

CUIDAR DO OUTRO E DE SI MESMO: A COMPREENSÃO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM

*TAKE CARE OF THE OTHER AND OF ONESELF:
THE UNDERSTANDING OF THE NURSING TEAM*

*CUIDAR DEL OTRO Y DE SI MISMO:
LA COMPRENSIÓN DE UN EQUIPO DE ENFERMERÍA*

Danielle Sandra da Silva de Jesus*
Maria Édila Abreu Freitas**
Maria Lígia Mohallem Carneiro***
Sônia Maria Soares****

Resumo

Este estudo aborda a compreensão das concepções de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado do outro e de si mesmo. Foram observadas consultas e procedimentos de enfermagem, grupos educativos, envolvendo clientes e cuidadores. Os dados revelaram que o processo de cuidar do outro e de si mesmo é influenciado pela formação centrada no modelo biomédico e interferências organizacionais no processo de trabalho. Para os enfermeiros, cuidar do outro significa educá-lo para se autocuidar; para as auxiliares de enfermagem, cuidar do outro significa relação de dependência. O cuidar de si mesmo ainda é pouco significativo na existência dos cuidadores.

Palavras-chave: Autocuidado; Cuidadores; Equipe de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem

O ser humano avançou em todas as áreas do conhecimento técnico científico, mas se mostra distante e alheio ao cuidado consigo próprio ^(1,2). O fato se torna preocupante quando enfocamos os profissionais da área de saúde e, em especial, para este estudo, os profissionais de enfermagem, que em seu cotidiano revelam carências em relação ao seu autocuidado, à consciência corporal e ao cuidar ⁽¹⁾.

No Brasil, a preocupação com o fenômeno cuidar na área da saúde teve o seu marco referencial com as discussões de Rossi ⁽³⁾ sobre o curar e o cuidar – a história de uma relação. Entretanto as investigações a esse respeito ainda são recentes e priorizam o cuidado do ponto de vista individual, tendo como enfoque o cliente e não os cuidadores. Considerando esta lacuna, o Projeto Cuidar...Cuidando-se foi criado em 1998 na Escola de Enfermagem da UFMG, tendo como uma de suas linhas de ação a humanização do processo de trabalho nas organizações de saúde. Guiadas por esse princípio, decidimos desenvolver,

no âmbito do Projeto, uma investigação que contemplasse a saúde dos cuidadores que lidam com clientes portadores do vírus HIV positivo.

Para nós estava posto que o cuidado dos cuidadores é fundamental para o fluir de um processo de trabalho em saúde mais humanizado, em especial quando esse trabalho é desenvolvido com clientes portadores de doenças infecto-contagiosas, circunscritas a uma situação social estigmatizante e sofrida. Além disso, é assunto recorrente nas instituições assistenciais a crescente desumanização do processo de trabalho, conforme foi mostrado no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar ⁽⁴⁾.

Essa questão tem sido freqüente em nosso ambiente de trabalho acadêmico, o que nos inquietou de forma mais contundente, por sermos profissionais de saúde, especificamente envolvidas com o processo cuidativo, com o gerenciamento do cuidar e, mais ainda, engajadas na missão de ensinar e apren-

* Graduanda em Enfermagem/UFMG - Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/2001.

** Enfermeira, Doutora em Enfermagem/USP – Docente da EEUFMG - Subcoordenadora do Projeto Cuidar...cuidando-se!

*** Enfermeira, Doutora em Enfermagem/USP - Docente da EEUFMG - Orientadora da pesquisa.

**** Enfermeira, Doutora em Saúde Pública/USP - Docente da EEUFMG - Coordenadora do Projeto Cuidar...cuidando-se!

Endereço para correspondência:
Escola de Enfermagem da UFMG
Av Alfredo Balena, 190 • Santa Efigênia
30130-100 • BH • MG
Tel.: 3248 9832
E-mail: smssoares.bhz@terra.com.br

der a cuidar. Assim, surgia para nós um desafio: ao ensinar o processo de cuidar o alvo é o cliente, a família e a comunidade. É interessante questionar se o profissional quando ingressa no mercado de trabalho, aprendeu a se autocuidar e se está preparado para isso. Como ele se percebe como cuidador, portador de necessidades, ao cuidar do outro?

