

TEORIA DE PATERSON E ZDERAD: UM CUIDADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE CRÍTICO SUSTENTADO NO DIÁLOGO VIVIDO

PATERSON AND ZDERAD'S THEORY: NURSING CARE
FOR CRITICAL CLIENTS SUSTAINED BY THE
EXPERIENCED DIALOGUE

Cláudia Angélica Mainenti Ferreira Mercês*
Ruth Mylius Rocha**

RESUMO: Trata-se de um artigo de reflexão teórica cujo objetivo é discutir a possibilidade de os cuidados de enfermagem oferecidos aos clientes críticos serem sustentados no diálogo vivido, segundo a teoria da prática humanística de enfermagem de Paterson e Zderad, 1976, com vistas a contribuir para o aprimoramento da relação enfermeiro-cliente. Para as autoras, independente de um estado de doença, uma relação verdadeira com o outro permite vivenciar a saúde. O estudo aborda o cotidiano nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), enfocando o modelo vigente, no qual a doença e os sintomas do cliente são priorizados, em detrimento de sua subjetividade, suas emoções. Aponta a necessidade de o enfermeiro que atua em UTI reavaliar suas atividades e capacitar-se para abranger, no cuidado, os aspectos objetivos e subjetivos do cliente simultaneamente. Considera-se que a utilização do diálogo vivido favorece essa transformação, pois envolve uma mudança de valores, tornando a UTI um ambiente tanto racional quanto afetivo.

Palavras-chave: Cuidado de enfermagem; diálogo vivido; unidade de tratamento intensivo.

ABSTRACT: The purpose of this theoretical reflection article is to discuss the possibility that the nursing care offered to the critical clients be sustained by the experienced dialogue, according to the nursing humanistic practice theory of Paterson and Zderad, 1976, aiming to contribute for the improvement of the nurse-client relationship. The authors believe that, independent of a disease condition, a real relationship with the other one allows experiencing health. The study approaches the everyday of Intensive Treatment Units (ITU) focusing the present model, in which the clients' disease and symptoms are given priority, in detriment of their subjectivity and emotions. It also points out that the nurses who work in ITU must review their activities and capacitate themselves to include both the objective and subjective aspects of the clients in the care. The use of the experienced dialogue favors this transformation, since it involves a change of values, turning the UTI both a rational and an affective environment.

Keywords: Nursing care; experienced dialogue; intensive treatment unit.

INTRODUÇÃO

Trata-se de um artigo de reflexão teórica sobre o diálogo vivido, conceito apresentado por Paterson e Zderad¹ no contexto da prática humanística de enfermagem. Nosso interesse está voltado, especificamente, para a inserção do diálogo vivido nas práticas de enfermagem exercidas no cotidiano da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e temos como objetivo discutir as possibilidades de aplicação do mesmo no cuidado de enfermagem aos clientes internados nessa unidade, com vistas a contribuir para o aprimoramento da relação enfermeiro-cliente.

Pelo fato de a internação na UTI ser determinada por processos agudos, que colocam a vida em risco iminente, a enfermagem ainda tem sua prática norteadada pelo modelo biomédico, cuja concepção de corpo como máquina imprimiu uma visão fragmentada do cliente, o que, na prática, reflete-se na priorização dos aspectos físicos, em detrimento dos outros.

O que motivou a realização deste estudo foi a idéia de que seja possível implantar, nessas unidades, um modelo de prática de enfermagem que tem sido enfatizada atualmente, que tenha como

foco o cuidado à pessoa, valorizando, além das necessidades físicas dos clientes, as emocionais, socioculturais e espirituais, em uma outra concepção de corpo, que não a do modelo biomédico. Consideramos importante que os profissionais que atuam na UTI sejam sensíveis aos vários tipos de necessidades dos clientes, para que busquem transformar esse cenário em um ambiente de cuidado mais completo.

