

OS CUIDADOS INTENSIVOS SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Alda Vanessa Cardoso Ferreira¹
Gabriela de Sousa Dantas Cunha²
Marcelle Napoleão do Rêgo Formiga³

Recebido em: 27 fev. 2018

Aceito em: 28 nov. 2018

RESUMO: O presente estudo tem o objetivo de compreender como os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cuidam dos pacientes críticos e quais são as variáveis emocionais que estão implicadas neste cuidado. Especificamente tem o propósito de compreender a percepção que os participantes têm sobre o que é cuidar, quais são as variáveis emocionais que favorecem e dificultam o cuidar, como percebem a própria disponibilidade e habilidade para cuidar e qual a visão que têm de si mesmos como cuidadores. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório descritivo. Foram entrevistados 13 sujeitos de uma UTI de um hospital público de referência na cidade de Teresina-Piauí. Para tanto, utilizou-se um questionário sociodemográfico para categorização dos sujeitos e uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas. As entrevistas foram analisadas em seu conteúdo, tendo sido criadas cinco categorias para a discussão dos dados. A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin, a qual opera em três polos principais: a pré-análise, a exploração do material e os resultados, com base na inferência e interpretação. Os resultados apontam que o cuidar envolve a dimensão física e emocional do paciente, assim como esse processo suscita no profissional vivências emocionais que facilitam e que também dificultam o cuidar, interferindo na qualidade dos cuidados oferecidos. Os discursos também apontam para a necessidade de voltar o olhar para os cuidadores, para que estejam mais atentos para a necessidade de cuidar de si mesmos ou tenham mais habilidade para tal.

Palavras-chave: Cuidado intensivo. Profissionais de saúde. Emoções.

THE INTENSIVE CARE UNDER THE PERSPECTIVE OF THE HEALTH PROFESSIONALS OF THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: The present study aims to understand how the health professionals of the Intensive Care Unit (ICU) take care of critical patients and what are the emotional variables that are involved in this care. Specifically, it aims to understand the participants' perception about what is care, what are the emotional variables that favor and hinder caring, how they perceive their own availability and ability to care, and how they view themselves as caregivers. For that, a qualitative research was carried out, with a descriptive exploratory character. We interviewed 13 subjects from an ICU of a public reference hospital in the city of Teresina-Piauí. For this purpose, a sociodemographic questionnaire was used to categorize subjects and a semi-

¹ Universidade Estadual do Piauí.

² Universidade Estadual do Piauí.

³ Universidade Estadual do Piauí.

structured interview with open questions. The interviews were analyzed in their content, and five categories were created to discuss the data. Data analysis was performed based on the Bardin content analysis, which operates in three main poles: pre-analysis, material exploration and results, based on inference and interpretation. The results indicate that caring involves the physical and emotional dimension of the patient, just as this process raises in the professional emotional experiences that facilitate and also difficult the care, interfering in the quality of care offered. The speeches also indicates to the need to turn the gaze to the caregivers so that they are more attentives to the need to take care of themselves or have more ability to do this.

Keywords: Intensive care. Health Personnel. Emotions.

INTRODUÇÃO

O cuidado pode ser entendido sob uma conotação existencial e relacional. A dimensão existencial do cuidado é o que dá às pessoas a condição de humanidade. A dimensão relacional envolve o interesse pelo outro. Assim, Waldow e Borges (2011, p. 415) afirmam que “o cuidado ocorre por uma força que move a capacidade humana de cuidar, evocando esta habilidade em nós e nos outros [...], atualizando nosso potencial para cuidar”. Existe em nós uma capacidade de cuidar e esta capacidade é nossa própria condição humana. Cuidamos, movidos por esta força interior inata e à medida em que agimos nos humanizamos ainda mais.

O cuidar abrange comportamentos e atitudes que variam de acordo com as situações e com o tipo de relação estabelecida. A maneira como se cuida depende do grau de envolvimento com quem é cuidado (WALDOW; BORGES, 2011).

Em Heidegger (2008), o cuidado é compreendido como ato ou como possibilidades que vão além do ato, do que é percebido. Não é sinônimo de bondade, mas a compreensão autêntica do que é importante. Isso leva a pensar em uma proposta de cuidado voltada para o outro e para o que ele necessita. É tomar a si mesmo como ferramenta, em que as próprias habilidades, características e disponibilidade estão a serviço do outro, procurando respeitar suas crenças, atitudes, limites e cuidar do outro a partir das necessidades dele.

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), espaço onde o paciente encontra-se fragilizado não só física e também psicologicamente, a qualidade do cuidado oferecido pela equipe de saúde é um importante facilitador para o paciente enfrentar o processo de hospitalização e adoecimento. Vale ressaltar que a disponibilidade do profissional, as competências técnicas e as habilidades pessoais são condições determinantes do cuidar.

Os pacientes internados na UTI, por vezes, sentem-se sozinhos, ansiosos e temerosos. Além disso, alguns não compreendem a própria condição de saúde e são mobilizados com as situações de urgência, tais como intercorrências e até mesmo a morte de outros pacientes (BACKES et al., 2012). É exatamente por essa condição de fragilidade física e emocional do paciente que a qualidade do cuidar ou o zelo pelo cuidado é

necessário e imprescindível neste cenário.

