

COMPRENDER LAS DIMENSIONES DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS: LA TEORÍA DEL CUIDADO TRANSPERSONAL Y COMPLEJO

Keyla Cristiane do Nascimento¹
Alacoque Lorenzini Erdmann²

Este artículo es un estudio descriptivo, interpretativo y cualitativo, desarrollado en la UTI del HU/UFSC. Su objetivo fue comprender las dimensiones del cuidado experimentado en la UTI por profesionales de la salud, clientes y familiares, basándose para ello, en el cuidado humano complejo. La Teoría del Cuidado Transpersonal y de la Complejidad fueron el marco teórico utilizado para analizar los datos. De los discursos analizados, según Ricoeur, surgieron las siguientes dimensiones del cuidar: el cuidar de sí; el cuidado como valor individual; la relación de ayuda; la actitud; la práctica asistencial; la relación dialógica; la esencia de la profesión; el cuidado profesional versus el común; lo afectivo; lo amoroso; lo humanizado; lo educativo; lo interactivo; la alianza con la tecnología en el cuidado; el ambiente del cuidado y la finalidad del cuidado. Creemos en un cuidado capaz de englobar las diversas dimensiones aquí presentadas, que se basan en la relación con el otro, en ser empático, sensible, afectuoso, creativo, dinámico y comprensible en la totalidad del ser humano.

DESCRIPTORES: cuidados intensivos; unidades de terapia intensiva; atención de enfermería

COMPREENDENDO AS DIMENSÕES DOS CUIDADOS INTENSIVOS: A TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL E COMPLEXO

Trata-se de estudo descritivo, interpretativo e qualitativo, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UTI do HU – UFSC). Objetivou-se compreender as dimensões de cuidado humano, experienciado em UTI, pelos profissionais de saúde, clientes e familiares, fundamentado no cuidado humano complexo. A Teoria do Cuidado Transpessoal e da Complexidade formaram o suporte teórico e de análise de dados. Dos discursos analisados, segundo Ricoeur, emergiram as seguintes dimensões de cuidar: cuidar de si, cuidado como valor individual, cuidado profissional x comum, cuidado como relação de ajuda, cuidado afetivo, cuidado humanizado, cuidado como atitude, cuidado como prática assistencial, cuidado educativo, cuidado como relação dialógica, cuidado aliado à tecnologia, cuidado amoroso, cuidado interativo, não-cuidado, ambiência do cuidado, cuidado como essência da profissão e finalidade do cuidado. Acredita-se num cuidado capaz de englobar as diversas dimensões aqui apresentadas, fundamentado na relação com o outro, no ser empático, sensível, afetivo, criativo, dinâmico e compreensível na totalidade do ser humano.

DESCRITORES: cuidados intensivos; unidades de terapia intensiva; cuidados de enfermagem

UNDERSTANDING THE DIMENSIONS OF INTENSIVE CARE: TRANSPERSONAL CARING AND COMPLEXITY THEORIES

This is a descriptive, interpretive and qualitative study carried out at the ICU of a Brazilian teaching hospital. It aimed to understand the dimensions of human caring experienced by health care professionals, clients and their family members at an ICU, based on human caring complexity. The Transpersonal Caring and Complexity theories support theory and data analysis. The following dimensions of care emerged from the themes analyzed according to Ricoeur: self-care, care as an individual value, professional vs. informal care, care as supportive relationship, affective care, humanized care, care as act/attitude, care practice; educative care, dialogical relationship, care coupled to technology, loving care, interactive care, non-care, care ambiente, the essence of life and profession, and meaning/purpose of care. We believe in care that encompasses several dimensions presented here, based on the relationship with the other, on the empathetic, sensitive, affectionate, creative, dynamic and understanding being in the totality of the human being.