O objetivo deste artigo é discutir a possibilidade de os cuidados de enfermagem oferecidos aos clientes críticos serem sustentados no diálogo vivido, segundo a teoria da prática humanística de enfermagem de Paterson e Zderad, 1976, com vistas a contribuir para o aprimoramento da relação enfermeiro-cliente.

Esperamos proporcionar uma reflexão que propicie melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem aos clientes críticos, com a transformação das práticas que ainda predominam nas UTI.

O COTIDIANO NA UTI

O desenvolvimento de tecnologias de ponta, nas últimas décadas, tem provocado mudanças na vida dos homens, nos seus comportamentos e, até mesmo, em suas crenças e culturas. Esse avanço tecnológico afetou vários segmentos na estrutura hospitalar, porém seu impacto foi maior nas unidades de tratamento intensivo, nas quais essas tecnologias se concentram.

Essas unidades foram criadas, no Brasil, por volta dos anos 60, quando o avanço nas técnicas de tratamento implicou a necessidade de implantar e/ou ampliar um local nos hospitais destinado a atender e tratar, concentradamente, clientes com risco de vida, dada sua maior demanda de cuidados.

Seria esperado que os equipamentos sofisticados possibilitassem uma melhor assistência aos clientes, visando à interação e ao incremento dos cuidados de conforto e aqueles que pressupõem o toque, por propiciarem, paralelamente, maior tempo de dedicação e atuação dos profissionais de enfermagem junto aos mesmos. No entanto, de maneira geral, o efeito ocasionado pela introdução desses equipamentos foi o inverso, pois o maquinário demandou outras exigências do profissional e este, por sua vez, aproximou-se mais da máquina do que do ser ao qual prestava cuidados.

A UTI é uma unidade de internação, dentro dos hospitais, totalmente diferente das demais,

devido à sua própria dinâmica, que requer rapidez no atendimento, controle emocional, raciocínio rápido e conhecimento científico amplo.

O fato de os clientes internados nessa unidade apresentarem risco iminente de vida, necessitando de suporte tecnológico e de profissionais especializados, direcionou esses profissionais para um modelo guiado pelo paradigma cartesiano, no qual a ênfase está no órgão doente e nos procedimentos técnicos, em detrimento da atenção aos sentimentos, à maneira como clientes e seus familiares vivenciam a saúde-doença, como apontam Nascimento e Trentini². Esse cliente, de maneira geral, é visto de forma objetiva, não havendo espaço para sua subjetividade, sua história de vida, o significado da experiência que está vivendo, a maneira como entende o cuidado. Já do ponto de vista holístico, como argumenta Neves³, as percepções, emoções, atitudes, pensamentos e significados podem afetar intensamente o corpo do cliente.

A internação em uma UTI rompe brusca e imediatamente com o modo de viver do cliente, abalando sua independência, pois ele passa a depender de outras pessoas para realizar atividades simples e cotidianas como alimentar-se, movimentar-se na cama ou realizar sua higiene. Assim, ele deixa de exercer sua autonomia e passa de sujeito a objeto, na maioria das vezes, por não poder escolher, decidir e opinar sobre os cuidados ao seu próprio corpo. Em parte, isso ocorre porque ele desconhece, mais detalhadamente, o que se passa com ele e o tratamento que está recebendo (por não receber informações/ orientações suficientes).

A internação mobiliza diversos sentimentos, caracterizando-se como uma situação provocadora de estresse, não só devido à dinâmica da unidade, mas por guardar correlação, no imaginário das pessoas, com sofrimento e morte. Essa relação nos remete ao início do intensivismo, quando frequentemente os clientes morriam em menos de vinte e quatro horas de internação; no entanto, atualmente é grande a possibilidade de mantê-los na UTI até sua recuperação.

