



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

**Qualidades *essenciais* da enfermeira para prestação de cuidados de conforto a  
crianças em ventilação mecânica invasiva**

**FERNANDA MARIA DO CARMO DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA**

Rio de Janeiro

2013

**FERNANDA MARIA DO CARMO DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA**

Linha de Pesquisa: “Enfermagem: o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar”

Projeto de Pesquisa: “O conforto (im)possível a partir dos cuidados de enfermagem frente às tecnologias pesadas em UTI”

**Qualidades *essenciais* da enfermeira para prestação de cuidados de conforto a crianças em ventilação mecânica invasiva**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem – da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva

Rio de Janeiro

2013

O48 Oliveira, Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de.  
Qualidades essenciais da enfermeira para prestação de cuidados de conforto a crianças em ventilação mecânica invasiva / Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira, 2013.  
133f. ; 30 cm

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

1. Tratamento intensivo pediátrico. 2. Crianças. 3. Ventilação mecânica. 4. Cuidados de conforto. I. Silva, Carlos Roberto Lyra da. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.920028

FERNANDA MARIA DO CARMO DA SILVEIRA NEVES DE OLIVEIRA

**QUALIDADES *ESSENCIAIS* DA ENFERMEIRA PARA PRESTAÇÃO DE  
CUIDADOS DE CONFORTO A CRIANÇAS EM VENTILAÇÃO MECÂNICA  
INVASIVA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem - da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito final à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº Drº Carlos Roberto Lyra da Silva – UNI-RIO  
Presidente

---

Profº Drº Cristiano Bertolossi Marta – UVA  
1º Examinador

---

Profª Drª Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNI-RIO  
2º Examinador

---

Profª Drª Gisella de Carvalho Queluci - UFF  
Suplente

---

Profº Drº Roberto Carlos Lyra da Silva – UNI-RIO  
Suplente

*Com persistência percorri o caminho do aprendizado. Lutei, enfrentei barreiras, por vezes precisei repetir para mim mesma “eu consigo” e não desanimei. Agora que nasce o sonho de uma conquista, posso dizer: valeu a pena.*  
(A autora)

*"Existem verdades que só podemos dizer depois de ter conquistado o direito de dizê-las."*  
(Jean Cocteau)

## ◡ DEDICATÓRIA ◡

*Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado. (Roberto Shinyashiki)*

*Por isso dedico esse trabalho com muito carinho*

*Ao meu marido **Fabiano**, que comigo compartilhou angústias, batalhas, obstáculos e sucessos. Não me deixou desanimar nem mesmo frente às adversidades da vida cotidiana, quando a garganta apertava e ainda assim era preciso erguer a cabeça e seguir em frente. Você foi mais que um marido, foi companheiro e amigo, caminhou comigo com tolerância e compreensão. Essa vitória também é sua.*

*Às minhas filhas **Camila e Clara**, que por tantas vezes tentaram entender, de um jeito que só criança entende, que eu não poderia estar junto delas, era preciso estudar. Construímos isso em família e esse momento também é dedicado a vocês, minhas princesas.*

*Aos meus pais, **Anadyr (in memoriam) e Marilei**, que dedicaram toda sua vida à minha educação e formação, sem os quais esse estudo não seria possível.*

## ◊ AGRADECIMENTOS ◊

*Agradeço a todos que contribuíram de alguma forma para que eu chegasse até este momento de realização, em especial:*

*A Deus, sem o qual nada somos e nada fazemos.*

*Ao meu orientador e mentor Professor Doutor Carlos Roberto Lyra da Silva, que confiou em mim desde o primeiro momento e com seus ensinamentos tornou possível a realização deste estudo.*

*À minha amiga e chefe Márcia Barbosa de Paiva, que sempre me ouviu com paciência, me motivou, me ajudou a transpor obstáculos, me ajudou a conciliar horários e com um sorriso fácil me fornecia a confiança de que tudo daria certo.*

*À minha amiga e companheira de trabalho Rejane da Costa Cruz, que esteve sempre ao meu lado, por me apoiar, me ajudar com meus horários, me escutar, dar valiosos conselhos e por me incluir em suas orações.*

*Ao amigo René Spezani, que me ajudou dar o pontapé inicial rumo ao mestrado e com muita paciência me orientou nesses primeiros passos.*

*Às amigas Daniele Santos, Elena Martinez, Vivian Marinho e Margarida Salú, que sempre tinham um tempinho para me escutar e uma palavra amiga para dar.*

*Ao Programa de Pós-Graduação e a turma de mestrado de 2011, em especial às amigas Daniele, Samantha, Aline e Adriana, pelas discussões, pela convivência tranquila, troca de experiências, pelos almoços alegres, textos e materiais de leitura trocados, o meu muito obrigado. Vocês foram excelentes companheiras de jornada.*

*Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, que fizeram o melhor para que eu e os demais mestrandos pudéssemos nos tornar mestres.*

*À banca examinadora (Professores Cristiano Bertolossi, Roberto Carlos, Nébia Maria e Gisella Carvalho) pelas contribuições e sugestões fundamentais para o aprimoramento deste estudo.*

*Ao Professor Doutor Luis Carlos Santiago, que foi o primeiro docente a acreditar em mim e dizer que o sonho do mestrado era possível.*

*À equipe de enfermagem da Unidade de Pacientes Graves do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira pelo apoio e confiança no trabalho desenvolvido.*

*Aos 17 sujeitos do estudo, que engrandeceram este estudo com os depoimentos fornecidos.*

*Às crianças internadas na unidade de terapia intensiva pediátrica, sem vocês este estudo não teria sentido. Ele existiu porque vocês existem e porque queremos fazer o melhor para vocês.*

*A TODOS MUITO OBRIGADA!*



## « RESUMO »

OLIVEIRA, Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves. **Qualidades essenciais da enfermeira para prestação de cuidados de conforto a crianças em ventilação mecânica invasiva.** 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Esta investigação foi motivada por experiências acumuladas ao longo de 15 anos de cuidados de enfermagem a crianças graves dependentes de ventilação mecânica invasiva. Refletir sobre a necessidade imperiosa da ventilação mecânica e de que forma esta podia influenciar o ambiente e o cuidado de enfermagem fez parte das minhas indagações durante esses anos de amadurecimento pessoal e profissional. Assim, definimos o objeto de estudo como: *Qualidades essenciais* da enfermeira na prestação de cuidados de conforto a crianças em uso de ventilação mecânica invasiva. Partindo deste, definimos os seguintes objetivos: 1- Identificar, nas falas das enfermeiras, elementos que podem sugerir que o ventilador mecânico é ou pode se constituir em obstáculo para a prestação de cuidados confortantes para crianças em ventilação mecânica invasiva em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP); 2- Analisar no discurso das enfermeiras evidências que possam sugerir a necessidade de *qualidades essenciais* como pré-requisito para a prestação de cuidados confortantes a crianças em uso de ventilação mecânica invasiva em UTIP; 3- Discutir as implicações das *qualidades essenciais*, se presentes nos discursos das enfermeiras, na promoção do conforto à luz da Teoria de Conforto de Kolcaba. Tratou-se de um estudo qualitativo, com dados obtidos a partir da aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas. Os instrumentos foram aplicados a 17 enfermeiras da UTIP de um hospital da rede pública de saúde do Município do Rio de Janeiro. O referencial teórico foi a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba e para tratamento dos dados optamos pela Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Após análise do material definimos duas categorias: **CATEGORIA 01:** O ventilador mecânico como obstáculo para o cuidado confortante. Nesta categoria emergiu que o ventilador mecânico se configura como um obstáculo à prestação de cuidados confortantes, mas não impede que estes sejam realizados, funcionando como um motivador para a prestação de conforto. **CATEGORIA 02:** O cuidado confortante em unidade de terapia intensiva pediátrica exige das enfermeiras *qualidades essenciais*. Nesta categoria identificamos oito *qualidades* consideradas como *essenciais* pelas enfermeiras: comunicação, conhecimento científico, criatividade, dedicação, destreza, empatia, observação, sensibilidade. Concluímos que a ventilação mecânica em UTIP, fortemente representada pelo ventilador mecânico, funciona como estímulo para prestação de conforto à medida que leva o cliente à Zona de Desconforto de Kolcaba e com isso as enfermeiras necessitam de *qualidades essenciais* para que elas possam, de alguma forma, se sobrepor a essa tecnologia e prestar cuidados confortantes, sem prejudicar a saúde do cliente pediátrico.

Palavras-chave: Conforto, Ventilação Mecânica, Criança, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

**☪ ABSTRACT ☪**

OLIVEIRA, Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves. **Essential qualities of a nurse to provide comfort care to children in invasive mechanical ventilation.** 2013. Dissertation (Masters in Nursing). Rio de Janeiro, Federal University of Rio de Janeiro - UNIRIO, Center for Life Sciences and Health.

This research was motivated by experience accumulated over 15 years of nursing care to critically ill children dependent on mechanical ventilation. Reflecting on the imperative need of mechanical ventilation and how this could influence the environment and nursing care was part of my questions during these years of personal and professional maturity. We defined the object of study as essential qualities of a nurse in providing care to comfort children in use of invasive mechanical ventilation. We set the following goals: 1- To identify, in the nurses speech, elements that may suggest that the mechanical ventilator is or may constitute an obstacle to the provision of comfort care for children in invasive mechanical ventilation in Pediatric Intensive Care Unit (PICU); 2- To analyze at nurses discourse evidence that may suggest the need for essential qualities as prerequisite for the provision of comfort care to children in use of invasive mechanical ventilation in PICU; 3- To discuss the implications of the essential qualities, if present on the nurses oral communication, in promoting comfort with the Kolcaba Comfort Theory. This was a qualitative study with data obtained from a questionnaire with open and closed questions. The questionnaires were applied in 17 nurses from the PICU of a public hospital in the city of Rio de Janeiro. The theoretical reference was Katharine Kolcaba Comfort Theory and to the process the data we adopted the Thematic Content Analysis by Bardin. From the analysis of the material, two categories were defined: CATEGORY 01: The mechanical ventilator as an obstacle to comfort care. This category showed that the ventilator is configured as a barrier to care comforting, but does not prevent these to be performed as this also works as a motivator to provide comfort. CATEGORY 02: The comforting care in the pediatric intensive care unit requires the nurse's essential qualities. In this category here, we identified eight qualities regarded as essential for nurses: communication, scientific knowledge, creativity, dedication, skill, empathy, observation and sensitivity. We conclude that mechanical ventilation in PICU, strongly represented by the mechanical ventilator, works as a stimulus to provide comfort, as it takes the customer to the Discomfort Kolcaba's Zone and that nurses need essential qualities to somehow override this technology and provide comforting care without harming the pediatric patient health.

Keywords: Comfort, Mechanical Ventilation, Child, Pediatric Intensive Care Unit.

## « LISTA DE ILUSTRAÇÕES »

<b>Tabela 01:</b> Distribuição da amostra dos <i>sujeitos-objeto</i> de uma UTI pediátrica segundo o sexo.....	47
<b>Tabela 02:</b> Distribuição da amostra dos <i>sujeitos-objeto</i> de uma UTI pediátrica segundo a faixa etária .....	49
<b>Tabela 03:</b> Distribuição da amostra dos <i>sujeitos-objeto</i> de uma UTI pediátrica segundo a titulação .....	50
<b>Tabela 04:</b> Distribuição da amostra dos <i>sujeitos-objeto</i> de uma UTI pediátrica segundo o tempo de formação profissional .....	52
<b>Tabela 05:</b> Distribuição da amostra dos <i>sujeitos-objeto</i> de uma UTI pediátrica segundo o tempo de atuação em terapia intensiva pediátrica .....	55
<b>Pictograma 01:</b> Ciclo conforto/desconforto produzido pela ventilação mecânica .....	65
<b>Figura 01:</b> Componentes da cultura organizacional de Waldow.....	79
<b>Gráfico 01:</b> Qualidades essenciais.....	80
<b>Gráfico 02:</b> Representação das Qualidades Essenciais .....	117

## ☪ SUMÁRIO ☩

### **CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO**

<i>1.1 - Contextualizando o tema e fazendo emergir o objeto de estudo a partir da problemática .....</i>	14
<i>1.2 – Objetivos do estudo .....</i>	18
<i>1.3 - Justificativa e relevância do estudo.....</i>	19

### **CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA**

<i>2.1 - A história da unidade de terapia intensiva .....</i>	22
<i>2.2 - A unidade de terapia intensiva pediátrica .....</i>	24
<i>2.3 – Ventilação mecânica invasiva.....</i>	26
<i>2.3.1 – Objetivos e indicação .....</i>	28
<i>2.3.2 – Princípios da ventilação mecânica invasiva .....</i>	28
<i>2.3.3 – Modalidades ventilatórias .....</i>	29

### **CAPÍTULO III –REFERENCIAL TEÓRICO**

<i>3.1 - O cuidado de enfermagem e a Teoria do Conforto: de Nightingale à Kolcaba.....</i>	31
<i>3.1.1 - Sobre enfermagem e conforto .....</i>	32
<i>3.2 - A Teoria do Conforto em Kolcaba: a base teórica que sustenta o objeto de estudo</i>	35

### **CAPÍTULO IV – MATERIAL E MÉTODO**

<i>4.1 - Abordagem metodológica .....</i>	38
<i>4.2 - A obtenção dos dados .....</i>	40
<i>4.3 - O tratamento dos dados .....</i>	41
<i>4.4 - A unidade escolhida como cenário do estudo .....</i>	43

### **CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

<i>5.1 - Apresentação do perfil dos sujeitos-objeto.....</i>	47
<i>5.2 - Categoria 1: O ventilador mecânico como obstáculo para o cuidado confortante .</i>	58

<i>5.3 - Categoria 2: O cuidado confortante em unidade de terapia intensiva pediátrica exige das enfermeiras qualidades essenciais</i> .....	72
5.3.1 - <i>Comunicação</i> .....	81
5.3.2 - <i>Conhecimento Científico</i> .....	86
5.3.3 - <i>Criatividade</i> .....	91
5.3.4 - <i>Dedicação</i> .....	94
5.3.5 - <i>Destreza</i> .....	99
5.3.6 - <i>Empatia</i> .....	103
5.3.7 - <i>Observação</i> .....	107
5.3.8 - <i>Sensibilidade</i> .....	111
<b>CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	115
<b>CAPÍTULO VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	120
<b>CAPÍTULO VIII - APÊNDICES</b>	
8.1 – <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i> .....	129
8.2 – <i>Instrumento de coleta de dados</i> .....	131
<b>CAPÍTULO IX – ANEXOS</b>	
9.1 – <i>Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos</i> .....	133

## CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

### 1.1 - Contextualizando o tema e fazendo emergir o objeto de estudo a partir da problemática

Antes de qualquer coisa, cabe ressaltar que o objeto ora emergido no contexto que se apresenta, faz parte de experiências acumuladas, cuidando de clientes nas mais diversas situações – necessidades humanas básicas afetadas -, desde minha formação acadêmica, na oportunidade dos cuidados de enfermagem prestados no plano da graduação. Graduei-me na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO, em 1997 e, iniciei minhas atividades profissionais na área de pediatria durante o estágio de Acadêmica Bolsista do Município do Rio de Janeiro, cujo desenvolvimento se deu no Hospital Municipal Jesus. Vale ressaltar, ainda, que o referido hospital é exclusivamente pediátrico e, durante o estágio, passei alguns meses na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica/UTIP.

Já na condição de profissional – enfermeira, venho atuando em pediatria há 15 anos em unidades de atendimento médico-hospitalar de referência para o Brasil. Após ter passado por diversas unidades hospitalares, entre elas o Instituto Nacional do Câncer, atualmente desenvolvo minhas atividades laborais na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Instituto Fernandes Figueira como enfermeira intensivista pediátrica.

Nas UTIP's em que exerci minhas atividades como enfermeira, o aparato tecnológico utilizado sempre atraiu minha atenção de modo especial. Essa tecnologia entendida por Merhy (1997) como **dura**<sup>1</sup>, **leve-dura**<sup>2</sup> e **leve**<sup>3</sup>, possui papel relevante e decisivo para o sucesso da terapia e cumprimento do propósito da unidade. De forma mais minuciosa, intensa e com maior inquietação reflito sobre o espaço dado às **tecnologias**

---

<sup>1</sup> Representadas pelas máquinas e instrumentos, essencialmente compostas por trabalho morto (instrumental), embora precisem de trabalho vivo para serem operadas.

<sup>2</sup> Representadas pelo conhecimento técnico de tipos de saberes profissionais estruturados, como por exemplo, a epidemiologia e a enfermagem; protocolos e métodos de trabalho; rotinas e processos.

<sup>3</sup> Representadas pelas relações entre trabalhador e usuário, que podem produzir sensação de acolhida, vínculo entre os dois sujeitos, responsabilização de ambos pela resolução do problema.

**duras** neste ambiente de cuidados intensivos e de que forma estas interferem no cuidado de enfermagem prestado, mesmo tendo consciência de que elas são fundamentais, quando bem manuseadas e devidamente indicadas para os clientes se manterem viáveis do ponto de vista do discurso biomédico.

Pensar o cliente pediátrico necessitado da tecnologia dura, neste caso, de ventilação mecânica invasiva por meio de entubação orotraqueal ou por traqueostomia me faz refletir sobre as proposições axiomáticas nightingaleanas, dentre as quais, proporcionar e/ou manter um ambiente adequado para que a natureza possa interferir no processo de cura/restabelecimento da saúde, muito embora, o termo cura não tenha sido muito utilizado pela fundadora da enfermagem moderna para orientar suas “subordinadas”. Assim, destacamos como pressuposto empírico que, na pragmática assistencial em UTIP, o ventilador mecânico se configura como tecnologia fundamental para a sobrevivência da criança gravemente enferma, não obstante, configura-se também como um obstáculo para um cuidado confortante.

Ampliando a preocupação de Florence Nightingale com relação ao ambiente apropriado ao restabelecimento da saúde e incluindo a inquietação acerca do uso do ventilador mecânico e o quanto esse influencia o ambiente e o cuidado de enfermagem, algumas reflexões/indagações têm permeado minhas conversas, ainda que informais com colegas da mesma profissão e que passo agora a descrevê-las:

- 1- Cuidado de enfermagem é sinonímia de conforto ou são termos ambivalentes?
- 2- É possível pensar em conforto quando se depende de máquinas para manter o cliente vivo?
- 3- Considerando que as Unidades de Terapia Intensiva são unidades marcadamente tecnológicas, pensar em conforto a partir dos cuidados de enfermagem é realidade ou utopia?
- 4- Para que o cuidado seja confortante é condição *sinequanon* qualidades e atributos atitudinais da enfermeira para com o cliente?

Tais reflexões/indagações nos estimularam a buscar respostas que nos levaram a outras perguntas e outras respostas, entretanto, pensamos que são necessárias e servem de alavanca para um aprofundamento sobre o tema: cuidados de enfermagem na ventilação mecânica invasiva e as qualidades *essenciais* das enfermeiras como atributos qualitativos encontrados/informados por elas na oportunidade dos cuidados às crianças em ventilação

mecânica na unidade de terapia intensiva que possam corroborar com o binômio cuidado/conforto. Tudo isso me despertou o *desejo* de buscar o aprofundamento do tema em nível de pós-graduação – mestrado em enfermagem.

O termo *essencial* segundo Abbagnano (2007) vai além dos significados relativos à *essência – natureza – substância*, o qual nos utilizamos para adjetivar o *termo* qualidade, tem o significado mais comum e genérico de “importante”. Esse é o significado desse termo em nossa investigação, mais especificamente na expressão “qualidade essencial”; entretanto, não temos a pretensão, muito menos o objetivo precípua de fazermos referência aos significados específicos de “essência”, muito embora julgemos de extrema relevância. No entanto, o que de fato pretendemos é ressaltar a importância de um caráter atitudinal da enfermeira entendido por nós como qualidade, partindo-se de um ponto de vista, neste caso, de enfermeiras.

Nos últimos 50 anos, o uso do suporte ventilatório invasivo foi um avanço significativo no tratamento da insuficiência respiratória. Porém, apesar de salvar muitas vidas ele tem sido relacionado a uma série de eventos adversos. Entre eles estão a instabilidade hemodinâmica, maior frequência de infecções respiratórias e, mais recentemente, a lesão induzida pelas altas pressões alveolares em virtude de pulmões bastante doentes. Essas situações estão relacionadas a uma maior morbidade, devido às repercussões sistêmicas que provocam, gerando um aumento dos custos da internação hospitalar, assim como a maior mortalidade desses clientes (CARVALHO, 2006). Todas essas complicações vão ao encontro dos achados clínicos facilmente detectáveis e mensuráveis pela equipe de saúde da unidade de terapia intensiva, entretanto, sem o propósito de desqualificá-las quanto à sua importância na prática clínica, cabe aqui um ressaltado, qual seja, elas não podem e não devem ser as únicas complicações identificadas e assistidas, ainda que do ponto de vista biomédico, não devem ser as únicas merecedoras de intervenções.

Nesse sentido, mais especificamente, o olhar clínico da enfermeira deverá estar voltado tanto para os achados objetivos (já citados anteriormente) quanto os achados subjetivos mais difíceis de mensuração e que podem estar manifestos ou não no corpo do cliente, como é o caso do conforto tal como conceituam Silva e Carvalho (2008), “um estado de bem-estar percebido pelo cliente que poderá resultar em qualidade de vida”, mas que ao mesmo tempo, os autores referem que o estado de bem-estar deverá estar



intimamente relacionado a um ponto de referência, nesse caso, o estado de desconforto ou zona de desconforto de Kolcaba (2001), pois só assim, será possível identificar, quer seja por meio da verbalização do cliente ou ainda pelas suas atitudes corporais se o mesmo se encontra confortado. Destarte, este é o maior desafio para as enfermeiras que lidam no dia-a-dia com o cuidado de enfermagem aos clientes que não verbalizam devido à sua condição clínica (entubado) ou, ainda, por sua própria condição fisiológica como é o caso de crianças que ainda não desenvolveram a fala. Portanto, buscar nas falas das enfermeiras se existem qualidades *essenciais* e se tais qualidades são elementos facilitadores do binômio CUIDADO/CONFORTO para os cuidados de enfermagem ao cliente pediátrico necessitado de ventilação mecânica, passa a ser o problema dessa propositura, e que por força *epistemológica*, “antes de tudo, é preciso saber formular o problema” (BACHELARD, 2005, p. 18) para que o objeto possa emergir. Assim, o objeto dessa proposta de investigação é: **Qualidades essenciais da enfermeira na prestação de cuidados de conforto a crianças em uso de ventilação mecânica invasiva.**

Promover conforto a partir dos cuidados de enfermagem com vistas à qualidade de vida em um ambiente de terapia intensiva se torna uma questão no mínimo desafiadora para a enfermagem, sobretudo, essa a qual nos referimos, imersa em um ambiente marcadamente tecnológico, prestadora de um cuidado *específico* e que, ainda em que pese o fato da não generalização, muito menos da aceitação universal, trata-se de um ambiente entendido pelo senso comum e até mesmo entre os acadêmicos, como (des)humano conforme Silva (2006). O fato de estarmos prestando cuidados de enfermagem para clientes criticamente enfermos e cuja maior preocupação – objetivo primeiro é a “luta” contra a morte, o que está em jogo é a vida sim, mas a vida no mais amplo sentido do termo, não somente vida por ter as funções vegetativas, aquelas sob responsabilidade da função troncoencefálica – respirar, manter circulação sanguínea, eliminar resíduos, produto de nosso metabolismo -, estou me referindo a vida em um corpo que é físico e etéreo ao mesmo tempo, um corpo desejante, que sente e se emociona e que reage sempre ou nas mais das vezes, como condição homeostática e preservadora da VIDA quando as condições internas ou externas não os são favoráveis, inclusive, aquelas condições que podem levar ao estado de (des)conforto, como por exemplo, a temperatura do ambiente, a iluminação, os ruídos característicos do próprio ambiente (NIGHTINGALE, 1989) ou, simplesmente, a ausência de um ente querido ao seu lado, principalmente e acima de tudo, quando se trata de um corpo que não tem condições de responder *por si*, como é o caso das

crianças - com faixa etária a partir de 29 dias. Sendo assim, considerando o que foi exposto, passamos às questões que nortearão o estudo:

- 1- Visando facilitar o binômio cuidado/conforto, é primordial que as enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica sejam dotadas ou desenvolvam qualidades *essenciais* para cuidar de seus clientes?
- 2- Quais as qualidades que as enfermeiras julgam *essenciais*, no plano da *ação*, diante de clientes pediátricos internados em UTIP em uso de ventilação mecânica?
- 3- O ventilador mecânico é ou pode ser um obstáculo na prestação do cuidado confortável?

## 1.2 – Objetivos do estudo

Pretendemos responder aos questionamentos ora apresentados a partir dos seguintes objetivos:

- 1- Identificar, nas falas das enfermeiras, elementos que podem sugerir que o ventilador mecânico é ou pode se constituir em obstáculo para a prestação de cuidados confortantes para crianças em ventilação mecânica invasiva em UTIP;
- 2- Analisar no discurso das enfermeiras evidências que possam sugerir a necessidade de qualidades *essenciais* como pré-requisito para a prestação de cuidados confortantes a crianças em uso de ventilação mecânica invasiva em UTIP;
- 3- Discutir as implicações das qualidades *essenciais*, se presentes nos discursos das enfermeiras, na promoção do conforto à luz da Teoria de Conforto de Kolcaba.

### 1.3 - Justificativa e relevância do estudo

Barbosa (2004) diz que para garantir bons resultados e uma boa qualidade de atendimento na UTI pediátrica e neonatal não basta adequar oferta de leitos e demanda; e não basta estrutura adequada de recursos humanos, materiais e financeiros, é necessário também o aprimoramento dos processos de assistência que só poderão ser alcançados mediante um investimento sustentado tanto na formação quanto na educação continuada de toda a equipe de saúde como em linhas de pesquisa específicas para o setor.

Pensar na justificativa e relevância dessa propositura deve incluir a enfermagem em plano de *ação, investigação e no ensino*. Sua razão primeira está na necessidade de ampliar nossos conhecimentos acerca do cuidado e conforto quando cuidamos de clientes pediátricos, sobretudo quando submetidos à ventilação mecânica. Assim, a relevância da proposta desta investigação, principalmente como uma contribuição crítico-reflexiva sobre a Enfermagem, - processos de ensino, de investigação, de assistir/cuidar - reside também na importância de buscar a partir da fala de enfermeiras as qualidades *essenciais* necessárias para a enfermeira cuidar e confortar seus clientes criticamente enfermos na UTIP. Silva e Carvalho (2008) em tese de doutorado, ao determinarem o *estado da arte* acerca do conforto tal como objeto de investigação concluíram que existe ainda em âmbito nacional uma carência de investigações – dissertações e teses que discutam esse binômio. Entretanto, no cenário internacional, autores, investigadores e teóricos já consagrados vêm discutindo o conforto numa perspectiva teórica, como é o caso da Dra. Kolcaba.

Cabe aqui um parêntese sobre a referida teórica. Trata-se de uma enfermeira cujo nome é Katharine Kolcaba. É doutora em Enfermagem, professora associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Akron (USA) e vem ensinando o que ela denomina *Teoria do Conforto* para estudantes de diferentes níveis – graduação e pós-graduação. Contudo, pensamos ser oportuno e relevante apresentar mais uma possibilidade de pensar o cuidado e o conforto nos planos citados. Muito embora ainda pouco praticado como *ato/meta*, o cuidado e o conforto são um binômio entendido por nós como relação interdependente, porém, não como sinônimo conforme destaca Silva e Carvalho (2008).

Em plano de *ação*, de fato, pensamos na possibilidade de buscarmos uma *aproximação da verdade* relativamente aos pré-requisitos qualitativos para que a

enfermeira possa cuidar e confortar o seu cliente. Quiçá esse estudo possa contribuir para o entendimento, por parte da enfermeira, do cliente hospitalizado como pessoa singular que carece de cuidados de enfermagem e tratamento médico e, não somente em função de sua condição clínica, mas de suas próprias necessidades humanas afetadas, exigindo constante observação por meio de operações *objetivas* e medidas interventivas pertinentes ao próprio ato de cuidar em enfermagem e que, mesmo não sendo intencional, o cuidado de enfermagem poderá ser também, *a priori*, desconfortante, entretanto, o conforto poderá estar, ainda que possa não parecer para o cliente ou família, em uma condição subjacente.

Tudo isto pode emergir nas situações que implicam em cuidados de enfermagem, resultando na melhoria da relação entre enfermeiras, clientes e familiares que experimentam uma condição de (des)conforto, podendo os interessados (assistidos e assistentes) contribuírem, deste modo, para a identificação das qualidades *essenciais* dignas de um enfermeira ofertante de cuidados reconhecidamente *confortantes*, ressaltando-se como questão primordial dos *fundamentos* da enfermagem tal como interessam a clientes/familiares e enfermeiras e, iniludivelmente, aos princípios paradigmáticos nightingaleanos (WEAVER, 1934, p.96). Pensamos que sua justificativa maior se ancora no pressuposto de Silva e Carvalho (2008) de que existe uma diferença teórica de *conceito* e de *prática de cuidar* e entre o que é sentir *conforto* e o que é *ser cuidado* e que para nós, eles dependem de algumas qualidades *essenciais* por parte da enfermeira, ainda que tais qualidades estejam relacionadas ao comportamento *atitudinal* no momento da oferta do cuidado. Isto porque pensamos e apostamos nossa crença, na necessidade de distinção das *coisas* na enfermagem e tal como interessando aos clientes tanto quanto às enfermeiras.

Silva e Carvalho (2008) mais uma vez corroboram com nossa proposta de investigação quando apontam que as *coisas* que acontecem no cotidiano de cuidar de clientes criticamente enfermos ou não podem *objetivar*, para nós enfermeiras, professores e pesquisadores de enfermagem, elementos determinantes do conhecimento desejado e buscado na *mundividência* de enfermeiras, seus pensamentos, entendimentos e experiências, podendo nos proporcionar a aproximação do *sujeito cognoscente* com o *objeto cognoscível* no plano da Teoria do Conhecimento (HESSEN, 1999).

Por último e não por fim se justifica ainda pela possibilidade de inserção do tema/problema na Linha de Pesquisa: “O Cotidiano da Prática de Cuidar” do Núcleo de

Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental – Nupeef do Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO).

## CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA

### *2.1- A História da Unidade de Terapia Intensiva*

O surgimento das unidades de terapia intensiva tem íntima relação com a enfermagem, pois se assenta em bases Nightingaleanas, quais sejam, classificação e vigília. Desta forma, antes de discorrer sobre o surgimento das unidades de terapia intensiva faremos algumas breves considerações acerca da origem da enfermagem através do desenvolvimento das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos.

As primeiras formas de prestação de assistência foram as práticas de saúde instintivas, garantindo ao homem a manutenção da sua sobrevivência. Sua origem estava associada ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano-de-fundo as concepções evolucionistas e teológicas. Essas ações permaneceram por muitos séculos desenvolvidas nos templos que, a princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados. Quanto à Enfermagem, as únicas referências concernentes à época em questão estão relacionadas com a prática domiciliar envolvendo a realização de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades *cuidativas* com os sacerdotes.

No alvorecer da ciência, as práticas de saúde se relacionam ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência, quando estas então passam a se basear nas relações de causa e efeito - “*princípio da causalidade*” (HESSEN, 1999). Este período é considerado pela medicina grega como período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates que propôs uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação. Não há caracterização nítida da prática de Enfermagem nesta época.

As práticas de saúde pós-monásticas evidenciam a evolução das ações de saúde e, em especial, da prática da Enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante do final do século XIII ao início do século XVI. Enclausurada nos hospitais religiosos, a Enfermagem permaneceu empírica e desarticulada do conhecimento

científico durante muito tempo. O hospital, já negligenciado, passa a ser um ambiente insalubre tal como um depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizavam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos.

A mudança desse cenário se iniciou em 1854, durante a Guerra da Criméia, na qual Reino Unido, França e Turquia declaram guerra à Rússia. A jovem enfermeira Florence Nightingale, que cabe aqui ressaltar, possuía inteligência incomum, tenacidade de propósitos, determinação e perseverança, o que lhe permitia dialogar com políticos e oficiais do Exército, fazendo prevalecer suas ideias. Todas essas qualidades culminaram no convite pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos (PADILHA, 2005; COSTA, 2009).

Florence partiu para os Campos de Scutari com 38 voluntárias entre religiosas e leigas vindas de diferentes hospitais, para tratar feridos de guerra. Com condições precárias de instalação e cuidados a taxa de mortalidade chegava a 40%. A partir de sua observação e conhecimento Florence instituiu a observação constante assim como a separação dos soldados feridos graves dos não graves (classificação), plantando a semente do início do conceito da *unidade de terapia intensiva* (PADILHA, 2005; COSTA, 2009).

Através de suas ações de cuidado humano e ambiental como a preocupação voltada para higienização, isolamento dos enfermos, atendimento individualizado, redução de leitos em um mesmo ambiente, medidas de organização, sistematização do atendimento e práticas higiênico-sanitárias, Florence reduz a mortalidade dos então 40% para 2%. Tornase assim, referência entre os combatentes, importante figura de decisão, a primeira enfermeira intensivista e fundadora da enfermagem moderna (PADILHA, 2005; COSTA, 2009).

Somado aos conhecimentos oportunizados por Florence Nightingale, alguns anos de estudo transcorreram na área das ciências biomédicas, até que em 1926 o médico neurocirurgião Walter Edward Dandy estabeleceu no Hospital Johns Hopkins, em Boston (EUA) a primeira Unidade de Terapia Intensiva no mundo, sendo esta de três leitos pós-operatórios neurocirúrgicos.

Ainda nesta época muitos conhecimentos foram sendo agregados, surgem como fundamentais os conceitos do choque hipovolêmico e da reposição volêmica. Em 1950, com a utilização do pulmão de aço criado por Philip Drinker em 1927, as UTI's passam a se configurar como Unidades Respiratórias. Em 1960, tornam-se complexas,

multiprofissionais, mudaram prognósticos, devolveram a vida, amenizaram sofrimentos e refletem o modelo atual conhecido.

A *Unidade de Terapia Intensiva* nasce a partir da necessidade de oferecer vigilância permanente aliada ao suporte avançado de vida a clientes agudamente doentes que porventura possam chances de sobreviver, clientes com instabilidade clínica e com potencial gravidade.

## **2.2 - A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**

Historicamente, as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) vêm da Dinamarca e datam do início dos anos 50. Unidades de terapia respiratória pediátrica seguiram-se no resto da Europa e Estados Unidos. O grande ímpeto de seu desenvolvimento foi a necessidade de tratamento para as situações agudas e crônicas da poliomielite pandêmica (PIVA, 1994).

Nos anos iniciais, a atenção foi focada no sentido de promover ventilação mecânica, com o “pulmão de aço”, que foi substituído pela ventilação mecânica com pressão positiva, até chegar aos modernos ventiladores mecânicos disponíveis nos dias de hoje. Durante as décadas de 60 e 70 ocorreu um grande desenvolvimento do ramo, incluindo a habilidade no suporte de clientes com falência hemodinâmica e respiratória em ventilação mecânica prolongada, o uso da pressão positiva expiratória final e a ventilação de neonatos com síndrome da angústia respiratória do recém-nascida (PIVA, 1994). Entretanto, mesmo considerando tamanho benefício advindo dessa tecnologia, não podemos negar que a sua inserção na prática clínica oferece também algumas dificuldades no ponto de vista iatrogênico como, por exemplo, o barotrauma, as infecções, o (des)conforto físico e emocional etc.

A enfermeira sempre esteve presente em todos os aspectos das UTI's desde sua criação através dos conceitos desenvolvidos por Florence Nightingale, onde atualmente é um elemento imprescindível no desafio da assistência à criança gravemente enferma e na estruturação e organização da unidade e da assistência da equipe de enfermagem.



A ventilação mecânica na UTIP é um aspecto chave da assistência multiprofissional, requer atenção especial de toda a equipe e pode ser compreendida como a “manutenção artificial da oxigenação e/ou ventilação dos clientes com quadro de insuficiência respiratória de diversas etiologias” (SILVA & GOMES, 2009) que se faz viável através da entubação orotraqueal ou traqueostomia. Essa “assistência tecnológica” traz consigo uma série de necessidades de procedimentos com vistas a garantir sua funcionalidade e eficácia na manutenção respiratória do cliente. São eles: a entubação orotraqueal em si para permitir a ventilação mecânica, a aspiração do tubo endotraqueal para remoção de secreções respiratórias acumuladas (para permitir a permeabilidade das vias aéreas inferiores), a instilação de solução fisiológica no tubo endotraqueal para facilitar essa remoção, a fixação do tubo endotraqueal acima do lábio superior com esparadrapo ou dispositivos próprios (que requerem trocas constantes com risco de lesão da pele da criança), aspiração de vias aéreas superiores, posicionamento específico da criança no leito a fim de permitir melhor entrada do ar nos pulmões (nem sempre confortáveis do ponto de vista físico), impossibilidade de mudança de decúbito nos casos mais graves por instabilidade clínica severa (criança na mesma posição por vários dias), contenção de membros superiores (para evitar a retirada acidental do tubo endotraqueal por parte da criança) e bloqueio neuromuscular (em casos que requerem completa imobilidade por parte do cliente).

Fica claro na observação desses procedimentos, o quão importantes eles são para manutenção da vida através da garantia de uma boa oxigenação/ventilação. Fica claro também, o quão desconfortável eles são à medida que causam dor, incômodo, sofrimento e inviabilizam a satisfação de algumas necessidades humanas básicas como sono e repouso, mecânica corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, orientação no tempo e no espaço etc.

Podemos afirmar que a qualificação de uma UTIP não se faz apenas pela sua aparelhagem ou pelo desenvolvimento de técnicas sofisticadas que restabelecem a saúde do corpo físico, que pode ser facilmente observada nas propagandas televisivas das grandes empresas de prestação de assistência à saúde que valorizam o aparato tecnológico em detrimento do recurso humano disponível, mas também na qualificação profissional capaz de aprimorar ainda mais, junto com essas tecnologias, a assistência prestada. Sinto-me a vontade para considerar esta assistência desafiadora, por experiência acumulada ao

longo de 15 anos que me permitiu compreender as matizes que permeiam esse cuidado que, ao mesmo tempo em que salva a vida, causa a dor, que “cuida” de modernas tecnologias e ao mesmo tempo *promove o cuidado* a seres humanos no sentido amplo da palavra. Assim, sinto-me confortável diante de tal afirmação quando considero o que Aburdene (1993) em seu livro “Megatendências para Mulheres” ressalta de que homens e máquinas precisam de cuidados.

A assistência da enfermeira na UTIP requer competência técnica, integração de informações, construção de julgamentos, estabelecimento de prioridades, velocidade e precisão, que, mesmo no auge de sua atuação, não pode dissociar sua ação técnica do cuidado humano, no sentido de se preocupar, se responsabilizar e se envolver com o ser cuidado.

### ***2.3 – Ventilação Mecânica Invasiva***

O III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica publicado em 2007 define que “A ventilação mecânica (VM) ou, como seria mais adequado chamarmos, o suporte ventilatório, consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada.” (CARVALHO, 2007, p. 54)

A ventilação pulmonar mecânica foi um grande avanço na terapêutica de clientes críticos nas últimas três décadas e ocorre mais comumente, porém não somente nem tampouco obrigatoriamente, no âmbito das unidades de terapia intensiva. Sua utilização e o desenvolvimento de várias técnicas ventilatórias estão associadas à melhor sobrevida de clientes portadores de insuficiência respiratória de várias etiologias.

Apesar do seu efeito potencial salvador de vidas, esse recurso apresenta vários riscos e complicações inerentes a seu uso. A lesão pulmonar ocasionada pela ventilação é frequente e pode gerar alterações anatomopatológicas. Essa observação tem levado à utilização de estratégias ventilatórias protetoras, na tentativa de minimizar os efeitos lesivos da ventilação mecânica (GONZAGA, 2007). Além das alterações anatomopatológicas, a ventilação mecânica é também responsável por alterações de ordem

física decorrentes da postura no leito (muitas vezes desconfortável) e lesões (ocasionadas pela impossibilidade de mudança de decúbito, trocas sucessivas de fixação, coletas de sangue frequentes, entre outras); e mentais decorrentes do medo e insegurança do cliente, com um componente agravante quando se trata de crianças em UTIP, que é a separação do familiar em alguns casos.

A ventilação mecânica é um método de suporte para o cliente durante uma enfermidade, não constituindo, nunca, uma terapia curativa. O emprego da ventilação mecânica implica riscos próprios, devendo sua indicação ser prudente e criteriosa, e sua aplicação cercada por cuidados específicos. Vários são os processos que abrangem a introdução da ventilação mecânica em pediatria. Envolve indicação correta, escolha do tipo de ventilador mecânico, escolha do modo ventilatório e parâmetros, o procedimento técnico de intubação em si, a assistência da equipe multidisciplinar que cerca o momento da intubação (sedação apropriada, monitorização, posicionamento no leito, entre outros), e os cuidados após o procedimento (fixação, permeabilidade do tubo, aspiração de secreções, entre outros). Como aspecto geral envolve também todo o cuidado intensivo destinado à criança grave. A indicação precisa e o manejo adequado da ventilação pulmonar mecânica são armas importantes no sucesso da terapêutica e redução dos efeitos adversos.

Em terapia intensiva o ventilador mecânico é a tecnologia dura de maior importância e alta incidência no ambiente e foi a partir dele que surgiu a constituição das UTI's que vemos atualmente. Uma parte do cuidado de enfermagem prestado ao cliente é direcionado por esta tecnologia, pois em decorrência da utilização do ventilador mecânico surgem cuidados específicos e peculiares, que não podem ser negligenciados e devem ser exercidos com eficácia e segurança, incorrendo no risco de levar o cliente a óbito caso não sejam efetuados, mesmo que esse cuidado gere algum outro tipo de prejuízo ao cliente (físico, social, mental ou espiritual). Esse dado aponta para a importância de estudarmos todo e qualquer aspecto que tenha relação com seu uso, como no nosso caso, a prestação de conforto ao cliente em uso do ventilador mecânico.

### **2.3.1 – Objetivos e Indicação**

A ventilação mecânica possui como objetivos: manutenção das trocas gasosas, ou seja, correção da hipoxemia e da acidose respiratória associada à hipercapnia; aliviar o trabalho da musculatura respiratória que, em situações agudas de alta demanda metabólica, está elevado; reverter ou evitar a fadiga da musculatura respiratória; diminuir o consumo de oxigênio, dessa forma reduzindo o desconforto respiratório; e permitir a aplicação de terapêuticas específicas. (CARVALHO, 2007)

Segundo o III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica as indicações são:

- \* Reanimação devido à parada cardiorrespiratória;
- \* Hipoventilação e apneia;
- \* Insuficiência respiratória por doença pulmonar intrínseca e hipoxemia;
- \* Falência mecânica do aparelho respiratório: fraqueza muscular, doenças neuromusculares, paralisia e comando respiratório instável (trauma craniano, acidente vascular cerebral, intoxicação exógena e abuso de drogas);
- \* Prevenção de complicações respiratórias: restabelecimento no pós-operatório de cirurgia de abdome superior, torácica de grande porte, deformidade torácica, obesidade mórbida e parede torácica instável.
- \* Redução do trabalho muscular respiratório e fadiga muscular.

Resumindo, a ventilação mecânica é aplicada em várias situações clínicas em que o cliente desenvolve insuficiência respiratória, sendo, dessa forma, incapaz de manter valores adequados de oxigênio e dióxido de carbono sanguíneo (CARVALHO, 2007).

### **2.3.2 – Princípios da ventilação mecânica invasiva**

A ventilação mecânica se faz através da utilização de aparelhos que, intermitentemente, insuflam as vias respiratórias com volumes de ar (volume corrente). O movimento do gás para dentro dos pulmões ocorre devido à geração de um gradiente de

pressão entre as vias aéreas superiores e o alvéolo, podendo ser conseguido por um equipamento que diminua a pressão alveolar (ventilação por pressão negativa) ou que aumente a pressão da via aérea proximal (ventilação por pressão positiva). Neste ar, controla-se a concentração de oxigênio ( $FiO_2$  – Fração Inspirada de Oxigênio) necessária para se obter uma taxa arterial de oxigênio (pressão parcial de oxigênio no sangue arterial- $PaO_2$ ) adequada. Controla-se ainda, a velocidade com que o ar será administrado (fluxo inspiratório). O número de ciclos respiratórios que os clientes realizam em um minuto (frequência respiratória) será consequência do tempo inspiratório (TI), que depende do fluxo e do tempo expiratório (TE). O TE pode ser definido tanto pelo cliente (ventilação assistida), de acordo com suas necessidades metabólicas, como através de programação prévia do aparelho (ventilação controlada).

#### **2.3.4 – Modalidades ventilatórias**

Conforme Cintra (2008 apud LEITE, 2009, p. 9), a escolha de uma modalidade de ventilação mecânica determina a interação entre o cliente e o ventilador mecânico. Inicialmente e durante períodos de instabilidade, o modo de ventilação deve permitir o controle máximo da ventilação. As modalidades com pressão positiva mais usadas serão descritas sucintamente a seguir:

- \* Ventilação controlada ou CMV (controlled mechanical ventilation): o volume corrente (VC), frequência respiratória (FR) e fluxo são predeterminados no ventilador mecânico;
- \* Ventilação assistida/controlada: A FR é controlada pelo cliente (o ciclo respiratório é iniciado quando o cliente gera uma pressão negativa alcançando um valor imposto pelo mecanismo de sensibilidade do ventilador). O volume corrente e o fluxo são predeterminados. Se não houver o esforço do cliente, o ventilador fornece ciclos controlados na FR mínima determinada;

- \* Ventilação mandatória intermitente ou IMV (intermittent mandatory ventilation): O ventilador mecânico permite a combinação de ciclos controlados, fornecidos a uma frequência predeterminada com períodos de respiração espontânea;
- \* Ventilação mandatória intermitente sincronizada ou SIMV: Combina ciclos espontâneos com um determinado número de ciclos mecânicos assistidos, portanto sincronizados com o esforço respiratório do cliente;
- \* Ventilação com pressão de suporte ou PSV (pressure support ventilation): Os esforços inspiratórios espontâneos do cliente são assistidos com uma pressão positiva nas vias aéreas. O fluxo de gás é livre durante toda a fase inspiratória que termina quando o fluxo inspiratório diminui, atingindo 25% do valor inicial. O cliente controla a FR, o fluxo, o tempo inspiratório e a relação inspiratória x expiratória. O cliente deve ter um estímulo respiratório íntegro e necessidades ventilatórias relativamente estáveis;
- \* Pressão positiva contínua nas vias aéreas ou CPAP (continuous positive airway pressure): O cliente respira espontaneamente dentro do circuito pressurizado após ventilador mecânico. Uma pressão positiva predeterminada é mantida praticamente constante durante o ciclo respiratório.

## CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 - O Cuidado de Enfermagem e a Teoria do Conforto: de Nightingale à Kolcaba

As bases aqui apresentadas nos remetem à limitação de nossas ações de enfermagem na relação entre os *Atos de cuidar* tal como *ação* da enfermagem e o conforto tal como resultante dessa *ação*. A fim de assegurar o que estamos falando, buscamos mais uma vez em Silva e Carvalho (2008) um possível ponto de partida, o de entendermos ou até mesmo aceitarmos que, quando estamos cuidando de nossos clientes deixamos muitas vezes de considerá-los em sua totalidade ao direcionar nossa assistência – *Atos e Ações* - apenas para satisfazer as necessidades biológicas, ao ponto de, em muitos casos, não atentarmos para a satisfação dos seus desejos e sua necessidade de espiritualidade, como dimensões a serem também levadas em conta quando propomos e implementamos cuidados possivelmente entendidos por nós enfermeiras como confortantes.

Para alguns autores, a palavra *conforto* designa e relaciona ao cuidado de enfermagem, sentimentos e emoções e tudo aquilo que está adequado e adaptado, na assistência aos clientes, que consola e traz prazer, que é ajustado e apropriado, ou, que é ainda convenientemente oportuno (SCHIMD, 2005). Assim sendo, só podemos explicar o significado e o sentido de *conforto* articulando essa palavra e o conceito de cuidado de enfermagem a um contexto *cultural* – do cliente, da enfermeira e, é claro, tendo-se alguma experiência do que implica sensações de desconforto. A simples delimitação dos aspectos físicos e fisiológicos do conforto, portanto, - (sinais observáveis, mensuráveis e tecnicamente manipuláveis) -, já favorece, *por si*, a proposição do cuidado de enfermagem, mesmo que abordado especificamente em ambiente hospitalar, onde se executa o plano assistencial, ou em outras situações externas, onde enfermeiras e clientes/familiares se encontram.

A falta de observância e delimitação do conforto por ambas as partes, enfermeira e clientes poderá resultar em um cuidado “incompleto”, tendo em vista que este estará também sujeito às condições físicas, fisiológicas, psicológicas, espirituais,

socioeconômicas etc., permitindo que as ações (des)confortantes provoquem respostas adversas que só o cliente que vive a experiência poderá relatar.

A ideia de “*conforto*” e “*desconforto*” requer, antes de tudo, das enfermeiras, uma exploração sobre os cinco sentidos, no corpo do cliente assistido, tal como ele se encontra no âmbito da experiência e de forma que o cliente possa expressar suas necessidades em face de suas próprias condições de enfermo e do modo como ele sente o ambiente e os profissionais que cuidam dele. Convém ressaltar que Schmid (*op.cit.*) em nada tem relação com as ciências da saúde. Esse autor é arquiteto e engenheiro mecânico, e seu comentário sobre as condições do conforto, *certamente* vale na consideração e avaliação dos elementos sensíveis presentes na condição do cliente. E, *com certeza*, pode ser muito *reconfortante* – para as enfermeiras - saber que outros profissionais com formação distinta da enfermagem se debruçam sobre tal assunto, buscando apoiar suas ações em fundamentos filosóficos e artísticos e, entendendo o quanto é relevante a percepção do espaço físico, neste caso da unidade de internação hospitalar, o que requer bem mais do que a simples sensibilidade, ou seja, atenção ao clima humano, de quem oferece e de quem recebe o conforto.

### **3.1.1 - Sobre Enfermagem e Conforto**

Foi a partir de Nightingale (1989), com o surgimento da enfermagem moderna, no final do séc. XIX, que a prática de cuidar das pessoas e famílias, em âmbito de assistência continuada, passou a focalizar o cuidado de enfermagem como objeto de estudo, de trabalho específico e de investigação. A *enfermagem moderna* se tornou capaz de proporcionar condições adequadas à restauração da saúde e à manutenção da vida. E a partir daí, estabeleceu-se a preocupação com o saber da enfermagem como conhecimento profissional.

Almeida e Rocha (1986) dizem que o processo de evolução do *saber da enfermagem* percorreu etapas diferenciadas, partindo do enfoque técnico para a busca de princípios científicos, da utilização do método científico no planejamento e execução da assistência e da aquisição de novas explicações, de modo a abranger uma concepção teórica adequada ao cuidado de enfermagem e suas repercussões.



Ainda nos primórdios da estruturação do sistema de enfermagem por Florence Nightingale, já se destacava a necessidade de prestar cuidado aos clientes como arte, ciência e ideal conforme enfatiza Lucy Ridgely Seymer (*sd*).

Situações emergentes do processo de cuidar em enfermagem, na atualidade, nos remetem a novos paradigmas influenciando a profissão e que talvez possam exigir das enfermeiras algumas qualidades além daquelas concernentes à capacidade meramente técnica. Podemos identificar, nas unidades de internação hospitalar, que a enfermagem passa a assumir atribuições e atividades que não eram desenvolvidas anteriormente pelas enfermeiras (SANTORO, 2001). Tais atribuições e atividades podem dar conta da complexidade de situações em que se encontram os clientes que necessitam de cuidados intensivos, e em vista do propósito de aliviar condições adversas, favorecendo a vigilância compatível com a manutenção da vida.

Santoro (2001) nos aponta que o cuidar em enfermagem, em unidades de cuidados intensivos, permite não apenas a melhoria das condições do cliente, mas, também favorece o desenvolvimento do potencial de competência da enfermeira e membros da equipe de enfermagem. No entanto, a autora ressalta que, para cuidar em enfermagem, não basta apenas querer e ter boa vontade, e enfatiza sua afirmativa, dizendo que a competência técnica, científica e relacional são ingredientes importantes e necessários para cuidar cientificamente e com arte. Avançando um pouco mais, ousamos mais uma vez quando pressupomos que para que a enfermeira possa oferecer cuidados que remetam, denotam ou se configuram, de fato, como cuidados confortantes, algumas qualidades são *essenciais*, isto porque, temos percebido empiricamente que mesmo sendo o mesmo *ato* ou *ação* - cuidado de enfermagem, ainda assim, o comportamento do cliente pediátrico se modifica quando uma ou outra enfermeira presta o cuidado. Percebemos que para alguns clientes o mesmo procedimento pode ser (des)confortante de acordo com quem executa o cuidado.

É a partir do cuidado prestado que a enfermeira, utilizando a razão com sensibilidade, pode avaliar, com propriedade, a aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos e, com isso, criar também condições favoráveis ao conforto - ambiente e relação de ajuda -, ou seja, a interação com o cliente e família, ainda que este não acompanhe efetivamente seu ente querido na UTIP, haja vista as limitações impostas pelas próprias características da unidade. Esta lança mão de elementos objetivos e subjetivos da/na prática de enfermagem para que se possa prestar um cuidado confortante, mesmo diante de

algumas adversidades/limitações, enquanto que outras, não têm a mesma capacidade, talvez, por não ser dotada de qualidades – elementos atitudinais.

Barbier (1993), quando fala do *sensível*, diz que este se afirma pela *sensação* através dos receptores sensoriais e, que sua manifestação (do sensível), quando ligada à sensação tem um papel definido sobre ela mesma (sensação), mas que, também, é produzido a partir dela. Esse mesmo autor, diz que as sensações são resultantes de estímulos internos e externos, os quais, ao atingirem os receptores sensoriais desencadeiam respostas de choro, dor, prazer, desprazer, dentre outras manifestações da emoção. As sensações fazem parte da natureza humana. No entanto, se as sensações de natureza humana podem ser detectadas – observadas e descritas - mesmo assim, às vezes, costumam ser ignoradas nas circunstâncias do cuidado aos clientes. Neste particular, pode-se compreender que o cliente pensa e traz, intimamente, um conjunto de afetos com polarização em torno do prazer e do desprazer, mesmo quando não existe abismo de fronteiras entre eles. Tanto o prazer, como o desprazer, são sensações resultantes de estímulos internos e externos, da mesma forma que a sensação de conforto e desconforto.

É na execução do cuidado de enfermagem que a enfermeira se relaciona diretamente com seu cliente, seja no momento do banho no leito, na administração de medicamentos, na punção de uma veia etc. É na possibilidade do contato direto que se pode perceber suas necessidades individuais, subjetivas, como no caso do conforto, quer seja através de sua fala, de sua expressão facial e em suas manifestações de sensações de prazer e desprazer, dor, medo, alívio, desejo, dentre outras.

Em uma análise preliminar, ou mais sumária, do conceito de conforto, implícito ou explícito no cuidado de enfermagem, percebe-se que o mesmo não é devidamente contemplado nas teorias de enfermagem, e mesmo nas mais tradicionais, o destaque para o conforto como visado nesta pesquisa não é contemplado. Ou seja, ainda não se conseguiu traduzir, devidamente, para a assistência de enfermagem dos dias de hoje, a importância do conceito de conforto na prestação do cuidado de enfermagem, exceto pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, autora que, na atualidade contemporânea, preocupa-se com a questão do cuidado de enfermagem na vertente do conforto.

### 3.2 - A Teoria do Conforto em Kolcaba: A Base Teórica que Sustenta o Objeto de Estudo

Como ponto de partida de seu trabalho teórico, Kolcaba fez um diagrama da sua prática de enfermagem, logo no início da sua tese de doutoramento. Ao apresentar a sua concepção de estrutura para os cuidados de enfermagem ao doente com demência, um membro do público perguntou: “*Fez uma análise do conceito de conforto?*” Sua resposta foi “*Não, mas esse é o meu próximo passo*”. O que deu início à sua longa investigação sobre o conceito de conforto.

O primeiro passo à prometida análise do conceito de conforto teve início com uma extensa e trabalhosa revisão crítica da literatura específica sobre conforto nas disciplinas de enfermagem, medicina, psicologia, psiquiatria, ergonomia e literatura inglesa (particularmente a utilização que Shakespeare fez de conforto e o dicionário de Inglês da Oxford que trata da atribuição às origens das palavras). Fez um relato histórico do uso da palavra *conforto*, na literatura de enfermagem, em diferentes artigos de sua autoria e de outros autores. Por exemplo, em *Notes on Nursing* (1859, p.70), observou que Nightingale exortava:

(...) Nunca se deve perder de vista para o que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou fatos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar o nível de saúde e o conforto.

De 1900 a 1929, o conforto foi objetivo central da enfermagem e da medicina, porque através do conforto, conseguia-se aumentar o grau de recuperação (MCLIVEEN & MORSE, 1995). A enfermeira se sente compelida a prestar atenção aos pormenores que influenciam o conforto do doente. Aikens (1908) declarou que não havia nada relativo ao conforto do doente que fosse suficientemente pequeno para ser ignorado. Nesse sentido, o conforto do doente era a primeira e a última consideração da enfermeira quando prestava seus cuidados, ainda que de forma indireta. Portanto, é possível afirmar que na concepção da autora, uma boa enfermeira precisava colocar os doentes *confortáveis*, sendo que a provisão de medidas de conforto era um fator primário e determinante da habilidade e proficiência de uma enfermeira para prestar cuidados de enfermagem.

Em 1926, Harmer *apud* Alligood & Tomey (2002, p.482) afirmam que os cuidados de enfermagem estavam diretamente relacionados com a prestação de “*uma atmosfera geral de conforto*”, completando que:

(...) os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental para além do descanso e do sono, nutrição, limpeza e eliminação.

Goodnow (1935) *apud* Alligood & Tomey (2002, p.483), em seu livro “The Technique of Nursing”, dedicou um capítulo inteiro ao conforto do doente, afirmando que:

(...)Uma enfermeira é sempre julgada pela sua capacidade para fazer o doente sentir-se confortável. O conforto é físico e mental e a responsabilidade de uma enfermeira não acaba com o cuidado físico.

Alligood & Tomey (2002) referem que nos compêndios datados entre 1914 e 1919,

(...) o conforto emocional era designado por conforto mental e era atingido, sobretudo, ao proporcionar conforto físico e modificando o ambiente para os doentes.

Podemos facilmente perceber, nesses exemplos, que o conforto é positivo, pode ser alcançado com a ajuda das enfermeiras e, em alguns casos particulares, indica a melhoria de uma condição ou estado anterior. Para Alligood & Tomey (2002), o conforto está ligado, intuitivamente, à atividade da alimentação. A partir de suas origens, Kolcaba explicou os aspectos do conforto com base na ergonomia e na ligação direta do conforto ao desempenho da função da enfermeira. No entanto, o seu significado está frequentemente implícito, escondido no contexto do cuidado de enfermagem e, por isso mesmo, o conceito de conforto se apresenta, de certa forma, polissêmico. Podemos perceber que ele varia semanticamente na forma verbal, como adjetivo/atributo, na forma adverbial e em âmbito de processo e resultado.

Kolcaba utilizou três teorias de enfermagem para apoiar sua concepção no modo de sintetizar ou derivar o que ela chama de tipos de conforto:

- **O alívio**<sup>4</sup> foi sintetizado a partir de conceitos de Orlando (1961) que, por sua vez, afirma que as enfermeiras aliviam as necessidades expressas pelos doentes;
- **A tranquilidade**<sup>5</sup> foi sintetizada a partir dos princípios de Henderson (1966), que descreveu treze (13) funções básicas dos seres humanos necessitando de serem mantidas para a própria manutenção do equilíbrio homeostático;
- **A transcendência**<sup>6</sup> foi extraída de proposições de Paterson e Zderad (1975, 1988), que afirmavam acreditar que os doentes podiam superar suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras.

