violência, é estresse é falta de carinho né .. aquela indiferença de um para com o outro ... não se dá mais um bom dia, uma boa tarde ... é de repente é até perigoso você chegar e cumprimentar alguém ... quando ... eu vejo aquele paciente ... procuro ver aquela necessidade e eu atuo ... eu atuo, pensando justamente como se fosse eu né ... se eu estivesse naquele leitozinho, sendo um criança como é que eu gostaria de ser tratado dentro daquela situação que eu captei ? ... quer dizer ... eu sou mal amado pela minha mãe, eu sou maltratado pelo meu pai ... eu não tenho carinho dos meus parentes ... eu necessito urgentemente, .. eu tô aqui ... é de repente desnutrido, desidratado porque ? porque eu sou pobre? minha mãe tem baixa renda ? muitas vezes, sim e muitas vezes não ... porque a mãe não dá aquela atenção, o pai não dá aquela atenção ... são crianças hoje em dia a nível de

modernização ... são crianças tratadas com babá, babysister, e a babysister ... não é a mãe daquela criança ... ela é paga pra fazer o básico né, então quer dizer eu me coloco, como se fosse aquela criancinha né ... se eu fosse pequenino daquele jeito como é que eu gostaria de ser tratado né ? ... e eu sou ... minha própria natureza é, de uma pessoa carente afetivamente né ... tô sempre, por mais carinho que eu receba tô sempre querendo mais carinho, e dar mais carinho também ... eu sou uma pessoa muito dada ... seja para criança, seja pra adulto, pra adolescente ... isso é de mim mesmo ... que dizer o pessoal fala que isso é até do meu signo, o meu signo é de peixes, eu não acredito muito nisso não ... que eu sou afetivo ... eu vejo muito mais do meu lado espiritual, do meu espírito né .... como filho de Deus né ... me leva justamente a que ? ... a amar ao meu próximo como a mim mesmo... então quer dizer, é o primeiro mandamento do meu Mestre, é amar a Deus sobre todas as coisas, e ao meu próximo como a mim mesmo... então partindo dessa premissa, como é que eu vou amar a essa pessoa? ... é dando carinho, é dando afeto ... de repente eu dando uma injeção, ou fazendo um cateterismo vesical, ou passando uma sonda nasogástrica, um processo invasivo, entendeu? ... é um mal necessário ... eu estou amando aquela pessoa sim, porque eu estou através daquela sonda, daquele cateterismo, ou daquela injeção que eu sei que vai doer muito né ... é que vai trazer a cura biológico, para aquele organismo que tá doente ali, no leito de dor né .... então quer dizer eu vejo é ... a criança no todo quando eu vou agir ... então por isso quando eu detecto isso ... eu vou fazer injeção sim, eu vou fazer o cateterismo sim ... eu vou investir em determinadas procedimentos invasivos, mas junto com isso eu vou levando né aquilo que é de mim ... eu dou de mim mesmo ... eu sou uma pessoa que eu, sou muito dada então ... é mais isso...

— E o que você tem em vista quando realiza essas ações ? Que motivos você tem pra você dar esse tipo de atendimento ?