DESCRIPTORS: intensive care; intensive care units; nursing care

INTRODUCCIÓN

La Enfermería, como disciplina científica y como profesión al servicio de la humanidad, tiene el compromiso de contribuir para mejorar las condiciones de vivir y de ser saludable. Esa idea puede ser facilitada por el desarrollo de la consciencia del cuidado presente en la práctica, en la enseñanza, en la teorización y en la investigación.

En razón de la complejidad del concepto de cuidado, el mismo no ha sido solamente una preocupación de los estudiosos de la enfermería, lo es también de otras áreas de conocimiento como la filosofía, la teología, la educación, la psicología y la antropología⁽¹⁻²⁾. Sin embargo, es en la enfermería que este se sobresale, como esencia y razón mayor de su existencia, como disciplina y profesión.

Este artículo es fruto del proceso de cuidar e investigar experimentado en una unidad de terapia intensiva (UTI). La UTI es estructurada para prestar asistencia especializada a los clientes en estado crítico, con riesgo de vida, disponiendo de tecnologías cada vez más avanzadas para tratar de preservar la vida del cliente en estado crítico, exigiendo profesionales de la salud altamente capacitados⁽³⁾. Los equipamientos favorecen la atención inmediata, dan seguridad a todo el equipo de la UTI, sin embargo, pueden contribuir para tornar las relaciones humanas más distantes. Tal vez, se sepa más sobre la máquina y poco sobre el ser humano que está siendo cuidado.

El perfeccionamiento tecnológico permite modificar gradualmente la dinámica operacional en las UTIs. Como consecuencia de ese cambio, hay necesidad de tomar decisiones delante de la muerte y del morir y del mayor tiempo de permanencia de los pacientes críticos en esas unidades. Estos hechos han llevado a la constatación de la importancia de que exista armonía entre los profesionales que trabajan en las UTIs, los pacientes internados en esas unidades y sus familiares⁽⁴⁾. Por lo tanto, es necesario que se busque la mejoría del cuidado entre los actores participantes en el asistir al paciente crítico.

Esa realidad de las prácticas de enfermería es preocupante. Así, surge la pregunta: ¿Cuál es el significado del cuidado experimentado en la UTI para los clientes internados, para los familiares de los mismos y para los profesionales? Este estudio tuvo como objetivo comprender las dimensiones del cuidado humano experimentado en una UTI por los profesionales de la salud, clientes y familiares, a

través del marco teórico de cuidado transpersonal y complejo.

MARCO TEÓRICO

La *perspectiva de la complejidad* es un modo de comprender el mundo, integrando a la realidad las relaciones que sustentan la coexistencia entre los seres en el universo, posibilitando el reconocimiento del orden y del desorden, de uno y del diverso, de la estabilidad y del cambio⁽⁵⁾. La complejidad trata de dialogar con las diversas dimensiones que constituyen los fenómenos y objetos, en fin, con la realidad. Posee siete principios fundamentales, complementares e interdependientes, que son: sistémico u organizativo, holográfico, de retroactividad, de recursividad, de autonomía, dialógico y de reintroducción⁽⁶⁾.

El sistema organizativo de cuidados de enfermería es constituido por actores sociales: los cuidadores y los que son cuidados, incluyendo las personas de relación más próxima de los que son cuidados, formando eslabones de ayuda mutua. Son personas que actúan, reaccionan, interactúan, comparten, dependen, se ayudan, intercambian experiencias, se diferencian y se integran, se aproximan y se alejan, se articulan, participan y hacen negociaciones, conviviendo con la armonía de conflicto. Ocupan un espacio físico y social y político-institucional⁽⁷⁾. Ese sistema tiene como emergencias el cuidado que, por la intuición, razón y lógica de sus actores, permite el acontecer, los procesos interactivos de relaciones múltiples inagotables e imprevisibles.

La noción de prioridad, en la atención/cuidado, más fuerte en el subsistema de cuidados intensivos, está relacionada al riesgo de vida, el cual oscila en un real-oculto, cierto-incierto, verdad-engaño, donde las posibilidades, las probabilidades y las oportunidades están en juego en las prioridades elegidas, reconocidas o de rutina, donde lo incierto parece surgir en la medida en que se toma consciencia del riesgo⁽⁸⁾.