O estudo sobre o cuidar em enfermagem nos serviços de saúde, especialmente nas instituições hospitalares, implica portanto, o desvelamento de uma realidade explícita e implícita de um conjunto de aspectos que suportam a prática, que será norteadada pela seguinte questão: O que é para você, cuidar de si e do outro no ambiente hospitalar?

Para tal, delineamos como objetivo do estudo:

- Compreender as concepções da equipe de enfermagem acerca do cuidar de si e do outro.

Referencial teórico

O cuidar e o cuidado

O verbo cuidar tem sua origem no latim *cogitare*, significando: imaginar, pensar, meditar, cogitar; aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação, atentar, refletir; prevenir-se, acautelarse, ter cuidado consigo mesmo, com a sua saúde, a sua aparência ou apresentação ⁽⁵⁾.

Para Boff ⁽²⁾ cuidar é mais que um ato. É uma atitude que gera muitos outros atos. O cuidado encontra-se na raiz do ser humano, na sua constituição, na sua essência. O cuidado humano é, para Waldow ⁽⁶⁾, uma forma ética e estética de viver, que inicia pelo amor à natureza e passa pela apreciação do belo. Consiste no respeito à dignidade humana, na sensibilidade para com o sofrimento, aceitando o inevitável.

Atualmente as sociedades no mundo inteiro passam por mudanças, em que as pessoas buscam novas alternativas de combater os interesses técnicos em favor dos interesses humanos, parecendo assim oportuno resgatar-se o cuidado humano ⁽⁷⁾.

A primeira e maior contribuição para uma teoria do Cuidar/cuidado surgiu com Leininger ⁽⁸⁾. Sua teoria é fundamentada num modelo transcultural de enfermagem e que engloba a idéia do Cuidar/cuidado em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas no Universo, daí sua denominação de Teoria Cultural do Cuidado. Ele identificou diferenças nas formas de as pessoas se expressarem e se comportarem em relação ao Cuidar/cuidado. Tais diferenças pareciam estar ligadas a padrões culturais. Também desenvolveu um modelo próprio de investigação de enfermagem, baseado no método naturalístico de pesquisa, a etnoenfermagem. O prefixo etno refere-se a pessoas na comunidade, idéias e práticas culturais com relação ao fenômeno de enfermagem. A etnoenfermagem foi desenvolvida como um método de pesquisa no sentido de ajudar enfermeiras a documentar informações, sistematicamente, e obter maior

compreensão e significado das experiências do cotidiano das pessoas com relação ao cuidado humano, saúde e bem-estar, em qualquer contexto ambiental.

O cuidado humano, sem dúvida, está embutido em valores, os quais, independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor, entre outros aspectos. A ciência para o cuidado não pode ser totalmente neutra em relação a valores humanos, ou seja, ela não pode manter-se separada ou indiferente às emoções humanas. Dessa forma, integra tanto as ciências biofísicas como as ciências comportamentais, necessitando, portanto, do reconhecimento e utilização da abordagem humanística. Requer ainda a análise compreensão e significado das ações humanas e dos valores que determinam as escolhas humanas na saúde e na doença ⁽⁶⁾.

O processo de trabalho

A palavra trabalho, que em italiano quer dizer *lavoro* e em inglês *labour*, deriva do latim labor, significando dor, sofrimento ou qualquer atividade penosa ⁽⁹⁾.

A realidade das organizações, no mundo contemporâneo, tem repetido o modelo que permeia os segmentos sociais: um olhar reducionista no qual prevalecem as relações mecanicistas de causa e efeito, a racionalidade de cunho positivista com profunda ressonância nos processos de trabalho.