A noção de cuidados centrados nestes pacientes deve ser cada vez mais compreendida como um conceito multidimensional que deve respeitar as necessidades, valores e preferências do paciente (ABOUMATAR et al., 2015). O paciente deve ser olhado e considerado em suas particularidades, crenças, verdades, costumes, cultura, uma vez que o cuidado implica não apenas lidar com a dimensão objetiva da assistência médica, mas também com o suporte psicossocioespiritual.

Sobre o contexto da UTI existem relevantes discussões relacionadas à predominância do suporte tecnológico em detrimento da subjetividade da assistência e de fatores pessoais implicados no cuidado direto ao paciente (SANCHES et al., 2016). Todavia, o cuidado, entendido como dimensão relacional e existencial, transcende a execução técnica de tarefas e implica no acolhimento e suporte do paciente como um todo.

Silva, Pereira e Mussi (2015) destacam que a equipe de enfermagem, pelo contato diário com o paciente, é a que mais exercita esse cuidado, tendo a possibilidade de compreender os fenômenos existenciais implicados no adoecimento, as demandas e necessidades diante da morte e do morrer. Isso demonstra ainda a importância de poder compreender a prática deste cuidar entre as outras categoriais profissionais, dado que também fazem parte desse processo.

Diante do exposto, este estudo, portanto, tem o objetivo de compreender o cuidado oferecido ao paciente crítico na ótica dos profissionais de saúde da UTI. Especificamente tem o propósito de compreender a percepção que os profissionais têm sobre o que é cuidar; identificar se há variáveis emocionais que interferem no cuidado, tanto as que facilitam como as que dificultam; e qual a percepção que os profissionais têm de si mesmos como cuidadores.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa (GIL, 2008). A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público de referência na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Teresina-Piauí.

Participaram do estudo 13 profissionais da equipe de saúde da UTI, de ambos os sexos, escolhidos aleatoriamente e cuja quantidade dependeu da saturação das informações coletadas nas entrevistas. Foram incluídos na amostra enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem atuantes na assistência do referido setor, com tempo mínimo de atuação de um ano, e excluídos aqueles que iniciaram o estudo e, por alguma razão, não responderam integralmente o instrumento de coleta. Psicólogos não participaram da pesquisa em virtude de não haver esta categoria profissional trabalhando na UTI.

Os dados foram coletados no período de abril a setembro de 2017 por meio de um

questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes e de uma entrevista semiestruturada com sete perguntas abertas. A entrevista foi elaborada pelos pesquisadores, agendada individualmente, gravada em mídia digital e incluiu questões sobre o cuidado prestado ao paciente, a visão dos profissionais diante deste cuidado, quais as variáveis emocionais que facilitam e dificultam o cuidar.

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin (2009), a qual opera em três polos principais: a pré-análise, a exploração do material e os resultados, com base na inferência e interpretação. Dessa maneira, realizou-se leitura exaustiva dos dados, seguida da organização, exploração do material e codificação em núcleos temáticos ou categorias, a partir das quais os dados foram analisados e discutidos de acordo com os significados atribuídos e com base na literatura encontrada sobre a temática deste estudo.

Os preceitos éticos foram embasados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versa sobre a ética em pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí, sob o número de CAEE 61597216.9.0000.5209. A participação foi voluntária, sem qualquer benefício financeiro e sujeita à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-se também o anonimato dos participantes, os quais foram identificados pelas letras “E” (enfermeiro), “F” (fisioterapeuta), “M” (médico) e “TE” (técnico de enfermagem), seguidas de um algarismo arábico de acordo com a ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados foi organizada de forma a mostrar as características gerais da população do estudo e a análise do conteúdo das entrevistas. Foram entrevistados 13 profissionais. Os sujeitos do estudo foram predominantemente mulheres (76,1%), com média de idade de 39 anos. Dentre todos os participantes, apenas 3 eram especialistas em Terapia Intensiva e os demais possuíam o título de Mestre ou especialista em outra área da saúde. Apenas os técnicos de Enfermagem não apresentavam pós-graduação. Todos os participantes exerciam função assistencial na unidade pesquisada, cuja carga horária de trabalho variou entre 24h/semanais (38,5% dos participantes) e 30h/semanais (61,5% dos participantes).

A maioria dos profissionais entrevistados (92,3%) possui mais de cinco anos de atuação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dentre os quais 38,5% já iniciaram a carreira profissional na UTI. As informações coletadas no questionário sociodemográfico são ilustradas na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

Identificação	Gênero	Idade	Pós-graduação em Terapia Intensiva	Atuação em UTI	Carga Horária Semanal
---------------	--------	-------	------------------------------------	----------------	-----------------------

Enfermeira 1	Fem.	44	Não	6 anos	30h
Enfermeira 2	Fem.	48	Não	2 anos	30h
Enfermeira 3	Fem.	30	Não	6 anos	30h
Enfermeira 4	Fem.	41	Não	6 anos	30h
Fisioterapeuta 1	Masc.	36	Sim	9 anos	30h
Fisioterapeuta 2	Fem.	33	Sim	10 anos	24h
Fisioterapeuta 3	Fem.	42	Não	8 anos	24h
Médica 1	Fem.	42	Sim	18 anos	24h
Médica 2	Fem.	32	Não	15 anos	24h
Médico 3	Masc.	43	Não	5 anos	24h
Técnico de Enfermagem 1	Masc.	37	Não	14 anos	30h
Técnica de Enfermagem 2	Fem.	40	Não	10 anos	30h
Técnica de Enfermagem 3	Fem.	49	Não	20 anos	30h

Os resultados e a análise foram agrupados em 5 categorias ou núcleos temáticos de acordo com os objetivos deste estudo: 1) Conceito de cuidar; 2) Aspectos emocionais que facilitam o cuidado; 3) Aspectos emocionais que dificultam o cuidado; 4) Relação do estado emocional do cuidador e a qualidade do cuidado oferecido; 5) Autoavaliação do cuidador (profissional).