La *perspectiva del cuidado transpersonal*, por la teoría de Jean Watson, se sustenta en sus creencias y valores acerca de la vida humana, de la salud y de la cura, fruto de sus experiencias y observaciones⁽⁹⁾. Watson privilegia el enfoque humanístico, atendiendo el individuo biopsicosocial, espiritual y sociocultural, y que el objetivo de la Enfermería es ayudar a las personas a alcanzar el más alto grado de armonía entre mente, cuerpo y alma⁽¹⁰⁾.

Para Watson, el foco principal de la Enfermería está en sus diez factores de cuidado derivados de una perspectiva humanista, combinada con una base de conocimientos científicos⁽¹⁰⁾. Son ellos: 1) practicar el amor, la amabilidad y la coherencia dentro de un contexto de cuidado consciente; 2) ser auténtico, estar presente, ser capaz de practicar y mantener un sistema profundo de creencias, y un mundo subjetivo de su vida y del ser cuidado; 3) cultivar sus propias prácticas espirituales y transpersonales de ser; 4) desarrollar y mantener una auténtica relación de cuidado, de ayuda y confianza; 5) estar presente y dar apoyo durante la expresión de sentimientos positivos o negativos; 6) uso creativo del ser, de todas las formas de conocimiento, como parte del proceso de cuidado para comprometerse artísticamente con las prácticas del cuidado y protección; 7) comprometerse de manera genuina con la experiencia de la práctica, de la enseñanza y del aprendizaje; 8) crear un ambiente protector en todos los niveles, donde se está consciente del todo, de la belleza, de la comodidad, de la dignidad y de la paz; 9) asistir a las necesidades humanas, conscientemente, administrando un cuidado humano esencial, el cual potencializa la alianza mente, cuerpo y espíritu; 10) estar abierto y atento a la espiritualidad y a la dimensión existencial de su propia vida.

EL CAMINO RECORRIDO

Se trata de investigación cualitativa e interpretativa, con una perspectiva fenomenológica, que busca ampliar la comprensión del fenómeno: dimensiones del cuidado existente en una unidad crítica, o sea, en la UTI del Hospital Universitario (HU), de Florianópolis. Tuvo como población de estudio a los profesionales de la salud que allí actuaban (2 médicos, 1 fisioterapeuta, 3 enfermeros y 4 técnicos de enfermería), que aceptaron participar del estudio mediante firma del término de consentimiento después de la información y uso del grabador. Y, también, por clientes y familiares (6 clientes y 9 familiares) que ingresaron en la UTI, en el período de la investigación, seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios: estar hospitalizado en la unidad (o con familiar hospitalizado en la UTI), mayores de 18 años, que estuviesen orientados en el tiempo y espacio, que pudiesen expresarse verbalmente y que aceptaron

participar del estudio. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas en profundidad y observaciones efectuadas por la primera investigadora, bajo la orientación de la segunda. El total de los sujetos del estudio fue de 25 personas con edad entre 22 y 80 años, número considerado suficiente por la saturación de los datos durante el análisis preliminar que fue realizado.

El análisis de los discursos tuvo como marco teórico para a su interpretación el análisis hermenéutico de Ricoeur que consiste en cinco momentos: la lectura inicial del texto, el distanciamiento, el análisis estructural, la identificación de la metáfora y la apropiación⁽¹¹⁾.