Watson (1979) *apud* Alligood & Tomey (2002, p.483) teve também grande influência na concepção da teoria do conforto de Kolcaba, pois advogava que o ambiente dos doentes era de extrema importância para o seu bem-estar físico e mental. Para essa autora, “(...) *conseqüentemente, sempre que possível, as enfermeiras proporcionam conforto através de intervenções ambientais*”.

Além do mais, Watson (1973) identificou as medidas de conforto que as enfermeiras usavam nesse sentido das *intervenções ambientais*. Ela usava a expressão “*medidas de conforto como sinônimo de intervenção*”.

Kolcaba consultou literaturas específicas sobre holismo para classificar os contextos nos quais o conforto pode ser experimentado e os definiu como:

- 1- **Físico:** pertencente às sensações do corpo;
- 2- **Psicoespiritual:** pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado;
- 3- **Ambiental:** pertencente ao meio, às condições e influências externas;
- 4- **Social:** pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

---

<sup>4</sup> A condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica. Kolcaba (2002).

<sup>5</sup> O estado de calma ou contentamento. Kolcaba (2002).

<sup>6</sup> A condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimentos. Kolcaba (2002).

## CAPÍTULO IV – MATERIAL E MÉTODO

### 4.1- Abordagem Metodológica

Neste estudo, pensando em ampliar as possibilidades de investigação acerca do objeto de investigação, optamos pelo método qualitativo, que de acordo com Minayo e col. (1992, p.21):

Se preocupa, nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das reações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização das variáveis.

Nossa opção pelo método vai ao encontro de algumas características *inerentes* ao método *em si* dentre as quais merecem destaque:

- O método qualitativo aplicado à saúde é uma abordagem ampla que privilegia diferentes formas de investigar as experiências humanas envolvidas no processo saúde-doença;
- A pesquisa qualitativa na área de saúde oferece ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira pela qual os *sujeitos-objeto* da investigação pensam e reagem frente a situações cotidianamente vivenciadas na relação entre sujeitos – clientes e enfermeiras, em nosso caso, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;
- A partir do método determinado pelo *objeto* poderá nos possibilitar o acesso às pessoas envolvidas nesse contexto, de maneira que possam se manifestar a partir de seus sentimentos, valores, crenças e atitudes. Esse conhecimento possibilita ao pesquisador planejar ações que valorizem o *ser* que está incluído, por detrás da pesquisa, pois se consegue, pelos dados coletados, conhecer com mais profundidade a experiência vivida de cada indivíduo, tal como, forma única e singular;
- Consideram-se as particularidades, limites e possibilidades do método qualitativo na busca de resultados que transcenda à simples compreensão do *fenômeno* “subjetivo”, mas que se baseia, sobretudo, na premissa de que são só os conhecimentos sobre os

indivíduos, por si, que permitem a descrição da experiência humana, tal como é vivida e tal como ela é definida pelos próprios atores (POLIT & HUNGLER, 1995).

Nesta pesquisa, enfermeiras e clientes estão dividindo o mesmo ambiente físico e, portanto, conhecer suas *histórias*, seus anseios, suas expectativas, suas necessidades, seus modos de ver o outro, nos permitiu identificar algumas qualidades *essenciais* na/da enfermeira que permeiam a prestação de cuidados entendidos por elas tal como “confortantes”.

Mesmo se tratando de uma pesquisa qualitativa, não houve impedimento de que alguns dados fossem quantificados – geometrizados (BACHELARD, 2005) com o objetivo de melhor realçar as *qualidades* apontadas pelos *sujeitos-objeto*. Neste sentido, buscamos o apoio de Richardson (1985) quando nos diz que a estratégia metodológica de se utilizar a complementaridade entre os dados qualitativos e quantitativos proporciona um maior nível de integração e profundidade na análise.

O tratamento das informações foi processado à luz da *Análise de Conteúdo* proposta por Bardin (1988), permitindo uma visão mais ampla do fenômeno e do objeto de estudo. A guisa de esclarecimento detalharemos cada etapa proposta por Bardin (1988), a fim de melhor demarcarmos o território sob investigação e os *sujeitos-objeto* investigados nesta proposição.

Richardson (*op. cit.*), Polit e Hungler (1995, p.277) salientam que a opção pelo método qualitativo, com complementação de dados quantitativos, “*requer a busca da complementaridade entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana*”. E ressaltam que os pesquisadores, aderentes ao método qualitativo, coletam e analisam materiais pouco estruturados, às vezes narrativos, mas que propiciam campo “*livre ao rico potencial das percepções e subjetividades dos seres humanos*”.

A pesquisa foi desenvolvida junto às enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital da rede pública de saúde, no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Os *sujeitos-objeto*, na investigação, foram selecionados pela técnica de amostragem não-probabilística (amostra por conveniência, com população acessível), de acordo com as considerações de Hulley (2001). Estão incluídas no estudo todas as enfermeiras que atuam

na unidade de terapia intensiva pediátrica da instituição que concordaram em participar da pesquisa, não havendo nenhum critério de exclusão de sujeitos.

#### **4.2 - A obtenção dos dados**

Em consonância com as exigências da Resolução 196/96, esta pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da instituição onde foi desenvolvido o estudo sob o número 0021.0.008.000-11, além do Termo de Autorização da Diretoria responsável pela instituição implicada. O projeto de investigação foi apresentado à Direção da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO. Cumpre registrar, ainda, que os *sujeitos-objeto* que concordaram em participar da pesquisa, receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as devidas assinaturas.

O instrumento para a coleta dos dados foi um questionário, aqui entendido como um impresso contendo um conjunto de perguntas, que a pessoa interessada poderá respondê-lo na presença ou não do entrevistador. O instrumento em questão obedeceu aos requisitos indicados por Boyd e Wetfall (1964) e designado correntemente como “estruturado não disfarçado”, pelo qual utilizou técnicas projetivas (responder perguntas abertas ou fechadas, completar sentenças etc.) para obter as informações desejadas.

O instrumento foi submetido a uma testagem prévia, junto a três (03) enfermeiras inscritas como *aluno especial* em disciplinas do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Rúdio (1995) considera o questionário um dos instrumentos de pesquisa mais utilizados e o caracteriza como um instrumento constituído por uma lista de indagações que, respondidas ou não, dão ao pesquisador as informações que ele pretende produzir.

A escolha do questionário como instrumento de inquirição, nesta investigação, abrangeu um número pré-determinado de pessoas (*sujeitos-objeto*) e apresentou, ainda, outras vantagens, dentre as quais passamos a elencar:

✓ A aplicação de um inquérito, por questionário, possibilita uma maior sistematização dos resultados fornecidos;



- ✓ Permite maior facilidade de análise bem como reduz o tempo que é necessário despendido para recolher e analisar os dados;
- ✓ Pode ser aplicado simultaneamente a um grande número de informantes (LAKATOS E MARCONI, 1996).

O questionário foi composto por perguntas abertas e fechadas. Algumas feitas no sentido de traçar o perfil dos *sujeitos-objeto*, tal como sexo e idade, o tempo de formação e de experiência profissional. Outras com o objetivo de buscar o entendimento que as enfermeiras possuíam acerca do ventilador mecânico e das qualidades *essenciais* para a prestação de cuidados confortantes dispensados às crianças internadas em UTIP.

Os dados foram coletados no período de 31 de agosto de 2011 a 16 de outubro de 2011 e participaram do estudo 17 *sujeitos-objeto*, que correspondeu a 100% das enfermeiras que atuam na unidade.

#### **4.3 - O tratamento dos dados**

Os dados foram tratados de acordo com a frequência de sua aparição nas respostas e apresentados na forma de tabelas ou gráficos. Para a sua pertinente apreciação, optamos pela análise temática dos discursos, uma tipificação de *Análise de Conteúdo* proposta por Bardin (1988) e a consequente construção das ideias nucleares, por meio do processo de categorização temática com a produção de *Tesauros*.

Sobre este pormenor, Bardin (1988, p.31) diz que:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: o das comunicações.

Segundo Minayo (1992), a *Análise de Conteúdo*, na modalidade temática, confere com uma unidade de significação complexa de comprimento variável, e sua validade não é de ordem linguística, mas inicialmente, de ordem psicológica. Para a autora, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma

comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.

Segundo Bardin (1988), no entanto, a análise temática compreende as informações obtidas, a partir das falas dos *sujeitos-objeto* acerca de um determinado assunto, proporcionando o nucleamento de ideias afins, culminando em categorização de temas. O seu propósito é compreender o que se encerra no discurso, isto é, o sentido da fala dos sujeitos sob investigação. Aquilo que esteja “subentendido” ou “oculto” no discurso, carece de ser buscado pela decodificação em unidades de compreensão e posteriores categorias. Refere ainda essa autora, que o pesquisador precisa considerar três (03) etapas para o pronto estabelecimento das categorias de análise, a saber: 1<sup>a</sup> Pré-análise; 2<sup>a</sup> Exploração do material e 3<sup>a</sup> Tratamento/interpretação dos resultados.

Nesse sentido, na primeira etapa – pré-análise, Bardin (1988) ressalta que o pesquisador deverá analisar exaustivamente sua fonte. Ele tem a liberdade para extrair tudo que lhe for conveniente, desde que mantenha coerência com o assunto tratado.

Com o propósito de auxiliar na organização das informações utilizamos o software Sphinx 5, que é um programa para coleta e análise de dados acadêmicos e gerenciais. As respostas ao questionário aplicado foram lançadas no Sphinx 5 e posteriormente utilizado para organização das informações e importação dos dados, tanto quantitativos, quanto qualitativos. O programa em questão não foi utilizado em sua capacidade total, mas sim para conferir agilidade no lançamento dos dados e categorização dos resultados.

#### **4.4 - A unidade escolhida como cenário do estudo**

O cenário escolhido para o estudo em questão se constituiu em uma unidade de terapia intensiva pediátrica existente há mais de 20 anos, que realiza o atendimento de crianças a partir dos 29 dias de vida até os 18 anos de idade incompletos. As crianças atendidas provêm da própria instituição (transferência para a UTIP) e de outras instituições de saúde, em sua maioria da rede pública, com indicação de internação e assistência de cuidados intensivos.

As patologias atendidas são diversificadas, sendo primordial a indicação exata e precisa da necessidade dos cuidados de enfermagem, aparato tecnológico específico e assistência especializada tipicamente encontrada na referida unidade. A maioria das internações é composta por crianças com quadro agudo de insuficiência respiratória, de etiologias variadas, com possibilidade de evolução para ventilação mecânica invasiva, e por crianças em pós-operatórios de alta complexidade, com necessidade de monitorização invasiva ou não-invasiva, observação rigorosa, cuidados intensivos e/ou suporte ventilatório invasivo e, às vezes não-invasivo, dependendo da gravidade do quadro.

A equipe multiprofissional fixa é composta por médicos (servidores públicos e residentes), enfermeiras (servidores públicos, residentes e do Programa de Capacitação Profissional da instituição), técnicos de enfermagem (servidores públicos, terceirizados e do Programa de Capacitação Profissional da instituição), auxiliares de serviços hospitalares (ASH) e fisioterapeutas. Outros profissionais prestam atendimento contínuo na unidade, como assistente social, nutricionistas, terapia ocupacional, psiquiatria, neurologia, cirurgia pediátrica e demais especialistas que porventura forem necessários, no entanto, estes não compõem o quadro funcional fixo.

A unidade possui uma área total de 78m<sup>2</sup>, distribuídos entre posto de enfermagem, sala de refeição/reunião, sala da gerência médica, arsenal tecnológico, sala de insumos para saúde, descanso da equipe médica e de enfermagem, expurgo, banheiro e 6 leitos de internação (sendo 2 boxes de “isolamento”). A área física dos leitos e dos “isolamentos” não atende as recomendações específicas preconizadas por órgãos oficiais que determinam as dimensões e outras características das unidades de terapia intensiva. Este fato se torna pertinente à medida que gera a impossibilidade de permanência do acompanhante, conforme estabelece a Lei 8069, de 13 de julho de 1990 que institui o **Estatuto da**

**Criança e do Adolescente**, somando-se a outros fatores “impostos” pelas próprias instituições e que vão ao encontro do modelo biomédico empregado e ordenado nas unidades fechadas, dentre os quais, a quantidade de pessoas presentes na UTI deve ser reduzida em prol da prevenção de infecções, o que sabemos não ser uma verdade absoluta, entretanto, considerável. Não nos compete aqui discutir a política institucional que não torna essa medida/necessidade/legalidade viável e sim as repercussões no aspecto do *cuidar/confortar* já que podemos considerar que o *(des)cuidado/(des)conforto* já se inicia antes mesmo de qualquer procedimento ou necessidade tecnológica, ele se inicia na entrada da unidade com a separação da criança internada e seu familiar devido à impossibilidade de permanência do mesmo na UTIP. Inclusive poderá afetar o vínculo afetivo entre as partes implicadas corroborando com o estado de *(des)conforto* da criança. Silva, Porto e Figueiredo (2008) fortificam essa afirmativa quando dizem que o

desrespeito ao estatuto ético e aos compromissos nas relações entre os profissionais de enfermagem e seus clientes criam as condições de arbítrio e violência que levam ao desrespeito à condição e à dignidade humana, o que, em outras palavras, poderia ser entendido também como descuidado

e assim afirmamos desconforto.

O arsenal tecnológico (maquinário) da unidade é composto por monitores multiparamétricos, bombas de infusão, monitor de índice bispectral (BIS), monitor de óxido de nítrico, doppler transesofágico (Cardio Q) cama eletrônica e ventiladores mecânicos. Os ventiladores mecânicos utilizados na unidade são: Inter 3<sup>®</sup>, Inter 3 Plus<sup>®</sup>, Inter 5<sup>®</sup>, Servo i<sup>®</sup> Universal e Bird 8400<sup>®</sup>. A escolha do ventilador mecânico, a ser utilizado depende primeiramente da gravidade da clínica apresentada e a terapêutica necessária (pois o ventilador mecânico Servo i<sup>®</sup> Universal é capaz de ventilar clientes de 0,5 – 250kg) e posteriormente do peso da criança. A modalidade ventilatória é definida baseada nas condições clínicas e diagnóstico estabelecido, além da evolução do quadro clínico durante o período de internação, podendo ser utilizada qualquer uma das modalidades existentes.


A equipe médica da rotina é a primeira responsável pela decisão de instituir a ventilação mecânica invasiva, seguida da equipe de plantonistas na ausência da equipe de rotina. Durante a ventilação mecânica, a fisioterapia tem ampla contribuição na mecânica pulmonar e estabelecimento de parâmetros respiratórios, assim como no desmame da


ventilação e extubação do cliente. A inserção da enfermagem se dá em todas as etapas do processo de ventilação mecânica, na observação precisa e rigorosa do cliente juntamente com os demais membros da equipe para precocemente identificar sinais de agravamento clínico/respiratório, durante o procedimento técnico de intubação (provisão de material de intubação e ventilador mecânico, posicionamento no leito, administração medicamentosa etc) ou conexão do ventilador com a traqueostomia e durante o curso da ventilação mecânica invasiva (aspiração, posicionamento, fixação, prevenção de eventos adversos e todo o cuidado de enfermagem que envolve a criança grave em ventilação mecânica invasiva).

## CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme descrito anteriormente na metodologia (subcapítulo 3.3), o estabelecimento das categorias de análise foi realizado utilizando-se as três etapas da *Análise de Conteúdo* de Bardin (1988). Na pré-análise dos dados, realizamos uma leitura completa, atenta e exaustiva dos discursos com o objetivo de organizá-los e deles extrair as impressões dos sujeitos. Na segunda etapa da análise, tratamos da exploração do material por meio de estruturação dos dados mediante inventário das unidades de registro e de contexto e classificação por analogias. A terceira etapa descrita como tratamento/interpretação dos resultados, foi pautada nos dados provenientes dos inventários e das analogias, que sofreram categorização e análise temática.

Com base nesta modalidade de análise de dados e nos discursos dos *sujeitos-objeto*, após o desenvolvimento das três etapas de Bardin (1988), elencamos duas categorias:

 **Categoria 1:** O ventilador mecânico como obstáculo para o cuidado confortante;

 **Categoria 2:** O cuidado confortante em unidade de terapia intensiva pediátrica exige das enfermeiras qualidades *essenciais*.

Para discussão dos resultados, organizamos os dados produzidos, em dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos nos permitiram identificar e descrever o perfil dos sujeitos que participaram do estudo, bem como serviram como complementação dos dados qualitativos, possibilitando maior aprofundamento na análise e nas discussões. Os dados qualitativos nos permitiram compreender o que se encerra no discurso, isto é, o sentido da fala dos sujeitos sob investigação, mais especificamente, o que pensam as enfermeiras sobre qualidades *essenciais* e a prestação de cuidados de conforto a crianças em ventilação mecânica.

A fim de caracterizar os *sujeitos-objeto* desta investigação inserimos no questionário perguntas de forma que pudéssemos identificar o perfil das enfermeiras. Iniciaremos a apresentação e a discussão dos resultados, a partir da apresentação e análise do perfil dos sujeitos que compuseram a amostra deste estudo.

### 5.1 – Apresentação do perfil dos sujeitos-objeto

Apresentamos o perfil dos *sujeitos-objeto* que participaram da investigação, através da construção de tabelas das seguintes variáveis presentes nas perguntas fechadas do questionário aplicado: 1-Sexo; 2 – Idade; 3- Titulação; 4- Tempo de formação; 5- Tempo de atuação em terapia intensiva pediátrica.

Apresentamos a seguir, as tabelas na ordem em que foram dispostas as variáveis mencionadas acima, com seus respectivos percentuais, lembrando que 17 é o total de sujeitos que participaram do estudo, o que correspondeu a 100% as enfermeiras atuantes da unidade investigada no momento da coleta de dados.

**Tabela 01 – Distribuição da amostra dos *sujeitos-objeto* de uma UTI pediátrica segundo o sexo – Rio de Janeiro, agosto-outubro, 2011**

SEXO	N	%
Feminino	15	88,2
Masculino	02	11,8
<b>Total</b>	17	100

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, OLIVEIRA, 2012 (Apêndice 6.2).

Na tabela 01 podemos ver o predomínio do sexo feminino entre os *sujeitos-objeto*. Essa perspectiva nos motivou a utilizar o substantivo feminino **enfermeira** quando nos referimos a esta profissional. Salientamos aqui que este era o quantitativo total de enfermeiras atuando na unidade de terapia intensiva pediátrica no período da coleta dos dados, não havendo nenhuma recusa em participar da investigação.

O gênero na enfermagem se faz evidente, sobretudo pela sua trajetória histórica de ser um ofício eminentemente feminino. O maior quantitativo de mulheres encontrado neste estudo não apresenta relação com a terapia intensiva, nem tampouco com a terapia intensiva pediátrica (que pode remeter ao pensamento de que as mulheres tem maior predisposição ao cuidado infantil), mas se embasa na evolução histórica das questões de

gênero arraigadas na história da enfermagem, do saber/poder médico e da institucionalização dos hospitais. Na compreensão do processo de trabalho da enfermagem é necessário contemplar a influência de Florence Nightingale ao institucionalizar, na Inglaterra Vitoriana (1862), uma profissão para as mulheres, que a partir de valores que se consideravam femininos elas eram “naturalmente preparadas” (LOPES, 2005).

Ainda nos dias de hoje, devido aos fatores históricos, a inserção dos homens na enfermagem ainda é atravessada por conflitos de gênero devido aos padrões socioculturais predeterminados de masculinidade, nos quais as ações de enfermagem ainda são atribuídas ao gênero feminino (PEREIRA, 2008). Assim, na enfermagem, essa abordagem tem uma importância singular, pois nos dá explicações sobre os conflitos trazidos para o campo profissional entre atividades de enfermagem e atividades médicas, estas últimas construídas num campo de domínio masculino.

A literatura aborda questões sobre o gênero feminino e trabalho com vastas referências sobre a separação entre esfera pública e privada, durante o desenvolvimento da sociedade. A modernidade graduou tal separação através dos gêneros, onde algumas profissões ocupadas por mulheres produziram um terceiro universo de características particulares. Neste universo se insere a enfermagem, como se o hospital ganhasse características de uma grande casa cuja demanda de gestão e organização recaísse sobre a enfermeira: misto de mãe e profissional (MOREIRA, 1999).

Em suma, o presente estudo se mantém na identificação da supremacia do sexo feminino entre os trabalhadores de enfermagem, o que reflete uma composição própria da profissão. No entanto, acreditar que a predominância feminina tem algum nível de relação com binômio cuidado/conforto seria inferir um pensamento de que o enfermeiro (gênero masculino) é menos dotado de capacidade de ofertar conforto e de refletir sobre as qualidades *essenciais* para tal ação. Para essa afirmativa seria necessário um estudo que diferenciasse as ideias e opiniões concernentes a cada gênero, o que não foi objetivado neste estudo.



**Tabela 02 – Distribuição da amostra dos *sujeitos-objeto* de uma UTI pediátrica segundo a faixa etária – Rio de Janeiro, agosto-outubro, 2011**

<b>IDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>20-25 anos</b>	02	11,8
<b>26-30 anos</b>	06	35,2
<b>31-35 anos</b>	05	29,4
<b>36-40 anos</b>	02	11,8
<b>Acima de 41 anos</b>	02	11,8
<b>Total</b>	17	100

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, OLIVEIRA, 2012 (Apêndice 6.2)

A tabela 02 demonstra que existiu uma predominância de enfermeiras jovens, estando a maioria dos participantes entre 26 e 35 anos. Ainda assim, a amostra contou com extremos de idade, estando as mais jovens com 23 anos e a mais velha com 55 anos, fato que contribui para mundividências distintas baseada no tempo de vida e experiências vividas por cada participante, tanto particulares quanto profissionais.

Esse dado corrobora com vários estudos de caráter sócio-demográfico que apontam uma população jovem de enfermeiras (abaixo de 40 anos) atuando em unidades de terapia intensiva (SILVA, 2011; GUERRER, 2008; PRETO, 2009), levando ao entendimento de que as enfermeiras mais jovens são as que mais se envolvem com áreas de grande complexidade, talvez em busca de experiência profissional pela oportunidade de enorme conhecimento em termos práticos e teóricos (GUERRER, 2008), ou pelo fato de que durante a execução dos cursos de preparação profissional, os indivíduos são motivados à prestação de assistência a clientes críticos (LOURO, 2010).

Silva (2011) ressalta que o cuidado em unidades intensivas gera um dispêndio de força muscular, gasto de energia física e exige da enfermeira um alto grau de agilidade e destreza, características concernentes a indivíduos jovens. E ainda levanta a hipótese de que o motivo pelo qual o profissional não trabalha neste cenário por longo período seja em consequência das características próprias do cenário intensivo, com atividades intensas, desgastantes e estressantes. Guerrer (2008) acredita que a expressão de adultos jovens em

UTI se relaciona com a possibilidade dos mais velhos se deslocarem para áreas administrativas e/ou de ensino, em virtude da vasta experiência profissional adquirida.

Acreditamos ainda que a unidade de terapia intensiva exija das enfermeiras disposição física e mental e ânimo para absorver continuamente novos conhecimentos frente às novidades tecnológicas constantemente incorporadas à assistência. A busca por novos conhecimentos se faz essencial a medida que a enfermeira tem que assumir novas atribuições no que se refere ao manuseio da tecnologia dura, utilizado como um aliado a prestação do cuidado ao cliente grave. A faixa etária jovem ainda se encontra altamente produtiva e com abertura para aquisição de conhecimento, aprimoramentos e especialização, inclusive no que concerne ao tema ventilador mecânico/criança grave/conforto.

**Tabela 03 – Distribuição da amostra dos *sujeitos-objeto* de uma UTI pediátrica segundo a titulação – Rio de Janeiro, agosto-outubro, 2011**

<b>TITULAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Graduação</b>	02	11,8
<b>Especialização</b>	12	70,6
<b>Mestrado</b>	03	17,6
<b>Doutorado</b>	00	0
<b>Total</b>	17	100

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, OLIVEIRA, 2012 (Apêndice 6.2)

A tabela 03 nos mostra que existiu uma predominância de *sujeitos-objeto* que possuem a especialização como a titulação mais elevada. Esse dado condiz com o achado da idade, já que a maioria dos participantes se encontrava em uma faixa etária jovem, ainda em fase de construção de saberes.

A capacitação profissional em grau cada vez mais elevado se tornou uma expectativa do mercado de trabalho, que busca profissionais com conhecimento especializado nas áreas específicas, objetivando atuações produtivas, sólidas e seguras, respeitando evidentemente a especificidade de cada profissão.

Estar capacitado na área da saúde significa oferecer ao cliente uma assistência eficaz e segura, fato que se encontra ainda mais em visibilidade quando tratamos do cenário da terapia intensiva, envolto em inúmeros aparatos tecnológicos que precisam ser apreendidos pela enfermeira e outros membros da equipe. Refletir sobre o impacto que a tecnologia dura traz no cuidado ao cliente traz à tona um aumento da possibilidade de evento adverso ocasionado pelo mau uso ou uso inadequado da tecnologia, questão bastante em pauta nas discussões da saúde atualmente (SILVA, 2011).

Imergindo no cotidiano da unidade de terapia intensiva, Silva (2008) infere que esta, em função de sua especificidade, carrega consigo algo que a diferencia das demais unidades e exigem da enfermagem habilidades e competências que atuam como um “divisor de águas” entre o cuidado prestado na UTI e em outras unidades. As tecnologias duras “contribuem sobremaneira na ampliação da capacidade natural de sentir, embora exija da enfermagem um alto grau de qualificação profissional” (SILVA, 2008, p. 157).

Destarte, as unidades de terapia intensiva são locais especiais que demandam um alto grau de especialização do trabalho de enfermagem, de modo que a enfermeira obtenha o máximo proveito da tecnologia em benefício do cliente. Silva (2011, p. 102) afirma que “a assistência de enfermagem em setores de cuidados intensivos requer uma capacidade para lidar com situações complexas, com velocidade e precisão que geralmente não são necessárias em outras unidades do hospital. Neste sentido, exige competência para integrar as informações, construir julgamentos e estabelecer as prioridades. Para adquirir tais habilidades os enfermeiros precisam então se especializar.”

A titulação sob o ponto de vista teórico, contribui para uma melhor compreensão da tecnologia dura no cuidado, mas a atuação nos cenários onde esta tecnologia está presente é um fator primordial para o processo de familiarização das enfermeiras com ela, o que irá repercutir no modo de agir destas profissionais. Por outro lado, Mussi (1999, apud Gomes 2008, p. 159) alega que a constante especialização dos profissionais associada ao reconhecimento social que o manejo da tecnologia e a detenção do conhecimento científico proporcionam está favorecendo o surgimento de um contingente de enfermeiras que veem como seu objeto de trabalho o cuidar tecnológico e não a pessoa humana em sua complexidade.

Buscando uma aproximação entre o achado (88,2% das enfermeiras possuem pós-graduação) e o conforto, pensamos que quanto mais a enfermeira se capacita para o

cuidado nas unidades marcadamente tecnológicas, e com isso se apropria de conhecimento científico específico, maiores são as chances de inserir, de forma positiva e benéfica, o conforto na complexidade que circunda o cuidado da criança em ventilação mecânica. Uma discussão sobre o conhecimento científico e sua relação com o cuidado confortante em UTI será discutido no capítulo sobre “qualidades *essenciais*”.

**Tabela 04 – Distribuição da amostra dos *sujeitos-objeto* de uma UTI pediátrica segundo o tempo de formação profissional – Rio de Janeiro, agosto-outubro, 2011**

TEMPO	N	%
Menos de 1 ano	02	11,8
1-5 anos	04	23,5
6-10 anos	06	35,3
Mais de 10 anos	05	29,4
<b>Total</b>	17	100

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, OLIVEIRA, 2012 (Apêndice 6.2)

Na tabela 04, embora a maior parcela possuísse entre 6 e 10 anos de formação profissional, existe representação em todos os tempos, o que demonstra que existiu saberes em fases distintas de conhecimento adquirido e de aprendizagem. Essa variedade de saberes se constitui em um fator positivo para a investigação e nos conferiu uma variedade de dados acerca do tema estudado. Os maiores tempos foram 22 e 23 anos de formação profissional.

O tempo de formação profissional é uma característica importante para análise do perfil do profissional de enfermagem, independente do âmbito que este esteja atuando. Consideramos importante ressaltar que tempo de formação profissional não significa **necessariamente** experiência profissional, visto que a enfermeira pode não ir para o campo profissional logo após sua formação, iniciando suas atividades em tempos variados, ou pode simplesmente iniciar suas atividades em outra área de atuação que não seja a terapia intensiva (clínica médica, ambulatório, área acadêmica, entre outras). No entanto, acreditamos que o tempo de formação profissional pode possuir relação direta com uma

maior experiência profissional, se a enfermeira ingressar no mercado de trabalho logo após a graduação, assim como entendemos que este faz referência a uma relativa maturidade em relação à profissão, do papel ocupado pela enfermeira na esfera do cuidado e o papel da profissão na sociedade.

O período da formação profissional reflete o conhecimento e a aptidão valorizados na época e essa diferenciação também reflete na forma como a enfermeira vê o cuidado e o cliente. As enfermeiras com maior tempo de formação profissional possuem 22 e 23 anos.

Estas enfermeiras finalizaram suas graduações no final da década de 80 e início da década de 90 respectivamente. Outras se graduaram também ao longo dos anos 90 e as demais se graduaram a partir dos anos 2000. Esses períodos tem relevância para este estudo, pois assim como a grade curricular e a formação acadêmica sofreram modificações ao longo dos tempos, o conforto também sofreu alterações em sua importância e representação no cuidado de enfermagem.

Até os anos 60 o conforto era considerado uma estratégia, possuía relevância no cenário do cuidado, como um modo de se alcançar as necessidades fundamentais dos cuidados de enfermagem. A partir de 1960 o conforto caiu em desuso, tornou-se um pormenor na enfermagem, sendo significativo apenas para os doentes que não recebiam tratamento médico (MCILVEEN & MORSE, 1995), entendidos pelo modelo biomédico como doentes terminais.

Na mesma época, final da década de 60, a investigação sistematizada em busca de um corpo de conhecimentos específicos e a construção de modelos conceituais para a enfermagem começaram a tomar destaque (ROCHA, 2008).