CONCEITO DE CUIDAR

Os sujeitos investigados apresentaram diferentes concepções sobre o cuidar, partindo da premissa de que o cuidar envolve não apenas a dimensão física, mas abrange também o cuidado diante das questões emocionais de modo a reconhecer as necessidades do paciente e poder atendê-las.

Não é só o cuidar físico, mas o cuidar em todos os sentidos, o cuidar psicológico, emocional, porque abrange o paciente como um todo. (E2)

O ato de cuidar como aquilo que o paciente necessita, atender as necessidades do paciente. (M2)

Esta percepção corrobora com o pensamento de Backes et al. (2012), de que o cuidado em saúde engloba não apenas o cuidado técnico em relação à dimensão física, mas abrange o cuidado integral, que considera a dimensão emocional. Este autor ainda acrescenta dimensões que não foram consideradas pelos participantes, mas que fazem parte do cuidado: a dimensão espiritual e social. Nesta perspectiva, a abrangência das ações de cuidado em atender as necessidades do paciente está além do modelo diagnóstico e terapêutico, devendo ir ao encontro das diversas perspectivas da vida do sujeito, desde as configuradas no corpo até as de ordem social e subjetiva (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011).

Vale ressaltar que todas as categorias profissionais mencionaram que o cuidar é identificar e atender as necessidades do paciente, entretanto apenas os enfermeiros referiram que cuidar é proporcionar bem-estar. Pode-se inferir que a consideração realizada pelos enfermeiros pode estar relacionada à característica inerente à profissão, na qual

estão mais voltados direta e diariamente no manejo com o paciente.

O exercício prático do enfermeiro visa o bem-estar do paciente para promover a qualidade de vida, o que é evidenciado através de atitudes positivas individuais e coletivas (FERNANDES et al., 2011). A Enfermagem permanece integralmente na unidade de cuidados, é diretamente responsável pelo paciente e interliga os pacientes aos demais profissionais no espaço de cuidado (BAGGIO; ERDMANN, 2015).

Tudo isso no sentido de proporcionar o bem-estar para o paciente. (E1)

Tentar melhorar a qualidade de vida dele naquele momento que já está necessitado por conta que ele está aqui na UTI. (E3)

O cuidado especificamente com o paciente eu acho que ele tem que vir desde o conforto dele, no leito que ele se encontra. (E4)

Vale ressaltar que um participante apresentou o cuidar como evitar ou diminuir a dor e um outro, que o cuidar é intrínseco ao ser humano, respectivamente:

Cuidar... É evitar ou diminuir a dor (...) dor física, dor emocional, que, às vezes, a gente não consegue curar. (M1)

Pois bem...o cuidar é inerente...eu gosto de definir o cuidado como ele sendo inerente ao ser humano. (TE1)

A concepção dada por M1 remete ao conceito de dor total, formulado por Cicely Saunders, a qual refere que o componente físico da dor pode se modificar ou sofrer influências de aspectos emocionais, sociais e espirituais (HENNEMANN-KRAUSE, 2012). Já a definição apontada por TE1 leva a uma perspectiva filosófica, na qual o cuidar é entendido como o que nos constitui como seres humanos, ou seja, faz parte da essência humana (BOFF, 2017).

ASPECTOS EMOCIONAIS QUE FACILITAM O CUIDADO

Em relação aos responsáveis pelo cuidar, os profissionais que trabalham na UTI, há uma exigência tanto em termos físicos quanto psíquicos. O trabalho muitas vezes desgasta fisicamente o profissional que cuida, que também a nível emocional e psíquico, precisa lidar com temas relacionados à morte, à dor, à solidão e o estresse. Estas exigências suscitam vivências emocionais que não se dissociam de suas práticas diárias de cuidado, interferem na disponibilidade, na capacidade de cuidar e no trabalho realizado (BONILHA et al., 2015).

Assim, percebe-se que a forma como se cuida está diretamente relacionada às vivências emocionais que o profissional experimenta na hora do cuidado e na maneira como consegue lidar com essa experiência que, ao mesmo tempo, exige a disponibilidade ao cuidado e o desafio de manter a integridade emocional diante de situações que geram cansaço, angústia e remetem à própria finitude.

Neste sentido, entre os vários aspectos emocionais que facilitam o cuidado, foram identificados alegria/entusiasmo, amor ao próximo, bem-estar psíquico. Entretanto, a empatia foi citada pela maioria deles (5 participantes).