En la lectura inicial del texto, se organizó el material, leyendo varias declaraciones para captar los significados que surgían de la lectura de los diálogos. Con el distanciamiento, se buscó colocar las creencias y explicaciones, sobre el fenómeno investigado, en suspensión, para poder observarlo como presentado por el sujeto. A través del análisis estructural, el significado oculto fue transformado en tema y comprendido, generando subtemas y temas del discurso producido por aquella realidad experimentada por el sujeto de la investigación. La comprensión de la metáfora ocurrió a partir de la comprensión del texto. Los temas que describieron las dimensiones del cuidado por los participantes del estudio fueron englobados en categorías, analizadas según el marco teórico de Jean Watson y la complejidad. La apropiación fue el último momento de la interpretación hermenéutica y significa estar apto para la comprensión de la metáfora del mundo del texto. Ese método de análisis permitió interpretar y comprender la experiencia en los sistemas de cuidado en la UTI, en las conexiones entre el investigado y el mundo en el cual vive.

En el desarrollo de este trabajo, se respetó el código de ética profesional y la Resolución 196/96, siendo iniciado después del consentimiento de la institución y la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la UFSC (Parecer N° 311/04).

LAS DIMENSIONES DEL CUIDADO

El conjunto de las transcripciones de los discursos formó el cuerpo del texto. Esa construcción gradual (discurso después de discurso) permitió que

surgiese una codificación parcial, creciente. También los registros de las observaciones fueron incorporados en la construcción del cuerpo del texto, seguida del análisis de los datos. El significado oculto fue tematizado y comprendido, generando subtemas y temas del discurso producido en aquel momento existencial, de aquella realidad experimentada por el sujeto de la investigación. Así, el análisis estructural permitió revelar los subtemas y los temas, obtenidos a través de las convergencias, obteniéndose un total de diecisiete categorías o dimensiones del cuidado, conforme se presentan a continuación.

El Cuidar de sí

“El conocimiento complejo exige de nosotros que nos coloquemos en la situación, nos comprendamos en la comprensión y nos conozcamos al conocernos”⁽⁵⁾. El cuidar de sí pasa por el diálogo consigo mismo y por el diálogo con los otros. El despertar para el autoconocimiento y el cuidar de sí es parte del proceso de aprender a cuidar.

Pienso que solamente se transmite tranquilidad, atención, calor humano a las personas bajo nuestros cuidados, si antes hubiésemos resuelto esos conflictos, cuidando de nosotros mismos (4P)⁷.

Al experimentar el autocuidado/o cuidar de sí, se da oportunidad a la auto reflexión, a la manifestación de las emociones, a la absorción de vivencias que se traducen en conocimiento, la auto percepción como sujeto, cuya subjetividad y sensibilidad están puestos en acción.

El Cuidado como valor individual

Valor es todo lo que, en una determina condición, contribuye para el desarrollo y la mejoría de los componentes esenciales de la condición humana, en la convivencia social⁽⁸⁾. Los valores humanos tienen identificaciones personales, individuales, sin embargo también tienen expresión en la convivencia social. Los valores individuales se suman a los de la clase profesional, como: amor, honestidad, espiritualidad, gusto, alegría, placer en hacer y mejoramiento constante, que son importantes en el establecimiento de la actual visión de cuidado.

El cuidado humano está embutido en valores que priorizan la paz, la fraternidad, la religiosidad, la individualidad, el respeto y el amor [...] (22F).

En ese sentido, el cuidado proporciona a las personas la sensación de armonía con ellas mismas y con el medio, prestando cuidados no solamente al físico como también demostrando afecto, simpatía, atención y respeto por todo lo que rodea a la subjetividad del otro. A través de las relaciones del cuidado, los sentimientos de fe y de creencia son colocados en evidencia. Practicar y mantener un sistema de creencias, de fe y de esperanza se presenta como un factor del cuidado⁽¹⁰⁾.

El Cuidado profesional versus el común

Se encuentra, en los discursos de los participantes, varias referencias de cuidado profesional distinguiéndolo del cuidado común.

El cuidado profesional tiene tecnología y es más especializado (1C). El cuidado común es practicado por la familia con cariño, confort, atención, dedicación, afecto (16F).

Cuidado profesional es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud. Los profesionales tuvieron preparación técnica formal y adquirieron una visión profesional de la salud, enfermedad y del cuidado⁽¹²⁾.