— Pra mim significa autorealização enquanto profissional muito grande né ... além de ser um enfermeiro né, o agente, o profissional Sérgio né ... tá ali também o ser humano Sérgio, o cidadão Sérgio que é pai de duas crianças maravilhosas entendeu? ... eu deposito muita confiança e muito amor mesmo neles no futuro ... e a gente procura dar um máximo de carinho, uma boa educação né ... então que dizer isso tudo me leva né, a ter uma autorealização enquanto profissional né, enquanto cidadão ... é ... ser humano né ... então quer dizer ... eu acho que é como São Francisco de Assis mesmo fala: É dando que se recebe, entendeu ? ... então se você dá carinho, você recebe também, é um feedback bilateral ... e eu digo isso por experiência própria entendeu ? ... quer dizer eu vejo aquela criança que de repente ela chega revoltada, agressiva, chorando, e você com 5 minutos de um cafunezinho, um carinho, um nãna-nenem, a tonalidade com que você fala com ela ... você mudando .. é você chegando perto dela, descendo ao nível dela né ... numa linguagem mais suave ... um tom mais pausado ... um volume mais baixinho, ela capta isso né ... e ela te dá isso de uma forma bonita né ... através de um sorriso ... ela tá ali num leito de dor ... ela .... você orienta ela ... — Olha ! titio vai ter que puncionar uma veiazinha em você, vai doer um pouquinho, um mosquitinho, mas tem que passar medicação pra você ... que é importante... mas titio não vai sair daqui enquanto a medicação não terminar, titio tá aqui com você , tio Sérgio não vai sair daqui .... e a criança responde de maneira muito positiva sabe ... ela até do próprio lado fisiológico até dá uma certa contração, ... porque isso é a nível de sistema nervoso simpático e parassimpático ... ela dá uma retração, porque dói mesmo aquela picadinhazinha, mas ela sustenta o bracinho né ... ela não entra naquele desespero quando vê a agulhinha, quando vê um scalp, quando vê um jelco, ela sabe que a gente está fazendo aquilo ali com amor, com carinho e até na hora em que você vai puncionar uma veia, vai passar uma sonda .. ou como você vai

passar ... a preocupação de você não lesar ... de você passar uma sonda ou puncionar uma veia com carinho, com cuidado né ... você vai, apesar de ser um objeto inanimado, uma sonda, um scalp, um jelco... mas se você coloca o teu coração, o teu amor para com aquela criança, aquela energia, ela vai por aquele material inanimado ... e essa criança ... ela capta isso ... quer dizer pode parecer ate uma coisa assim empírica, mas isso ai é real ... tá entendendo? ... isso ai é real ... eu já trabalhei em emergência, e você tem que muitas vezes puncionar uma veia rápida, porque o outro ali tem que ter veia, veia, veia, veia ... você é puramente mecânico, passou o jelco passou ... tá se vendo que a pessoa reage negativamente, é com dor, é com grito, é com palavrão né ... já se você houvesse tempo pra fazer aquilo com preparo né conversando, e se você fizer aquilo com carinho, como: — Eu estou colocando essa sonda esse jelco né porque realmente é o melhor pra ele, e se de repente eu estivesse naquele lugar, eu investiria em mim, porque eu sei que aquilo ali me traria uma recuperação muito boa né ... então eu me sinto vendo isso ... enquanto eu faço as coisa, eu me sinto desta maneira, é vendo o paciente é ... precisando de mim como enfermeiro, vendo o como ser humano que esta ali pra procurar minimizar o sofrimento dele, enquanto ele esta naquela estadia numa UTI, que é um setor normalmente desgastaste né ... é me traz uma recompensa muito grande, quando eu vejo essa criança que de repente está numa UTI durante 1 mês, 2 meses, e sai daquele leito, e é geralmente ... é de rotina, ela sair da UTI para pediatria né ... e ai você fala: cadê fulano ? Ah! tá na pediatria ... então na hora do jantar eu saio e vou lá na pediatria ... e está aquela criança linda e formosa no bercinho, chupando a chupetinha ... quando me vê levanta, abre os bracinhos ... aquilo ali pra mim vale mais do que qualquer ... 1000 salários mínimos sabe... eu acho que pra mim, dinheiro não é tudo na vida entendeu ? ... é uma necessidade sim, ter o dinheiro, ele é uma benção, uma energia muito boa, mas aquele sorriso que eu vi daquela

criança lá no CTI, e agora numa pediatria, sabendo que vai ter alta daqui a 2, 3 dias vai pra casa, ver o maninho, ver o papai, e ver a mamãe ... eu vejo ... pôxa, de certa forma eu fui responsável, de repente 1, 2, 3 %, não importa a parcela que eu tive ali, mas eu investi, eu dei de mim pra poder hoje em dia essa criança estar aqui na pediatria, e amanhã estar na sociedade, e quem sabe, no futuro ser um sábio, ser um grande homem que vai até mudar a história desse mundo que a gente vive .... entendeu ? eu vejo por esse ângulo, então quando eu invisto, eu invisto pensando em tudo isso entendeu ? ... e eu acho que é isso ... mais alguma coisa ?

\*\*\*