Eu me acho muito sensível em relação à dor, ao sofrimento (...) Eu tenho aquela empatia muito grande com aquele paciente que está mais sofrido. (E2)

Bom, eu sempre gosto de olhar o lado do outro com o olhar baseado (...) no que ele precisa e não no que eu posso dar (...) O fato de eu olhar para o paciente de acordo com a necessidade que ele se encontra, né. A empatia. É, exatamente, a empatia. (F3)

Conforme Vieira Júnior e Azevedo (2016), a empatia se refere à capacidade de se identificar com a dor e com o sofrimento do outro, assim como de se enxergar no lugar do outro, procurando compreender o seu enfrentamento do adoecimento e reconhecer o seu papel no cuidado. A empatia é também um aspecto fundamental para a avaliação da qualidade do atendimento clínico e constitui-se como uma habilidade emocional que permite que os cuidadores compreendam as experiências individuais do paciente e se comuniquem para identificar as preocupações dos mesmos (MOGHADDASIAN; DIZAJI; MAHMOUDI, 2013).

Duas participantes destacaram, isolada e respectivamente, outros aspectos emocionais que facilitam o cuidar e que merecem destaque: a fé e a espiritualidade.

(...) eu acho que eu poderia colocar a fé nesse contexto (...) A fé em que sentido? Muitas vezes, o paciente crítico, os pacientes aqui da UTI, ele não vai lhe ouvir (...) a gente parte de que ele está ali com sedação profunda, então ele não está lhe escutando. Mas assim eu já tive situações assim que eu sabia da história de vida daquele paciente, e eu ficava muito penalizada com aquela situação e quando eu chegava ao leito dele para colher o exame, eu conversava com ele, eu passava alguma mensagem. Aquilo ali me fazia bem, entendeu? Me fazia bem, embora ali eu estivesse vendo ali visivelmente que o paciente não estava esboçando nada. Mas passa assim aquela mensagem positiva, aquela fé de que aquele paciente vai sair dali. (E1)

Assim, o entendimento espiritual que eu passei a ter. No decorrer desse meu amadurecimento profissional, eu acho que favoreceu e hoje favorece muito mais do que no início, porque o fato de você enxergar que a morte é um processo natural, que todo ser humano vai passar por isso e que as doenças existem, né, porque, no meu entendimento, porque o mal existe (...) O fato de eu ter esse equilíbrio espiritual, eu acho que me favorece, favorece ao paciente e também me favorece, porque eu termino não absorvendo muito o que eu vejo no meu trabalho, já que eu trabalho com paciente crítico. (F2)

Observa-se, neste relato que a fé é um recurso que auxilia a participante E1 a se conectar com o paciente, embora este se encontre sedado ou impossibilitado de interação. Contudo, a fé aqui identificada refere-se a não perder a esperança de que o paciente vai se recuperar. É a fé não necessariamente religiosa ou espiritual, mas a fé na cura, na recuperação. Pode-se inferir que este é o sentido atribuído por E1 que facilita o cuidar, mas que em sentido latente, talvez seja difícil lidar com a finitude.

Por outro lado, a espiritualidade é um mecanismo que proporciona mais serenidade à participante F2 e que lhe faz entender que a morte é um processo natural. Fumis (2016) ressalta que a fé, a espiritualidade e a religiosidade são importantes recursos que auxiliam no enfrentamento da dor e do sofrimento. Buscar e estudar a espiritualidade, entendida

como a busca de sentido de vida, a compreensão da relação com o sagrado e com as questões associadas com o fim da vida, pelo profissional de saúde é um componente que traz harmonia nas relações de trabalho, proporciona bem-estar e qualidade de vida ao profissional (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2017).

A valorização da espiritualidade durante o cuidado oferecido também favorece o bem-estar do paciente e permite ao profissional uma visão integral ao considerar o paciente em suas diversas dimensões, dentre elas a espiritual (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2017).

Vale ressaltar ainda que um participante não identificou em si mesmo emoções que favoreçam o cuidado, assim como uma outra citou a frieza como algo que lhe ajuda a lidar com o paciente e com o adoecimento e que ao mesmo tempo também dificulta esse processo. Diante deste aspecto, pode-se inferir duas situações em relação a este último participante: calosidade profissional, em que os anos de prática favorecem uma certa indiferença em relação ao paciente; ou mesmo o distanciamento psíquico como forma de dar conta psiquicamente dos eventos que ocorrem no contexto da UTI.

Neste sentido, no contexto hospitalar, muitas vezes pode-se acreditar que o bom profissional é aquele que não se envolve com o paciente; não havendo lugar para a expressão emocional, o sujeito pode negar ou ocultar os sentimentos (AGUIAR et al., 2006 apud CHERER; QUINTANA; PINHEIRO, 2015).

ASPECTOS EMOCIONAIS QUE DIFICULTAM O CUIDADO

Neste aspecto, as emoções ou aspectos emocionais que mais dificultam o cuidado ao paciente crítico foram a dificuldade em lidar com as emoções; bloqueio emocional (no sentido de gerenciar e expressar as emoções); apego ao paciente; e dificuldade de lidar com a perda/morte do paciente.