El cuidado común comprende actitudes, técnicas y procesos desarrollados según valores culturales, ayudando a las personas a cuidarse en situaciones de salud y de enfermedad. El cuidado profesional y el cuidado común suceden en los seres, a partir de él, para ellos, a través de ellos, coexistiendo en la naturaleza y en la estructura de la organización de la vida de los seres, en sus varios dominios, biológicos, antropológicos, psicológicos, sociológicos y otros⁽⁸⁾.

El Cuidado como relación de ayuda

Se colocó en evidencia en los discursos el cuidado como una forma de estar con el otro, estableciendo, así, una relación de ayuda y de confianza:

Cuidado es ayudar a otra persona a mejorar, para después poder cuidar de sí (7P).

El estar con el otro, en el cuidado como relación de ayuda, requiere aproximación. Así, para que exista relación de cuidado, el profesional necesita desarrollar la capacidad de aproximarse, observando

al ser cuidado en todas las dimensiones, percibiendo las situaciones en una relación de respeto y confianza. En esa relación, expresa y comparte su conocimiento, sensibilidad y habilidad técnica, ayudando al otro a crecer. El otro compartirá su ser, sus rituales y sus características personales, que movilizan el sistema del cuidado.

El Cuidado afectivo

El cuidado afectivo está presente en las actitudes de los profesionales de la salud en varios tipos de sentimientos, en sus relaciones de cuidado vividas en la UTI. Descubriendo sentimientos positivos y negativos en lo cotidiano se obtiene informaciones sobre el ser humano que es cuidado. El comprender los significados de esas expresiones y sentimientos de las personas, presentes en sus acciones, es un proceso complejo y necesario, para facilitar la aproximación y la relación con los seres cuidados. El estar presente y experimentar una auténtica relación afectiva y empática, no se configura apenas como un vaivén para permitir el avanzar y retroceder de las percepciones y sentimientos y si provocar "rompimientos", y "aterrizar en otros espacios"; esperar *insights* no solamente del conocimiento de las situaciones, más bien tratar de entender lo que puede tener de diferente, del cual pueden surgir formas ambiguas, intuitivas y creativas del pensar/actuar⁽⁸⁾.

El Cuidado humanizado

Los profesionales de la salud/enfermería vienen constituyendo una profesión humanística, enfocada en la atención en el cuidado del ser humano con un toque afectivo.

El cuidado debe ser así, de ser humano para ser humano, entonces es humanizado, ¿verdad? Yo fui cuidado como un ser humano; existía confianza, seguridad, respeto, ¿sabe? (18C).

En la humanización del cuidado, el cuidador se muestra como un ser humano que respeta y valoriza el ser cuidado en su existencia, comprendiéndolo como un ser que tiene sus propias vivencias y experiencias y que esas acompañan su existir⁽¹³⁾.

El toque afectivo es esencial cuando se transforma en una actitud, por la mano que establece la relación⁽²⁾. Tocar representa el propio cuidado, la sensibilidad y la solidaridad del profesional. El toque se revela como actitud humanística, fortaleciendo el

vínculo y proporcionando el encuentro entre cuidador y ser cuidado.

El Cuidado como acto, actitud

El cuidado es visto como una acción, una idea de movimiento, de realización de una actividad, de actuar junto a un agente, de ejecutar algo para con el otro ser, de actuar en beneficio de la salud del otro.

Cuidado es el conjunto de actitudes del profesional, para prestar una atención al paciente grave y a su familia a fin de mantener las condiciones de vida de este (14C).

El cuidado es un acto de familiarización, de comprensión, de demostración de habilidades técnicas y de sentimientos propios de cada cuidador que experimenta el proceso de cuidar. Ese proceso es cíclico, de relaciones y organización del cuidado por actitudes como: estar con, tomar cuenta de, auxiliar a hacer, orientar y educar.