Os progressos surgidos principalmente no campo da física, em especial da física quântica, possibilitaram rupturas nos conceitos da ciência clássica favorecendo o surgimento de novas teorias que influenciaram várias áreas do conhecimento humano, inclusive a da saúde. Enquanto a ciência clássica associava-se a um complexo de conceitos de *causalidade*, *legalidade*, *determinismo*, *meccanicismo*, *racionalidade*, surgiu um conjunto de temas estranhos à ciência clássica: a vida, o destino, a liberdade, a espontaneidade que se tornavam deste modo as emanções de profundidade ocultas, que se pretendiam inacessíveis à razão ⁽¹⁰⁾.

O momento é de crise, que se acentuou nas duas últimas décadas, com repercussões nos campos intelectual, ético e espiritual ⁽¹¹⁾. Nessa situação, o ser humano encontra-se num processo de desencantamento. Nas instituições de saúde, essa crise é evidenciada na fragmentação do cliente, dos modelos terapêuticos e dos cuidadores, resultando em profundas insatisfações no seio dessas instituições. Collière ⁽¹²⁾, ressalta que o hiperdesenvolvimento das tecnologias de ponta contribuiu para uma investigação orgânica cada vez mais exigente, assistindo-se a uma multiplicação de especializações que têm, muitas vezes, como efeito fender mais o corpo doente, fragmentar tarefas e tornar as relações humanas cada vez mais impessoais, longínquas e divididas.

Um exemplo da fragmentação do atendimento ao cliente e do tecnicismo das ações terapêuticas é o modo de aferir pres-

são arterial*. Pelo comodismo, talvez, verifica-se que alguns profissionais de enfermagem aferem a pressão arterial utilizando apenas a palpação. Segundo Potter ⁽¹³⁾, durante um ciclo cardíaco normal a pressão sanguínea atinge um pico, seguido de uma queda. O pico de pressão máxima ocorre durante a sístole, e a queda durante a diástole. É recomendado o registro de dois valores para a medida de uma pressão sanguínea: o ponto no manômetro quando o primeiro som é auscultado indica a pressão sistólica e o do quinto som é a diastólica. Se o procedimento de ausculta não for seguido corretamente, há várias possibilidades de erro. A técnica da palpação (sem a utilização do estetoscópio) é útil somente para pacientes cujos pulsos arteriais são muito fracos para produzir os sons. Utiliza-se o esfigmomanômetro e a palpação da artéria radial. Quando o manguito estiver insuflado até o nível desejado, a válvula é liberada e a coluna de mercúrio deve cair a uma velocidade de 2 mm Hg por segundo. Assim que o pulso radial for novamente palpável, faz-se a leitura do manômetro. Essa leitura é a pressão sanguínea sistólica. A pressão diastólica é mais difícil de ser determinada pela palpação.

Outro exemplo, não só de fragmentação do cliente como também dos profissionais, são os estudos sobre morbimortalidade dos trabalhadores que usualmente focalizam o processo de industrialização ⁽¹⁴⁾. No setor terciário, e especialmente na enfermagem, existe uma dificuldade em estabelecer com mais objetividade o nexos causal entre os efeitos deletérios à saúde do trabalhador e seu processo de trabalho, contribuindo para isso a escassez de estudos na área e a falta de uma legislação atualizada para atender às demandas específicas do setor.

Os profissionais de enfermagem, devido às condições precárias de trabalho, estão sendo colocados à mercê de riscos que são responsáveis pelo aparecimento de doenças, expondo a sua saúde e segurança que ameaçam a própria sobrevivência desses trabalhadores ⁽¹⁵⁾.

Sabe-se que o trabalho na instituição hospitalar pode ser visto envolto por sentimentos como amor, compaixão, ansiedade, ódio e ressentimento, uma vez que os profissionais dedicam grande parte do seu tempo cuidando de pessoas doentes. O risco do trabalhador ser invadido por quadros de sofrimento psíquico está relacionado com a própria natureza do trabalho. Cabe, então, aos que trabalham no hospital produzir uma homeostasia entre vida e morte que tende a transcender suas impossibilidades pessoais de administrar o trágico ⁽¹⁵⁾. Para isso, é preciso, primordialmente, praticar o autocuidado e o equilíbrio interno.

Percurso metodológico

A natureza do objeto investigado levou-nos a optar por um estudo de caso na abordagem qualitativa.