(...) quando a gente admite uma criança na UTI, eu ainda fico muito abalada. Eu sinto que eu não tenho a mesma estrutura emocional para trabalhar com criança (...) mas quando a gente atende uma criança, que eu percebo que não só eu, mas todos os profissionais têm mais dificuldade emocional, ficam mais abalados. (F2)

(...) tem dias que eu estou meio travada. Travada assim... tem dia que eu estou meio... como se eu tivesse... meu pensamento, minhas emoções, estão meio assim... como se fossem amarrados, embotados. É como se meu cérebro, minhas emoções tivessem amarrados e não é uma coisa que eu queira. (E2)

Teve um paciente que ele passou muito tempo aqui na UTI e a gente se apegou muito ao paciente (...) Você precisa, claro, ter um apego ao paciente, mas não o apego de tu chegar ao ponto de te atrapalhar no cuidado, porque, às vezes, alguns cuidados nossos é doloroso para o paciente. (E3)

Eu acho que, às vezes, ainda o emocional da perda... tem alguns pacientes que a gente perde, a gente fica superchateado (...) porque termina que a gente se sente realmente incapaz. (E3)

Conforme observado, estes aspectos emocionais dificultam e acabam por interferir no cuidado que será oferecido ao paciente crítico. Em contrapartida, ao serem questionados diretamente sobre os aspectos emocionais que dificultam o cuidar, 3 participantes não identificaram em si mesmos estes aspectos. Infere-se que isso seja uma dificuldade em reconhecer as próprias emoções, o que leva à dificuldade de reconhecer a própria fragilidade, que foi reconhecida por tantos outros participantes.

A participante M2 citou a frieza como algo que facilita (“A frieza, porque ajuda a lidar com a condição do paciente, com a doença. Ajuda a colocar uma barreira, a separar cuidador-paciente”) e ao mesmo tempo dificulta o cuidado ao paciente crítico (“A frieza, porque, ao mesmo tempo, distancia do paciente e da família”). Encontra-se aqui uma contradição, que parece estar mais relacionada a um mecanismo de defesa do que a um recurso emocional adaptativo para lidar com o paciente crítico.

Em contrapartida, não saber lidar com as emoções que emergem ou não saber senti-las, a dificuldade em expressar e gerenciar as emoções que causam desconforto, saber discernir até onde vai a relação profissional-paciente, e a dificuldade em lidar com a morte são vivências dos sujeitos pesquisados que muitas vezes funcionam como um entrave ao cuidado prestado ao paciente. Ao mesmo tempo, quando o profissional não consegue identificá-las (sejam emoções que favoreçam, sejam emoções que dificultem o cuidado) ou quando se distancia emocionalmente, isto levanta o questionamento sobre qual a intimidade que este profissional tem consigo mesmo, ou seja, qual o grau de facilidade/dificuldade de entrar em contato e se conectar com as próprias emoções.

Antes de cuidar do outro, é necessário cuidar de si mesmo, é ser capaz de olhar para si mesmo como cuidador e estar atento a esse cuidado, mental e físico, que permitirá continuar cuidando do outro (BAGGIO; ERDMANN, 2015). Dessa maneira, saber lidar com as próprias emoções e com as dos outros é um importante requisito para as relações no trabalho (RODRIGUES; GONDIM, 2014).

Para Moreira, Sousa e Ribeiro (2013), o afastamento (das situações que acontecem na UTI e até mesmo do paciente), é um dos meios utilizados para se defender ou minimizar o sofrimento, principalmente quando as chances de recuperação do paciente são mínimas ou quando há receio da morte.

No que se refere aos sentimentos desencadeados pela morte ou perda do paciente, o profissional de saúde pode encontrar dificuldades de entender a morte como um processo natural, dada a sensação de fracasso, o que evidencia também o despreparo desses profissionais para a integralidade do cuidado. Reconhecer-se antes de tudo como ser humano imerso em um complexo de emoções e responsabilidades é o primeiro passo para o profissional lidar não só com os próprios sentimentos, mas também com os outros profissionais, com a família e, principalmente, com o paciente (VICENSI, 2016).

AUTOAVALIAÇÃO DO CUIDADOR

Este núcleo temático diz respeito à visão que os profissionais possuem acerca de si mesmos como cuidadores, enfatizando a relação entre o estado emocional do cuidador e a qualidade do cuidado oferecido, a disponibilidade para o cuidado e as habilidades para cuidar. Para entender a influência das emoções vivenciadas pelo profissional na qualidade do cuidado oferecido ao paciente, questionou-se se esse era um fator que se relacionava com a qualidade do cuidado prestado. Foi unânime a resposta dos participantes em acreditar que existe essa relação, assim como afirmaram que os problemas pessoais podem interferir negativamente na qualidade do cuidado, conforme as falas ilustradas a seguir:

Não tenha dúvida. Se você está emocionalmente equilibrado, você tem uma maior... uma forma de passar, de dar uma qualidade do cuidado mais de acordo com o que o paciente está necessitando. Se você tem confrontos emocionais, problemas no momento do cuidado, você está com angústia, você não vai realmente, de fato, atender as necessidades do paciente. (F3)

Só podem, só podem, só podem... porque, dependendo dos problemas que a gente tem em casa (...) a gente não tem como desvincular os problemas que tem fora do serviço com o serviço e termina que a sobrecarga emocional do ambiente de Terapia Intensiva é muito grande, muito intensa, e a gente termina que somatiza com os problemas que tem fora de casa com os que tem na UTI e no final de tudo vai refletir na qualidade do cuidado que a gente vai prestar para o paciente. (TE1)

Isso corrobora com a visão de Bonilha et al. (2015), o qual identificou em um estudo realizado com enfermeiros de uma UTI, que os sentimentos vivenciados pelos profissionais interferiam no cuidado prestado ao paciente crítico, a partir de uma relação entre sentir e fazer.