El Cuidado como práctica asistencial

Esa dimensión incluye la realización de procedimientos técnicos y se refiere, también, al compromiso y responsabilidad entre los participantes en la relación del cuidado.

Son las actividades de asistencia y de apoyo para un miembro de la familia o para el cliente, a fin de recuperar su salud (25P).

El cuidado como práctica asistencial incluye la ejecución de procedimientos técnicos y el dar apoyo al cliente en su integralidad como ser complejo, orientado por los diez factores de cuidado de Watson. Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad del enfermero.

El Cuidado educativo

El cuidado educativo se refiere a las informaciones, a la enseñanza y a los programas de educación formal e informal⁽²⁾. Es un resorte propulsor de la búsqueda de conocimientos para la evolución de la sociedad; no se puede dissociar el cuidado de la educación⁽⁹⁾. El cuidado educativo es el ejercicio del pensamiento crítico, del espíritu de ciudadanía y la continua búsqueda por nuevos horizontes.

Cuidado es tener conocimiento, es conocer las acciones de la salud desarrolladas (18C).

La práctica educativa potencializa al equipo de enfermería para practicar un cuidado más auténtico.

El reeducar a sí propio significa salir de una minoría; significa que los cuidadores sienten la necesidad del problema y van a ayudar a otros seres a cambiar⁽⁶⁾.

El Cuidado como relación dialógica

En los sistemas de cuidados, las relaciones humanas se construyen mediante el encuentro del ser cuidado y del cuidador, que se expresa por una relación de diálogo. Esa relación se pone en evidencia cuando el cuidador al dirigirse para el ser cuidado con reciprocidad y cariño consigue concebir y ser concebido como ser humano.

[...] cuando estoy en un procedimiento, yo voy conversando, no solamente aquella cosa mecánica, cuando existe una comunicación verbal yo pienso que el paciente se siente más seguro (11P).

Los diálogos revelan que la relación dialógica se concretiza a partir de la intención del cuidador en ser auténtico, estar presente y ser capaz de sentir un mundo subjetivo de cuidado con el otro. Al despertar para el cuidar repleto de sensibilidad, el cuidador siente ese momento completamente, valorizando los aspectos técnicos científicos y esencialmente el ser humano, promoviendo el encuentro del cuidado. Ese encuentro dialógico es fruto de la comprensión de la expresividad del otro, de forma amorosa y respetuosa, percibiendo los sentimientos y emociones del ser cuidado, respetando su modo de ser y estar en el mundo.

El Cuidado aliado a la tecnología

Este se pone en evidencia como algo valorizado en la medida cierta. La tecnología es una forma de facilitar el cuidado al cliente, a veces, imprescindible para mantener una vida, sin embargo, se busca evitar una mayor preocupación con el equipamiento de que con el cliente, ya que el cuidar no se limita a la tecnología.

[...] la evolución de la tecnología necesita realizarse, sin embargo necesitamos tener principios para su utilización, es imposible pensar en la asistencia a los pacientes graves sin el soporte tecnológico, este facilita nuestra actuación y mantienen la vida del paciente en muchos casos (4P).

La tecnología, como parte del cuidado de los seres humanos, fue creada por el ser humano, en su beneficio, sin pretender que supere la dimensión de la esencia de ese ser.

El Cuidado amoroso

Se aprende el cuidado como acto de amor, como un intercambio entre cuidador y ser cuidado, en que ambos comparten el amor para alcanzar resultados bien sucedidos.

Existen muchas personas aquí que vemos que trabajan por amor, porque existe la atención, la sonrisa (2F).

El amor como dimensión del cuidado actúa como elemento facilitador, energético, de nutrición y ternura que engrandece el cuidado. A través del desarrollo de los propios sentimientos, se puede realmente interactuar de modo sensible con otra persona⁽¹⁰⁾. En las relaciones de cuidado se puede trascender el mundo físico y material y entrar en contacto con el mundo subjetivo del individuo. El cuidado amoroso implica en compartir, en tener actitudes en relación al otro de sensibilidad, confianza, comunicación, comprensión, empatía, comprometimiento, visión del otro como único, percepción de su existencia, aceptación, respeto, receptividad, competencia, toque, sonrisa, comprometimiento, momentos de encuentro, presencia y otros.