O cenário do estudo

O estudo foi realizado em um hospital de médio porte da rede pública da cidade de Belo Horizonte, referência para portadores de doenças infecto-parasitárias (DIP), entre elas a AIDS. Assim, os cuidadores convivem no seu cotidiano com o estigma da doença e a preocupação com as medidas de biossegurança que marcam a sua relação com a clientela.

A capacidade instalada do Hospital é de 137 leitos, estando em operação apenas 89, com uma média anual de 1100 atendimentos. A equipe de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros, 123 profissionais de nível médio, incluindo auxiliares e técnicos de enfermagem.

O trabalho de campo

Os contatos iniciais foram realizados com o Núcleo de Estudos e Pesquisa (NEP) do Hospital para aprovação do projeto de pesquisa, sendo obedecidos todos os trâmites legais, conforme previsto na Resolução 196/96.

Aceitaram participar do estudo 02 (duas) Enfermeiras e 03 (três) Auxiliares de Enfermagem, do plantão diurno, da equipe do ambulatório. O trabalho de campo englobou a observação participante e entrevistas. Essas foram realizadas no período de agosto e novembro de 2000, fevereiro e abril de 2001. Para o registro das observações realizamos um diário de campo, elaborado após cada período de observação, seguindo a orientação proposta por Olesen ⁽¹⁶⁾, organizando-o em: notas de observação, notas teóricas, notas metodológicas e notas pessoais. Esta etapa constou ainda de observações de consultas de enfermagem realizadas pelos enfermeiros e atendimentos dos auxiliares, além dos grupos informativos sobre HIV/AIDS, coordenados pelos enfermeiros, denominados "Grupos de Adesão".

A fase seguinte englobou as entrevistas abertas com os 02 enfermeiros e os 03 auxiliares de enfermagem, após o consentimento dos mesmos, sendo as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, objetivando a fidedignidade dos depoimentos.

A construção da análise

A análise foi elaborada com os seguintes passos:

- transcrição na íntegra das entrevistas;
- recriações das entrevistas transformando-as em narrativas;
- extração dos tons vitais presentes nas narrativas;
- síntese e interpretação criativa dos núcleos temáticos presentes nas narrativas.

Os núcleos temáticos foram agrupados em duas categorias, de acordo com o objetivo do estudo: cuidar de si e cuidar do outro.

* A referência específica à aferição da pressão arterial neste estudo, deve-se a cenas observadas em que os auxiliares de enfermagem empregavam essa técnica.

O cuidar de si englobou os seguintes temas: *insatisfação no trabalho; trabalho por necessidade e não por prazer; preocupação com o autocuidado; apoio institucional aos cuidadores. O cuidar do outro envolveu: a prática e o contexto de trabalho; interferências interpessoais no cuidado com o cliente; defesa do cliente; tecnicismo nos procedimentos; relação de dependência x relação de independência com o cliente.*

Compreendendo o cuidar de si e do outro

Cuidar de si

O cuidador vive sua prática cotidiana imerso na necessidade de atender às demandas dos clientes, dentre as quais se destaca a de saber escutá-los em suas angústias e preocupações. Assim, muitos cuidadores relataram a dificuldade de cuidarem de si, como expressou uma das enfermeiras: *“cuidar da gente é mais difícil do que cuidar do outro...tem pessoas que até aprendem a cuidar de si sozinhas, mas eu precisei de ajuda...hoje eu me cuido...gosto de mim...”*

O que essa enfermeira relata encontra ressonância em Botten ⁽¹⁷⁾, que enfoca a importância do autoconhecimento para todos aqueles que exercem profissões relacionadas com o cuidado do outro, pois, para a referida autora, quanto mais conhecemos as nossas próprias forças e fraquezas, mais qualificados nos tornamos para lidar com as reações dos clientes e familiares.

Buscar a compreensão de si é fundamental para reestruturação da relação com o outro, em especial nas profissões que como a enfermagem têm na sua interação com o outro um aspecto terapêutico.