Durante a internação na UTI, o cliente vivencia insegurança, desconforto, depressão, uma vez que se encontra em um ambiente restrito, desconhecido, e é exposto a uma série de estímulos estressores. Concordamos com a argumentação:

[...] a UTI é um ambiente estranho para o cliente. Ele separa-se de sua família (quebra dos vínculos de

segurança) e entra em contato com pessoas desconhecidas, há a quebra do ciclo circadiano em razão da luminosidade constante, da poluição sonora (respiradores, alarmes e ruídos ambientais), da privação do sono e insônia, devido ao ambiente, às dores, aos fatores psicológicos como o medo e a ansiedade. Há perda de noções de tempo e falta de descanso; além disso, o cliente recebe procedimentos invasivos e dolorosos, encontrando-se numa situação de extrema dependência, gravidade, sem privacidade, com a perda do controle da própria vida^{4:39}.

Desse modo, ele é bombardeado por excesso de estímulos – recebe uma sobrecarga sensorial - ao mesmo tempo em que sofre de privação sensorial, pois é afastado de seus familiares, de seus pertences e não é suficientemente informado sobre o que está sendo feito com ele; ou seja, é afastado de tudo o que conduz a uma sensação de bem-estar e conforto.

Assim, pode-se considerar que no ambiente físico e social da UTI se concentram estímulos que podem ser fonte de estresse para o cliente, bem como para os familiares e ainda para os profissionais que ali trabalham. A sobrecarga ou a ausência de estímulos - os estressores - têm sido apontadas como capazes de levar ao desconforto e, caso não haja mecanismos para minimizá-los ou enfrentá-los, podem desencadear o estresse ou outras alterações psicopatológicas.

Os profissionais, por sua vez, em muitas ocasiões se deixam aprisionar pela burocracia, não valorizando a singularidade do cliente e, assim, não dando margem à manifestação dos seus sentimentos. O cliente, nesse momento tão delicado de sua vida, se não é ouvido quanto a seus gostos e preferências, não vê outra saída senão a obediência e a submissão às regras e ordens impostas. Mussi⁵, com muita propriedade, menciona que clientes sofrem e morrem sozinhos porque as pessoas significativas para ele são substituídas pela hora do banho, por regulamentos e normas. Quando se pretende cuidar, é preciso ter sensibilidade e escutar os pedidos e compreender as razões dos clientes, deixando em alguns momentos as regras estabelecidas em segundo plano.

O CUIDADO DIALÓGICO

Paterson e Zderad¹ partem do pressuposto de que uma teoria da ciência da enfermagem se desenvolve a partir das experiências vividas entre enfermeiros e enfermos, sendo fundamental o significado que tem, para cada um, o vivenciar o mundo.

As autoras descrevem a enfermagem como uma resposta de cuidado de uma pessoa para com a outra num período de necessidade, ajudando-a a alcançar bem-estar e a ser mais⁶. A enfermagem é considerada, por elas, um encontro especial entre pessoas humanas. Assim, o contato entre enfermeiros e clientes não é um encontro fortuito, mas uma relação na qual existe um chamado e uma resposta intencional. Mais do que uma conversa entre duas pessoas, é um relacionamento em que ocorre um verdadeiro partilhar, uma transação intersubjetiva, isto é, a relação de um indivíduo único (EU) com outro também único (TU), criando-se um compromisso autêntico¹.

Nascimento e Trentini² enfatizam, no modelo de Paterson e Zderad, o diálogo vivido como conceito central; é a partir dele que a enfermagem vai conciliar razão e sensibilidade, subjetividade e objetividade no ato de cuidar.

O diálogo se caracteriza como um relacionamento criativo entre enfermeiro e cliente. Nele estão envolvidos: encontrar-se, relacionar-se e estar presente, sempre incluindo um chamado e uma resposta.

Esse diálogo é vivido a partir do cotidiano, ou seja, das ações de enfermagem, sendo necessário que cliente e enfermeiro estejam disponíveis um para o outro, escutando e valorizando desejos, sentimentos e comportamentos para que, juntos, possam planejar um cuidado adequado. Para isso, é necessária a compreensão do significado das experiências do outro, estando o enfermeiro disposto a ir além da competência técnica e do domínio biológico, no encontro com o outro.