Foi solicitado aos participantes que também atribuíssem uma nota diante da autoavaliação. As médias das notas para a disponibilidade e para as habilidades foram, respectivamente, 8.5 e 8.3. As habilidades dizem respeito à capacidade técnica e a disponibilidade refere-se a estar presente quando necessário e poder ajudar de alguma forma.

De modo geral, a maioria dos participantes se vê como bons cuidadores e como profissionais disponíveis, que se esforçam para oferecer o melhor de suas potencialidades no processo de cuidar. Todavia, a maioria dos profissionais relacionou o sentido de estar disponível à execução das tarefas específicas de cada especialidade, pertencentes às rotinas do setor. Trata-se, portanto, de sentidos diferentes. Estar disponível ao cuidado é ir além das práticas rotineiras de cuidado.

Sinceramente, eu venho para o trabalho, eu venho disposta a fazer tudo pelo cliente. Eu vejo todas as possibilidades que... o que depender de mim, eu não deixo de fazer. E se eu deixar de fazer algo é porque não estava ao meu alcance, porque o que está ao meu alcance eu faço. (E4)

Eu assim... não é 100% (...) porque quase sempre eu estou disponível, não gosto de fugir do serviço... tanto que eu deixo para escrever depois (...) porque para mim é importante fazer aquilo que o paciente está necessitando naquele momento. (TE2)

Pode-se associar a disponibilidade ao tratamento compassivo, o qual extrapola a pressa na execução de um serviço, o tempo restrito para prescrições, exames diagnósticos e preenchimento de informes médicos. Em vez disso, permite o olhar cuidadoso sobre o paciente, sem pressa e disposto a ouvir, mas o ouvir atento, com respeito, de modo a perceber os sinais, desejos e receios do paciente (VIEIRA JÚNIOR; AZEVEDO, 2016).

Observou-se que dois participantes trouxeram alguns empecilhos que atrapalham estar mais próximo do paciente:

(...) a gente se torna indisponível para realizar algumas coisas pela burocracia. Às vezes, eu poderia olhar mais o paciente do que preencher tanto papel (...) porque se não tivesse tanta coisa para preencher, tanto papel, talvez eu olhasse mais para o paciente, mas eu preciso ter que dosar aquelas duas situações. (E3)

Termina que a burocracia toma muito tempo da gente. Você ter que fazer relatórios, fazer anotações e isso termina que o cuidado ao próprio paciente fica prejudicado por conta da rotina do setor. A gente ter que gerar muito documento, dispende muito tempo com papéis em um tempo que você poderia estar mais próximo do paciente. (TE1)

Diante das falas dos participantes, pode-se inferir dois pontos: a quantidade de profissionais pode ser desproporcional à quantidade de demandas dos pacientes e, conseqüentemente, pode haver muitos protocolos para preencher e seguir; ou, por outro lado, talvez possa existir uma dificuldade desses profissionais em incorporar os protocolos em suas práticas de cuidado.

De qualquer maneira, sabe-se que os protocolos possuem evidência científica para que elementos básicos de certos tratamentos sejam oferecidos. Todavia, em situações em que quebrá-los não trará prejuízos à qualidade do cuidado e ao resultado, atendendo aos valores individuais do paciente, é uma premissa que deve sempre ser considerada (VIEIRA JÚNIOR; AZEVEDO, 2016).

Em relação às habilidades, em um estudo realizado com enfermeiros intensivistas, identificou-se algumas competências de atuação na UTI, dentre as quais destacaram-se: conhecimento e desempenho técnico-tecnológico; conhecimento científico; tomada de decisão; liderança; trabalho em equipe; relacionamento interpessoal; comunicação; planejamento; organização; equilíbrio emocional (CORREIO et al., 2015).

Percebeu-se que para os participantes desta pesquisa o saber fazer, ou seja, as habilidades envolvidas neste cuidar assumem uma posição de aperfeiçoamento constante, onde eles reconhecem em si mesmos a necessidade de saber mais sobre cuidar e como cuidar.

Existem alguns procedimentos que eu não me sinto segura para fazer. Isso me limita, né, ao cuidar do paciente. Então, assim, eu quero assim me aperfeiçoar. Eu quero aprender mais, estar segura para fazer e para desenvolver essas habilidades, certo (...) Eu me coloco na situação de eterna aprendiz. (E1)

Eu acho que a gente precisa estudar mais o cuidar, porque, às vezes, a gente começa a ficar no automático e acha que o cuidar é o X e o Y, sendo que o cuidado é o X, o Y e o Z.(...) Eu acho que cada paciente tem que ter um cuidado diferente. (E3)

Os sujeitos pesquisados também destacaram o desejo de ser melhores cuidadores, conforme observado no relato a seguir:

Eu acho que sempre a gente precisa melhorar (...) mas pelo fato de eu já está um bom tempo, é como eu disse, desde o início da minha formação há seis anos, eu me boto 8 mas também para eu me autocriticar mais ainda. (E3)