A enfermeira da década de 70 era formada para atender um perfil que visava desenvolver atribuições como "identificação, diagnóstico e planejamento do cuidado de enfermagem; ensinar e supervisionar o pessoal auxiliar; orientar paciente, família e grupo da comunidade; participar de programas de proteção, prevenção e recuperação da saúde; organizar e administrar serviços de enfermagem, assim como seu ensino; realizar pesquisas" (VENDRÚSCULO, 1990, apud MARTINS, 2006, p. 474).

A década de 80 se caracterizou por uma conquista do nível acadêmico com o desenvolvimento do ensino da pós-graduação, porém, com uma queda gradativa da

qualidade de ensino da graduação, com sérios prejuízos para a formação do profissional e pouca melhoria de assistência de enfermagem (VIETTA, 1998).

A enfermeira dos anos 90 foi sujeito da reformulação curricular que buscou definir o perfil da enfermeira, bem como suas competências gerais e específicas, com o objetivo de capacitar para a interação com a equipe, identificar e intervir nas diferentes situações clínicas e possuir o domínio intelectual da dinâmica assistencial da unidade (GABRIELLI, 2004, apud MARTINS, 2006, p. 475).

A formação dessas enfermeiras já se iniciou em um período em que o conforto não era valorizado no contexto geral do cuidado, sendo importante apenas nos cuidados de fim de vida, não sendo assim um ponto da formação acadêmica. No entanto, acreditamos que o desenvolvimento do ensino de pós-graduação (década de 80) e a busca pelo papel da enfermeira e suas competências (anos 90) contribuíram para a apropriação de conhecimentos específicos sobre o cuidado de enfermagem intensivo, onde está inserida a ventilação mecânica.

Também é preciso considerar que as enfermeiras que possuem um tempo menor de formação profissional **talvez** possuam uma exigência indispensável para atuação em terapia intensiva, que é a busca incessante por novos saberes, condição esta que encontramos adormecida ou ausente nas enfermeiras após longo tempo de atuação profissional.

Trazendo esta perspectiva para o âmbito do cuidado confortante, o tempo de formação profissional possui clara intercessão na *mundividência* das enfermeiras sobre o que o cuidado confortante “significa” para elas. Primeiro porque as formações ocorreram em épocas diferentes, com um ensino diferente onde cada período possuiu um objetivo específico. Segundo porque acreditamos que o tempo de formação tem relação com uma relativa maturidade pessoal e profissional, o que confere visões distintas a cada enfermeira que se encontra em fases distintas desta maturidade. Terceiro, pela possível relação com o tempo de atuação em terapia intensiva, que fornecerá mais conhecimento específico e experiência acerca da ventilação mecânica, o que favorecerá a construção de ideias sobre o binômio cuidado-conforto e sua inserção neste contexto. Não se trata, no entanto, de uma aquisição de conceitos e fundamentos adquiridos de forma científica sobre o que é e o que não é o conforto, mas sim de formulação de pensamentos, concepção de mundo e experiências particulares de cada enfermeira sobre este significado.

**Tabela 05 – Distribuição da amostra dos *sujeitos-objeto* de uma UTI pediátrica segundo o tempo de atuação em terapia intensiva pediátrica – Rio de Janeiro, agosto-outubro, 2011**

<b>TEMPO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Menos de 1 ano</b>	04	23,5
<b>1-5 anos</b>	05	29,4
<b>6-10 anos</b>	06	35,3
<b>Mais de 10 anos</b>	02	11,8
<b>Total</b>	17	100

Fonte: Instrumento de Coleta de Dados, OLIVEIRA, 2012 (Apêndice 6.2)

A tabela 05 evidenciou que, assim como o tempo de formação, o tempo de atuação em terapia intensiva pediátrica também possuiu expressividade em todas as faixas de tempo, mostrando novamente uma variedade de saberes, que contribuiriam positivamente para o estudo. Relembrando, foram incluídas todas as enfermeiras que atuam na assistência direta ao cliente em terapia intensiva pediátrica que concordaram em participar do estudo. Deste total, 47,1% possuem mais de 5 anos de atuação em terapia intensiva pediátrica e 52,9% possuem até 5 anos de atuação.

O tempo de atuação em terapia intensiva é um elemento relevante para análise do agir profissional, especialmente concernente ao manejo da tecnologia e a relação existente entre esta e o cuidado de enfermagem. Sob esta ótica, considerar a análise do conforto no âmbito da terapia intensiva pediátrica e, de forma mais específica do cliente em ventilação mecânica, requer da enfermeira o entendimento de que o ventilador mecânico possui relevância no contexto do cenário intensivo. Desta forma, faz-se necessária a construção de ideias que serão tomadas como referência para as ações frente a esta tecnologia. Desta forma, Louro (2010) afirma que a experiência profissional atrelada ao tempo de formação profissional implica diretamente da construção de tais ideias.

A enfermeira que atua em terapia intensiva necessita ter capacitação para exercer atividades de maior complexidade, para as quais é necessária a autoconfiança respaldada

no conhecimento científico para que este possa conduzir o atendimento do cliente com segurança. Para tal, o treinamento deste profissional é imprescindível para o alcance do resultado esperado. De acordo com Gratton (2000), a tecnologia pode ser copiada; assim, o grande diferencial no mercado competitivo são as pessoas. Desta forma, o preparo adequado do profissional constitui um importante instrumento para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado na UTI.

Devido à complexidade do cuidado em terapia intensiva e a presença de recursos tecnológicos em avanço contínuo, as enfermeiras necessitam de desempenho técnico e científico seguro. Desta forma o tempo de atuação profissional orienta o modo de cuidar de tal forma que a qualidade do cuidado se relaciona com a bagagem da enfermeira e seu aprendizado adquirido a partir das experiências profissionais. A experiência na enfermagem fornecerá perícia, o que dá autoridade intelectual e científica, entendida como o reflexo da associação entre o conhecimento teórico e o advindo da prática, que por sua vez, distingue a enfermeira (SILVA, 2011).

Trazendo o foco para o cuidado/conforto, Balsanelli, Cunha & Whitaker (2009) afirmam que a maturidade da equipe se relaciona diretamente com a capacidade e a disposição dos indivíduos em dirigir suas próprias atitudes. Neste contexto, duas dimensões devem ser consideradas em relação a uma tarefa específica a ser realizada: maturidade de trabalho que se centra nas habilidades técnicas e a maturidade psicológica que indica a motivação para fazer alguma coisa. O tempo de experiência das enfermeiras poderá influenciar significativamente no entendimento das relações que se estabelecem no cotidiano das práticas de cuidar em enfermagem na terapia intensiva e, do mesmo modo, na reflexão acerca do significado dos cuidados que são prestados e do ambiente dessas unidades (SILVA, 2006).

Para refletir sobre a inserção do cuidado confortante no contexto do cuidado intensivo sem causar prejuízos à saúde do cliente pediátrico em ventilação mecânica, entendemos que o tempo de experiência tem profunda interferência, à medida que a enfermeira adquire mais maturidade técnica e psicológica, assim como amplia o entendimento do seu papel, do cliente e da tecnologia na esfera do cuidado. Em suma, um maior tempo de experiência profissional em UTI favorece um maior entendimento sobre as questões que circundam o cuidado intensivo, inclusive sobre o binômio cuidado-conforto.



A este respeito, Santos, Jarufe e Amorim (1991) salientam que além das características individuais, como o tempo de experiência profissional, as diferenças de formação profissional também levam o trabalhador a enfrentar de forma diferente seu trabalho. Ressaltam também que a qualificação profissional leva o indivíduo a enfrentar a situação de trabalho de maneira diferente, pois a especialidade ajuda a reduzir a carga mental e diminuir a possibilidade de erro.

Destarte, entendemos que quase todas as variáveis (exceção para variável do gênero) possuem um grau de relação com um entendimento maior ou menor sobre o que representa a ventilação mecânica invasiva no âmbito da UTI, assim como o que representa o conforto na visão dessas enfermeiras e de que forma este pode ser inserido no cuidado ofertado ao cliente pediátrico.

## 5.2 - Categoria 1: O ventilador mecânico como obstáculo para o cuidado confortante

*“É por meio do pensamento que devemos iniciar a transformação. É por isso que para melhorarmos a realidade, devemos alterar positivamente nossa maneira de pensar e, conseqüentemente, de agir.”*  
Patricia Barbosa

Conforto, no sentido mais amplo da palavra, remete ao *ato* ou *efeito* de confortar. Pode significar comodidade material, aconchego (MICHAELIS, 1998). Está relacionado diretamente com *conveniência, eficiência, bem-estar físico, privacidade* (RYBCZYNSKI, 1986). O significado originário de conforto estava intimamente relacionado ao consolo, e consolar está muito ligado ao sentido de afagar que, por sua vez, tem forte conotação tátil, entretanto, não só afagamos a partir do toque, é possível afagar o outro através de uma palavra amiga, de ouvir o outro, o que sugere a importância de estudarmos mais profundamente as qualidades de enfermeiras capazes de proporcionar um cuidado confortante em unidade de terapia intensiva pediátrica.

A importância atribuída ao conforto e sua importância no restabelecimento e manutenção da saúde sofreu modificações ao longo dos anos. Durante os anos de 1900-1929 o conforto era considerado como o objetivo central da enfermagem e da medicina. Os profissionais acreditavam que através do conforto se alcançava a recuperação do doente. Uma boa enfermeira era aquela que confortava o cliente e essa oferta, principalmente à noite, quando estava sozinha enquanto profissional, traduzia sua vocação. De 1930-1959 foi considerado uma estratégia, um modo de se alcançar as necessidades fundamentais dos cuidados de enfermagem, durante o período de depressão econômica. De 1960-1980 o conforto caiu em desuso, tornou-se um pormenor na enfermagem e passou a ser significativo apenas para os doentes que não recebiam tratamento médico (MCILVEEN & MORSE, 1995). Na maioria das vezes, aqueles entendidos pelo modelo biomédico como fora de possibilidades terapêuticas, os doentes terminais.

A enfermagem é uma profissão predominantemente feminina desde a construção de sua essência, coexistindo com o cuidado doméstico às crianças, doentes e idosos, associado à figura de mulher-mãe, detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher (LOPES & LEAL, 2005), o que a faz carregar consigo fatores positivos (ligados às emoções) e fatores negativos (ligados à execução de suas tarefas). As

práticas de cuidar se desenvolveram, inegavelmente, no contingente feminino da população e se afirmaram como tal, porque mulheres seriam dotadas de qualidades *naturais* para o seu desempenho (WALDOW, 2001). O cuidado como ação feminina o traduz como adaptado à fragilidade das mulheres e suas experiências domésticas (LOPES & LEAL, 2005).

As questões de gênero na enfermagem, ou a feminização da enfermagem, tem uma influência histórica marcada pelo seu início como um serviço organizado pela instituição de ordens sacras, com um exercício institucional exclusivo e/ou majoritariamente feminino e caritativo (LOPES & LEAL, 2005). Durante sua evolução histórica mudanças ocorreram na representação e no papel ocupado pela enfermeira na sociedade, sem, no entanto, conseguir provocar uma mudança nos valores simbólicos e vocacionais construídos quanto à seletividade de mulheres para a profissão. Lopes & Leal (2005) também consideraram a influência de Florence Nightingale, ao institucionalizar, na Inglaterra Vitoriana em 1862, uma profissão para as mulheres, para a qual elas estavam “naturalmente preparadas” (GRIFO DO AUTOR).

Atualmente, a profissão ainda encontra os traços históricos, quando pesquisas apontam que o gênero feminino é superior em número em todas as categorias da enfermagem em relação ao gênero masculino. Em estudo realizado em 1987, constatou-se que o grau de feminização da enfermeira era de 94,1% (LOPES, 1987 apud LOPES & LEAL, 2005, p. 115). Dados primários do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de 2004 mostra que o percentual masculino aumentou somente em 2%, mantendo o gênero feminino ainda hegemônico (LOPES & LEAL, 2005). Esta pesquisa não encontra números diferentes, com 88,2% pertencentes ao gênero feminino.

Retornando a temática cuidado/conforto e refletindo sobre essa mudança no objetivo dos cuidados de enfermagem procuramos entender por quais razões a enfermeira passou a desconsiderar o principal fator determinante da sua qualidade - habilidade e personalidade, o conforto do doente, que já foi a sua primeira e última consideração na prestação da assistência. McIlveen & Morse (1995) acreditam que a relutância em se associarem a este conceito deu início na mente das pessoas, remetendo o conforto às noções de feminilidade, fraqueza e subserviência. Portanto, de pouco valor para a racionalidade médica.

O enfoque do conforto se modifica ao longo da história e para Mussi (2005) essa mudança se deve a influências religiosas, exigências políticas e econômicas institucionais e a racionalidade médico-científica. A enfermagem acompanhou as mudanças no cenário da saúde e com a introdução de inúmeras e novas estratégias de cura do cliente o conforto passou a ser subordinado às medidas médicas.

Acompanhando as mudanças históricas da profissão e necessidades do cenário hospitalar, as escolas de enfermagem também foram se modificando. Em 1890, houve a primeira evidência de organização do ensino de enfermagem no Brasil, com objetivos dirigidos à formação de pessoal para atuar em psiquiatria, hospitais civis e militares. Em 1923, começa a surgir o ensino sistematizado com o propósito de formar profissionais que contribuíssem para garantir o saneamento dos portos, em virtude do agravamento do quadro da saúde pública no Brasil, que refletiu nas relações comerciais (ITO, 2005). Com necessidades específicas no cenário nacional, o ensino se concentrou em atender as questões políticas e econômicas.

Em 1962 - década em que o conforto não era mais considerado o objetivo primeiro da enfermeira - com o parecer do Conselho Federal de Educação CFE nº 271/62, o currículo mínimo do curso de enfermagem sofreu algumas modificações em relação à duração (sendo reduzido para 36 meses) e as disciplinas enfocavam um caráter curativo, modelo capitalista e centrado nas clínicas especializadas (ITO, 2005). A enfermagem se volta para as novas estratégias de cura do cliente e o conforto deixa de fazer parte das atividades essenciais da enfermagem, passando a ser subordinado às necessidades médicas.

No último século, o homem se concentrou no desenvolvimento da ciência e tecnologia. O surgimento do pulmão de aço em 1927 e a oficialização da unidade de terapia intensiva melhoraram nossas condições de vida, fato inquestionável do ponto de vista biomédico. Nesta época, o cliente passa a ser secundarizado e as atividades de cunho terapêutico passam a ter privilégio (WALDOW, 2008). A introdução de estratégias diversas voltadas primordialmente para a cura do cliente resultou, algumas vezes “na subordinação do conforto às medidas médicas” (MUSSI, 2005, p. 75). Inicia-se o processo através do qual o respeito, gentileza, compaixão, amabilidade, disponibilidade, segurança, oferecimento de apoio e conforto, entendidos por Waldow (2001, 2008) como comportamentos e atitudes de cuidado, começam a ser desconsiderados como primordiais.

No período de 1960 a 1980, a tecnologia se inseriu fortemente nas instituições de saúde provocando mudanças nas atividades prestadas ao doente pela enfermeira. Com a agregação de outros profissionais de enfermagem (assistentes e auxiliares) a enfermeira passou a dispor de pouco tempo para estar em contato direto com os doentes e voltou sua atenção para a observação das novas tecnologias (monitores), administração de medicamentos e supervisão da equipe e estudantes de enfermagem, talvez, por entender que já dominavam os aspectos anatomofisiológicos inerentes ao corpo humano. As ações de conforto, consideradas “simples”, passam então a ser executadas pela família e demais membros da equipe de enfermagem (MUSSI, 2005).

Assim, entendemos que o conforto perdeu a posição de atividade número um da enfermeira não somente por uma questão de gênero conforme acreditavam McIlveen & Morse (1995), mas também por um contexto histórico e evolutivo da sociedade e da saúde em associação com o ensino da profissão, que promoveram um engrandecimento das medidas curativas e do cuidado biomédico, acrescido pelo advento da tecnologia.

Percebo, como um membro desse cenário intensivista, traços dessa mudança de conduta ainda fortemente arraigados nos profissionais, inclusive, de enfermagem, a atenção à tecnologia dividindo espaço com a atenção ao doente. Mas observamos também que uma ponta de reflexão vem surgindo quando começamos a questionar sobre cuidados de enfermagem e conforto. O questionamento de forma nenhuma tem o objetivo de diminuir ou refutar a importância da tecnologia na nossa prática e no sucesso da assistência prestada pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva, mas de tentar iniciar uma reflexão sobre o binômio *cuidado/conforto* no cliente em uso desta tecnologia.

Nas respostas das enfermeiras *sujeitos-objeto*, verificamos que 64,7% acreditam que o ventilador mecânico pode dificultar a prestação de cuidados confortantes à criança em terapia intensiva pediátrica. Analisando as falas destas enfermeiras percebemos um cuidado referente à interferência do ventilador mecânico na impossibilidade de mudança de decúbito e nas repercussões, neste caso, o desconforto físico, desse (des)cuidado:

**Enf. 04:** *“Mesmo ciente do benefício que a tecnologia (avanço) tem na terapia intensiva pediátrica e neonatal, o uso contínuo da ventilação mecânica (além do período principalmente), torna-se desconfortável, ..., quando a criança está muito grave e o manuseio fica mais restrito, impossibilitando a mudança de*

*decúbito de 3/3 horas por exemplo, propicia além de pneumonias, úlceras de pressão caso não haja proteção da pele e de proeminências ósseas.”*

**Enf. 12:** *“Muitas das vezes o modo ventilatório proposto e a clínica implicam em posicionamento menos confortável ao cliente, ou em posturas desconfortáveis,...”*

**Enf. 16:** *“A tecnologia se sobrepõe ao cuidado confortante na maioria das vezes. A prioridade é sempre o melhor posicionamento no leito não para que a criança se sinta mais confortável e sim para que o respirador atinja sua melhor capacidade.”*

Segundo Kolcaba e Wilson (2002), autoras que escrevem sobre a importância do conforto no contexto da enfermagem, existem quatro contextos importantes em que o conforto está inserido. Seriam eles: físico (relacionado às sensações corporais e mecanismos homeostáticos – do equilíbrio do corpo); psicoespiritual (relacionado à consciência interna de si, em que se pode incluir estima, conceito, sexualidade, significado na vida de alguém), sociocultural (pertencente a relações interpessoais, familiares e sociais e também a tradições familiares, rituais e práticas religiosas); e ambiental (pertencendo à base externa da experiência humana – temperatura, luz, som, odor, cor, mobiliário, paisagem etc).

Fica evidente que essas enfermeiras se preocupam com o conforto, entretanto, mais evidentemente, com o conforto físico, conforme podemos constatar em Kolcaba e Wilson (2002). Em momento algum as enfermeiras fazem menção ao ambiente vivenciado sob o aspecto do conforto, que merece também a devida atenção, pois se desdobra, portanto, numa série de quesitos, tais como: ergonomia, iluminação, acústica, contexto térmico, entre outros. Esses quesitos, por sua vez, não existem autonomamente. Dependem da relação que a enfermeira da terapia intensiva desenvolve com o ambiente e com o cliente pediátrico necessitado de ventilação mecânica para dar conta de sua necessidade de oxigenação e que, naquele momento, habita o espaço da terapia intensiva, assim, a não preocupação explícita fica bem caracterizada quando as enfermeiras desconsideram em suas falas os outros três contextos de conforto acima citados. Nesta investigação, o ambiente em questão é o espaço interno da edificação da unidade de terapia intensiva e as condições de conforto desse espaço dependem intimamente da relação do trinômio

*enfermeira-cliente-ventilador mecânico*, além, das características arquitetônicas inerentes a esta unidade.

Ousamos pensar que talvez essa questão fosse influenciada pela formação profissional. Todavia, após discussão e reflexão não acreditamos que a formação seja responsável pela não preocupação da enfermeira com o contexto ambiental e demais contextos. Se a preocupação com o conforto fosse fruto dos ensinamentos de graduação, não apenas o contexto físico teria sido considerado, acreditamos que haveria menção aos 4 contextos de Kolcaba, ou pelo menos, no mínimo, menção ao contexto ambiental. Assim, se a não preocupação com o conforto fosse fruto da ausência do tema nos ensinamentos de graduação, nem o contexto físico teria aparecido. Como não há relação entre esse conhecimento – os 4 contextos do conforto de Kolcaba - e o ensino de enfermagem, pensamos que essa preocupação emergiu tão somente pela importância dada pela enfermeira somente a este contexto físico, referindo –se a uma opinião particular, sua visão de mundo.

Erich Fromm, em 1984 já refletia sobre a influência da “máquina” na nossa sociedade e afirmava que “levamos a cabo decisões que nossos cálculos de computadores fazem para nós”. Trazendo para o contexto da enfermagem, e ampliando para a saúde em geral, permitimos agora mais do que antes, que tecnologias cada vez mais avançadas, com cálculos complicados sobre parâmetros diversos do cliente, sejam irrefutáveis para o estabelecimento da conduta terapêutica. O imperativo do dever moral quanto ao significado do cliente na esfera do cuidado foi substituído pelas demandas médico-científicas, em sua grande maioria, demandas de necessidades humanas básicas pertencentes à base da pirâmide proposta por Maslow (1970).

Para Silva (2008, p. 157), na “terapia intensiva é assim que costumamos pensar a tecnologia: máquinas que parecem ser a alma, a espinha dorsal dessas unidades.” E afirma ainda que o cuidado em terapia intensiva hoje, mais do que antigamente, tem se distinguido pela introdução de novas tecnologias com objetivo de melhorar a qualidade da assistência multiprofissional e qualidade de vida de quem cuida e de quem é cuidado. No entanto, Galian (2000, apud SILVA, 2008, p.158), afirma que os avanços tecnológicos e científicos trazem consigo uma série de transformações e tem a desumanização como uma das principais consequências. Caminhando no mesmo sentido, alguns autores (NIETSCHE, 2000, apud SILVA, 2008, p. 158) discorrem que os profissionais de enfermagem ao não se

darem conta de onde termina a máquina e onde começa o cliente, transformam a relação entre a “máquina” e o cuidado de enfermagem num “ato mecânico”, vendo o “cliente uma extensão do aparato tecnológico”.

Há de ser considerado que talvez esse olhar e essa transformação imposta aos cenários da saúde tenham favorecido que a enfermeira esquecesse de que os cuidados com o cliente não se restringem somente ao campo físico como vimos nas falas dos *sujeitos-objeto*. O ambiente em que o cliente se insere na terapia intensiva também se submete às características e especificidade da tecnologia, como por exemplo, permanecer em baixas temperaturas para o perfeito funcionamento do equipamento, deve estar constantemente iluminado para boa visualização do cliente e equipamentos, constantes alarmes necessários para chamar atenção da equipe para eventuais problemas, entre outros. Enquanto a preocupação com o bem estar físico se foca no posicionamento no leito que é dificultado pelo uso desta tecnologia dura, não podemos esquecer que o corpo também sofre influências desse ambiente, que podemos assim entender, também são causados pela tecnologia dura, neste caso pelo ventilador mecânico.

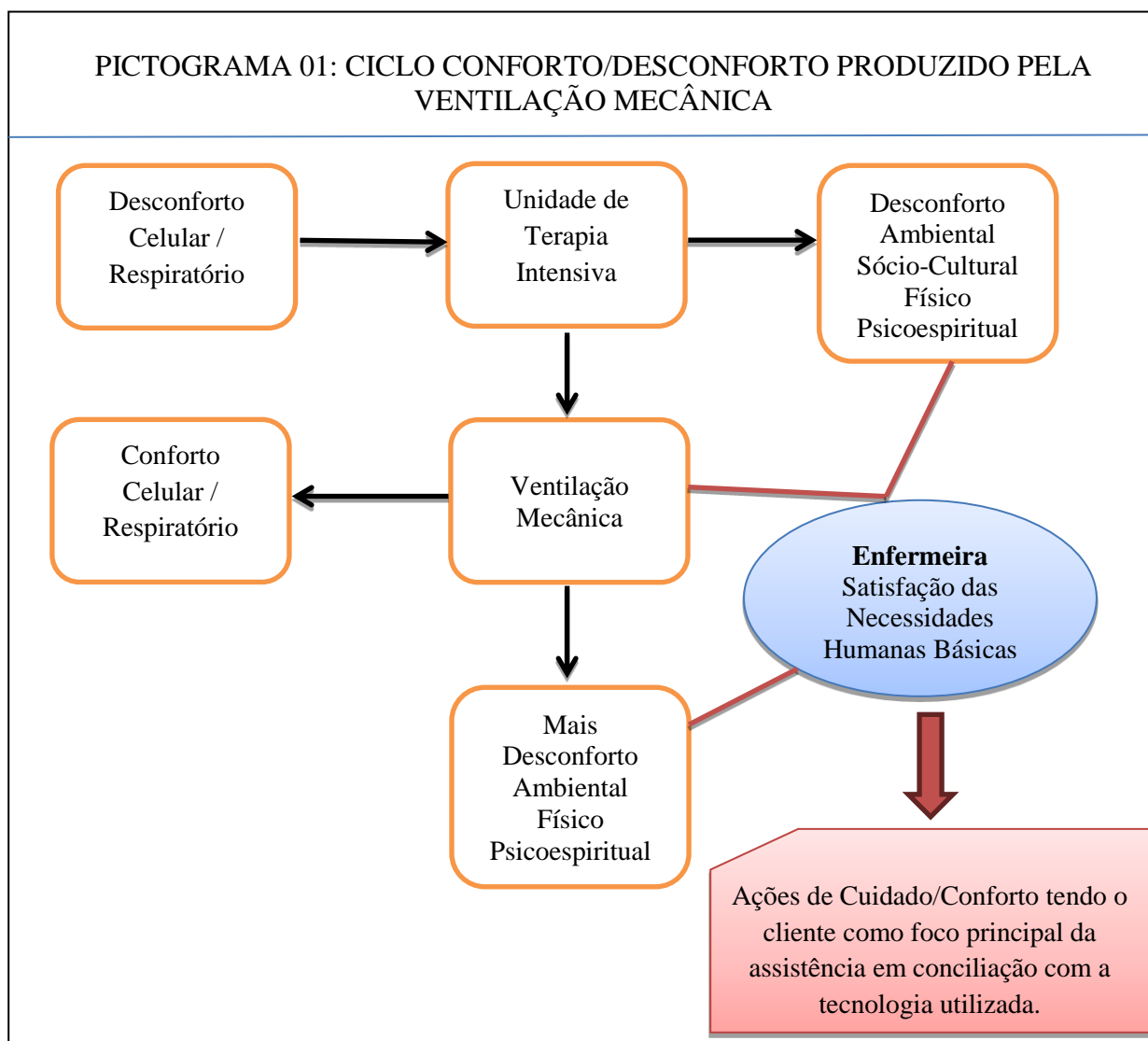
Contudo, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba traz um elemento que poderia, não justificar, mas talvez, acrescentar uma reflexão à importância dada ao conforto do cliente e à tecnologia dura a ele acoplada. Kolcaba cita Hamilton (1989, p.483) que explorou o significado do conforto na perspectiva dos doentes, e após um estudo com clientes em cuidados paliativos declarou que “a mensagem clara é a de que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes.” Essa afirmação nos remete a pensar que o significado do conforto também possa ser diferente de profissional para profissional e de categoria para categoria, significando para alguns o restabelecimento da respiração e ausência de hipóxia celular também como uma forma de conforto e, para outros, um melhor posicionamento no leito e ausência de lesões. Seguem as falas que corroboram com essa proposição:

*Enf. 13: “Na minha opinião a ventilação mecânica invasiva é um aparato necessário para proporcionar conforto a clientes que necessitam de auxílio para uma boa oxigenação.”*



*Enf. 5: “A ventilação mecânica invasiva vem para minimizar e/ou sanar os problemas que vão/estão alterando o conforto da criança, gerando o bem-estar do paciente.”*

Centrar-se na perspectiva de que ambas as preocupações possuem espaço no cenário da terapia intensiva e têm profunda relevância, surge nas falas das enfermeiras e demonstra que mesmo a ação que objetiva o conforto do cliente, como promover boa oxigenação e retirar o cliente de um quadro respiratório agudo (por exemplo) pode ser causador de outras situações/ações de desconforto, conforme pictograma 01 abaixo:



\* Pictograma de autoria dos pesquisadores.

O pictograma nº 01 mostra o ciclo conforto/desconforto gerado pela ventilação mecânica. O cliente com quadro de desconforto celular e respiratório (insuficiência respiratória) é admitido na unidade de terapia intensiva, fato que agrega ao desconforto anterior novos contextos de desconforto: ambiental, sócio-cultural, físico e psicoespiritual. Anteriormente à introdução da ventilação mecânica a enfermeira da UTI deve assumir seu papel na promoção de ações de cuidado/conforto para satisfação das Necessidades Humanas Básicas, baseado no desconforto imposto e sentido pelo cliente. Após evolução para a ventilação mecânica ocorre um estágio de conforto relacionado ao Sistema Respiratório, ao mesmo tempo em que, impõe e é sentido pelo cliente mais desconforto (ambiental, sócio-cultural, físico e psicoespiritual) advindo da ventilação mecânica enquanto tecnologia dura e enquanto processo de cuidado. Neste momento, as ações de cuidado/conforto continuam tendo o cliente como foco da assistência, no entanto, passa a conciliar as ações de conforto com a tecnologia utilizada, neste caso, o ventilador mecânico.

O papel da tecnologia dura<sup>7</sup> na unidade de terapia intensiva tem sua importância definida, porém a relação entre sua ação no corpo biológico e celular e sua ação no corpo físico e espiritual, é quase anulada pela racionalidade científica. Uma vez aceito o princípio de que algo deveria ser feito porque é tecnicamente viável, todos os outros valores são destruídos e o desenvolvimento tecnológico passa a ser a base da ética (FROMM, 1984).

Diante desse movimento que se mantém vivo e atual, o cuidado e o conforto vêm permanecendo em “uma postura irreduzível ante o hermetismo totalitário da razão” e de um paradigma científico de saúde que valoriza o real, o concreto e o objetivo em detrimento do que é simbólico, abstrato e subjetivo. Devemos caminhar em direção a uma política de diversidade, pluralidade de valores e racionalidades: “à ética que transfere a questão do *ser* e do conhecer para a construção do futuro pela criatividade do encontro com o outro” (SILVA E CARVALHO, 2009, p.771).