El Cuidado interactivo

El cuidado en la salud es un proceso de interacciones y asociaciones entre los seres, siendo parte organizadora del sistema de la salud, parte organizadora de los sistemas de cuidados, organizándose conjuntamente con los demás sistemas sociales⁽⁸⁾. Son uniones, informaciones y conexiones en un cuidado interactivo o relacional, indicadas a través del siguiente relato.

El cuidado es un proceso de interacción entre los profesionales, el paciente y los familiares, donde se viven situaciones de inestabilidad, con la finalidad de restablecer la salud de esa persona (11P).

El cuidado interactivo se establece a partir de fuerzas internas, o sea, por el intercambio entre el mundo interior y exterior del ser cuidador y del ser cuidado, de manera subjetiva y de modos y momentos únicos y con personas diferentes, por eso son genuinas.

El No cuidado

Aparece, subentendido en el diálogo con algunos profesionales de la salud, sería como no le

gustaría ser cuidado. El no cuidado es utilizarse de artificios para no aproximarse mucho del ser cuidado, realizando un cuidado con prisa, manteniéndose a distancia de las personas. En esas circunstancias, los clientes y familiares se sienten inhibidos para expresarse o solicitar ayuda. Ciertas expresiones utilizadas pueden parecer esquivas o formas de no cuidado: estoy con prisa, no tengo mucho tiempo, sea rápido, entre otras, limitando el espacio y la aproximación, distanciando el ser cuidado del profesional.

No cuidar es realizar las actividades con prisa y distracción (23F).

El ampliar la comprensión del cuidado, a fin de perfeccionar la relación con el ser cuidado, debe representar una preocupación importante para los profesionales de la salud.

El Cuidado como esencia de la vida y de la profesión

El cuidado se muestra como un valor esencial a la vida de las personas. El cuidado es la esencia, el ideal moral de la enfermería, cuya finalidad es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana⁽¹⁰⁾.

El cuidado profesional es la esencia de la Enfermería, y comprende acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada (7P).

El cuidado, entendido como un ideal moral de la enfermería, representa un conjunto de esfuerzos transpersonales dirigidos al ser cuidado para auxiliarlo a obtener autoconocimiento y autocontrol, promoviendo y preservando su existencia. Y el cuidado como esencia de la profesión es el comprometimiento y el compromiso del profesional en cuidar para dar sentido a la vida. Esa esencia del cuidado es el ser y el hacer son el diferencial en la relación del cuidado.

El Ambiente del cuidado

Clientes y familiares consideran el ambiente hostil, se sienten inseguros y con miedo, por la diferencia entre el ambiente hospitalario y el ambiente de procedencia del cliente/familiares. La UTI, para el cliente, es poco cómoda e impersonal; él, percibe la estandarización impuesta por la institución, que no considera las individualidades. Es una estructura física bien equipada, con recursos tecnológicos modernos que, sin embargo, eventualmente puede pasar al cliente frialdad e indiferencia como forma de ser cuidado.

De allá poca cosa recordamos. Sé que pasamos mucha sed, los labios secos, no podemos hablar, tenemos que quedarnos quietos, no tiene contacto con nadie, asusta (20C).

Aluden que el ser que cuida también sufre influencias del ambiente, lo que influye en el proceso de cuidar. El ser que cuida necesita de ambiente de confort y agradable, ya que es ahí que mantiene la interacción para el desempeño de sus atribuciones.

La promoción de un ambiente de apoyo, de protección biofísica, psicofísica, psicosocial y/o interpersonal es uno de los requisitos para el cuidado. La interdependencia existente entre los ambientes internos y externos de la persona, influyen en el estado de la salud y de la enfermedad⁽¹⁰⁾. Existe entre el ambiente y el ser humano un proceso de interacción constante que puede facilitar, crear o impedir la relación de cuidado entre los seres humanos.

