

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FABIANA BOLELA

A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde

RIBEIRÃO PRETO

2008

FABIANA BOLELA

A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem

Orientador: Prof^a Dr^a Adriana Katia Corrêa

RIBEIRÃO PRETO

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E
PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bolela, Fabiana

A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe
de saúde. Ribeirão Preto, 2008

125 f.; 30cm.

Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem
Fundamental – Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica,
metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Orientador: Corrêa, Adriana Katia.

1. Equipe de saúde. 2. Terapia intensiva. 3. Humanização.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiana Bolela

A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado especialmente à minha família:

À minha querida mãe,

que com seu jeito meigo e amigo sempre me apoiou em todas as minhas iniciativas, desde a opção pela enfermagem e por tudo que daí sucedeu. Obrigada por sua constante presença, amor incondicional e carinho dispensado à minha pessoa, por seu ombro amigo nos momentos difíceis e seu abraço acolhedor nos passos em falso.

Ao meu querido pai,

cuja presença é muitas vezes inconstante, mas não menos capaz de sempre me ensinar sobre a vida e por ter sido, além de minha mãe, o maior responsável por eu ser quem sou. Ao Sr. devo meus eternos agradecimentos por tudo que aprendi.

Aos meus queridos irmãos, Adriana e Luiz Fernando,

que sempre estiveram ao meu lado, nos bons e nos maus momentos, compartilhando os sucessos e os tropeços. Sinto-me protegida ao seu lado e sei que sempre poderei contar com vocês. Vocês são especiais em minha vida e com vocês muito já aprendi e acredito ter mais a aprender.

Aos meus amados sobrinhos Amanda, Fernandinho, Gabi e Duda.

Vocês vieram pra alegrar a minha vida e a cada momento em que estamos juntos é como se a felicidade sempre estivesse comigo. Amo demais todos vocês.

Ao meu amor, Rafael,

por todos esses anos de paixão, amizade e companheirismo. Ao apoio que sempre me dá pra seguir em frente e não desistir diante das dificuldades.

Aos pacientes do CTI.

Foi acompanhando seus sofrimentos que me tornei um ser humano melhor, aprendi a ter compaixão pelo próximo e a dar mais valor à vida. Minha eterna dedicação a cada um de quem já cuidei e ainda irei cuidar, com a garantia de que sempre tentarei dar o melhor de mim, conforme o juramento que fiz.

AGRADECIMENTOS

Ao longo da vida nossos caminhos se cruzam com os caminhos de tantas outras pessoas e, no momento em que tal encontro fica gravado em nossas mentes e em nossos corações, despertando em nós sentimentos únicos, capazes de nos fazer crescer como seres humanos, percebemos que tal encontro não foi apenas obra do acaso.

Prof^ª. Dr^ª. Adriana Kátia Corrêa,

pela compreensão diante de minhas inúmeras dificuldades, pela paciência com que me conduziu nesse caminhar e, principalmente pelos ensinamentos que me proporcionou. Minha sincera gratidão e reconhecimento por todo o seu esforço, apesar da agenda sempre lotada, em conciliar um momento para nossas trocas.

Prof^ª. Dr^ª. Magali Roseira Boemer e Prof^ª. Dr^ª. Regina Aparecida Garcia de Lima,

pelas observações e sugestões para as possíveis melhoras no desenvolvimento deste trabalho, mostrando-me que eu tinha potencial para ir além.

Prof. Dr. Anibal Basile Filho,

por honrar-me com sua presença como membro da banca examinadora na defesa deste trabalho.

Lourdes, Bernadete e Eduardo,

por compreenderem e atenderem, na medida do possível, minhas solicitações de última hora no Apoio Bibliográfico.

Equipe multiprofissional do CTI do HC Campus,

pelo consentimento e colaboração em participar desta pesquisa, acreditando que com ela, seríamos capazes de avançar na forma como cuidamos de nossos pacientes.

Colegas de disciplinas, em especial Renata,

que proporcionaram não só valiosas trocas de conhecimentos e experiências, mas também momentos de prazer e descontração mesmo diante das responsabilidades exigidas pelo mestrado.

Queridas amigas Carina, Flávia e Viviane,

pelo constante apoio e disposição pra ouvir meus anseios, angústias e dúvidas e, sempre, de maneira amiga e carinhosa, ajudar em minhas dificuldades. A vocês minha eterna e sincera amizade.