Lucena (2004, p.249), em sua dissertação, destaca os benefícios da tecnologia como uma oportunidade de otimização do tempo da enfermeira, o que “oportuniza a expansão do papel da enfermagem, à medida que orienta e libera a enfermeira para realizar novos

---

<sup>7</sup> Representada pelas máquinas e instrumentos, essencialmente compostas por trabalho morto (instrumental), embora precisem de trabalho vivo para serem operadas.

olhares.” Pensamos que esse novo olhar possa se encaixar na retomada, ressurgimento ou saída de um período de latência de um antigo olhar, quando a enfermeira entendia a multidimensionalidade do conforto e sua relação com o cuidado. É importante ressaltar que embora o desenvolvimento tecnológico tenha motivado alterações significativas no processo de trabalho da enfermagem ao longo dos tempos, a integração dessas tecnologias, neste caso a tecnologia dura, não pode sob nenhum aspecto anular os momentos singulares do trabalho em saúde (ROSSI E SILVA, 2005), especialmente da enfermeira.

Bernardo (1998 apud LUCENA, 2004, p.249, grifo nosso), autor da área médica, acredita em outras oportunidades na tecnologia e afirma que “seu uso também possibilita às enfermeiras executarem tarefas e atividades com eficiência, podendo tornar os procedimentos menos invasivos, **mais confortáveis** e privados”, ou menos desconfortáveis, afirmativa que segue no sentido oposto quando tratamos do tema tecnologia dura e conforto em unidade de terapia intensiva. Neste sentido devemos nos perguntar, mais confortável para quem? E para quem está voltado o nosso cuidado?

O homem não é apenas o criador da tecnologia, mas também há um processo através do qual o homem se torna dependente dela. Assim, pensar no cliente como foco das ações médicas e do cuidado de enfermagem pode ser o primeiro passo para uma relação de *simbiose* entre a tecnologia e o *ser*, ou nas palavras do sociólogo Erich Fromm, a busca por uma tecnologia humanizada. Preferimos preconizar – incentivar - adotar uma “cultura” de cuidar em unidade de terapia intensiva que faça com que os profissionais entendam que a tecnologia dura possui um papel coadjuvante no processo de restabelecimento da saúde do cliente e que, independentemente do entendimento de que o ventilador artificial seja uma barreira para a promoção do conforto físico, pois, dificulta a adoção de medidas de cuidados confortantes, não devemos perder de vista a possibilidade de considerarmos os outros contextos do conforto propostos por Kolcaba (1991), o psicoespiritual, sócio-cultural e ambiental.

Neste contexto, a tecnologia não pode ser vista apenas como algo concreto e palpável, mas também como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações objetivas ou subjetivas que apresentam como finalidade o cuidado em saúde, permeando o processo de trabalho e a forma como se estabelecem as relações entre os agentes (ROCHA, 2008).

Discorrendo sobre a tecnologia humanizada, trazida aqui como significando aquela que leva em consideração o cliente como um todo, Fromm (1984) afirma que o que pode parecer eficaz por uma definição limitada pode ser altamente ineficiente se o tempo e o campo de ação do estudo forem ampliados. Neste pensamento, se nos detivermos ao estudo do ventilador mecânico somente do ponto de vista biomédico o consideraremos eficaz, pois equilibra a dinâmica respiratória e restabelece a oxigenação celular, conforme esperado.

Por outro lado, se ampliarmos nossa reflexão e pensarmos no ventilador mecânico sob a ótica do *cuidado/conforto* veremos que ele se insere como gerador de ações e situações causadoras de desconforto nos quatro contextos descritos por Kolcaba, o físico (como por exemplo a limitação na mudança de decúbito, permanência do cliente em posições desconfortáveis para melhor adaptação ao ventilador mecânico, o que pode gerar dor e lesões, entre outras); o psicoespiritual (como por exemplo o medo da situação desconhecida que foge a compreensão do cliente pediátrico, favorecendo um estado de estresse intenso); o sócio-cultural (exemplificado pela separação da família motivado pelo espaço físico inadequado); e o ambiental (ocasionado pelo ambiente da terapia intensiva em si com seus ruídos, temperatura baixa, manuseio excessivo, quebra do ciclo circadiano, entre outros). Podemos trazer para nosso campo de estudo o conceito de “efeitos vizinhos”, extraído da Economia, que se traduz nos efeitos que ultrapassam a atividade imediata e muitas vezes são ignorados ao se considerar os benefícios ou o custo.

Contudo, Louro (2010) ressalta que às evoluções científicas e tecnológicas se soma a capacidade de passar por sucessivas transformações do conhecimento por parte dos seres humanos, inicialmente no tocante a criação e, posteriormente, no lidar com estas tecnologias, onde os indivíduos necessitam adquirir um conhecimento de forma a poderem se utilizar da melhor maneira possível destas ferramentas e/ou instrumentos.

Os benefícios da ventilação mecânica se sobrepõem e justificam seu uso mesmo causando determinados níveis de desconforto no cliente? Pensamos que sim, já que esta tecnologia é responsável por salvar vidas, que é o objetivo precípua da unidade de terapia intensiva. Sem ela a unidade perderia sua razão e seu sucesso, além de muitas perdas de entes queridos. Porém, a utilização desta tecnologia e os obstáculos que ela provoca na prestação de cuidados confortantes, conforme a opinião das enfermeiras respondentes, não

justifica que este cuidado seja esquecido ou deixado em segundo plano, como aquilo que faremos se “der tempo”.

É possível identificar o fascínio que a tecnologia exerce sobre os profissionais da saúde, especialmente da medicina e enfermagem, no entanto, é impreterível atentar para que a máquina não se torne mais importante que o cliente. A enfermeira precisa entender que a tecnologia é apenas uma ferramenta para auxiliar no cuidado do *ser*, não se afastando do cuidado do cliente, o que tornaria a arte da enfermagem não mais baseada no cuidado ao ser humano, mas sim, em inovações tecnológicas (BERNARDO, 1998, apud LUCENA, 2004, p.250). No entanto, também não deve refutar que o cuidado de enfermagem em UTI e a tecnologia estão interligados, uma vez que a enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias, e a tecnologia consiste na expressão desse conhecimento (ROCHA, 2008).

Para as enfermeiras o cliente pode ser beneficiado mesmo em uso da ventilação mecânica se o conforto fizer parte dos objetivos do cuidado. Esta tecnologia dificulta sim, mas **não** é vista como vilã do cuidado (des)confortante:

*Enf. 16: “O olhar dos enfermeiros deve estar voltado para um cuidado de enfermagem atento às necessidades da criança, contudo as tecnologias que permeiam tal cuidado não devem ser marginalizadas, já que em alguns momentos são prioridade. Se o foco dos profissionais for um cuidado cuja premissa é o conforto, o paciente será beneficiado. Já é tempo dos profissionais estarem envolvidos muito mais com o ser humano.”*

*Enf. 3: “Existem inúmeros métodos de prestar um cuidado confortável apesar da mecânica e complexidade utilizada.”*

*Enf. 7: “Dificulta por ser mais um artefato a ser manuseado, porém não impede o desenvolvimento de ações confortantes quando atentamos às necessidades que envolvem esta criança.”*

*Enf. 2: “A ventilação mecânica é um mal necessário, mas a criança pode ser manipulada com cuidado.”*

A palavra *obstáculo* é definida pela filosofia (DICIONÁRIO DE FILOSOFIA DE NICOLA ABBAGNANO, 1998) como “limite à atividade”. Fichte (mesmo dicionário) o definiu da seguinte forma: “O que significa uma atividade e como se torna uma atividade? Simplesmente pelo fato de a ela se opor um obstáculo.” Entender o ventilador mecânico como uma tecnologia dura que figura como um obstáculo na prestação do cuidado confortante nos faz pensar nessa questão por um novo prisma. Filosoficamente falando, para que a atividade de promover o conforto ao cliente exista se faz necessário que exista um obstáculo. Relembrando, Silva e Carvalho (2008) conceituam o conforto como um estado de bem-estar percebido pelo cliente que poderá resultar em qualidade de vida, mas ao mesmo tempo, os autores referem que o estado de bem-estar deverá estar intimamente relacionado a um ponto de referência, nesse caso, o estado de desconforto ou zona de desconforto de Kolcaba (2001).

Podemos assim afirmar: o ventilador mecânico enquanto obstáculo à prestação do cuidado confortante e como obstáculo em si, leva o cliente a uma zona de desconforto, que deve expressar uma necessidade imperiosa e indiscutível da enfermeira em adotar *medidas de conforto* para que de alguma forma o cliente atinja um estado de bem-estar. Essas *medidas de conforto* são definidas por Kolcaba (2001) como um processo em que o resultado é um conforto melhorado quando comparado com uma linha de base anterior.

Neste sentido, Katharine Kolcaba elencou três tipos de conforto baseados em teóricos da época (Orlando, Henderson, Paterson e Zderad) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental) descritos na Teoria do Conforto (Kolcaba, 2001).

1. O **alívio** representa a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica;
2. A **tranquilidade** representa um estado de calma ou contentamento;
3. A **transcendência** representa a condição na qual um indivíduo suplanta seus problemas ou sofrimento.

Esses tipos de conforto podem ser experimentados nos seguintes contextos:

1. **Físico**: pertencente às sensações do corpo;
2. **Psico-espiritual**: pertencente à consciência interna de si próprio;

3. **Ambiental:** pertencente ao meio, às condições e influência externas;
4. **Social:** pertencente às relações interpessoais, familiares e societais.

Nas falas das enfermeiras percebemos que a tecnologia dura e o cuidado confortante vem caminhando em direções opostas, travando uma batalha para definir quem é de maior “importância”. Não pensamos ser este o caminho que devemos seguir no cumprimento do nosso dever. A tecnologia dura e o cuidado confortante devem caminhar em uma direção única, para garantir que o cliente receba o melhor tratamento possível, preocupando-se em compreender que o foco primário de todas as ações é o cliente, mas que antes de tudo é um *ser humano*.

Desta forma, observando atentamente a afirmação de que **para esses sujeitos-objeto o ventilador mecânico se configura como um obstáculo na prestação do cuidado confortante** e que este obstáculo possui relevância na promoção do conforto e, refletindo sobre os tipos de conforto e seus contextos, acreditamos que **sempre** haverá algo que nós enfermeiras possamos fazer para deixar o cliente confortável, entendendo o conforto como uma melhora de um estado anterior existente. E mais, entendendo o conforto como um dever ético e moral e que “nada relativo ao conforto é suficientemente pequeno para ser ignorado” (AIKENS, 1908).

### 5.3 - Categoria 2: O cuidado confortante em unidade de terapia intensiva pediátrica exige das enfermeiras qualidades essenciais

*Cada ser humano, junto com o conhecimento das ciências, deve também adquirir humildade, disciplina e bom caráter, ou seja, deve saber e ser. Deve ter consciência de si, do outro, do nós e de que tudo que existe está inter-relacionado.”*  
Içami Tiba

Como ponto de partida, pensamos que é de suma importância tratar das definições dos termos *qualidade* e *essencial*, termos utilizados nessa investigação e que deram origem ao termo referente composto o qual utilizaremos como expressão, qualidades essenciais, que se trata do objeto deste estudo. Segundo Abbagnano (1998, p. 816) a noção de *qualidade* é “extensíssima e dificilmente pode ser reduzida a um conceito unitário”. Aqui cabe nosso grifo para ratificar que, quando tratamos de *termos referentes*, estes, por si só, já se configuram como conceitos e por isso precisamos distinguir duas propriedades: a **compreensão** ou *intensão* do conceito e a **extensão** ou *extensividade* do conceito, conforme nos chama atenção Abbagnano.

Nesse sentido, vale destacar que a compreensão de um conceito (conteúdo ou conotação do conceito – *termo referente*) se refere às propriedades ou características comuns definidoras de um determinado número de indivíduos da mesma espécie. Exemplo: a compreensão do conceito **homem** é, entre outras características, ser vivo, vertebrado, mamífero, bípede, dotado de linguagem articulada, ser simbólico etc. Já a extensão do conceito (**domínio de aplicação do conceito ou denotação**), nessa investigação, a unidade de tratamento intensivo pediátrico, refere-se ao número ou quantidade de seres que se englobam caracteristicamente nesse conceito – *termo referente qualidade essencial*, isto é, são por ele designados ou aos quais pode ser atribuído. Por outras palavras, são os elementos ou membros da classe lógica que o conceito define. Retornemos ao exemplo do termo referente “homem”, a extensão desse conceito compreende todos os seres em relação aos quais se pode dizer que são homens: o João, o Manuel, o Filipe etc.

Portanto, o conceito representa sempre duas ordens de coisas: certo número de propriedades ou características (compreensão do conceito) e o *ser* ou o conjunto de *seres* a



que essas propriedades pertencem (extensão do conceito). Tanto um quanto outro influenciou os respondentes dessa investigação.

Não obstante, Abbagnano (1998) nos oferece conceitos da linguagem filosófica que vêm se constituindo desde o tempo da Grécia antiga até nossos dias. E complementa afirmando que o termo *qualidade* compreende uma família de conceitos, distinguidas por Aristóteles em quatro grupos:

1- Em primeiro lugar, entende-se por *qualidade* os hábitos e disposições, que se distinguem porque o hábito é mais estável e duradouro que a disposição. São hábitos: a temperança, a ciência e, em geral, as virtudes; são disposições: a saúde, a doença, o calor, o frio etc.;

2- Uma segunda espécie de *qualidade* consiste na capacidade ou incapacidade natural;

3- O terceiro gênero de *qualidade* é constituído pelas afeições e suas consequências, são as qualidades sensíveis propriamente ditas (cores, sons, sabores, etc.);

4- A quarta espécie de *qualidade* é constituída pelas formas ou determinações geométricas, como por exemplo, pela figura (quadrado, círculo) ou pela forma (retilínea, curvilínea).

Ainda segundo a visão filosófica de Abbagnano (*op cit*), o termo *essencial* tem o significado mais comum e genérico de “importante”, utilizado em expressões como, por exemplo, “caráter essencial” e “qualidade essencial”. **O termo não faz referência aos significados específicos da “essência”, pretendendo somente ressaltar a importância de um caráter ou qualidade a partir de certo ponto de vista**, a mundividência inerente a cada um dos respondentes acerca do objeto de investigação aqui delimitado.

Outras definições para os referidos termos podem ser encontradas em dicionários e complementam o entendimento a cerca da expressão *qualidade essencial*. O Dicionário Michaelis (1998, versão on line) traz a definição de qualidade como “1- Atributo, condição natural, propriedade pela qual algo ou alguém se individualiza, distinguindo-se dos demais; maneira de ser, essência, natureza; 2- Excelência, virtude, talento; 3- Caráter, índole, temperamento”. *Essencial* (mesmo dicionário) é definido como “2- Que constitui a parte necessária ou inerente de uma coisa; necessário, indispensável; 3- Característico, importante.”

O termo *qualidade* também pode ser dividido em *qualidade técnica*, entendida como aquela que satisfaz as expectativas de produtos e serviços, e *qualidade humana*, entendida como aquela que satisfaz as pessoas (CONTE, 2002). Pensamos ser oportuno esclarecer que neste estudo trabalhamos com as qualidades **humanas**, visto que a enfermagem, entendida como uma organização tem sua origem nas pessoas, seu trabalho é processado por pessoas e o produto de seu trabalho se destina às pessoas (RUBO & PRADO, 2003, apud GIORDANI, 2008, p.26).

Para fins desta investigação, o termo *qualidade essencial*, referente à enfermeira, significou a existência no profissional de determinada **capacidade** considerada por elas (enfermeiras) como **importante**, com o objetivo de facilitar o binômio cuidado/conforto na unidade de terapia intensiva pediátrica.

“A árvore se conhece pelos frutos” (JESUS). Para iniciar nossa reflexão e análise questiono: precisamos, nós enfermeiras, possuir qualidades *essenciais* para a prestação de cuidados confortantes em unidade de terapia intensiva pediátrica? Conhecendo as qualidades *essenciais* da enfermeira talvez seja possível uma maior aproximação da verdade e quiçá chegarmos a uma assertiva de que a enfermeira é capaz de prestar cuidados de conforto ao cliente pediátrico gravemente enfermo, inclusive, sendo essa uma possível hipótese a ser testada em plano de doutorado.

O foco da enfermagem, de maneira geral, sempre foi o cuidado. Seja individualmente, na família ou na comunidade, seja atuando na promoção, recuperação e reabilitação da saúde, ou na prevenção de doenças e agravos. A partir dessa premissa Horta, 2001; Sá, 2001; Zoboli, 2004; Bartmann et al., 2005 (apud GIORDANI, 2008, p.16) afirmam que o cuidado é o bem interno da enfermeira, e que esta “...atua proporcionando conforto, acolhimento e bem-estar para o indivíduo e a comunidade...”.

Primeiramente, para identificar se as enfermeiras acreditavam que a presença de qualidades *essenciais* era necessária na prestação de cuidados confortantes, realizamos a seguinte pergunta: “Visando facilitar o binômio cuidado-conforto, para você, é pré-requisito que as enfermeiras da UTI pediátrica sejam dotadas ou desenvolvam qualidades *essenciais* para cuidar de seus clientes?” A resposta a este questionamento obteve 70,58% de afirmativa, ou seja, na opinião das enfermeiras é pré-requisito que qualidades *essenciais* estejam presentes para a prestação de cuidados confortantes ao cliente na UTIP.

Waldow (2008, p.87) afirma que “o ser humano é um ser de cuidado; o ser nasce com este potencial, portanto, todas as pessoas são capazes de cuidar...”. Entendo esta afirmativa como uma vocação natural que o ser humano possui para cuidar de outro ser humano, mesmo que o cuidador não possua nenhuma característica especial para fazê-lo. Iniciarei a análise com a fala de *sujeitos-objeto* que acreditam nesta propositura:

*Enf. 12: “Não. Acredito que o cuidado com conforto seja mais uma questão de vocação do que propriamente de qualidades essenciais. Existem pessoas sem qualificação técnica alguma que “cuidam” no sentido mais profundo da palavra do que muitos profissionais. Considero que o amor à profissão, o amor ao próximo e a capacidade de se colocar no lugar do outro sejam fatores que propiciam um cuidar mais confortante. [...] Se o profissional não estiver satisfeito com o local, com as pessoas e não possuir condições de trabalho, isto afetará o modo de cuidar do outro.”*

*Enf. 15: “Sim. Alguns profissionais já possuem um dom nato para o cuidado,...”*

Segundo Nascimento (2004), a unidade de terapia intensiva é constituída por um ambiente conturbado devido às múltiplas aparelhagens, ao desconforto, à impessoalidade, à falta de privacidade, à dependência de tecnologia e ao isolamento social, entre outros; e com características bastante próprias como a convivência com situações de risco, a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia com vistas a manter o ser humano vivo, rotinas e rapidez no atendimento. Essas características somadas a um ambiente peculiar traduzem a unidade de terapia intensiva como um “passaporte para a vida” que não pode ceder à falta ou pouco conhecimento científico e tecnológico e dotado de etapas obrigatórias a se cumprir, não desmerecendo e nem inferiorizando a predestinação ou determinação natural do *ser* para o cuidado humano ou a sua vocação.

A “vocação” é tida por Florence Nightingale (1989, p. 163) como um “entusiasmo” que cada um “deve ter a fim de seguir seu chamado”. É essa “vocação” que motiva a enfermeira a dar assistência aos seus clientes, para satisfazer suas necessidades pessoais, o que “nenhuma *preleção* (grifo do autor) vai torná-la capaz de fazê-lo”. Para Waldow

(2001, p.137) o “chamado” é o que motiva o cuidar e está relacionado a um sentimento, a uma compulsão para ajudar, não é um comportamento impensado, mas sim “consciente no sentido de responder a princípios e a valores morais”. O cuidar então está relacionado a uma responsabilidade em responder a uma necessidade e é visto por Fry (1990; 1991; 1993 apud WALDOW, 2001, p. 136) como um modo de ser, como uma pré-condição para ser iniciado o processo de cuidar (forma como se dá o cuidado), como um ideal moral ou social, alertando para o componente cognitivo, representado pela percepção da necessidade e do dever em satisfazer a necessidade do cliente. A necessidade de estímulo, de caráter intrínseco de *ser*, conforme citado por Waldow, surgiu na seguinte fala:

*Enf. 17: “O estímulo é imprescindível porque sem ele não nos motivamos e sem motivação não sentimos vontade de mudar o que é preciso e nem vontade de melhorar ou elogiar o que conseguimos conquistar para a melhoria da qualidade, segurança e conforto do cliente.”*

Em contrapartida, citamos apenas como um ponto para reflexão futura: o cuidado é ambíguo na visão de Heidegger (apud ZOBOLI, 2004, p. 23), pois possui um duplo sentido de angústia e solicitude. O “**cuidado angústia**” (grifo do autor) retrata a luta de cada um pela sobrevivência por galgar uma posição favorável entre os demais seres humanos e o “cuidado solicitude” significa se voltar para, acalantar, interessar-se pela Terra e pela humanidade. E afirma que

no mundo cotidiano é inevitável esta divergente ambiguidade no cuidado. Aceitá-la como própria do ser humano favorece o entendimento de que o cuidado como angústia impulsiona a luta pela subsistência, enquanto compreendê-lo como solicitude permite revelar as plenas potencialidades de cada ser humano (*op cit*, p. 24).

O aspecto moral do cuidado também está bastante relacionado à questão ética do cuidado. A ética, entendida como a “ciência da conduta” (ABBAGNANO, 1998, p. 380) contribui na definição de muitas posturas na prática profissional. Um estudo realizado por Kelly (1990 apud WALDOW, 2001, p. 167) revelou respeito e cuidado como os dois conceitos centrais para a enfermagem e concluiu que “cuidado e *boa enfermagem* (grifo do autor) são a mesma coisa”. A partir deste estudo a autora tece algumas considerações:

- a prática de enfermagem é essencialmente moral em sua natureza;
- o respeito e o cuidado pelas pessoas constituem a ética essencial da enfermagem;
- o respeito e o cuidado são elementos necessários, porém não são suficientes, incluindo-se o conhecimento como imprescindível;
- o cuidado não é possível quando não existe respeito;
- a enfermagem não é possível quando não existe cuidado.

Uma ponta de preocupação acerca do respeito com o *ser* pode ser identificado na seguinte fala:

*Enf. 16: “Se o foco dos profissionais for um cuidado cuja premissa é o conforto, o bom senso será praticado e o paciente será beneficiado. Já é tempo dos profissionais estarem envolvidos muito mais com o ser humano.”*

Pensamos que somada à questão vocacional proposta por Florence (1989), deva-se somar o aspecto moral e ético apresentados por Waldow (2001), com o objetivo de tornar a enfermeira motivada a cuidar com comportamento de compaixão e de solidariedade, visando o bem-estar e conforto do cliente, e não cumprindo apenas uma obrigação de trabalho, uma atividade de remuneração, um meio de sobrevivência, sem compromisso com a profissão e com o *ser*, na qual as condições de trabalho são capazes de interferir no “modo de cuidar do outro”. Mantendo esse pensamento questionamos: o cuidado, no seu sentido mais amplo e profundo, só é possível se a enfermeira estiver satisfeita com a suas condições de trabalho?

O entendimento por parte dos *sujeitos-objeto* de que a existência de qualidades *essenciais* é primordial para prestação de cuidados de conforto à criança grave é demonstrada nas falas abaixo:

*Enf. 1: “Sim. Principalmente se tratando da clientela pediátrica, que necessita de todo um manejo diferenciado.”*

*Enf. 2: “Sim. Pois um cuidado com conforto não é oferecido por qualquer tipo de profissional, mas sim aqueles que realmente estão envolvidos no propósito*

*de oferecer o melhor para o seu cliente, mesmo que signifique ter mais trabalho.”*

**Enf. 6:** *“Sim. O profissional de enfermagem que possua essas qualidades, ou consiga desenvolvê-las com o passar do tempo, poderá atuar mais efetivamente, visando o conforto do paciente.”*

**Enf. 14:** *“Sim. Pois o cliente pediátrico “exige” cuidados específicos que muitas vezes não se vê em outras clínicas.”*

Santoro (2001) aponta que o cuidar em enfermagem, em unidades de cuidados intensivos, permite além da melhoria das condições do cliente, o desenvolvimento do potencial de competência da enfermeira e membros da equipe de enfermagem. Entretanto, a autora ressalta que, para cuidar em enfermagem, não basta apenas querer e ter boa vontade, e enfatiza dizendo que a competência técnica, científica e relacional são matérias-primas importantes e necessárias para cuidar cientificamente e com arte.

Via de regra, o processo de cuidar é um processo interativo, entre enfermeira e ser cuidado, relação não de sujeito-objeto, mas sim de sujeito-sujeito (WALDOW, 2001), desempenhado pelo cuidador através de ações e comportamentos e pelo ser cuidado, neste caso representado pela criança grave, envolta por objetividades e subjetividades que precisam ser desveladas e interpretadas pela equipe de saúde. No entanto, esses aspectos objetivos e subjetivos se tornam ainda mais peculiares quando cuidamos da criança grave em terapia intensiva em uso de ventilação mecânica.

Waldow (2001) definiu o processo de cuidar como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico. E a partir de várias buscas, reflexões e discussões elaborou uma representação gráfica do processo de cuidar (Figura 01):



Fonte: Waldow, V.R. Atualização do cuidar, **Aquichan**, Colômbia, v.8, n.1, p.91, abr.2008.

Podemos perceber na representação gráfica do processo de cuidar proposto por Waldow (2001) a importância das variáveis da enfermeira no processo de crescimento e transformação do cuidado, denominado pela autora como “competências”. A autora afirma: “As ações da cuidadora deverão convergir para que o cuidado produza crescimento, transformação, não importando as circunstâncias...” (2001, p.151). Aquilo que Waldow define como “competências” chamamos neste estudo de qualidades *essenciais*, que, conforme já citado neste capítulo, entendemos como qualidades importantes existentes na enfermeira que serão facilitadores capazes de oferecer e/ou transformar o cuidado prestado à criança dependente de tecnologia dura, neste caso de ventilação mecânica invasiva, em um cuidado confortável.

Prosseguindo nossa pesquisa acerca das qualidades *essenciais* questionamos aos *sujeitos-objeto* que responderam “sim” a pergunta anteriormente citada, quais eram as qualidades que ele julgava essenciais para o cuidado ao cliente pediátrico em questão.

Nesta etapa da análise (2ª etapa de Bardin) tratamos da exploração do material denominado como qualidades *essenciais*, segundo a perspectiva dos *sujeitos-objeto*, onde surgiram, a partir do instrumento de coleta de dados, as seguintes expressões/qualidades: altruísmo, paciência, observação, percepção, conhecimento científico, conhecimento científico aliado à prática assistencial, sensibilidade, atenção, dedicação, humanização,

comunicação, integração, empatia, gostar do que faz, interesse, comprometimento, cooperação, instrução, destreza, amabilidade, competência, qualificação, criatividade, bom senso, perspicácia, atitude, estímulo, individualidade, raciocínio crítico, discernimento.

As qualidades anteriormente descritas, obtidas a partir das respostas dos *sujeitos-objeto*, foram aproximadas e após o nucleamento de ideias afins, foram agrupadas pelos pesquisadores em 8 (oito) qualidades *essenciais*. O gráfico nº1 mostra as qualidades *essenciais* e suas respectivas frequências:



Fonte: Dados extraídos do instrumento de coleta de dados desta pesquisa. OLIVEIRA, 2012.  
Gráfico de autoria dos pesquisadores.

As qualidades *essenciais* foram agrupadas em oito categorias conforme demonstrado no gráfico nº 1 (Comunicação, Conhecimento, Criatividade, Dedicção, Destreza, Empatia, Observação, Sensibilidade), que passo a descrever:



### 5.3.1- – Comunicação

*A experiência ensina que são pouquíssimos os que são capazes de fixar o sentido das palavras que usam.”  
Jaime Balmes*

*Enf. 5: “A comunicação é essencial para diminuir a ansiedade, sanar as dúvidas e trazer confiança do paciente e família com o profissional.”*

*Enf. 17: “A comunicação verbal e não verbal que no paciente crítico muitas vezes é esquecida de ser aplicada, o uso do toque como algo que não se fala, mas se sente.”*

Para falar em comunicação devemos pensá-la sobre duas vertentes, a comunicação *entre* a enfermeira e o cliente pediátrico enfermo e a comunicação *entre* a equipe multidisciplinar. Destacamos a palavra “entre” por entender que a comunicação é um processo de troca e não um caminho seguido unilateralmente, do tipo alguém fala e outro alguém escuta. É uma **troca** de informações, ideias e até sentimentos, realizada de forma recíproca e autêntica. É dessa comunicação que devemos nos beneficiar e principalmente o cliente, alvo do nosso cuidado.

Entendemos que a comunicação enquanto *qualidade essencial* da enfermeira seja um facilitador na promoção do conforto, pois através dela o cliente e a família ficarão mais seguros acerca da assistência prestada com vista a propiciar o binômio cuidado-conforto. Acreditamos também que não só se sentirão mais seguros e terão mais confiança no cuidado de enfermagem, como também, se sentirão mais satisfeitos quando entenderem que a preocupação da enfermeira transpassa questões tecnológicas e biomédicas, mas também circunda o bem-estar do *ser* promovido através do conforto e/ou melhora do desconforto.

Mezzomo (2003 apud GIORDANI, 2008, p. 91) afirma que a humanização da assistência à saúde envolve investir no aprimoramento das relações humanas e afirma que “a satisfação pela qualidade humana da assistência, uma vez sentida pelo usuário [...] gera bem-estar, segurança e alívio potencializando o próprio restabelecimento de saúde. O trabalho medíocre não satisfaz a quem o recebe e nem a quem o realiza.” Em suma, quando

deixamos de lado o “eu” e nos empenhamos em satisfazer as necessidades do outro, seja do cliente ou do familiar responsável por este, tornando-os prioridade, também nos satisfazemos como pessoas e profissionais.

A comunicação segundo Ferreira (2008, p. 251),

é o ato ou efeito de comunicar-se. Processo de emissão, transmissão e recepção de mensagens por meio de métodos e/ou sistemas convencionados. A capacidade de trocar e discutir ideias, de dialogar com vista ao bom entendimento entre pessoas.

Trazendo a comunicação como uma *qualidade essencial* temos uma enfermagem que extrapola a técnica, que se expressa por suas atitudes e se torna também relacional.