A Teoria Humanística de Paterson e Zderad é um desafio, pois exige, de quem a adota, a compreensão da experiência do cliente. Isso implica estar aberto ao todo da experiência, despir-se de pré-julgamentos, aceitar as expressões e sentimentos do cliente para, a partir daí, responder às suas necessidades compartilhando amor e confiança, a fim de que ele possa vir a ser mais e melhor (processo de tornar-se tudo o que é humanamente possível em sua situação particular)⁶.

Responder adequadamente a um chamado do cliente é identificar as suas necessidades emergentes¹. Se não lhe respondemos dessa forma, podemos perder o momento do encontro, da inter-relação, do significado.

Para Paterson e Zderad¹, a saúde pode ser encontrada na vontade que uma pessoa tem de estar aberta às experiências da vida, independente

do seu estado físico, social, psicológico ou espiritual, pois é algo mais do que a ausência de doença. Assim, independente de sua doença, o cliente pode estar saudável, se estiver aberto às experiências da vida. O encontro do enfermeiro com o cliente pode resultar, então, em conforto, porque a pessoa pode vir a se sentir confortável mesmo enfrentando uma doença, na medida em que há envolvimento com o outro, em relações verdadeiras.

Um aspecto, nesse sentido, refere-se à possibilidade de fazer escolhas. Como citamos anteriormente, o cliente de UTI muitas vezes está afastado de qualquer tomada de decisão quanto à sua vida, à sua doença, ao seu corpo, ao contato com seus familiares. Assim, a enfermagem que ajuda a aumentar a possibilidade e a capacidade de os clientes fazerem escolhas está oferecendo uma resposta de cuidado. Estimular o cliente a participar e a realizar escolhas, inclusive quanto às atividades de enfermagem – responsabilizando-se por suas escolhas - significa oferecer-lhe a possibilidade de crescimento pessoal, de estar melhor ou estar em saúde, apesar de suas condições críticas.

Aplicação da Teoria de Paterson e Zderad no Cotidiano da UTI

Por ser a UTI um ambiente onde a tecnologia seduz o profissional e se sobrepõe à situação humana, muitas vezes apenas a doença é vista, em seu aspecto objetivo. Porém muitos outros fatores estão em jogo, como já citado: é um ambiente onde se concentram fontes de estresse para o cliente internado, que aí convive com o desconforto, a dependência da tecnologia, o isolamento social, a falta de privacidade e a despersonalização.

Para transformar-se, de um ambiente frio e impessoal em um ambiente de cuidado, a UTI tem de ser um espaço social onde os aspectos humanísticos e relacionais são priorizados. Como mostra Waldow⁷, o cuidado não pode se resumir à ação técnica, à execução de um procedimento, ou seja, ao fazer; ele é relacional e inclui o ser, que se expressa nas atitudes.

Nesse cenário em que o indivíduo se sente fragmentado e despersonalizado, a enfermagem deve focalizar o todo e visualizar além das categorizações das partes. O enfermeiro que possui conhecimentos e habilidades relacionais, somados ao interesse pelo bem-estar da pessoa de quem cuida, poderá contribuir para o alcance de níveis crescentes de conforto.

Concordamos com Neves e Marcelino⁸, quando eles mostram que alcançar o conforto implica a pessoa sentir-se cuidada e estimada, segura e protegida, de forma a poder vivenciar um sentimento de harmonia tanto consigo mesma como com o ambiente, conseguindo viver uma vida tão plena quanto possível, na situação que está enfrentando.