A equipe de enfermagem em seu processo de trabalho lida com muitas questões intervenientes, tais como: frustrações, angústias e conflitos. Tanto que os sujeitos revelam em suas narrativas as interferências que o cuidar de si provoca na sua prática cotidiana para cuidar do outro. Para as auxiliares de enfermagem, o cuidar de si é algo distante do seu cotidiano e isso se manifesta em frustrações no trabalho e “estranhamento” em relação ao que significa o cuidado consigo. Para elas lidar com as frustrações ligadas ao tipo de atividades que exercem no trabalho está relacionado com a sua formação profissional. Sentem-se como se estivessem distantes do que é “ser auxiliar de enfermagem”, por não atuarem profissionalmente como gostariam, ou seja, realizando procedimentos técnicos junto ao cliente. Referem que o trabalho, ambulatorial, as afasta do que elas entendem como sendo de sua competência, já que: *“auxiliar de enfermagem mesmo é puncionar veia, ou seja, estar realizando os cuidados de enfermagem junto ao paciente.”* Outra auxiliar afirma que *“se sentia mais útil lá”,* referindo-se ao centro de terapia intensiva - CTI. Acreditam que é *“mais gratifican-*

te” trabalhar na enfermaria ou no CTI, porque nesses setores o aprendizado é maior.

O processo de trabalho de que sentem falta é aquele a que se refere Vieira ⁽¹⁸⁾, em que a organização do cuidar perpassa o saber médico embasado no modelo biomédico. Saber esse construído culturalmente, considerando as tensões entre tecnologia e humanismo, entre ciência e cultura, o que nos remete a valores condensados simbolicamente na dualidade “competência” e “cuidado”. Enquanto a competência é uma qualidade de conhecimentos e está associada com a linguagem das ciências naturais, do conhecimento e da técnica. Em contrapartida o cuidado está vinculado a valores humanitários, atitudes de compaixão e empatia. (Lindenbaum e Lock ⁽¹⁹⁾).

Outro aspecto que emergiu nos tons vitais das narrativas refere-se aos riscos ocupacionais a que esses profissionais estão expostos ao cuidarem de clientes HIV soropositivos. Para outra auxiliar de enfermagem: *“Cuidar de si é saber balancear tudo! Tanto na autoproteção com os materiais e instrumentos como também com essas situações que acontecem no dia-a-dia. Não adianta ficar me estressando, brigando, chorando, porque isso vai passar...”* Nesse sentido, a Organização Internacional do Trabalho também preconiza que todas as empresas, inclusive aquelas voltadas para o cuidado das pessoas, como é o caso da instituição de saúde, deveriam atentar para os riscos ocupacionais advindos do trabalho e tentar melhorar a qualidade de vida de seus empregados Moura ⁽²⁰⁾.

Um outro risco a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos é o risco emocional, decorrente de íntima convivência com a clientela, especialmente com clientes HIV soropositivos. Estas situações de risco levam os trabalhadores a desenvolverem alguns mecanismos de defesa para suportar a mobilização interna a que são submetidos, conforme assinala uma das enfermeiras: *“...de vez em quando a gente tem que dá uma afastadinha para poder recuperar.”*

Sem dúvida eles vão buscando estratégias de sobrevivência, mas há a necessidade de um “suporte” institucional de cunho psicológico para apoiá-los nesta dinâmica de autocuidado, conforme revela uma das colaboradoras: *“aqui deveria ter algum tipo de ajuda ao trabalhador, talvez uma psicologia do trabalho (...) seria bom se a gente tivesse alguém para nos ouvir...”* Quando ela menciona sobre a “psicologia do trabalho”, traduzimos por uma política de Recursos Humanos que contemple a saúde do trabalhador em sua totalidade.

Fato é que são poucas as instituições hospitalares que dispõem de um Programa de Recursos Humanos enfocando a qualidade de vida e o cuidado dos cuidadores no contexto existencial e no contexto do trabalho.