Sintiendo/finalidad del cuidado

Surge como finalidad esencial del proceso de cuidar, la mejoría clínica del ser cuidado, su recuperación, o sea, el cuidado es una forma de restablecer la salud del ser cuidado, ayudar al otro a crecer y a realizarse, a morir mejor, contribuyendo para la calidad del proceso de ser y vivir de los seres humanos.

El gran resultado es la mejoría del paciente o ver por lo menos que él está bien, que tú puedes hacer alguna cosa para la mejoría de él (16 F).

El cuidado tiene como foco las necesidades y deseos de los seres humanos participantes en la relación de cuidado. La salud/enfermedad contiene los movimientos del vivir en los límites de las sensaciones, confort y falta de confort, con la esperanza de nuevos momentos, en la posibilidad de estar en una situación y de prepararse para la otra. La salud está en el sistema de organización del cuidado donde lo saludable es el vivir los altos y bajos, en un vaivén de alegrías y tristezas, en la armonía del conflicto, regulada por el límite de la intersección de la muerte y de la vida⁽⁸⁾.

CONCLUSIONES

Los contenidos que surgieron de las reflexiones sobre los discursos presentes en las relaciones de cuidado, vividas en los sistemas de

organización de cuidados, por la complejidad y cuidado transpersonal, muestran las dimensiones del cuidado.

La investigación cualitativa con una perspectiva fenomenológica y el análisis interpretativo de Ricoeur fueron un proceso dinámico que posibilitó ampliar la comprensión del fenómeno: las dimensiones del cuidado existente en una UTI. Los momentos experimentados y compartidos con los seres participantes del estudio fueron de complicidad, reciprocidad, interés y solidaridad. Ellos proporcionaron el poder visualizar nuevos caminos y asumir actitudes diferentes frente al cuidado y a las personas, o sea, un cuidado humano con sensibilidad, empatía y satisfacción.

Se espera propiciar a los compañeros enfermeros/as el placer de ejercitar el cuidado transpersonal y complejo en lo cotidiano del cuidado de enfermería, en sus múltiples facetas y dimensiones de estructuras e interacciones. También, esperamos que reflexionen sobre el cuidado realizado en la UTI. Creemos en un cuidado que se constituye de las diversas dimensiones del cuidar, aquí presentadas, fundamentado en la relación con el otro, en el ser empático, sensible, afectuoso, creativo, dinámico y comprensible en su totalidad como ser humano. Atrás de todos aquellos equipos, tubos, láminas, ruidos y luces de alarmas hay seres humanos cuidando y seres humanos recibiendo cuidados, con la esperanza de vivir un poco más y mejor.

REFERENCIAS

1. Heidegger M. Todos nós... ninguém. São Paulo (SP): Moraes; 1981.
2. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis (RJ):Vozes; 1999.
3. Curry S. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente UCI. Nursing 1995; (94):26-30.
4. Moritz RD. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter 2007; 19(4):485-9.
5. Morin E. A noção de sujeito. In: Schmitman DF. Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
6. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; 2000.
7. Erdmann AL. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. Texto & Contexto Enferm 1998; 7(2):52-69.
8. Erdmann AL. Sistema de cuidado de enfermagem. Pelotas: Universitária /UFPel; 1996.
9. Watson J. Nursing: The Philosophy and science of caring. Boulder: Colorado Associated University; 1985.
10. Watson J. Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Rio de Janeiro: Lusociência; 2002.
11. Ricoeur P. Interpretação e ideologia. 4.ed. Rio de Janeiro: F. Alves; 1990.
12. Leininger MM. Caring: an essential human need. Detroit: Slack; 1991.
13. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev Latino-am Enfermagem março/abril 2002; 10(2):137-44.