Nesse sentido, o enfermeiro poderá oferecer ao cliente todas as informações e orientações acerca do processo que está vivenciando, respeitando-o e valorizando-o, para que, juntos, planejem um cuidado individualizado. Durante a higiene corpórea ou na realização de um curativo, por exemplo, o enfermeiro poderá estimulá-lo a dialogar sobre seus medos e anseios, sua imagem corporal ou sentimento de dependência.

Ratificamos Oliveira⁹, quando ele diz que humanizar não consiste somente na providência de sistemáticas ambientais de trabalho consideradas convencionalmente práticas humanizadoras, mas sim no desenvolvimento da sensibilidade dos profissionais da enfermagem para o envolvimento, a flexibilidade e a singularidade para olhar as situações. Um aspecto essencial neste sentido, para Paterson e Zderad¹, é considerar a perspectiva de mundo do cliente.

Como tem sido enfatizado, para que se estabeleça uma relação autêntica entre enfermeiro e cliente, minimizando o impacto da tecnologia, o instrumento privilegiado é a comunicação. No entanto, muitas vezes o cliente não tem condições de expressar claramente o que está vivenciando.

Entendemos que a comunicação pode influenciar positivamente as ações de enfermagem prestadas, porém existem dificuldades, por parte dos profissionais que atuam na UTI, para se comunicar com os clientes graves. No cotidiano dessa Unidade, ocorrem chamados verbais e também muitos não-verbais. O enfermeiro que estiver aberto ao todo da experiência será capaz de perceber esses chamados, intervir e dialogar, surgindo uma relação intersubjetiva entre quem cuida e quem é cuidado.

A solicitação não-verbal poderá ocorrer, por exemplo, com um cliente sob ventilação mecânica, quando o respirador alarma e o cliente apresenta-se agitado, taquicárdico. O enfermeiro poderá apenas realizar aspiração de vias aéreas ou ajustar os parâmetros do ventilador. No entanto, tal situação pode corresponder a um chamado do cliente, reagindo aos estímulos do meio através

do desconforto, medo e agitação; assim, além das atividades descritas anteriormente, espera-se que o enfermeiro possa estar presente, sensível e disponível, procurando compreender a demanda, para responder adequadamente ao chamado.

Nesse encontro em que há alguém para atender e alguém para ser atendido, o enfermeiro busca conhecer o cliente, mas também é importante que se mostre, se deixe conhecer, para que a relação aconteça de forma positiva e se estabeleça a confiança.

CONCLUSÕES

No diálogo vivido proposto por Paterson e Zderad¹, a ênfase está em estar com o outro na prestação do cuidado. É o momento no qual o enfermeiro está por inteiro, disponível para ouvir e compreender o cliente. Nesse processo, o cliente não é um objeto; o encontro e a relação se estabelecem de sujeito para sujeito, possibilitando conhecer o outro em suas particularidades e oferecer uma assistência individualizada, voltada para o ser humano único que ele é, ajudando-o a ser mais e melhor, ou seja, a viver da melhor forma possível, com autonomia, escolha e responsabilidade.

Paterson e Zderad¹ consideram a saúde como um processo de encontrar sentido na vida; assim, a pessoa pode estar em estado de saúde, mesmo na presença de uma patologia. O fundamental reside na ajuda que o enfermeiro possa oferecer ao cliente, ao ouvir aquilo que normalmente não é dito, ao aceitar diversos modos de ser, para que o cliente possa dar significados à sua doença, a si mesmo e à sua vida.

Transportando esse conceito de vir a ser mais e melhor para a UTI, pensamos que o enfermeiro possa ajudar o cliente a se sentir o melhor possível, ao relacionar-se simultaneamente com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida, respeitando suas condições físicas e as restrições decorrentes do seu quadro clínico, estimulando sua vontade de estar aberto às experiências de vida.