Assim, não é difícil, ao indagarmos alguém sobre o seu autocuidado, obtermos respostas evasivas ou outras indagações, como: *“Cuidar de mim mesma? Ah! eu fazia caminhada, agora com esse horário já não posso mais...mas dá para levar.”*

Esta questão reflete estranhamento e até mesmo a pouca importância que o cuidado consigo mesmo adquire no cenário do ambiente de trabalho. Para que possamos estar integralmente numa ação cuidativa com o outro, torna-se necessário experienciá-la em nós mesmos. Portanto, esta perplexidade não deveria fazer parte do nosso cotidiano. Este é um aspecto extremamente relevante, em especial quando pensamos o este profissional de enfermagem desenvolve uma ação cuidativa que deveria ser fundamentada em atitudes coerentes. Waldow^(6,7) faz menção ao cuidado dos cuidadores quando refere-se à administração de enfermagem e ao cuidado, afirmando que as administradoras, ao valorizar o processo de cuidar, deverão desenvolvê-lo com a equipe e não só com a clientela. Para ela, este tem sido um tema excluído das discussões sobre o cuidado. Em estudo realizado por esta autora com os clientes acerca da percepção do autocuidado, uma das categorias que emergiu foi sobre a percepção dos clientes em relação aos cuidadores, no que toca ao prazer em cuidar do outro. A nosso ver este prazer também está sendo ignorado em relação ao cuidado do cuidador consigo mesmo.

Cuidar do outro

O cuidar do outro remete-nos a interação e no dizer de Waldow^(6,7) "O cuidado é relacional". Pode ser focado sob o prisma da dependência ou sob o enfoque da liberdade e da conquista de si mesmo. Para as colaboradoras do estudo, "cuidar é a compreensão do outro, a interação humana, no sentido mais amplo, que o profissional estabelece com o paciente, que é o seu objeto de cuidar. É você procurar conhecer o outro ser para sentir suas necessidades, ver o nível de compreensão que ele tem do processo saúde-doença e chamá-lo para a responsabilidade de cuidar da própria vida."

"Cuidar do outro é ajudar..."

Cuidar do outro é reconhecê-lo como um ser de possibilidades; é torná-lo co-partícipe no processo de cuidado, conforme menciona uma das enfermeiras: "Você não está tomando o remédio, foi uma opção sua? Mas é difícil lidar com isso porque você sabe que se ele não tomar o remédio vai adoecer e vai morrer mais rápido...É complicado, mas agora eu respeito a opção deles."

Ao mesmo tempo em que ela mostra o seu contentamento ao possibilitar ao cliente exercer o seu livre arbítrio e sua autonomia, ela também se mostra em conflito pela sua possível omissão diante do mesmo.

A profissional de enfermagem exercita a empatia com o cliente ao abordá-lo: "... ele tem o direito de não querer tratar, e me coloquei no lugar dele, pensando: Se ele não quer tomar o remédio, eu não tenho que ficar perguntando. Por isso eu mudei a pergunta: -Você não está tomando o remédio, foi uma opção sua, né?" Esta forma de abordagem, embora empática,

sugere uma direcionalidade que remete uma relação de causalidade que não é desejável nas relações de ajuda, principalmente tratando-se de práticas educativas, na qual o cliente deve ser estimulado em sua condição de sujeito. Ao reforçar sua fala com a expressão "foi uma opção sua" a enfermeira cerceia e conduz as possibilidades de expressão do cliente, inclusive sugerindo a sua não participação na decisão do cliente.

Boemer⁽²¹⁾ enfatiza que o "cuidado" é constitutivo do sujeito e não é entendido como algo exterior a ele, mas sim por ele co-determinado. Conforme podemos apreender da fala da referida enfermeira, o cuidado é uma atitude de autodeterminação do sujeito.

O cuidado com o outro suscita muitas questões, tais como: empatia, troca de energia, construção de vínculo, conforme está presente nos seguintes tons vitais: "*Cuidar do outro é uma troca de energia, mas que pode nos sugar de vez em quando. É como dividir a vitalidade através do toque!*".

"Vejo o cuidar do outro quando há uma relação de vínculo e percebo que ele já está se cuidando sozinho, está mais independente".

As narrativas expressas revelam que o ato de cuidar significa, preponderantemente, educar alguém para se autocuidar, com a finalidade de torná-lo mais independente. Waldow^(6,7) afirma que o papel do enfermeiro pode ser sintetizado em atitudes, tais como: troca relacional, profissionalismo, educação, compreensão das dificuldades do paciente e segurança.