*E, agradecimento especial, faço a **Deus**, por acreditar que é sempre tua presença ao meu lado que me faz conseguir superar os obstáculos no meu caminho e que me consola e alivia diante das dificuldades da vida.*

*De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando,
De que sempre é preciso continuar
E a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar.*

*Portanto devemos:
Fazer da interrupção um caminho novo,
Da queda, um passo novo de dança,
Do medo, uma escada,
Do sonho, uma ponte e
Da procura, um encontro.*

Fernando Sabino

RESUMO

BOLELA, F. **A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde.** 2008. 125f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Construir mudanças é imprescindível no sistema de saúde atual e, mais especificamente, no contexto da terapia intensiva, na busca de contemplar a humanização do cuidado, envolvendo, dentre outros aspectos, o reconhecimento dos usuários como cidadãos, em sua integralidade e subjetividade. O objetivo deste estudo é apreender o que significa, para os profissionais da equipe de saúde que atua na terapia intensiva, a humanização do cuidado, ou seja, compreender sua percepção e experiências acerca do que seja, para cada um, no contexto do Centro de Terapia Intensiva (CTI), ações humanizadoras. Aproximando-me de algumas idéias do referencial da fenomenologia, foram realizadas entrevistas com profissionais das várias categorias que atuam no CTI de um hospital escola da cidade de Ribeirão Preto, no período de setembro de 2007 a janeiro de 2008, partindo da seguinte questão norteadora: “considerando seu trabalho no dia a dia, conte-me sobre as experiências que tem vivido neste CTI, em relação a situações que você considera “humanizadoras” e aquelas que considera “desumanizantes”. Da análise das entrevistas, emergiram as seguintes temáticas: “Humanização implica reconhecer o paciente em sua singularidade e integralidade”, “Fazer técnico X humanização no cotidiano do CTI”, “As condições de trabalho e suas implicações na humanização do cuidado em UTI”, “O preparo da equipe para construir um cuidado humanizado”. Algumas situações que consideram o paciente em sua integralidade e singularidade no CTI nem sempre são compreendidas e valorizadas pela equipe, havendo dificuldades em reconhecer as diferenças entre as necessidades das pessoas internadas. Ainda se faz significativamente presente no CTI, principalmente para a equipe de enfermagem, a dicotomia “fazer técnico/humanização”, como pólos distintos e difíceis de serem conciliados no ato complexo de cuidar. Quanto às condições de trabalho, a equipe de saúde aponta aspectos relacionados ao número insuficiente de profissionais, sobrecarga de atividades, o lidar cotidiano com situações de sofrimento humano, a estrutura física do CTI e a gestão tradicional do trabalho, principalmente no que concerne ao serviço de enfermagem, como aspectos que dificultam a construção da humanização do cuidado, uma vez que o profissional com desgaste físico e psicológico, em sofrimento, não tem abertura para o acolhimento do outro. O preparo da equipe para o cuidado humanizado foi pouco enfatizado, mas mostra-se com limites, sendo o processo formativo, seja na formação inicial como continuada, estratégia significativa para a reflexão e recriação cotidianas do cuidar. Nesse contexto, algumas sugestões são feitas para o cenário em foco, no sentido de promover a reflexão e a construção de novos modos de conceber e agir no que se refere à humanização na terapia intensiva.

Palavras-chave: Equipe de saúde. Terapia intensiva. Humanização.

ABSTRACT

BOLELA, F. **Humanization in intensive care from the perspective of the health team.** 2008. 125p. Master's thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2008.

Building up changes is essential in the current health system, and more specifically in the intensive care context, with a view to care humanization. This involves, among other aspects, acknowledging users as citizens, in their integrality and subjectivity. This study aims to apprehend what care humanization means to health team professionals working in intensive care, that is, to understand their perception and experiences about what humanizing actions are for each of them in the context of the Intensive Care Unit (ICU). Approaching some ideas from the phenomenological reference framework, interviews were held with professionals from the different categories working at the ICU of a teaching hospital in Ribeirão Preto, Brazil, between September 2007 and January 2008, based on the following guiding question: “considering your daily work, tell me about your experiences at this ICU, with respect to situations you consider “humanizing” and others you consider “dehumanizing”. The following themes emerged from the analysis of the interviews: “Humanization implies acknowledging the patient in his/her singularity and integrality”, “Technical practice X humanization in daily reality at the ICU”, “Work conditions and their implications in the humanization of care at the ICU”, “The team’s preparation to build up humanized care”. Some situations that consider patients in their integrality and singularity at the ICU are not always understood and valued by the team, facing difficulties to acknowledge differences between the needs of hospitalized patients. Moreover, the dichotomy “technical practice/humanization” is significantly present at the ICU, mainly for the nursing team, as distinct poles that are hard to conciliate in the complex care act. As to the work conditions, the health team appoints aspects related to the insufficient number of professionals, activity overload, daily handling of situations marked by human suffering, physical structure at the ICU and traditional work management, mainly what the nursing service is concerned, as factors that make the construction of care humanization more difficult, as physically and mentally exhausted professionals, who are suffering, are not open to welcome the other. The team’s preparation for humanized care received little emphasis, but reveals to be limited. The training process, either initial or permanent, is a significant strategy for daily reflection and recreation of care delivery. In this context, some suggestions are presented for the research scenario, so as to promote reflection and the construction of new ways of conception and action with respect to humanization in intensive care.