A tecnologia é necessária nas UTIs e não obrigatoriamente implica o afastamento entre o enfermeiro e o cliente em uma prática de assistir

não humanizada. Ao contrário, as máquinas podem ser veículos de uma nova exigência ao encontro entre enfermeiro e cliente, pois, ao explicar e demonstrar o funcionamento dos equipamentos, o enfermeiro pode estimular o cliente a expressar as suas dúvidas, medo e ansiedade quanto ao uso dos maquinários e, assim, estabelecer o diálogo e incrementar a relação humana com o cliente.

No ambiente de relações - espaço físico, social, cultural e simbólico no qual os profissionais de enfermagem, o cliente e a família estão inseridos - produz-se uma determinada interação ser humano/ambiente, como ressaltam Bertinelli e Erdmann¹⁰; e a UTI, por ser um local que provoca estresse, pode ser um ambiente propício à construção de um envolvimento verdadeiro, o que concorre para a transformação do meio ambiente e das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Paterson JE, Zderad LT. *Humanistic Nursing*. United States of America: Wiley Biomedical Publication; 1976.
2. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na UTI: teoria Humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latino-am Enferm*. 2004; 12 (2): 250-57.
3. Neves EP. Cuidando e confortando: uma estratégia para a saúde do trabalhador. *R Enferm UERJ*. 2002; 10:133-37.
4. Nogacz FR, Souza RP. Fatores estressores em UTI. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Humanização em cuidados intensivos*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
5. Mussi FC. Confortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. *Rev Esc Enf USP*. 1999; 33 (2): 113-22.
6. Praeger SG, Hogarth CR, Josephine E, Paterson e Loretta T, Zderad. In: George JB, organizadores. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993. p. 242-52.
7. Waldow VR. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 2001.
8. Neves EP, Marcelino SR. Cuidando e confortando dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Robe; 1997. p. 158.
9. Oliveira ME. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré e termo. *Rev Eletrônica Enferm*. (Goiânia) 2001; 3(2).
10. Bertinelli LA, Erdmann AL. Cuidado solidário: um compromisso social da enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Cogitare Enferm*. 1998; 3(2): 23-9.

TEORÍA DE PATERSON Y ZDERAD: CUIDADO DE ENFERMERÍA AL CLIENTE CRÍTICO BASADO EN EL DIÁLOGO VIVIDO

RESUMEN: Se trata de un artículo de reflexión teórica cuyo objetivo es discutir la posibilidad de que los cuidados de enfermería ofrecidos a los clientes críticos sean basados en el diálogo vivido, según la teoría de la práctica humanística de enfermería de Paterson e Zderad, 1976, mirando contribuir para el perfeccionamiento de la relación enfermero-cliente. Para las autoras, independiente de una condición de enfermedad, una relación verdadera con el otro permite vivir experimentalmente la salud. El estudio enfoca el cotidiano en las Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI), centrándose en el modelo vigente, en lo cual la enfermedad y los síntomas del cliente son priorizados, en lugar de su subjetividad, sus emociones. Él apunta la necesidad del enfermero que actúa en UTI reevaluar sus actividades y capacitarse para abarcar, en el cuidado, los aspectos objetivos y subjetivos del cliente simultáneamente. Se considera que la utilización del diálogo vivido favorece esa transformación porque envuelve un cambio de valores, lo que hace de la UTI un ambiente tanto racional cuanto afectivo.

Palabras Clave: Cuidado de enfermería; diálogo vivido; unidad de tratamiento intensivo.

Recebido em: 13.02.2006
Aprovado em: 14.08.2006

Notas

*Mestra em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira do Instituto Nacional do Câncer - UTI

Endereço: Rua Capitão Machado 203, apartamento 204B, Praça Seca, Jacarepaguá, CEP 21320030. E-mail: c.mainenti@globo.com
Membro do Grupo de Ensino, Pesquisa, Assistência e Cuidado Humano em Saúde (GEPACHS).

**Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica). Doutora em Saúde Coletiva, IMS/ UERJ. Líder do Grupo de Ensino, Pesquisa, Assistência e Cuidado Humano em Saúde (GEPACHS).