(...) eu preciso melhorar mais ainda, tanto na parte emocional quanto na parte de cuidados. Eu procuro fazer o máximo de mim, né, dar o máximo de mim. Mas eu acho que ainda é pouco, entendeu. Eu preciso mais, mas eu já tenho melhorado bastante. (TE3)

Assim, esta necessidade ou desejo de aprender mais sobre o cuidar e como se cuida também lança a reflexão sobre o cuidar de si. Quando cuidamos de nós próprios estaremos em condições melhores para também cuidar do outro (BAGGIO; ERDMANN, 2015). Portanto, quando o profissional identifica e atende as suas necessidades, torna-se mais claro ou mais fácil reconhecer e atender as necessidades do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado oferecido ao paciente internado na UTI possui grandes implicações no processo de enfrentamento da doença e da internação. Por consequência, a qualidade deste cuidado também remete à disponibilidade do profissional, às competências técnicas, habilidades e como ele se coloca nesta posição de cuidador.

De acordo com os resultados, todos os sujeitos foram capazes de apresentar seu conceito sobre cuidar, embora nem todos tenham incluído outros aspectos relacionados, como a dimensão espiritual e social. Talvez a formação profissional não tenha possibilitado esse tipo de discussão ou até mesmo a falta de formação ou cursos específicos na área de Terapia Intensiva dificultem pensar nestas outras perspectivas. Por outro lado, poder perceber que o cuidar não se restringe ao aspecto físico é um ponto de partida para cuidar do paciente em sua totalidade e integralidade.

Em uma perspectiva relacional, cuja proposta de cuidado volta-se para o interessar-se pelo outro, foi possível perceber que, a partir do que entendem sobre o que é cuidar, os profissionais se colocam em uma posição de cuidadores que cuidam a partir do que o paciente necessita. Em contrapartida, esse cuidado parece ser mais efetivo em alguns aspectos (dimensão física e um pouco da emocional), mas que precisam ser ampliados em outros, como a espiritual e a social.

Foi possível perceber que a maioria deles, pelo menos em tese, utiliza-se da empatia como um importante recurso emocional para facilitar o cuidado oferecido ao paciente. Destaca-se ainda, apesar de ter sido citada por apenas uma participante, a espiritualidade como recurso que ajuda a lidar com a finitude e a entender que a morte faz parte da natureza humana. De outro ponto de vista, isso suscita o seguinte questionamento: até que ponto a espiritualidade do profissional de saúde pode colaborar para que esta dimensão também seja favorecida no paciente crítico, possibilitando o cuidado integral?

Em relação aos aspectos emocionais que dificultam o cuidar estão a dificuldade em lidar com as emoções, o bloqueio emocional, o apego ao paciente além dos limites profissionais e a dificuldade em lidar com a morte. Ressalta-se que alguns profissionais apresentaram dificuldades em se conectar com as próprias emoções e identificar com clareza suas vivências emocionais. Isto se contradiz com o fato de ser empático no cuidado ao paciente, apontado pela maioria dos participantes. Para se colocar no lugar do outro é importante entender, antes de tudo, o que se passa no próprio mundo interno (sentimentos, emoções, dificuldades) para que, posteriormente, isso seja compreendido exteriormente, no sujeito que será cuidado. Poder cuidar do outro envolve também o cuidar de si mesmo.

Todos os participantes afirmaram existir a relação entre o estado emocional do cuidador e a qualidade do cuidado oferecido, salientando que quando o profissional não se encontra bem emocionalmente, isso repercutirá negativamente na qualidade do cuidado. Sob esta perspectiva, os aspectos emocionais do cuidador influenciam diretamente o cuidado prestado ao paciente crítico. Poder reconhecê-las e saber lidar com as dificuldades que surjam é de extrema relevância, principalmente pelo fato do profissional estar inserido em um contexto que exige maior nível de habilidades, não só teórico-técnicas, mas também emocionais. Por essa razão, a sobrecarga de trabalho e o cansaço também podem interferir na saúde física e emocional do cuidador, afetando assim a qualidade do cuidado prestado.

De modo geral, avaliaram-se como bons cuidadores e como profissionais disponíveis. Contudo, a disponibilidade foi associada às práticas rotineiras de cuidado, o que contrapõe o seu verdadeiro sentido. Estar disponível é ir além disso, é estar disposto a ouvir, sem pressa, com atenção e respeito. Em contrapartida, os profissionais deste estudo afirmaram o desejo de se tornar melhores cuidadores, de entender mais o cuidado e como se cuida. Neste sentido, saber reconhecer as próprias necessidades permite ao profissional identificar quais pontos podem ser otimizados e potencializados.

Dado o exposto, observou-se que os profissionais são sensíveis em perceber que cuidar é estar a serviço do outro e que isso os leva a serem guiados pelas necessidades do paciente, procurando oferecer, dentro de suas possibilidades, o cuidado além da dimensão física. Para alguns profissionais, a empatia é um veículo capaz de orientar e facilitar esse cuidado. Para outros, ainda é difícil reconhecer as próprias emoções; estabelecer uma relação clara com o paciente, que muitas vezes pode se configurar como apego; e entender que cuidar não significa negar as próprias emoções para garantir que se agiu profissionalmente.