A comunicação constitui uma ferramenta necessária para o desenvolvimento do processo de enfermagem, pois através dela se obtêm informações sobre os aspectos multidimensionais do cliente, necessárias para avaliação de sua condição de saúde, permitindo compor as etapas do processo: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação da assistência de enfermagem e avaliação (CARVALHO & BACHION, 2005). Podemos afirmar que, através dessa coletânea de informações, a enfermeira estará mais capaz de planejar uma assistência voltada para o binômio cuidado-conforto sem interferir negativamente ou entrar em confronto com a tecnologia dura utilizada.

A hospitalização é um fator gerador de ansiedade para qualquer pessoa, ainda maior para a criança. Diversos são os sentimentos que a hospitalização pode desencadear: sensação de abandono, medo do desconhecido, possibilidade da doença ser sentida pela criança como castigo e ser vivida com culpa, dano corporal, agressão ou castigo (SCHMITZ, 1989, apud QUINTANA, 2007, p. 415). A comunicação com o cliente, independente da forma que se processe, torna-se fundamental para a redução do estresse da criança que também possui interferência no estresse profissional.

A comunicação com o cliente pode ser verbal ou não-verbal. No caso do cliente pediátrico grave em ventilação mecânica a comunicação não-verbal é bastante utilizada. O toque, o contato-físico, o olhar e os gestos são tipos de comunicação não-verbal na assistência de enfermagem, e pode ser realizado de várias maneiras, relacionando-se a transmissão de afeto e segurança a quem o recebe. (MARTINEZ, 2009). O toque realizado de forma genuína, expressiva e sincera pela enfermeira pode transmitir tranquilidade e

segurança aos clientes e familiares, e tem sido indicado como objeto de humanização para minimizar sofrimento de enfermos graves (SÁ, 2001; HUDDAK & GALLO, 2002; DESLANDES, 2004, apud GIORDANI, 2008, p.55).

Em uma análise etnociência do conforto, Morse (1983 apud MUSSI, 1996, p. 259) explorou os componentes do conforto e o ato de confortar na perspectiva de quatro mulheres anglo-americanas, onde **toque** e **conversa** foram identificados como os dois componentes principais. Na investigação com catorze clientes canadenses com câncer, que teve o objetivo de levantar o significado do conforto, entre os temas identificados surgiu **relacionamento com outros** que significava “saber que está em boas mãos” (HAMILTON, 1985 apud MUSSI, 1996, p. 259).

Mussi (1996), em 1994 investigou o significado do conforto para 25 clientes com infarto agudo do miocárdio, internados em uma Unidade Coronariana, onde constatou que o conforto se relacionava com vários sentidos, entre eles: desfrutar de interações pessoais (21,6%) e as sensações de bem-estar psicológico (13,7%), físico (11,8%) e espiritual (9,8%).

Podemos resumir que a comunicação *entre* a enfermeira e o cliente e/ou familiar é facilitador para a promoção do **conforto físico e social** porque:

- 1- Auxilia na promoção do conforto social do cliente e familiar oportunizada pelos sentimentos de segurança, satisfação e confiança no cuidado de enfermagem prestado com responsabilidade e qualidade direcionado para o “ser” e não somente para questões tecnicistas;
- 2- Auxilia na promoção do conforto social através do estabelecimento de uma relação interpessoal entre a enfermeira e o cliente e familiar;
- 3- Auxilia na promoção do conforto físico através do planejamento e da oferta de cuidados de enfermagem personalizados, entendendo a individualidade do cliente, para satisfação das necessidades de conforto.

Hoga (2004 apud GIORDANI, 2008, p. 106) entende que a assistência à saúde demanda participação interdisciplinar, uma vez que nenhuma categoria profissional sozinha consegue contemplar a totalidade humana na vivência do processo saúde-doença.

*Enf. 5: “A integração com a equipe multidisciplinar vai trazer a coesão, com trocas de conhecimentos, compartilhando de visões distintas cada um na sua perspectiva e tomada de decisão em conjunto em prol do paciente.”*

Para que ocorra a participação interdisciplinar na assistência à saúde é fundamental que exista comunicação entre as diversas categorias, pois necessita de integração, da relação com outros. Inserir o conforto nesta discussão constitui um desafio para a enfermeira que deve se apossar de conhecimentos específicos e reforçar suas próprias convicções de que proporcionar conforto ao cliente é um dos objetivos da enfermagem e de que todos os indivíduos tem uma necessidade de conforto.

A enfermeira deve estar pronta para assumir o conforto como um objeto real do cuidado e introduzi-lo nas discussões com as diversas categorias, contemplando-o nas tomadas de decisão em prol do cliente. “O cuidado de enfermagem não pode prescindir do aspecto humanístico e relacional.” (PATERSON& ZDERAD, 1988, apud NASCIMENTO, 2004, p. 251)

Reiteramos aqui a importância da comunicação questionando porque ela teve pouca expressão como *qualidade essencial* da enfermeira. Ousamos pensar que remete à questão de envolvimento pessoal que se faz necessário quando a comunicação é realizada de forma a oferecer uma troca de ideias e sentimentos e não somente informação. No entanto, não podemos desconsiderar os conflitos e sentimentos do profissional frente à criança gravemente enferma, pois estes influenciam de forma direta a interação com o cliente e seu familiar. Também pensamos que pode ter relação com a clientela em si, crianças em ventilação mecânica que não podem se comunicar verbalmente devido à presença do tubo oro traqueal ou devido à limitação da idade (sem desenvolvimento da fala ainda), o que não exclui necessariamente a comunicação com o cliente como já discutimos anteriormente (comunicação não-verbal).

Há de se pensar que o profissional tem sua bagagem pessoal embutida, o que pode ser gerador de dificuldades ou um facilitador na comunicação. Porém, não podemos esquecer que o ambiente de terapia intensiva é permeado de dor e sentimentos que podem afastar a enfermeira deste contato mais próximo como uma forma de proteção também de seus próprios sentimentos.

Cuidar do cliente em sua integralidade pode trazer à tona medos e sofrimentos da enfermeira. O envolvimento com os clientes é uma questão preocupante e temida desde Freud que realizava suas sessões de psicanálise de costas para o cliente no divã, pois o olhar poderia proporcionar envolvimento. Frases como “Você não pode se envolver com os pacientes” são fruto dessas teorias e até hoje permeiam o cuidar (PUGGINA, 2009).

Tanto o envolver-se quanto o não se envolver têm consequências. Não “envolver-se” traz uma ilusória e cômoda sensação de segurança. Menosprezar os sentimentos alheios pode nos levar a uma prática assistencial reducionista, na qual cabe somente a dimensão técnica. A competência para cuidar pressupõe, além do saber técnico, saberes ligados ao se relacionar com o outro; afinal, o cuidado é relacional. Entretanto, envolver-se proporciona ao indivíduo vivenciar as experiências aprendendo a lidar com os próprios sentimentos (WENDHAUSEN, 2005).

Cogitamos também a possibilidade desta pouca expressão da comunicação na fala dos *sujeitos-objeto* remeter à necessidade de argumentação e conhecimento científico para introduzir o conforto nas discussões sobre o cliente. Saber argumentar é proporcionar não só convencimento aberto, mas principalmente conviver com contra-argumentações, mantendo o discurso essencialmente passível de construção e reconstrução (DEMO, 2009). O entendimento não pode andar em desalinho e somente o que é discutível pode ser compartilhado e comunicado, com liberdade e fundamento (HABERMAS, 1989, apud DEMO, 2009, p.46).

### 5.3.2 – Conhecimento Científico

*Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.  
Leonardo Da Vinci*

Concordamos quando Florence Nightingale e Waldow remetem o cuidado de enfermagem a uma questão vocacional e a uma motivação que está ligada a um sentimento de ajudar ao próximo. Mas também pensamos que o cuidado da enfermeira não pode e nem conseguirá se estabelecer e conquistar seu espaço na assistência à saúde sem o conhecimento científico.

A enfermagem, cumpre lembrar, começou a tomar forma e adquirir posição de ocupação distinta após a formação do seu ensino feita por Florence Nightingale. Anteriormente desenvolvia-a através de treinamento de pessoas para desempenhar atividades de conforto, de administração de medicamentos e de limpeza da unidade, cozinha e lavanderia (WALDOW, 2001). Por volta da década de 50, o princípio científico é introduzido nas ações de enfermagem, com ênfase nos aspectos biológicos.

Waldow (2001) definiu o processo de cuidar como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, conforme demonstrado na representação gráfica do processo de cuidar (quadro na página 52).

Esse entendimento permeou igualmente essa pesquisa que apontou o **conhecimento científico** como a *qualidade essencial* de maior importância para o cuidado aos clientes pediátricos internados em UTIP em uso de ventilação mecânica com vistas a proporcionar conforto (gráfico nº1).

*Enf. 5: “O conhecimento científico associado à prática vai trazer um cuidado fundamentado que implicará na assistência de qualidade.”*

*Enf. 6: “Estar preparado para reconhecer a situação desfavorável, ajuda a saber a melhor maneira de agir para proporcionar conforto. Conhecer o funcionamento do equipamento também ajuda a reconhecer sinais de desconforto.”*

Discorrer sobre conhecimento científico quando tratamos de conforto me parece pouco necessário à medida que já vimos que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes e é dependente de experimentações particulares.

Contudo, quando especificamos o cliente a quem este conforto é destinado, no caso, o cliente pediátrico em ventilação mecânica, e pensamos no ambiente ao qual ele está inserido, pensamos no conforto como uma ação pertencente ao processo de cuidar descrito por Waldow, onde o conhecimento, enquanto uma competência da enfermeira, está atrelado ao processo de crescimento e transformação do cuidado, sem deixar de lado, obviamente, seu caráter relacional e atitudinal.

Tecnologia de última geração, situações iminentes de emergência, agilidade e habilidade no atendimento ao cliente em UTI exigem controle e assistência médica e de enfermagem ininterruptas, o que justifica a existência de tecnologias cada vez mais aprimoradas, que visam por meio de aparelhos preservar a vida (MARQUES, 2010).

Para que essa assistência à saúde seja efetiva e segura, torna-se imprescindível o conhecimento científico. Como pensar em promover conforto ao cliente entubado em UTIP sem ter pleno conhecimento do que essa tecnologia dura provoca em termos benéficos e maléficos ao cliente?

*Enf. 8: “Conhecimento do posicionamento anatômico [...] para que não ocorra dor, vícios de postura, atrofia muscular, úlceras de pressão etc.”*

O conhecimento, aqui sempre se referindo como científico, confere à enfermeira segurança na tomada de decisões, tanto em relação ao cliente quanto em relação à equipe, tornando-se condição necessária para que tenha iniciativa para assumir condutas e atitudes. Através do conhecimento a enfermeira embasa suas habilidades e obtém o domínio para agir de forma científica e consensual (DOMINGUES, 2005).

Regressando ao binômio cuidado/conforto e lembrando a característica atitudinal e vocacional que ele apresenta, sem inferiorizar o conhecimento **científico**, não vemos nas falas dos *sujeitos-objeto* menção ao conhecimento adquirido empiricamente. Para Domingues (2005), a inter-relação entre esses dois conhecimentos é “desejável e até necessária para que seja possível questionar verdades, reiterá-las ou refutá-las para refinar

conceitos”. Bachelard (1996, p. 28) diz que a crítica “é, necessariamente, elemento integrante do espírito científico.”

*Enf. 15: “O enfermeiro necessita constantemente aprimorar seus conhecimentos (teóricos e técnicos) para execução de suas atividades na prática assistencial junto à criança grave. Isso permite o desenvolvimento do cuidado confortável com mais segurança.”*

O aprimoramento profissional se refere tanto à habilidade técnica (veremos mais adiante na categoria *Destreza*), quanto ao conhecimento teórico. Inserido neste conhecimento deve estar também o conhecimento de enfermagem que pode ser realizado, de acordo com Marques (2010), através da reflexão das ações realizadas durante atividades diárias e principalmente pela vontade de somar ao fazer tecnicista um fazer e um pensar mais humanitário. Entretanto, segundo o autor, para uma melhor qualidade desse processo se faz necessário estudos que explorem esse conhecimento contribuindo para uma melhor qualidade dele.

Através do conhecimento científico sobre o funcionamento biológico, anatômico, tecnológico e sobre as possibilidades de (des)conforto, a enfermeira será capaz de planejar e fornecer o cuidado voltado para as questões biomédicas, assim como voltado para uma questão mais humanística, a promoção do conforto.

Destarte, será ofertado ao cliente um cuidado que contemple o indivíduo, não somente como um corpo doente necessitado de cura, mas sim de um “*ser*” necessitado de cuidado. A enfermeira deve conciliar com o pensamento de que o conhecimento por si só não é suficiente para o cuidado, no seu sentido mais amplo, pois este somente “...ocorrerá em sua plenitude quando o(a) cuidador(a) expressar conhecimento e competência em suas atividades técnicas, educativas, conjugando expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade...” (WALDOW, 2004, p.102).

A simbiose entre o ventilador mecânico e as ações de conforto também emergiu nas falas dos *sujeitos-objeto*:



*Enf. 15: “Capacidade do enfermeiro em optar pela melhor conduta em situações específicas e de escolher a ação correta para oferta do cuidado confortável, sem causar danos e piorar o quadro clínico da criança.”*

*Enf. 16: “O profissional perspicaz possui senso crítico para avaliar até onde o cuidado que gera conforto não interfere no bom desempenho da tecnologia e vice-versa.”*

*Enf. 17: “... até aonde posso realizar minhas ações de conforto sem causar iatrogenias ao cliente em uso de tecnologias essenciais ao seu bem-estar hemodinâmico.”*

Compreende-se a preocupação que o profissional que cuida tenha em não provocar iatrogenias ou piorar a situação de saúde da criança. Tendo o ventilador mecânico posição de destaque em meio à terapia intensiva pela importância que exerce na recuperação celular, este de certa forma dita até aonde as questões subjetivas do cuidado podem avançar sem danos ao cliente.

Contudo, o foco central da preocupação da enfermeira não está no ventilador mecânico propriamente dito, mas sim no cuidado responsável, no compromisso ético e moral que esta possui em prestar uma assistência segura, mesmo que inconscientemente.

Martin (2003) aborda a questão ética tendo em vista a cultura da humanização em saúde e afirma que no ambiente hospitalar se deve levar em conta alguns princípios, entre eles, o **princípio da não-maleficência**, onde toda equipe de saúde deve não apenas fazer o bem ao cliente, mas evitar que seja causado o mal. Não devemos esquecer que a tecnologia é o meio e o ser humano é o fim.

A dimensão ética da responsabilidade dos profissionais de saúde está presente em todas as ações no processo de cuidar ou de gerenciar as atividades assistenciais. É de responsabilidade de todos os profissionais de saúde assegurar ao cliente o direito a uma assistência livre de riscos e danos, físicos e psicológicos. Diante de determinada iatrogenia ao cliente, o profissional de saúde poderá responder ética, civil e penalmente. Essas ocorrências danosas resultam, frequentemente, da negligência, do agir de forma imprudente ou, ainda, do executar ações assistenciais sem a devida perícia ou habilidade (FREITAS, 2005).

Pensamos que ficou omitido nas falas dos *sujeitos-objeto* o conhecimento como um aliado para abordagem junto aos demais membros da equipe de enfermagem e com outras esferas do saber multiprofissional sobre a promoção do conforto em UTIP, mantendo hegemônico o saber médico e subordinado o saber da enfermagem.

### 5.3.3 – Criatividade

*"O presente impõe formas. Sair dessa esfera e produzir outras formas constitui a criatividade."*  
Hugo Von Hofmannsthal

O homem é um ser essencialmente criativo, é através de sua criatividade que ele evolui e dá forma às suas ideias. A criatividade é um dos recursos mais produtivos do homem, que “pensa e faz diferentemente, propõe e testa alternativas de solução, descobre o pulo do gato, age com ideias” (FELDMAN, 2008, p. 240). O que é mais genuíno na realização humana é seu extraordinário nível de atividade e de criatividade e sua capacidade cumulativa de criar mudança (WALDOW, 2001).

Pensar em criatividade no âmbito do cuidado de enfermagem nos remete imediatamente à questão relacionada aos recursos materiais e suas “adaptações e improvisações”. Sabemos que a enfermagem tem uma natureza eminentemente criativa, imposta pela necessidade de adequarmos a assistência de enfermagem prestada aos recursos disponíveis, questão esta que já tornou objeto de pesquisa na área.

Diversos autores afirmam, segundo Giordani (2008), que a enfermeira é um “*mestre da criatividade*” (grifo do autor), inclusive pela sua capacidade de integrar tecnologia e humanização, o que favorece o calor humano nas relações com o cliente, resultando em melhoria da qualidade da assistência oferecida.

Foi nesta linha de pensamento que a criatividade emergiu nesta pesquisa, não como uma forma de “adaptação”, mas sim como uma forma de aliar tecnologia dura e conforto em prol do bem-estar do cliente pediátrico.

*Enf. 15: “... capacidade do enfermeiro em criar estratégias para desenvolvimento e manutenção do conforto, mesmo diante do uso de tecnologia.”*

Sá (2001) e Guimarães (2006 apud GIORDANI, 2008, p. 17) reforçam o pensamento de que a criatividade é uma das ferramentas mais úteis à prática da enfermagem e que para oferecer uma assistência de enfermagem com qualidade essa

característica do profissional não deve ser dispensada. Os autores entendem a criatividade como uma “capacidade criadora, de inventividade ou de inovação” e afirmam que para cuidar com qualidade é importante que o profissional seja talentoso e inventivo.

Muito embora a criatividade tal como qualidade essencial, nesta investigação, tenha, em relação às demais, ocorrido com menor frequência nas falas das enfermeiras, isso não significa para nós, que o motivo seja a menor importância atribuída, pois, conforme podemos perceber na perspectiva de alguns autores que a criatividade é a chave para a descoberta de soluções novas para antigos problemas. Contudo, Dutra (apud FELDMAN, 2008, p. 241) afirma que a criatividade não nega o pensamento racional, mas parte dele para construir novas equações para os problemas e suas soluções. É através da criatividade que a inteligência é potencializada, inaugurando novas maneiras de pensar o novo, o mesmo e o velho problema.

Trazendo essa afirmativa para a realidade do estudo e entendendo que a necessidade de conforto existe desde a existência do *ser humano* e foi intensificada, de forma específica, com o advento da ventilação mecânica em meados de 1950, podemos atestar que a criatividade pode auxiliar na integração entre esta tecnologia dura e a promoção do conforto, através de um pensamento criativo em busca de soluções, aqui entendidas como novas formas de ofertar o cuidado confortante.

Todavia, criatividade não é sinônimo de inventar coisas desrespeitando normas, com cada profissional fazendo o que der vontade. A criatividade requer planejamento e precisa ser contextualizada através de “um olhar atento aos objetivos organizacionais”, compartilhando conceitos e métodos e interagindo com as dimensões organizacionais de “missão, valores, princípios e estratégias.”

Quinn (apud FELDMAN, 2008, p. 240) considera que habilidades criativas são aquelas que “permitem ao indivíduo associar conceitos até então independentes e a conhecer novas maneiras de pensar”. Porém, para que este novo pensamento seja eficaz e contribua para agregar valores à profissão de enfermagem e ao cuidado prestado é necessário: saber (conhecimento), saber-fazer (habilidades) e saber-ser-agir (atitudes). (FELDMAN, 2008).

A criatividade na assistência direta ao cliente em ventilação mecânica é o cuidado mais “chamativo” na unidade de terapia intensiva pediátrica, mas não devemos esquecer

que esta pode ser exercida nos quatro contextos do conforto de Kolcaba (já citados) possuindo, todos, relevância na promoção do conforto.

Ainda que a criatividade seja parte inerente do ser humano, necessitando apenas de um estímulo para sua projeção, quando tratamos do cuidado confortante e da criança em ventilação mecânica, esta deve ser exercida com responsabilidade e fundamentada no saber, saber-fazer e saber-ser-agir.

### 5.3.4 – Dedicção

*"Curar às vezes, aliviar frequentemente,  
confortar sempre."  
Hippocrates*

A história da evolução humana mostra que o cuidado faz parte do ser humano desde sua gênese, seja baseada na explicação histórica da Era Quaternária ou através da explicação religiosa da Bíblia. Ao longo do desenvolvimento da humanidade, o ser humano foi adquirindo formas e expressões de cuidar, encontrando sentido no relacionamento com outro ser e com o mundo, foi progredindo em suas necessidades e desenvolvendo habilidades e capacidades, físicas, biológicas, emocionais, mentais e sociais.

O cuidado humano nasce a partir de uma necessidade de sobrevivência e como uma expressão de interesse, de responsabilidade, de afeto, de preocupação com o outro. Historicamente, com a doença, o cuidado passa a prover além de atenção e do afeto, o conforto e demais atividades que proporcionem o bem-estar, a restauração do corpo e da alma e a dignidade (WALDOW, 2001, 2008).

Atualizando o olhar sobre o cuidar, Waldow (2008) relata que a humanidade ainda o apresenta como um modo de sobrevivência, porém mais exigente e sofisticada, com um ser humano mais individualista onde o “bem-estar passou a significar ter, possuir coisas, adquirir bens e, por vezes, não importa a que custo”. Em relação ao cuidar como uma forma relacional vivemos numa disputa entre a hostilidade, o ódio, a violência, o medo e a solidariedade, a afetividade, o amor, a luta pela paz, pelo respeito e pela esperança.

A sociedade moderna vivencia o consumismo e o mercado de trabalho exige eficiência, geradora de conflitos e estresse, que culminam em desorganizações psíquicas e somáticas (GIORDANI, 2008).

O homem é permeado por inúmeras necessidades materiais, afetivas e sociais. O mundo da objetividade e da subjetividade do *ser* entremeia tanto àqueles que precisam de cuidados quanto àquele que cuida. A situação atual de precariedade da área da saúde, exaustivamente veiculada pela mídia, evidencia, em muitos momentos, profissionais de diversas áreas descuidando do cliente e também descuidando deles próprios. Essa reflexão se faz pertinente para não deixarmos passar despercebido que quem cuida também é um

*ser* que necessita de cuidados, que também sofre a influência do mundo contemporâneo, com suas próprias mazelas, dores e condições.

Com o objetivo de trazer mais uma reflexão sobre a temática da dedicação dos profissionais, se por um lado diversos estudos apontam para a dedicação da equipe de enfermagem no cuidado, por outro, ganha destaque o estresse e o sofrimento físico, psíquico e emocional a que estes estão expostos.

Qual a importância dessa reflexão quando falamos do cuidado ao ser humano? Início com a reflexão de Florence Nightingale (1989, p. 112) sobre a enfermagem:

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes...

O cuidado de enfermagem necessita se situar ao mesmo tempo no contexto hospitalar, no contexto da vida do outro e no contexto de sua própria vida, inserido em uma realidade que é concreta e por vezes dura. Falar em *devoção exclusiva*, tal qual exposto por Florence Nightingale pode parecer, em um primeiro momento de reflexão, um patamar inalcançável.

Não obstante, quando meditamos sobre a amplitude do conceito do cuidado como o “deslocamento do interesse da nossa realidade para o do outro”, ou conforme escrito por Noddings (apud WALDOW, 2011, p.415) para que “eu me emocione, para que desperte em mim algo que perturbe a minha própria realidade ética, devo encarar a realidade do outro como uma possibilidade para a minha própria realidade”, entendemos que não haverá cuidado se não houver a devoção.

Pois a preocupação, o interesse e a responsabilidade com o outro não serão capacitadores do cuidado se não forem realizados em forma de doação integral, expressando solidariedade, afetividade e dedicação do cuidador.

O que é chamado de *devoção* por Florence Nightingale emergiu nesta pesquisa na forma da qualidade essencial *dedicação*. Conforme definição da palavra **dedicação** pelo Dicionário Michaelis (1998) “1 Ação de dedicar. 2 Qualidade de quem se dedica. 3 Afeto extremo, **devoção**” vemos que estes podem ser considerados sinônimos.

A qualidade essencial *dedicação* figurou como a segunda de maior frequência nas falas dos *sujeitos-objeto*, conforme trechos a seguir:

**Enf. 1:** “... procuro me imaginar na mesma situação e pensar se me sentiria ou não satisfeita...”

**Enf. 2:** “... procurar criar um ambiente menos estressante para a criança.”

**Enf. 3:** “Pois mesmo em meio a condições contrárias a prestação de um cuidado com conforto, esta qualidade (dedicação) nos faz persistir neste objetivo.”

**Enf. 10:** “Muitas vezes nossas tentativas de promover o conforto são frustradas, o que faz com que fiquemos horas em uma só criança, mas é essa paciência que faz com que a gente saia da beira do leito e dê as costas só quando o paciente está confortável...”

**Enf. 13:** “Está disposta a prestação de cuidados. Faz o cuidado com responsabilidade.”

**Enf.14:** “Ser dedicado ao trabalho desenvolvido, para oferecer um trabalho de qualidade. [...] desenvolver atitudes positivas em prol do conforto.”

**Enf. 17:** “Amar a profissão é fundamental...”

**Enf. 17:** “... só de pensar em estar no lugar do outro e imaginar o que poderíamos estar passando nos faz refletir...”

Um estudo realizado em 2002 por Gomes & Oliveira (2010) com um grupo de 83 enfermeiras assistenciais sobre a representação social acerca da enfermagem e as conexões estabelecidas entre seus elementos, demonstrou que o núcleo central foi constituído pelos elementos Amor e Dedicção. Neste estudo, o léxico “dedicação” possuiu o maior número de conexões, sendo a ligação entre Amor e Dedicção a mais forte construída, seguido das ligações entre Trabalho e Prazer, Realização e Dedicção, Dedicção e Vocação. Entre as evocações mais frequentes ligadas ao elemento dedicação figuraram compromisso, realização, vocação, respeito, responsabilidade, doação, profissionalismo.



Caminhando em sentido antagônico à compreensão da enfermagem enquanto vocação e dedicação encontramos Rodrigues (2001) que compreende que a atitude vocacional da enfermagem retira dela o caráter de trabalho realizado em uma sociedade concreta, onde o profissional constitui um trabalhador que vende sua força de trabalho para própria existência, enquanto Gomes (2010) traz à tona autores que veem nestas dimensões a origem da “desvalorização social e da subordinação da profissão”. Seguindo neste pensamento Cunha (1994 apud RODRIGUES, 2001, p. 78) profere que “a motivação caracterizada por sentimentos idealizados da profissão conflita-se com a realidade determinada pelo mercado de trabalho capitalista. Como ajudar os clientes, ser solidária, prestar uma assistência integral, sentir-se útil, ser valorizada e recompensada em um contexto onde esses valores inexistem?”

Humildemente arriscamos um palpite e nos baseamos nas preposições de Florence Nightingale, Ana Nery e pensamentos de outros autores sobre o que é e para serve a enfermeira: entregando-se com *dedicação e devoção* ao ser humano para que a enfermagem seja exercida em sua totalidade, resgatando o cuidado em sua amplitude e verdadeira essência como uma necessidade. E não permitindo que o cuidado, neste caso o cuidado confortante, seja “abafado” pelas condições de trabalho e pelas nossas próprias condições, mas sim que a dedicação floresça fortemente como uma qualidade essencial da enfermeira.

*Enf. 10: “Quem faz o que gosta, trabalha com que ama, supera dificuldades (como ausência de material), atravessa obstáculos (cansaço físico) mas não deixa de priorizar o resultado final que para mim é ver uma criança, por exemplo, confortável em ventilação mecânica.”*

Waldow (2001, p. 156) cita Pollack-Latham (1991) que descreve que a falta de poder na enfermagem e a desvalorização do cuidado são as principais barreiras para a realização de um cuidado integral, assim como questões organizacionais de carga de trabalho e gratificação, mas também ressalva que “essas barreiras podem ser destruídas, na medida em que a enfermagem, como uma comunidade, esclareça seu papel, definindo seu(s) foco(s), e valorizando o cuidado”.

O elemento **dedicação** encontrado pela presente pesquisa aponta que talvez a consciência coletiva da enfermagem se mantenha no entendimento de que “as dimensões afetivas e atitudinais se confirmam como fundamentais na compreensão da profissão, em que pese o modelo biomédico, os aspectos simbólicos do consumo de tecnologias duras e as consequências da pós-modernidade sobre as profissões de saúde” (GOMES & OLIVEIRA, 2010, p. 357).

### 5.3.5 – Destreza

*"O lenhador se distingue muito mais pela sua habilidade do que pela sua força."  
Homero*

Como já citado anteriormente, era considerada uma boa enfermeira aquela que tornava o cliente confortável, fosse posicionando coxins ou almofadas, fosse dando esperança ou confiança. Várias eram as possibilidades na promoção do conforto do cliente, tendo-o como o objetivo precípua e primeiro da enfermeira. No período em que o conforto era a primeira e a última consideração da enfermeira não havia o uso da tecnologia dura (como nos dias de hoje), mas já se julgava necessário que a enfermeira fosse dotada de habilidade para tornar o cliente confortável, o que intuitivamente remete à necessidade de destreza.

A destreza pode ser conceituada como: “Aptidão; habilidade; arte” (DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS). As habilidades podem ter caráter técnico, comportamental, gerencial e outras que podem fazer parte de uma organização (RUTHES, 2008). Nesta pesquisa a qualidade *destreza* irrompeu na forma de *habilidade técnica*, requerida para prestação do cuidado confortante, achado que é sustentado pelas variáveis da enfermeira propostas por Waldow (2001), dentre as quais a “habilidade técnica” está inserida.

Sem o propósito de se aprofundar na discussão psicofisiológica inerente à *habilidade técnica*, cuja capacidade intelectual, o querer e o fazer estão intimamente interconectados, o caráter funcional da execução de movimentos, além da integridade musculoesquelética, precisamos contar ainda com a integridade das vias neurais responsáveis pelos movimentos corporais a partir dos segmentos e/ou grupos musculares, entretanto, ainda que as duas capacidades fisiológicas estejam em perfeitas condições, o caráter psicológico é que irá determinar se tais movimentos serão ou não executados, pois a *volição* e o *desejo* são estritamente subjetivos.