As narrativas dão o tom do cuidado voltado para a aprendizagem do autocuidado do cliente. Referem-se à ocorrência de troca de experiências cuja finalidade é deixar a pessoa mais independente: "... uma relação de vínculo, de troca de experiências, de confiança". Enfatizam que o vínculo necessário entre o cuidador e o cliente é centrado no despertar das potencialidades deste último para cuidar de si mesmo.

O cuidado pode ser focado sob o prisma da dependência ou sob o enfoque da liberdade e da conquista de si mesmo "Você não está tomando o remédio, foi uma opção sua, né?" Mas é difícil lidar com isso porque você sabe que se ele não tomar o remédio vai adoecer e vai morrer mais rápido...É complicado, mas agora eu respeito a opção deles."

Nota-se, também, o constante conflito evidenciado por uma das enfermeiras no que toca à adesão ao tratamento de seus clientes: "*Às vezes acho que tenho algumas atitudes mais frias e fico preocupada pensando: 'Ai, meu Deus será que eu não estou nem aí para o problema dele'. Então, quando o paciente fala: 'ah, eu não quero mais voltar aqui, não quero mais fazer esse tratamento', muitas vezes eu me vejo insistindo, forçando aquele paciente a continuar... (...) então fica aquela carga de ansiedade...*".

Práticas reiterativas executadas sem reflexão, atendendo apenas o cumprimento de rotinas e protocolos ultrapassados, resultam em ações de cuidado com pouca resolutividade e ten-

dem a despende maior quantidade de energia. Isto porque a arte de cuidar é essencialmente criativa ⁽²⁾. Quando o cuidador sente que a energia despendida lhe é repostada pela relação positiva de troca, o ato de cuidar se torna prazeroso e gratificante. Uma das enfermeiras atribuiu esse reabastecimento energético ao equilíbrio que busca com o seu estilo de vida, em que cultiva a auto-estima e o autocuidado. Sente-se respeitada pelo que faz, o que aumenta sua satisfação no trabalho.

Considerações finais

As categorias mostraram que as ações de cuidar de si mesmo ainda têm pouco significado no processo de trabalho dos cuidadores, necessitando resgatar ou adotar práticas que incentivem o autocuidado. A falta de tempo dos profissionais de enfermagem para se autocuidarem e a revelação de que “cuidar de si próprio é mais difícil do que cuidar do outro” sugerem a necessidade de trabalharmos essa questão. Será que diante dessa constatação, estamos realmente compreendendo o que é cuidar do outro? É possível ensinar algo que eu não experiencio?

Assim, chegamos ao final do trabalho com algumas indagações que podem redundar em novos estudos. “Quem cuida de quem cuida?” Essa indagação é feita por Pessini & Barchifontaine ⁽²²⁾, ao abordar o tema qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. No seio desta expressão são contemplados os dois pólos da relação de cuidado: o cuidador e a pessoa que é alvo de sua ação cuidativa. Inúmeras iniciativas podem ser tomadas por todos nós, em prol da humanização da assistência. As instituições de saúde e os gerentes de serviços precisam abrir espaços para que os trabalhadores exercitem a prática do autocuidado e as relações interpessoais no âmbito da equipe.

A Enfermagem do 3º Milênio precisa estar atenta ao cuidado como atributo moral mais que profissional. Na verdade a enfermagem une ciência e arte; é o caminho para a humanização da assistência, para a promoção da saúde e educação continuada.

O hospital na atualidade necessita de uma face mais humanizada na rotina de serviços, cabendo aos enfermeiros formular estratégias criativas e nem sempre onerosas que possibilitem atingir esse objetivo.

Fica evidente, portanto, a necessidade de as instituições hospitalares preocuparem-se com o seu potencial humano para que as dificuldades geradas pelo desgaste no processo de trabalho possam ser superadas, promovendo certamente melhoria da qualidade dos serviços prestados.