Percebeu-se ainda que esse cuidado é muito mais orientado para executar as tarefas cabidas a cada especialidade do que disponível à escuta e a tantas outras necessidades (como olhar cuidar cuidadosamente, perceber os sinais, anseios e receios do paciente). Pela análise do discurso, trata-se de profissionais que se veem na necessidade de aprender mais sobre o cuidar, como se cuida e de se tornarem melhores cuidadores, que não se sentem totalmente aptos a cuidar porque tecnicamente precisam aperfeiçoar habilidades específicas da profissão. Todavia, não ficou claro quais são as habilidades técnicas implicadas nesse processo.

Espera-se, assim, que o presente estudo tenha permitido a compreensão do cuidar voltado ao paciente crítico na perspectiva dos profissionais de saúde atuantes na UTI e tenha suscitado o olhar também para o cuidador. Cuidar de quem cuida é fundamental para o que é denominado UTI humanizada. Cuidar do outro é cuidar de si.

A promoção do acolhimento do profissional para cuidar de sua integridade também é uma alternativa que pode resultar na melhoria de sua qualidade de vida e do cuidado oferecido ao paciente. É importante prepará-lo e acompanhá-lo para que esteja mais atento para a necessidade de cuidar de si mesmo ou tenha mais habilidade para tal.

Isso aponta para a necessidade de realização de grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial ou grupos Balint, nos quais os profissionais compartilham casos clínicos trazendo os sentimentos, reações e reflexões envolvendo o atendimento. Isso garante um espaço de discussão, escuta e reflexão que permite aos profissionais se darem conta de como estão emocionalmente, como estão cuidando e de, enquanto equipe, como o cuidado pode ser melhorado. E de até mesmo poder discutir temáticas pouco trabalhadas durante a formação profissional, como a morte, a finitude, os sentimentos e tantos outros aspectos que acompanham o profissional de saúde na lida na UTI.

Dessa maneira, pesquisas futuras poderão ajudar na elucidação destes fatores, complementando e confrontando os achados deste estudo, de modo a ampliar esta discussão e servir de base para outras pesquisas.

REFERÊNCIAS

ABOUMATAR, Hanan et al. Understanding Treatment with Respect and Dignity in the Intensive Care. **Narrative Inquiry in Bioethics**, Johns hopkins university press, v. 5, n. 1, p. 55-67, mar. 2015.

BACKES, Marli Terezinha Stein et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 689-696, out/dez 2012.

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A Circularidade dos Processos de Cuidar e Ser Cuidado na Conformação do Cuidado “do Nós”. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 7, p. 11-20, out/nov/dez. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: LDA, 2009.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar**: ética do humano - compaixão pela Terra. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

BONILHA, Larissa Gomes et al. Sentimentos e emoções vivenciados em unidade de terapia intensiva: influência no cuidado clínico do enfermeiro. **Revista de Enfermagem**, v.9, n. 6, p. 8636-8642, jul. 2015.

CHERER, Evandro de Quadros; QUINTANA, Alberto Manuel; PINHEIRO, Ursula Maria Stockmann. A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de

Terapia Intensiva pediátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 32, n.4, p. 685-694, out/dez. 2015.

CORREIO, Renata Andrea Pietro Pereira Viana et al. Desvelando Competências do Enfermeiro de Terapia Intensiva. **Enfermagem em Foco**, v.6, n. 14, p. 46-50, 2015.

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini et al. As expressões da arte em Enfermagem no ensino e no cuidado em saúde: estudo bibliométrico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n.1, p. 167-174, jan/mar. 2011.

FUMIS, Renata Rego Lins. A família do paciente crítico. In: FUMIS, R.R.L. **UTI Humanizada: Cuidados com o Paciente, a Família e a Equipe**. São Paulo: Atheneu, 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**, Parte I e II. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

HENNEMANN-KRAUSE, Lilian. Dor no fim da vida: Avaliar para tratar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ**, v. 11, n.2, p. 26-31, abr/jun. 2012.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 6, p. 2510-2517, jun. 2017.

MOGHADDASIAN, Sima; DIZAJI, Sima Lak.; MAHMOUDI, Mokhtar. Nurses Empathy and Family Needs in the Intensive Care Units. **Journal of Caring Science**, v. 2, n.3, p. 197-201, sep. 2013.

MOREIRA, Aline de Oliveira.; SOUSA, Hérica de Araújo; RIBEIRO, Jairo Antônio. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.3, n.1, p. 102-111, jan/abr. 2013.

PIROLO, Sueli Moreira; FERRAZ, Clarice Aparecida; GOMES, Romeu. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, 2011.

RODRIGUES, Ana Paula Grilo; GONDIM, Sônia Guedes. Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho: um estudo com servidores públicos. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 15. n. 2, p. 38-65, mar/abr. 2014.

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 48-54, jan/ mar. 2016.

SILVA, Rudval Souza da; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 40-46, jan/mar. 2015.

VICENSI, Maria do Carmo. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016.

VIEIRA JÚNIOR, José Mauro; AZEVEDO, Luciano César Pontes de. O que é UTI

Humanizada? In: FUMIS, R.R.L. **UTI Humanizada**: Cuidados com o Paciente, a Família e a Equipe. São Paulo: Atheneu, 2016.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.