O que queremos dizer com isso é que nem sempre as enfermeiras dotadas de capacidades fisiológicas e, portanto, providas de *habilidades técnicas – destreza manual* ou qualquer outro sinônimo que o valha, se em sua *natureza* ou *condição temporal* (*acidentes*) existirem fatores que possam inviabilizar sua *volição* e seu *desejo* em prestar cuidados confortantes, de nada adiantará sua proficiência técnica.

A enfermagem, tal como disciplina ancorada em estatutos teóricos e práticas que norteiam a profissão – *saber/fazer*, desde os seus primórdios, sempre esteve intimamente atrelada ao componente muito mais técnico-manual do que científico, sobretudo, e com mais ênfase, até o início da vigência do modelo nightingaleano, quando da oportunidade da oferta e responsabilidade pelo cuidado com a saúde e com a manutenção da qualidade de vida do indivíduo acometido ou não por alguma moléstia. Por esta razão, a aquisição de *habilidades* psicomotoras, ou *destreza manual*, é e sempre será o componente integrante da educação/formação dos alunos de enfermagem (ELLIOT, 1982). Tais habilidades compreendem desde as mais simples atividades até as mais complexas, as quais envolvem grande quantidade de movimentos coordenados e de alta precisão (MIYADAHIRA, 2001).

As habilidades técnicas compõem a variável - instrumento - com que a enfermagem mais está familiarizada e mais se satisfaz profissionalmente, principalmente em se tratando do ambiente de uma UTI, onde a realização de procedimentos é uma das principais atuações da enfermeira. A valorização da habilidade técnica é bastante forte neste ambiente, obviamente, por questões de necessidade mediante uma clientela gravemente enferma e vulnerável devido à sua própria condição fisiopatológica e também ao ambiente e às pessoas que o cercam, onde uma ação técnica desenvolvida sem a devida destreza poderá causar iatrogenias ao pequeno e indefeso cliente, inclusive, podendo levá-lo à morte.

Inserir o conforto neste contexto exige da enfermeira, além do conhecimento científico já discutido anteriormente, a destreza manual para que o cuidado confortante seja seguro e eficaz para a criança em ventilação mecânica. O cuidado seguro pode ser entendido aqui como um cuidado confortável. No entanto, mesmo reconhecendo a importância da destreza tal como aquela que confere com a habilidade técnica, quando pensamos em oferecer cuidados confortantes, não só a este tipo de clientela como para qualquer outra, há de se destacar que outras habilidades são também fundamentais, como por exemplo, a habilidade de ouvir, de compreender o outro, de ter compaixão etc. que, mesmo em um ambiente onde a racionalidade determina ou pode determinar a manutenção da vida, ainda assim, devem ser também consideradas.

Atrelar o conhecimento científico à destreza encontra apoio em seus próprios conceitos. Enquanto o conhecimento corresponde às informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, a habilidade corresponde à capacidade de aplicar e fazer uso

do conhecimento adquirido (DURAND, 1998, apud RUTHES, 2008, p.110). “Não basta ao candidato a motorista dominar todos os conhecimentos sobre automóveis. É preciso saber dirigir” (RUTHES, 2008, p.110), da mesma forma que não basta que a enfermeira domine “todos” os conhecimentos sobre cuidados de enfermagem. É preciso saber-fazer, é preciso “*tentar*” confortar.

Entendemos que nesta pesquisa a destreza surgiu no sentido de complementar o conhecimento científico, assim como uma forma de preocupação da enfermeira em realizar um cuidado confortante de forma segura, valorizando uma inquietação da enfermeira tanto com a eficácia da técnica executada quanto com as necessidades do *ser cuidado*, e isso ficou claro em suas falas:

*Enf. 6: “Aspirar corretamente, cuidados ao introduzir a sonda, para evitar lesões. Posicionar adequadamente o paciente, evitar a tração excessiva do tubo.”*

*Enf. 17: “Adequar o conforto na ação de enfermagem visando o bem-estar do paciente sem causar iatrogenias possíveis.”*

*Enf. 14: “A destreza deve estar presente durante todo o processo de oferecer conforto, principalmente na manipulação do paciente.”*

A necessidade de conforto é, segundo Kolcaba (1995), inter-relacional, ou seja, faz parte de um contexto de interações. Neste contexto de interações, atender as necessidades de conforto conhecidas pode produzir um efeito positivo em outras necessidades que não eram o foco de determinado cuidado. No entanto, Kolcaba (1995, 2001) afirma que o conforto total é maior que a soma das suas partes, isto é, a interação entre os contextos leva a um estado de conforto maior do que se pode esperar da satisfação do conforto em contextos separados.

Entender a destreza manual como necessária apenas na realização de um procedimento minimiza sua importância nos diversos contextos do cuidado. A destreza manual ou habilidade técnica para cuidar e confortar uma criança em ventilação mecânica invasiva perpassa pelos contextos da prevenção (evitar lesão causadora de desconforto), promoção (toda *ação* realizada com o cliente tem como finalidade a melhora do estado de

saúde – comparativamente ao seu estado anterior - e essas ações devem ser dotadas de destreza para que o objetivo seja atingido), proteção (de eventos adversos e iatrogenias oriundos de imperícia) e reabilitação. A destreza atua positivamente nos vários contextos do cuidado, gera um cuidado seguro e eficaz, que por si só, já se configura como um facilitador e/ou promotor de conforto. Estes contextos se inter-relacionam durante a prestação do cuidado, possibilitando um estado de conforto maior.

Contudo, as enfermeiras não devem, nem podem fazer da falta de destreza um escudo para a prestação de cuidados confortantes. Pois, o conforto, ofertado a esta clientela específica, ao mesmo tempo em que possui uma complexidade proveniente da condição clínica, também é simples em sua essência, pois regressa aos cuidados básicos de enfermagem e à sua missão tradicional (KOLCABA, 2001) e está intimamente atrelado a um conceito de bem-estar (PRICE, 1965, ELHART ET AL, 1983, DU GAS, 1984, MORSE, 1992 apud MUSSI, 1996, p.255; SILVA E CARVALHO, 2009).

Para ilustrar as várias possibilidades de ofertar o conforto trago as palavras de um estudante de enfermagem chamado S.D.Lawrence, publicadas por Kolcaba (1995, p.289):

***Conforto*** (Tradução nossa)

*Conforto pode ser um cobertor ou brisa,  
Alguma pomada para aliviar meus joelhos,  
Um ouvido atento para ouvir as minhas aflições;  
Um par de meias para aquecer meus dedos,  
Uma medicação para aliviar minha dor,  
Alguém para me tranquilizar mais uma vez,  
Um chamado do meu médico, ou mesmo um amigo,  
Um rabino ou sacerdote quando minha vida se aproxima do fim.  
Conforto é o que eu percebo que ele seja  
Uma coisa necessária definida "apenas" por mim.*

### 5.3.6 – Empatia

*"Ela (a enfermeira) não deve olhar os pacientes como se feitos para as enfermeiras, mas para as enfermeiras como se fossem feitas para os pacientes."  
Florence Nightingale*

Existe um ramo da psicologia, chamado de Psicologia Positiva, que possui seu enfoque científico na descoberta das qualidades das pessoas e da promoção do seu funcionamento positivo. A reflexão da psicologia positiva se embasa no questionamento do que as pessoas têm de certo ao invés de perguntar o que elas têm de errado. Através da psicologia positiva foi iniciada a reflexão de que as pessoas podem ser dotadas de qualidades variadas que serão benéficas tanto para quem as possui quanto para quem as cerca. Esse pensamento é relevante para entendermos que a qualidade da empatia possui influência positiva não somente no cliente que recebe o cuidado, mas também na enfermeira, desencadeando um ciclo positivo no cuidado.

Na psicanálise, empatia significa um estado de espírito no qual uma pessoa se identifica com outra, presumindo sentir o que esta está sentindo (MICHAELIS, 1998). A filosofia a define como uma “união ou fusão emotiva com outros seres...” (ABBAGNANO, 1998, p. 325). Para a psicologia positiva é uma resposta emocional à dificuldade emocional percebida por outra pessoa e envolve a capacidade de corresponder às emoções dos outros (SNYDER & LOPEZ, 2009).

Vários autores de enfermagem apontam sobre a importância da empatia tanto para o cliente quanto para o profissional. Sá (2001, p.57) escreve sobre a importância do cuidado emocional em enfermagem e afirma que esse cuidado pode ser oferecido se utilizando de instrumentos como a “capacidade de perceber, utilizar a criatividade, ouvir e ser empático”. No momento em que a enfermeira se coloca no lugar do cliente ela transmite a ele aquilo que ela gostaria de receber se a situação fosse invertida, capacitando-a para um cuidado integral. Colocar-se no lugar do outro leva a enfermeira por um caminho de solidariedade e compaixão pelo ser cuidado, pensando que o cuidado ofertado deverá ser o mesmo que esta gostaria de receber.

Segundo Costa (1998) cuidar com empatia e se ver no lugar do outro significa cuidar do outro como cuidar de si próprio, significa se sentir cuidado enquanto cuida, gerando satisfação para ambos. Sá (2001, p. 57) se aprofunda neste pensamento e afirma

que o “ser humano que cuida de outro ser humano precisa desenvolver sua *capacidade empática* (grifo nosso) como requisito básico para pertencer à categoria de ser humano”. No entanto, a autora faz uma ressalva a este pensamento afirmando que se colocar no lugar do outro é inadequado ao tipo de trabalho da enfermagem, devendo usar esta capacidade empática com moderação para conseguir trabalhar com equilíbrio. E jamais se esquecer de que o profissional necessita recarregar a própria energia, pois só com o emocional em equilíbrio este será capaz de cuidar do outro com equilíbrio.

Falar em empatia na enfermagem não é simplesmente se colocar no lugar do outro e possuir a capacidade de corresponder às emoções de outra pessoa, é necessário entender que deve existir um equilíbrio emocional no profissional de forma que este consiga lidar com as situações vividas, em especial as situações de sofrimento do outro, que são as mais comuns. Da mesma forma, permear nosso entendimento com o fato de que seres humanos são singulares e possuem histórias de vida peculiares, faz-nos compreender porque nem sempre será possível perceber o sentimento do outro completamente do mesmo modo, mas sim de um modo semelhante, muito próximo do que o outro percebe pra si. Isso, no entanto, não minimiza a importância da empatia como uma característica do profissional que cuida.

*Enf. 1: “Porque sempre que cuido de uma criança/paciente procuro de alguma maneira me imaginar na mesma situação e pensar se sentiria ou não satisfeita, se gostaria de ser abordada num determinado momento, por exemplo, ou se a posição em que me encontro me incomoda, com exceção das situações que oferecem algum tipo de risco”.*

Essa fala traduz o que podemos pensar acerca da empatia relacionada ao cuidado à criança, principalmente quando falamos da criança em ventilação mecânica. Pensar em empatia como uma qualidade que favorecerá a prestação do cuidado confortante a este cliente requer algumas considerações.

A primeira questão que devemos lembrar é de como nos colocar no lugar desta criança que vive um momento singular de saúde. Colocar-se no lugar do outro “requer a capacidade de formar simulações internas dos estados mentais e corporais de outra pessoa” (SNYDER, 2009, p. 244). A menos que em algum momento a enfermeira ou qualquer outro *ser* tenha vivenciado em sua infância este momento de saúde e dele ainda se recorde,



será extremamente difícil perceber o sentimento do outro de forma semelhante ou até mesmo chegar próximo a este sentimento. Por isso, reforço na fala do sujeito-objeto o fato de tentarmos de “alguma maneira” nos imaginar na mesma situação, o que já gera um sentimento de compaixão e dedicação pelo ser cuidado.

Outra questão relevante se refere à dificuldade em “acessar” em qualquer nível os sentimentos desta criança, que não pode se comunicar verbalmente e muitas vezes nem não-verbalmente (devido a elevados níveis de sedação que podem impedir as expressões corporais ou devido à limitação da sua pouca idade). A enfermeira pode se valer das alterações de sinais vitais como um modo de verificar inquietações de alguma natureza no cliente, porém estas são extremamente variáveis podendo representar inúmeras causas.

Quando de nenhuma forma a enfermeira tem acesso a esses sentimentos ela utiliza das suas próprias experiências e concepções para se colocar no lugar do outro, o que implica diretamente no oferecimento do cuidado confortante, já que o conforto, como já foi dito, é “multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes” (HAMILTON, 1989, apud KOLCABA, 2001, p.483). Quando a enfermeira pensa se “ela” se sentiria confortável ou não na posição em que o cliente está, ela está assumindo sua própria concepção de conforto e não a do cliente.

Como terceiro ponto devemos considerar se a predominância do gênero feminino entre as enfermeiras faz com que aquilo que pensamos ser empatia pelo cliente na verdade nasça de uma relação de empatia com o familiar, mais especificamente pela mãe. Duas questões emergem desta proposição. Primeiro pela questão do relacionamento, da conversa, da troca de ideias, do envolvimento que se pode ter com os sentimentos da mãe frente à difícil situação de ter o filho na UTI. Outra pelo fato de algumas enfermeiras já serem mães ou têm a intenção de um dia vir a ser, o que as tornam mais suscetíveis ao sentimento do outro.

Faremos aqui um parêntese para descrever uma situação vivenciada por mim no dia de hoje, horas antes de dar prosseguimentos aos meus pensamentos. Faço parte de um cenário de UTI pediátrica, assim como meus *sujeitos-objeto*. Houve na UTI um falecimento nesta madrugada, de uma criança de 12 anos que não cheguei a conhecer, um falecimento inesperado por complicação cirúrgica. A família desta cliente lutou por anos contra a doença, nunca perdendo a esperança por vê-la bem (informações colhidas). Ao ir embora do hospital me deparei com a avó da cliente sendo amparada pela psicóloga do

setor, chorando bastante alto, em franco desespero, não querendo acreditar no que aconteceu, um sofrimento extremo, que só pode descrever quem já vivenciou a perda de alguém muito querido. Pois bem, aquela cena me emocionou bastante e numa atitude de extrema empatia eu senti a dor dela, como se a perda fosse minha, como se a cliente fosse minha ente querida e eu estivesse sofrendo pela sua morte.

Atitudes como esta são muito comuns em UTI, até mais do que se pensa, pois a empatia com a família é facilmente alcançável durante o cuidado, se o profissional estiver imbuído dela e se constitui em um ponto positivo para ambos. Mas será que a equipe que estava presente no momento do óbito conseguiu vivenciar a empatia com a cliente de forma tão forte?

Todavia, atrelar empatia e conforto se suporta na afirmativa de que “o sentimento de empatia parece pressionar os seres humanos em direção a ações ‘puramente’ prestativas” (SNYDER, 2009, p. 260). Se não podemos nos colocar no lugar do outro devido às circunstâncias já descritas, podemos nos apoiar em Fish & Shelly (1986, apud CARRARO, p. 51) que entendem que a “empatia é a capacidade de entender aquilo que uma pessoa está sentindo e transmitir-lhe compreensão, mantendo ao mesmo tempo certa objetividade para poder prestar a ajuda necessária”.

*Enf. 17: “A empatia nos ajuda a desenvolver uma atividade mais humanizada porque só em pensar em estar no lugar do outro e imaginar o que poderíamos estar sentindo nos faz refletir sobre a questão.”*

Pesando o fato desta clientela específica não poder expressar seus sentimentos, na maioria das vezes, desenvolver uma atitude humanizada através da empatia pode favorecer a prestação do cuidado confortante, mesmo que a ótica utilizada seja a da enfermeira e não a do cliente, mesmo que elas façam de acordo com suas próprias crenças sobre o que é e o que não é confortável. A partir da empatia a enfermeira pode tentar se imaginar, em algum nível, no lugar do cliente ou mais realisticamente, entender o que ele está passando através do entendimento da própria situação e do quanto desconfortável o cuidado de enfermagem pode ser.

### 5.3.7 – Observação

*"As grandes ideias surgem da observação  
dos pequenos detalhes"*  
Augusto Cury

Florence Nightingale escreveu o livro *Notas sobre Enfermagem* em meados de 1860, no qual esclareceu enfermeiras e futuras enfermeiras sobre a arte da enfermagem, assim como dito por ela, o que é e o que não é. Nesta obra, Florence mostra a necessidade de uma preparação formal e organizada para se obter conhecimentos distintos dos conhecimentos médicos, que seriam utilizados para manter o corpo em condições de não adoecer ou se recuperar de doenças. Desta forma, ela cita em sua obra 13 aspectos necessários ao cuidado da pessoa, chamados por ela humildemente de “sugestões”.

Dentre as “sugestões” de Florence, ela destaca e confere à *observação* uma atenção especial, destinando 20 páginas de sua obra, o que nos remete a pensar na relevância do tema. Tal importância também foi dada por Katharine Kolcaba quando esta faz um relato histórico da palavra conforto e encontra nas palavras de Florence sobre a “observação” um aliado ao seu objetivo principal. “Nunca se deve perder de vista para que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou fatos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto” (KOLCABA, 2001, p.482).

Em 1970, Wanda Horta (1970 apud BRASIL, 1997, p. 83) elenca a observação como um instrumento básico de enfermagem pertencente à primeira etapa do Processo de Enfermagem – Histórico, como recurso da coleta de dados, cujo objetivo principal é fornecer as premissas necessárias ao estabelecimento do Diagnóstico de Enfermagem.

A preocupação com o saber profissional e o saber agir possuem ligação com o saber observar, com o ato de se obter informações para a tomada de decisões após a apreciação de uma situação. Florence afirmava que

A lição prática mais importante que pode ser dada a enfermeiras é ensinar-lhes o que observar, como observar, os sintomas que indicam melhora no estado do doente, os que indicam o contrário, quais são os de importância, os de nenhuma importância, quais as evidências de negligência e que tipo de negligência. Tudo isso é o que deve fazer parte, e parte essencial, do preparo de cada enfermeira (1989, p. 119).

A importância da observação no cuidado foi contextualizada por alguns autores. Dias (1990) diz que o “verdadeiro ABC” de uma enfermeira é estar apto a ler cada

mudança que ocorre na fisionomia do cliente sem que este tenha que dizer o que está sentindo e que a enfermeira que não observa o cliente está a caminho do nada. Para a autora, as observações em enfermagem consistem em bem mais que enumerar alterações óbvias nos clientes. Para Sundberg (1989 apud BRASIL, 1997, p. 84), observar é uma “habilidade essencial usada na identificação de problemas físicos e emocionais”. Hegenberg (1976) afirma que observar não é um simples ver, mas um ver prestando atenção.

Tal como Florence intitulou um dos subcapítulos destinados à observação: “Observação precisa e completa – qualidade essencial a uma enfermeira” (1989, p. 126), esta pesquisa encontrou a observação como uma qualidade essencial extraída das falas dos *sujeitos-objeto*:

*Enf. 1: “Observação é fundamental na assistência e cuidado com o cliente, prevenindo complicações futuras.”*

*Enf. 13: “Observadora – desta forma a enfermeira detecta o problema ou necessidade do cliente.”*

Horta (1968 apud BRASIL, 1997, p. 85) foi bastante enfática ao indicar o levantamento de dados sistemático e cientificamente orientado para estabelecimento do diagnóstico de enfermagem como o objetivo da observação. Byers (1968) reforça esta opinião ao afirmar que a enfermeira deve usar seu conhecimento e experiência para estabelecer quando as observações sugerem necessidade de intervenção.

A necessidade das enfermeiras estarem atentas a essa questão foi levantada em discussões anteriores, quando emergiu das falas dos *sujeitos-objeto* a preocupação com a prestação de cuidados confortantes, de modo que este não interferisse nocivamente no estado clínico do cliente em ventilação mecânica e que pudesse ser aliado da tecnologia para um bem-estar maior. Desta mesma forma, a observação surge nas falas das enfermeiras com o objetivo de perceber precocemente uma alteração ou uma possibilidade, evitando complicações e/ou piora do estado de saúde da criança, como um estado de prontidão, irrefutavelmente necessário em UTIP.

Sá (2001) deixa claro que para cuidar adequadamente do outro é preciso perceber o imperceptível, o que significa olhar e ouvir as necessidades não verbalizadas, mas expressadas por ele em gestos, balbucios, olhares e outras mensagens corporais. Em se tratando de clientes pediátricos impossibilitados de se expressarem verbalmente pelo uso do ventilador mecânico e reforçando o pensamento da autora, a enfermeira que não possui a qualidade de observação se perde, deixa passar despercebidas informações que podem nortear o cuidado ao ser humano.

Para o cuidado é essencial que a observação esteja bem desenvolvida e seja utilizada enquanto instrumento básico. “Observação profissional envolve mais que apenas olhar... É preciso enxergar, transcender, ir além do trivial, perceber, intuir”, para que possamos perceber as pequeninas coisas do ser humano (SÁ, 2001, p.16).

Nas falas a seguir percebemos a enfermeira utilizando a observação como um elemento sistemático, porém diferindo do que foi trazido anteriormente, como um sentido que vai além das informações, com um olhar subjetivo, conforme ditas por Florence, óbvias.

*Enf. 8: “Visando reconhecer quando a criança mostra através da expressão o que sente, o conforto ou falta deste, dor, inquietação, tristeza.”*

*Enf. 17: “... às vezes olhamos sem enxergar. ‘O corpo fala’ e através dele é possível identificar o que causa ou não conforto ao cliente.”*

*Enf. 14: “Estar atento ao que o paciente apresenta, os sinais de desconforto que podem estar surgindo.”*

*Enf. 15: “Um olhar atento. Um olhar para além dos aspectos tecnológicos do cuidado. Capacidade de perceber a criança em sua totalidade e atender suas necessidades de conforto.”*

Considerar a observação como uma forma de visualizarmos mais do que simplesmente um meio para o levantamento de dados, faz com que a enfermeira se inter-relacione e se envolva com o cliente e com cuidado em sua essência ética e moral. Observar os aspectos subjetivos e valorizar o cuidado não técnico são aspectos importantes

na prestação de cuidados de conforto, visto que a “percepção apurada leva ao caminho daquilo que faltava para o cliente, seja para se sentir melhor, mais confortável, ou mesmo conseguir partir em paz, de maneira tranquila” (GIORDANI, 2008, p.40).

Outra consideração que surgiu na fala de apenas um *sujeito-objeto* acerca da observação se referiu a observar, não o cliente, mas as próprias ações.

*Enf. 17: “Observar uma ação e refletir se esta medida de conforto está centrada na sua vontade ou necessidade de fazer ou se na vontade do cliente.”*

Mendes (1983) considera a observação como um instrumento objetivo de medição qualitativa e quantitativa do trabalho da enfermagem. Pensamos que observar as ações do cuidado prestado ajuda a enfermeira a determinar a eficácia deste cuidado, fornecendo subsídios para avaliar as condutas adotadas para promoção do conforto, que deverão corresponder à expectativa de um conforto gerado sem causar danos na criança grave ou interferir negativamente nas condutas clínicas adotadas.

Além de observar sua própria ação em relação ao conforto, a observação também é eficaz como uma forma de avaliar a equipe de enfermagem, o atendimento prestado, o ambiente e o cliente (BRASIL, 1997).

A promoção do conforto ao cliente não pode ser entendida e considerada somente no contexto físico. Nas falas dos *sujeitos-objeto* ficou claro que a preocupação com a observação voltada para o conforto se referiu tão somente ao contexto físico, sendo deixado de lado o contexto ambiental.

A observação do ambiente permite detectar riscos, necessidades potenciais e fatores que interfiram positiva ou negativamente no conforto do cliente. Através da observação do ambiente a enfermeira é capaz de identificar e resolver questões simples que podem causar desconforto ao cliente, como por exemplo, corrigir a temperatura ambiente e iluminação, promover redução do ruído ambiente, entre outras várias possibilidades. Na opinião de Sundberg (1989 apud BRASIL, 1997, p. 88), a observação inclui o cliente e seu ambiente. Na nossa análise, baseada nesta discussão, a observação inclui o cliente, o ambiente, a equipe e o cuidado.

### 5.3.8 – Sensibilidade

*"Não adianta ser humanista e observar o homem morrer por falta de tecnologia. Nem ser rico de tecnologia apenas para observar os homens que vivem e morrem indignamente."*  
Rachel Ribeiro

A palavra sensibilidade possui diversas definições. A fim de compreender a fala dos *sujeitos-objeto* sobre esta qualidade revisamos as definições e selecionamos as que tiveram maior relação com a temática em questão. Algumas definições são:

1- Capacidade de um organismo para receber estimulações. Predisposição psicofísica, caracterizada por um limiar muito baixo para certos estímulos, ou conjunto de estímulos. Faculdade de experimentar impressões morais. Tendência inata do homem para se deixar levar pelos afetos ou sentimentos de compaixão e ternura. Propriedade dos tecidos vivos de reagir aos excitantes exteriores (MICHAELIS, 1998).

2- Capacidade de receber sensações e de reagir aos estímulos. Capacidade de julgamento ou avaliação em determinado campo. Capacidade de compartilhar as emoções alheias ou de simpatizar. Nesta acepção, diz-se que é sensível quem se comove com os outros, e insensível quem se mantém indiferente às emoções alheias (ABBAGNANO, 1998).

A partir destas definições trataremos a palavra sensibilidade como a disposição da enfermeira em receber e se importar positivamente com as estimulações e sensações vindas do cliente, oportunizando um cuidado mais completo ao ser.

Heidegger (2005) afirma que o ser humano é um "ente destacado", numa condição de *Ser-ai*<sup>8</sup>, enquanto um ente que existe imediatamente no mundo, onde foi lançado e nele abandonado. Para Lucena (2004), este estado de aflição do *ser* que foi lançado ao mundo o capacitou a se preocupar também com o outro e, deste modo, a enfermeira que oferta o cuidado expressa sua solidariedade e sensibilidade ao cliente. Neste sentido, a solidariedade e sensibilidade expressas pela enfermeira não se referem à empatia, mas sim

---

<sup>8</sup> *Ser-ai* ou *Dasein* de acordo com Heidegger é a maneira como algo se torna presente, entendido, manifesto, percebido, compreendido e conhecido para o ser humano.

com se importar com o cliente está ou pode estar sentindo, mesmo que não seja possível ou que a enfermeira não consiga se colocar no lugar do outro.

Para Heidegger o *ser* se encontra constantemente em uma situação afetiva. Através desse contínuo estado afetivo o homem enquanto *Ser-no-mundo*<sup>9</sup> se abre ao universo de seu existir e se inquieta com a responsabilidade diante de si e do mundo, o que faz com que viva numa constante situação de cuidado com os outros e com ele próprio. Não cabe aqui uma discussão acerca da questão filosófica do *ser*, nem tampouco de afirmar se a visão de Heidegger está ou não adequada, mas sim de lançar um ponto que nos ajude a refletir um pouco mais sobre as questões subjetivas que permeiam os seres humanos, tal como a existência da sensibilidade.

Os sentimentos são manifestados pelos seres e para os seres, e pela capacidade de sermos e estarmos no mundo. O cliente, estando ou não em condições de verbalizar, manifesta seus sentimentos, se expressa. Esses sentimentos, trazidos em forma de sofrimento ou prazer, constituem-se em estímulos para a enfermeira (tal como *ser* e tal como profissional), a qual uma sensibilidade apurada a “ajudará a perceber<sup>10</sup> melhor o outro e a mostrar interesse sincero por ele, para então tentar uma interpretação fiel de suas múltiplas mensagens, verbalizadas ou não” (GIORDANI, 2008, p.35).

Assim, a sensibilidade se traduziu nas seguintes falas dos *sujeitos-objeto*:

**Enf. 3:** “*Sensibilidade auxilia na percepção de sinais de desconforto.*”

**Enf. 14:** “*A sensibilidade é fundamental para saber o momento em que a atitude poderá favorecer o conforto do paciente.*”

**Enf. 16:** “*Sensibilidade necessária para a percepção de situações que ofereçam desconforto e ou sofrimento à criança. O enfermeiro sensível a esta*

---

<sup>9</sup> A natureza, a experiência e o cuidado constituem a unidade original do Heidegger denomina *Ser-no-mundo*.

<sup>10</sup> “Adquirir conhecimento de (algo) por meio dos sentidos; ver, enxergar com bastante nitidez, distintamente, captar (algo) com a inteligência; formar ideia a respeito de; compreender; notar, descobrir, conhecer por intuição ou perspicácia psicológica...” (HOUAISS, 2001). “... interpretarmos aquilo que tomamos consciência por meio dos sentidos” (SILVA, 2005, apud GIORDANI, 2008, p. 35).



*demanda do cuidado consegue oferecer ao seu paciente uma assistência mais completa e comprometida com o bem estar do mesmo.”*

*Enf. 17: “Dialogar com o cliente que naquele momento vai ser feito porque é preciso, mas que depois você irá ‘tentar’ adequar à vontade dele.”*

Assim, ter sensibilidade, ou estar disposta a receber as informações para perceber o cliente e a situação em que este se encontra, traduz o cuidado como uma atitude, e supera a ação mecanicista tão comum ao ambiente de terapia intensiva, porque a enfermeira consegue ver no outro uma vida que não se resume somente a um corpo.

Hoga (2004) exprime sobre a importância dos profissionais de saúde possuírem um maior grau de sensibilidade, pois esta condição facilita a captação das necessidades subjetivas dos clientes, resultando em um atendimento mais integral à saúde. Contudo, Waldow (2004, p.88) afirma que “só quem ousa e consegue expressar sua sensibilidade parece considerar a experiência de cuidar enriquecedora e ter prazer no que faz.” E ainda afirma que o cuidado somente

ocorrerá em sua plenitude quando o (a) cuidador (a) expressar conhecimento e competência em suas atividades técnicas, educativas, conjugando expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques (*op cit*, p. 102).

Na perspectiva do cuidado confortante, a relação entre enfermeira e cliente faz parte de um momento de expressividade, onde a criança em ventilação mecânica manifesta seus sentimentos, a enfermeira compreende, se relaciona, se envolve e se sensibiliza com o cliente e com o cuidado. Porém, para que esse encontro seja genuíno e relevante é preciso que a enfermeira esteja preparada para ofertar um cuidado confortante e disponível para responder aos anseios do cliente, ou seja, que seja dotada de sensibilidade.

Numa crítica sobre a desvalorização da emoção, autores consideram a “existência de um analfabetismo emocional no processo de formação dos profissionais em geral” (TEIXEIRA, 2004, p.362). Na relação de humano para humano, a sensibilidade não pode estar dissociada da cognição e das ações técnico-científicas, mas deve envolver um

processo que contemple o pensar, o fazer, o agir e o sentir (TEIXEIRA, 2004), o que faz com que a subjetividade do *ser* esteja presente em posição de igualdade com as demais ações do cuidado.