“Cuidar ... é especial e precisa de sentimento e nós cuidadores precisamos acreditar nisso e fazer com o coração, isto faz a diferença.” Segundo Boff ⁽²⁾, o grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem.

Summary

The objectives which guided the study have been the ability of the nursing team to understand what it means to take care of the other and of oneself; the description of the cultural setting where the team operates, as well as the analysis over the self-care capacity in professional practice. The daily scenes involving those receiving care and caregivers and the narratives heard showed that for the nurses to take care of others means to educate them to take care of themselves. For nursing auxiliaries, the action of taking care is established by a relationship of dependence. Both categories showed that the actions of taking care of oneself do not have a significant meaning in their lives which proves it is necessary to stimulate or to adopt self-care practices. Other factors also influence the meaning of taking care of oneself and of others, such as: interference in the work process, ways of establishing relationship bonds and the need for continuous education.

Key-words: Self Care; Caregives; Nursing Team; Nursing Care

Resumen

El presente estudio enfoca la comprensión de las concepciones de un equipo de enfermería sobre el cuidado al otro y el cuidarse a uno mismo. Se observaron consultas y procedimientos de enfermería, grupos educativos, incluyendo clientes cuidadores. Los datos revelan que el proceso de cuidar al otro y el cuidarse a uno mismo está influenciado por la formación centrada en el modelo biomédico y en interferencias organizacionales en el proceso de trabajo. Para los enfermeros cuidar al otro significa educarlo para autocuidarse; para los ayudantes de enfermería cuidar al otro implica una relación de dependencia. El cuidarse a uno mismo tiene poco significado para los cuidados.

Unitermos: Autocuidado; Cuidadores; Grupo de Enfermería; Atención de Enfermería

Referências bibliográficas

1. Freitas MEA. A consciência do corpo-vivência que assusta: a percepção de profissionais de enfermagem na área hospitalar. (Tese, Doutorado) São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999:257.
2. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 3a. ed. Petrópolis: Vozes; 1999: 199.
3. Rossi MJS. O curar e o cuidar - a história de uma relação. Rev Bras Enf 1991 jan./mar.; 44(1): 16-21.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde.
5. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
6. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998: 204.
7. Waldow VR et al. Maneiras de cuidar e maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995:203.
8. Leininger MM. The theory of culture care diversity and universality. In: Leininger MM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991:5-68.
9. Godelier M. Trabalho. In: Enciclopédia Einaudi; modo de produção, desenvolvimento/subdesenvolvimento. Rio Janeiro: Imprensa Nacional; 1986.7:1-62.
10. Prigogine I, Stengers I. A nova aliança. Brasília: UnB; 1991: 247.
11. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982: 447.
12. Collière MF. Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989: 385.
13. Potter PA, Perry AG. Sinais vitais. In: Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática. 3a. ed. São Paulo: Santos; 1998:185-212
14. Lopes GT et al. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais: estudos preliminares. Rev Enf UERJ 1996 maio; 4(1): 9-18.
15. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1990:198.
16. Olesen V. Fields notes: some suggestions, some examples. San Francisco: 1991. (Mimeografado)
17. Botten E. How to survive in cancer care. In: Proceedings of 6Th International Conference on Cancer Nursing, Amsterdam, 1990. Great Britain: Gresham, 1991: 154-6.
18. Vieira MA. Reencontrando o auxiliar de enfermagem egresso da Escola Técnica de Saúde da UNIMONTES no seu cotidiano de trabalho. (Dissertação, Mestrado) Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2001:182.
19. Lindenbaum S, Lock M. Knowledge, power & practice: the anthropology of medicine and everyday life. Los Angeles: University of California Press; 1993: 201.
20. Moura MLA. Biossegurança para os profissionais de saúde. São Paulo: Pimentel e Associados Consultoria: s.d. (Mimeografado).
21. Boemer MR. A sociedade. Cad Soc Est Pesq Qualit, São Paulo, 1991; 2(2): falta paginas
22. Pessini L, Barchifontaine CP. Fundamentos atuais de bioética. São Paulo: CEDAS; 1994.
23. Bom Meihy JCS. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 1996:77.