Diversos estudos sobre a perspectiva de clientes acerca do conforto demonstram a importância das questões subjetivas do cuidado. Embora a prestação do cuidado confortável à criança em ventilação mecânica tenha uma complexidade inerente e seja um desafio para a enfermeira, possuir a qualidade essencial da sensibilidade pode exercer um papel significativo e favorecer esse cuidado.

As tecnologias das ciências da vida estão cada vez mais avançadas e sofisticadas em sua abordagem na relação aos males do corpo, mas nada disso substitui o valor do sentimento humano. Assim, a ação de cuidar, enquanto essência da enfermagem, tal como definido por Florence, é uma prática restauradora fundamentada no ambiente, uma ciência, mas também é: uma arte, um modo próprio de cuidar realizado por um profissional com um jeito especial de ser (GIORDANI, 2008).

## CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, é de fundamental importância evidenciar que esta pesquisa se trata de uma experiência primeira, necessitando de outros estudos, com outros sujeitos, a fim de desenvolver ainda mais o conhecimento acerca da temática abordada. Que se pese o fato de haverem poucas publicações nacionais acerca do tema conforto e inexistência de publicações sobre a temática *conforto e tecnologia* no cuidado de enfermagem em pediatria.

Antes de dar início às considerações finais, com base nas categorias que emergiram a partir das respostas de 17 enfermeiras assistenciais da unidade de terapia intensiva pediátrica de uma instituição pública federal, consideramos importante lembrar que, na presente pesquisa, tivemos os seguintes objetivos propostos e alcançados:

- 1- Identificar, nas falas das enfermeiras, elementos que pudessem sugerir que o ventilador mecânico era ou poderia se constituir em obstáculo para a prestação de cuidados confortantes para crianças em ventilação mecânica invasiva em UTIP;
- 2- Analisar no discurso das enfermeiras evidências que pudessem sugerir a necessidade de qualidades *essenciais* como pré-requisito para a prestação de cuidados confortantes a crianças em uso de ventilação mecânica invasiva em UTIP;
- 3- Discutir as implicações das qualidades *essenciais*, caso estivessem nos discursos das enfermeiras, na promoção do conforto à luz da Teoria de Conforto de Kolcaba.

A abordagem metodológica atendeu plenamente ao objeto e objetivos propostos, pois favoreceu que os sujeitos respondentes da investigação expusessem livremente suas respostas acerca do assunto.

Os sujeitos do estudo nos forneceram uma variedade de dados acerca das questões relacionadas à ventilação mecânica e ao binômio *cuidado/conforto* em unidade de terapia pediátrica que nos possibilitaram visualizar de que forma esta relação se configura neste ambiente. A partir deste entendimento e com embasamento científico conseguimos afirmar que na mundividência desses sujeitos pertencentes a este cenário específico o **ventilador mecânico é um obstáculo ao binômio *cuidado/conforto***.

No entanto, ao caminhar na busca por esta definição encontramos nas falas dos sujeitos, apoiado pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que esse obstáculo era não somente benéfico ao cuidado confortante, mas acima de tudo **imperioso** para a oferta do conforto, quando esta afirma que para existir conforto (Zona de Conforto de Kolcaba) é obrigatório primeiro que exista o desconforto (Zona de Desconforto de Kolcaba).

Através dos depoimentos dos sujeitos **encontramos evidências da necessidade de qualidades essenciais como pré-requisito para a prestação de cuidados confortantes a crianças em uso de ventilação mecânica invasiva em UTIP**. Alguns sujeitos acreditavam que tinha maior relação com um componente vocacional. No entanto, a maioria (70,58%) acreditava que essas qualidades eram primordiais para a oferta de conforto, principalmente em se tratando de crianças gravemente enfermas dependentes de tecnologia.

Na busca pelas qualidades *essenciais*, analisamos exaustivamente cada uma das qualidades descritas pelas enfermeiras para nucleamento de ideias e chegamos a 8 qualidades consideradas pelos sujeitos deste cenário como *essenciais*. Em ordem de frequência (maior para menor) as 8 qualidades foram: Conhecimento Científico, Dedicção, Observação, Sensibilidade, Destreza, Empatia, Comunicação e Criatividade.

Acerca das qualidades *essenciais* algumas considerações necessitam ser feitas:

Os componentes da cultura organizacional de Waldow e segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBE), algumas habilidades/competências precisam ser adquiridas (ou podem ser inerentes à pessoa enquanto ser humano) durante a formação profissional – graduação, especialização, capacitação - para se tornar enfermeira. Este fato é inquestionável, à medida que não é possível se tornar enfermeira se não houverem competências mínimas adquiridas, o que acreditamos ser um consenso geral na comunidade acadêmica e no mercado de trabalho.

Quando neste trabalho tratamos de qualidades *essenciais*, em que *essenciais* **não** possui conotação de *essência* no seu sentido amplo e sim de **importante** (conforme discutido no Capítulo IV – Categoria 2), estas podem aqui ser entendidas, após a análise, como qualidades atitudinais da enfermeira, em sua maioria. E ainda, quando pesquisamos as qualidades *essenciais* na opinião dos sujeitos, buscamos algo além daquelas habilidades e competências definidas pela LDBE e do organograma de Waldow, buscamos o entendimento destas enfermeiras acerca do tema, sem levar em consideração o que é ou não necessário para ser enfermeira. Com isso, encontramos mais do que habilidades e

competências, encontramos atitudes para com o cliente necessitado do cuidado de enfermagem. Achamos esse ponto relevante para acrescentarmos uma reflexão a nossa prática: Será que somente ser enfermeira nos capacita ao cuidado com o *ser humano*? Simplesmente ser enfermeira significa que estaremos aptas a prestar cuidados de conforto às crianças em ventilação mecânica invasiva em UTIP? A possibilidade de refletirmos sobre a questão destacada nesta investigação poderá permitir que outros investigadores de enfermagem preocupados com o binômio *cuidado/conforto* analisem, construam, reconstruam, correlacionem, categorizem e possam agregar valor aos achados e a pesquisa de enfermagem.

O segundo ponto que necessita ser considerado se refere à interdependência e inter-relação entre as qualidades ora apresentadas. O gráfico nº 02 a seguir representa o lugar ocupado pelas qualidades *essenciais*:

**Gráfico nº 02: Representação das Qualidades Essenciais**



Fonte: Dados extraídos do instrumento de coleta de dados desta pesquisa. OLIVEIRA, 2012.  
Gráfico de autoria dos pesquisadores.

As enfermeiras, em suas falas, destacam ações atitudinais que convergiram para a emergência das categorias e, sobretudo, para a construção da pirâmide.

Há de se considerar que a criatividade foi uma qualidade menos frequente nas falas dos respondentes, entretanto, as ações atitudinais que permearam as respostas estão voltadas para o ambiente em que as respostas foram obtidas, talvez, as condições de trabalho, mais especificamente, a dotação de recursos materiais do setor fazem com que as enfermeiras da unidade não necessitem muito da capacidade de criar, no entanto, por se tratar de um ambiente dotado de recursos tecnológicos de última geração, e pela própria condição dos clientes necessitados de cuidados, o conhecimento científico teve e tem uma importância mais explícita nas falas. Contudo, para as respondentes, criatividade é possível quando as profissionais têm a capacidade de criar, de imaginar, proporcionar um ambiente menos estressante para os clientes.

Quando se pensa em cuidados confortantes e tecnologia dura – ventilador artificial, as respondentes apontam como ações atitudinais para a empatia e comunicação, a capacidade de se integrar, trocar, juntar, olhar e ver, pensar, decidir.

As ações atitudinais referentes à qualidade de destreza só serão possíveis quando se tem conhecimento científico e capacidade cognitiva e motora. O conforto como resultante de cuidados do corpo e do ambiente requer das enfermeiras habilidades motoras capazes de proporcionar um cuidado seguro e eficaz a partir de procedimentos técnicos ou não.

A sensibilidade, além de ser uma capacidade fisiológica que envolve os sentidos do corpo, acrescentou algo que vai além do fisiológico, que transcende a capacidade sensorial, da acuidade visual e/ou auditiva, podemos dizer que essa sensibilidade é algo do espírito, pois de nada adianta ver ou ouvir achados semiológicos e/ou semióticos se o espírito não permite a correlação do que foi encontrado com a necessidade do cliente, portanto, não adianta olhar ou escutar, é preciso ver e ouvir. Para os respondentes, é preciso desenvolver a capacidade de auxílio da percepção, saber perceber as atitudes do cliente incapaz de se comunicar ou não, identificar sinais de (des)conforto. Não obstante, a observação se apresenta como qualidade *essencial* de grande importância para essas enfermeiras, pois não requer apenas a mera capacidade sensorial, necessita de vigilância constante, avaliação e reavaliação do cliente. Implica em prevenção de complicações oriundas da própria interação e inerentes ao ambiente, detectar problemas ou necessidades afetadas.

Pela própria condição do cliente e das características de uma unidade de terapia intensiva, a dedicação por parte das enfermeiras faz com que essa qualidade tenha sido largamente citada pelas respondentes da pesquisa. Cuidar em unidade de terapia intensiva

por si só já é o bastante para exigir da enfermagem uma dedicação mais intensa e esta dedicação passa a ser maior ainda quando se trata de cliente pediátrico, cuja dependência dos cuidados de enfermagem é quase que absoluta. Para as enfermeiras é amar o que faz, superar dificuldades e ser persistente, é ter paciência, ter atitudes positivas, é tentar quantas vezes forem necessárias.

Pela carência de investigações desta natureza ou semelhantes a esta, principalmente em âmbito nacional, entendemos que esta dissertação pode ser considerada como um ponto de partida para a construção de um conhecimento específico de enfermagem. Não só em ambiente hospitalar, mas em qualquer contexto em que o cuidado de enfermagem seja necessário para a promoção e manutenção da saúde do ser humano.

Compreendemos que esta experiência precisa ser replicada, aumentando o número de respondentes, assim como o número de hospitais. Nesse sentido, vislumbramos perspectivas de continuidade da investigação, em plano de doutorado.

## CAPÍTULO VII: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Tradução por Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes, 2007. Tradução de: Dizionario di Filosofia.

ABURDENE, Patrícia; NAISBITH, John. **Megatendências para mulheres**. 1ª ed. Rio Grande do Sul: Rosa dos Tempos, 1993.

AIKENS, C. **Making the patient comfortable**. *The Canadian Nurse*, 4(9), 422-424, 1908.

ALLIGOOD, Martha R.; TOMEY, Ann Marriner. **Nursing theory: utilization and application**. 2ª ed. St. Louis: Mosby, 2002.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Jean Suardo Yazile. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005, 6ª reimpressão, 316p. Tradução de: **La formation de l'esprit scientifique: contribution a une psychanalyse de la connaissance**. Paris/França: Librairie Philosophique J. Vrin, 1938. CACHAPUZ, Antônio.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 28-33, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_05.pdf). Acessado em dezembro de 2012.

BARBIER, René. **A'Approche transversale, sensibilización à l'éconte mytho-poetique en education**. Note de synthèse. Saint-Denis: Université Paris 8, 1993.

BARBOSA, Arnaldo Prata. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 6, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto Augusto Pinheiro, Lisboa: Setenta, 1988.

BRASIL, Virginia Visconde. O que dizem os enfermeiros sobre observação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 83-94, 1997. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3/v5n3a12](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3/v5n3a12). Acessado em agosto de 2012.

BOYD, H. W. J.; WETFALL, R. **Pesquisa mercadológica: texto e caso**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1964.

BYERS, Virginia B. Nursing Observation. **American Journal of Nursing**, v. 68, n. 12, p. 2664, 1968.

CARRAROL, Telma Elisa; RADÜNZ, Vera. A empatia no relacionamento terapêutico: um instrumento do cuidado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1 n. 2, p. 50-52, 1996. Disponível em: [ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/8739](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/8739). Acessado em julho de 2012.



CARVALHO, Emilia Campos; BACHION, Maria Marcia. **Comunicação e o processo de enfermagem**. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (org). A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2005. Série Enfermagem. p.138-156.

CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro. Pneumonia associada à ventilação mecânica. **J Bras Pneumol**, v.32, n.4, p.20-2, 2006. Disponível em [www.jornaldepneumologia.com.br](http://www.jornaldepneumologia.com.br). Acessado em junho 2009.

CARVALHO, Vilma. Da enfermagem hospitalar – um ponto de vista. Esc. Anna Nery, **Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 640-44, 2009.

CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro (Org.); JUNIOR, Carlos Toufen; FRANCA, Suelene Aires. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. In: III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica - **J Bras Pneumol**, v. 33, p. 54-70, 2007, cap. 1. Suplemento 2S.

CONTE, Antônio Lázaro. **Coleção gestão empresarial**. Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002. 70 p. (2).

COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa. O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem. 1998. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis. 150p.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra; AMANTE, Lúcia Nazareth; COSTA, Eliani; BOCK, Lisnéia Fabiani. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 4, p. 661-9, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/eenf/arquivo-imagens/artigo%20dama%20da%20lampada.pdf>. Acessado em maio de 2011.

DEMO, Pedro. **Qualidade Humana: somos corpo e alma, nem só corpo, nem só alma**. Campinas: Editora Armazém do Ipê, 2009.

DIAS, Cláudia Baldassari Guardiano. Observação em enfermagem: a necessidade de um conceito. Ribeirão Preto, 1990. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 101p.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Disponível em: [www.dicio.com.br](http://www.dicio.com.br). Acessado em julho de 2012.

DOMINGUES, Tânia Arena Moreira; CHAVES, Eliane Corrêa. O Conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. esp., p. 580-8, 2005.

ELLIOT, R; JILLINGS, C; THORNES, S. Psychomotor skill acquisition in nursing students in Canada and the US. **Can Nurse**, v. 78, n. 3, p. 25-7, 1982.

FELDMAN, Clara. **Construindo a relação profissional de saúde-paciente**. In: MEZZOMO, A. A. et al. Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional. Santos: Local Editora, 2003, p.71-83.

FELDMAN, Liliane Bauer; RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p.239-42, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a15v61n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a15v61n2.pdf). Acessado em julho de 2012.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 7ª ed. Curitiba: Editora Positivo, 2008. 896 p.

FREITAS, Genival Fernandes; OGUISSO, Taka; FERNANDES, Maria de Fátima Prado; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Direitos do paciente com base nos princípios da bioética principialista. **Rev. Paul. Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 28-32, 2005.

FROMM, Erich. **A revolução da esperança: por uma tecnologia humanizada**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

GIORDANI, Anney Tojeiro. **Humanização da saúde e do cuidado**. 1ª ed. São Paulo: Difusão Editora, 2008.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 156-61, 2008. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a03.pdf>. Acessado em dezembro de 2012.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina. O núcleo central das representações de enfermeiros acerca da enfermagem: o papel próprio da profissão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 352-8, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a03.pdf>. Acessado em julho de 2012.

GONZAGA, Ana Damaris; FIGUEIRA, Bettina Duque; SOUSA, José Marconi; CARVALHO, Werther Brunow de. Tempo de ventilação mecânica e desenvolvimento de displasia broncopulmonar. **Rev Assoc Med Bras**, v. 53, n. 1, p. 64-7, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n1/22.pdf>. Acessado em dezembro de 2012.

GRATTON, L. Palavras ao vento. Exame, 719 ed., ano 34, n.15, p. 36-40, 2000.

GUERRER, Francine Jomara Lopes; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-62, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a19.pdf>. Acessado em dezembro de 2012.

HEGENBERG, Leonidas. **Etapas da investigação científica: observação, medida e indução**. São Paulo: EPU, 1976.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo: parte I**. 15ª ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2005. 325p.

HESSEN, Johannes. **Teoria do conhecimento**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

HOGA, Luiza Akiko Komura. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/02.pdf). Acessado em setembro de 2012.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Versão 1.01. Editora Objetiva Ltda. 2001.

HULLEY, Stephen B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ITO, Elaine Emi; TAKAHASHI, Regina Toshie. Publicações sobre ensino em enfermagem na Revista da Escola de Enfermagem da USP. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 409-16, 2005. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/05.pdf). Acessado em dezembro de 2012.

KOLCABA, Katharine; KOLCABA, Raymond. An analysis of the concept of comfort. **Journal of advanced nursing**, v. 16, p. 1301-10, 1991(a). Disponível em: [thecomfortline.com/files/pdfs/1991 - Analysis Concept of Comfort.pdf](http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991 - Analysis Concept of Comfort.pdf). Acessado em julho de 2012.

KOLCABA, Katharine. A taxonomic structure for the concept comfort. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 23, n. 4, p. 237-240, 1991(b). Disponível em: [thecomfortline.com/files/pdfs/1991 - Taxonomic Structure of Comfort Theory.pdf](http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991 - Taxonomic Structure of Comfort Theory.pdf)

KOLCABA, Katharine. The Art of Comfort Care. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 27, n. 4, p. 287-9, 1995. Disponível em: [thecomfortline.com/files/pdfs](http://thecomfortline.com/files/pdfs). Acessado em julho de 2012.

KOLCABA, Katharine. **The comfort line** [online]. Disponível em: [www.uakron.edu/comfort](http://www.uakron.edu/comfort). 2001 (a). Acessado em setembro de 2010.

KOLCABA, Katharine. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. **Nursing Outlook**, v. 49, n. 2, p. 86-92, 2001 (b). Disponível em: [www.financialaccountingpdf.info/free-nursing-theory-concept-comfort/](http://www.financialaccountingpdf.info/free-nursing-theory-concept-comfort/) Acessado em setembro de 2011.

KOLCABA, Katharine; WILSON, Linda. Comfort care framework for perianesthesia nursing. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v. 17, n. 2, p. 102-114, 2002.

KOLCABA, Katharine. Comfort Theory. *The Journal of nursing administration*, v. 36, n. 11, p. 538-544, 2006. Disponível em: [www.financialaccountingpdf.info/free-nursing-theory-concept-comfort/](http://www.financialaccountingpdf.info/free-nursing-theory-concept-comfort/). Acessado em setembro de 2011.

LAKATOS, Eva; MARCONI, Marina. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1996.

LEITE, Italo. **Ventilação mecânica: princípios básicos em enfermagem**. Disponível em: <http://nursingroom.files.wordpress.com/2010/02/ventilacao-mecanica.pdf>. Acessado em dezembro de 2012.

LIN, Chia-Chin. Comfort: a value forgotten in nursing. **Cancer Nursing**, v. 33, n. 6, 2010, p. 409. Guest Editorial.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 24, Junho

2005, p. 105-125. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf). Acessado em janeiro de 2012.

LOURO, Thiago Quinellato. **Sobre tecnologias e desumanização: um estudo sobre a emergência do discurso de descuidado na assistência de enfermagem em terapia intensiva**. Dissertação de Mestrado. EEAP/UNI-RIO, RJ, 2010.

LUCENA, Amália de Fátima; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 25, n. 2, p. 243-56, 2004.

MARCONDES, Odino. **Você tem os defeitos de suas qualidades: três décadas desenvolvendo pessoas**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2010.

MARQUES, Isaac Rosa; SOUZA, Agnaldo Rodrigues. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 141-4, 2010. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a24.pdf). Acessado em fevereiro de 2012.

MARTIN, Leonard M. **Aspectos éticos da humanização hospitalar**. In: Mezzomo, Augusto A. Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional. Santos: Local Editora, 2003. p. 249-69.

MARTINS, Christiane; KOBAYASHI, Rika; AYOUB, Andréa; LEITE, Maria Madalena. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto contexto-enferm.**, v. 15, n. 3, p. 472-8, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12.pdf>. Acessado em dezembro de 2012.

MARTINEZ, Elena Araújo. **Comunicação na assistência de enfermagem a criança: maneiras e influências e estratégias**. Dissertação de Mestrado. EEAP/UNI-RIO, RJ, 2009.

MASLOW, Abraham Harold. **Motivation and Personality**, 2<sup>a</sup> ed., Harper & Row, 1970.

MCILVEEN, K; MORSE, J. **The role of comfort in nursing car: 1900-1980**. Clinical Nursing Research, 4(2), 127-148, 1995.

MENDES, D. Observação. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 36, n. 1, 1983.

MERHY, Elias E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnológico em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEZZOMO, Augusto A. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. Santos: Local Editora, 2003.

MICHAELIS, **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**, 1998 – 2007. Editora Melhoramentos Ltda. Disponível em: [michaelis.uol.com.br](http://michaelis.uol.com.br). Acessado em março de 2012.

MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. Capacidades motoras envolvidas na habilidade psicomotora da técnica de ressuscitação cardiopulmonar: subsídios para o processo ensino-aprendizagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 4, p. 366-73, 2001. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a08.pdf). Acesso em agosto de 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 55-65, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13449.pdf>. Acessado em dezembro de 2012.

MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto: Revisão de literatura. **Rev. esc. enf. USP**, v. 30, n. 2, p. 254-66, 1996.

MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta paul. enf**, v. 18, n. 1, p. 72-81, 2005. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf). Acessado em maio de 2011.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira; TRENTINI, Mercedes. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-7, 2004. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a15.pdf). Acessado em fevereiro de 2012.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridades: revisitando a história. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 723-6, 2005. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf). Acessado em maio 2011.

PEREIRA, Paulo Fábio. **Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional**. Dissertação de Mestrado. UFRGS. 2008.

PIVA, Jefferson Pedro, e col. **Terapia Intensiva Pediátrica**. 3<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRETO, Vivian Aline; PEDRÃO, Luiz Jorge. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 841-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a15v43n4.pdf>. Acessado em dezembro de 2012.

PUGGINA, Ana Cláudia Giesbrecht; SILVA, Maria Júlia Paes da. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **remE – Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 599-605, 2009.

QUINTANA, Alberto Manuel; ARPINI, Dorian Mônica; PEREIRA, Caroline Rubin Rossato; SANTOS, Maúcha Sifuentes dos. A vivência hospitalar no olhar da criança hospitalizada. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 4, p. 414-23, 2007. Disponível em: [periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3679](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3679). Acessado em novembro de 2012.

REICH, Warren Thomas. **History of the notion of care**. In: Reich WT, editor. *Bioethics encyclopedia*. 3ª ed. New York: Mac Millan Library, 2004.

ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise; WAL, Marilene Lowen; CARRARO, Telma Elisa. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-6, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf). Acessado em dezembro de 2012.

RICHARDSON, Roberto. *Pesquisa social. Métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1985.

RODRIGUES, Rosa Maria. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 76-82, 2001. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7830.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7830.pdf). Acessado em julho de 2012.

ROSSI, Flavia Raquel; SILVA, Maria Alice Dias da. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 4, p. 460-8, 2005. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/v39n4/12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/v39n4/12.pdf). Acesso em agosto de 2012.

RÚDIO, Fraz Vitor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 19ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 109-12, 2008.

RYBCZYNSKI, Witold. **Home: A Short History of an Idea**. 4º ed. São Paulo, 1986.

SÁ, Ana Cristina de. **O cuidado emocional em enfermagem**. 1ª ed. São Paulo: Robe Editorial

SANTORO, Deyse Conceição. Situação do Sistema de Saúde no Brasil e os Cuidados Desenvolvidos nas Unidades de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem EEAN/UFRJ**; Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 259-61, 2001.

SILVA, Roberto Carlos Lyra. **O significado do cuidado em unidade de terapia intensiva e a (DES)construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas**. Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. RJ, 2006.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2007. 133 p.



SILVA, Carlos Roberto Lyra; CARVALHO, Vilma de. **O conceito de conforto da perspectiva de clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar**. Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. RJ, 2008.

SILVA, Roberto Carlos Lyra; PORTO, Isaura Setenta; FIGUEIREDO, Nélia Maria de Almeida. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Revista de Enfermagem EEAN/UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.156-9, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a24.pdf). Acessado em maio de 2012.

SILVA, Carlos Roberto Lyra; CARVALHO, Vilma; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. Aspectos epistemológicos do cuidado e conforto como objetos de conhecimento da enfermagem. **Cogitare Enferm**; Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p.769-72, 2009.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**; Brasília, v. 64, n. 1, p.98-105, 2011. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a15.pdf). Acessado em novembro de 2012.

SILVA, Sandra Rivelli; GOMES, Maria Auxiliadora. **Conhecimentos de enfermagem sobre as práticas potencialmente melhores para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) na unidade neonatal**. Dissertação de Mestrado, IFF/FIOCRUZ. RJ, 2009.

SCHMID, Aloísio Leoni. **A idéia de conforto: reflexões sobre o ambiente construído**. Curitiba: Pacto Ambiental, 2005.

SNYDER, Charles Richard; LOPEZ, Shane J. **Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 516p.

TEIXEIRA, Enéas Rangel. A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na enfermagem. **Revista de Enfermagem EEAN/UFRJ**, v. 8, n. 3, p. 361-9, 2004. Disponível em: [redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127718062006.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127718062006.pdf). Acessado em setembro de 2012.

VIETTA, Edna Paciência; UEHARA, Marlene; SILVA NETTO, Kelly da. Depoimentos de enfermeiras hospitalares da década de 80: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 107-116, 1998 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13897.pdf>. Acessado em dezembro de 2012.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3ª ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2001. 202p.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. 237p.

WALDOW, Vera Regina. Atualização do cuidar. **Revista Aquichán**. Colombia, v. 8, n. 1, p. 85-96, 2008.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-8, 2011 . Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf). Acessado em julho de 2012.

WATSON, Jean. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boulder, CO. Associated University Press, 1973.

WEAVER, Eunice. **Florence Nightingale 1820-1910/Pioneiros do Ideal I**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Publicidade, 1934.

WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; RIVERA, Soledad. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 111-9, 2005. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a15v14n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a15v14n1.pdf).

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-7, 2004. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/03.pdf). Acessado em abril de 2012.



## CAPÍTULO VIII: APÊNDICES

### 8.1 – *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada: "**Qualidades essenciais da enfermeira para prestação de cuidados de conforto à crianças em ventilação mecânica**", inserido na Linha de Pesquisa: “O Cotidiano da Prática de Cuidar” do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental – Nupeef do Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO).

O presente estudo tem como objetivos: identificar nas falas de enfermeiras se estas necessitam de qualidades *essenciais* para prestação de cuidados de conforto às crianças em ventilação mecânica em UTIP; analisar as qualidades *essenciais* encontradas nas falas de enfermeiras.

Suas respostas serão **anônimas e confidenciais**, ou seja, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Se for preciso exemplificar alguma situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será trocado por um codinome.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em eventos científicos e deverão ser publicados em revistas científicas sobre a temática em questão.

Sua participação é **voluntária** e a qualquer momento você pode parar de responder qualquer pergunta ou desistir de participar, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário, que poderá ser ou não realizada na presença do pesquisador.

Você não pagará nem receberá nenhuma quantia em dinheiro. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionados à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será a contribuição para a pesquisa na área de enfermagem pediátrica.

Esta pesquisa está cadastrada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz (CEP-IFF). Você receberá uma cópia deste termo

onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa do IFF, podendo tirar as suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Mestranda: Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira  
Identificação: 10429474-9  
Telefone: 7890-2562  
E-Mail: [fmcsno@yahoo.com.br](mailto:fmcsno@yahoo.com.br)

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz  
Tel: 2554-1730  
E-Mail: [cepiff@iff.fiocruz.br](mailto:cepiff@iff.fiocruz.br)

Rio de Janeiro, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

Eu, \_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, na qualidade de \_\_\_\_\_ inserida na unidade de terapia  
intensiva pediátrica concordo em participar do estudo proposto e declaro estar ciente do  
inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO, sabendo que dele poderei desistir a  
qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador

## 8.2 – Instrumento de coleta de dados

### Parte 1: Perfil

1- Sexo:      ( ) Masculino                      ( ) Feminino

2- Idade:      \_\_\_\_\_ anos

3- Tempo de formação:

( ) menos de 1 ano                      ( ) mais de 1 ano. Especificar: \_\_\_\_\_ anos

4- Titulação:

( ) Graduação              ( ) Especialização              ( ) Mestrado              ( ) Doutorado

5- Tempo de atuação em terapia intensiva pediátrica:

( ) menos de 1 ano                      ( ) mais de 1 ano. Especificar: \_\_\_\_\_ anos

### Parte 2: Buscando o entendimento sobre as qualidades e o conforto

6- Você considera possível prestar um cuidado confortante ao cliente pediátrico na unidade de terapia intensiva?

( ) Sim

( ) Não      Explique: \_\_\_\_\_

7- Você considera que a tecnologia, mais especificamente a ventilação mecânica invasiva, é um empecilho ao cuidado confortante à criança em unidade de terapia intensiva?

( ) Sim      Explique: \_\_\_\_\_

( ) Não

**8- Visando facilitar o binômio cuidado/conforto, para você, é pré-requisito que as enfermeiras da unidade de terapia intensiva pediátrica sejam dotadas ou desenvolvam qualidades essenciais para cuidar de seus clientes?**

( ) Sim Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Não Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9- Se sua resposta anterior foi afirmativa, quais são as qualidades que você julga essenciais para o cuidado aos clientes pediátricos internados em unidade de terapia intensiva em uso de ventilação mecânica com vistas a proporcionar o conforto?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10- Explique o porquê de cada uma das qualidades definidas por você na pergunta anterior.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CAPÍTULO IX: ANEXO

## 9.1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Andamento do Projeto Page 1 of 1

---

**Andamento do projeto - CAAE - 0021.0.008.000-11**

---

**Título do Projeto de Pesquisa**  
 Qualidades essenciais da enfermeira como elementos facilitadores do binômio cuidado/conforto na perspectiva de enfermeiras e família crianças em uso de prótese ventilatória em UTI

---

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na
Aprovado no CEP	29/03/2011 14:43:35	17/05/2011 09:06:11		

---

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc
3 - Protocolo Pendente no CEP	05/05/2011 16:13:48	Folha de Rosto	0021/11
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	23/03/2011 07:44:30	Folha de Rosto	FR411989
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	29/03/2011 14:43:36	Folha de Rosto	0021.0.008.000-11
4 - Protocolo Aprovado no CEP	17/05/2011 09:06:11	Folha de Rosto	0021/11

**Voltar**

**APROVADO**

Válido Até 30/06/2012

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ  
 Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730

*M. Moreira*  
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ  
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