Key words: Health team. Intensive care. Humanization.

RESUMEN

BOLELA, F. **La humanización en terapia intensiva en la perspectiva del equipo de salud.** 2008. 125h. Disertación (maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Construir cambios es imprescindible en el sistema de salud actual y, más específicamente, en el contexto de la terapia intensiva, en búsqueda de contemplar la humanización del cuidado, involucrando, entre otros aspectos, el reconocimiento de los usuarios como ciudadanos, en su integralidad y subjetividad. La finalidad de este estudio es aprehender lo que significa, para los profesionales del equipo de salud que actúa en la terapia intensiva, la humanización del cuidado, o sea, comprender su percepción y experiencias acerca de lo que sean, para cada uno, en el contexto del Centro de Terapia Intensiva (CTI), acciones humanizadoras. Aproximándose de algunas ideas del referencial de la fenomenología, fueron realizadas entrevistas con profesionales de las varias categorías que actúan en el CTI de un hospital escuela de la ciudad de Ribeirão Preto, Brasil, en el período de septiembre de 2007 a enero de 2008, partiendo de la siguiente cuestión orientadora: “considerando su trabajo en el día a día, cuéntame sobre las experiencias que tiene vivido en este CTI, con relación a situaciones que Ud. considera “humanizadoras” y aquellas que considera “deshumanizantes”. Del análisis de las entrevistas emergieron las siguientes temáticas: “Humanización implica reconocer al paciente en su singularidad e integralidad”, “Hacer técnico X humanización en el cotidiano del CTI”, “Las condiciones de trabajo y sus implicaciones en la humanización del cuidado en UTI”, “La preparación del equipo para construir un cuidado humanizado”. Algunas situaciones que consideran el paciente en su integralidad y singularidad en el CTI ni siempre son comprendidas y valorizadas por el equipo, ocurriendo dificultades en reconocer las diferencias entre las necesidades de las personas internadas. También tiene presencia significativa en el CTI, principalmente para el equipo de enfermería, la dicotomía “hacer técnico/humanización”, como polos distintos y difíciles de conciliar en el acto complejo de cuidar. Respecto a las condiciones de trabajo, el equipo de salud apunta aspectos relacionados al número insuficiente de profesionales, sobrecarga de actividades, el lidiar cotidiano con situaciones de sufrimiento humano, la estructura física del CTI y la gestión tradicional del trabajo, principalmente relacionada al servicio de enfermería, como aspectos que dificultan la construcción de la humanización del cuidado, ya que el profesional con desgaste físico y psicológico, en sufrimiento, no está abierto para el acogimiento del otro. La preparación del equipo para el cuidado humanizado recibió poco énfasis, pero se muestra limitada, siendo el proceso formativo, sea en la formación inicial o continuada, estrategia significativa para la reflexión y recreación cotidianas del cuidar. En ese contexto, algunas sugerencias son presentadas para el escenario enfocado, en el sentido de promover la reflexión y la construcción de nuevos modos de concebir y actuar respecto a la humanización en la terapia intensiva.

Palabras-clave: Equipo de salud. Terapia intensiva. Humanización.

SUMÁRIO

1 A EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL EM TERAPIA INTENSIVA.....	11
2 O CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E SUA INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	18
2.1. A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.....	23
2.2. O CTI E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO	28
3 CAMINHO METODOLÓGICO.....	36
3.1. Uma aproximação ao referencial fenomenológico.....	37
3.2. O cenário e os sujeitos envolvidos	40
3.3. A obtenção das entrevistas	45
3.4. Aspectos éticos da pesquisa	48
3.5. Interpretação das entrevistas	48
4 AS VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DO CTI SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO	51
Humanização implica reconhecer o paciente em sua singularidade e integralidade.....	52
Fazer técnico X humanização no cotidiano do CTI	78
As condições de trabalho e suas implicações na humanização do cuidado em UTI.....	86
O preparo da equipe para a construção de um cuidado humanizado.....	98
5 CUIDADO HUMANIZADO NO CTI: DO IDEALIZADO AO REAL VIVIDO	105
REFERÊNCIAS	114
ANEXOS E APÊNDICES.....	123

*1 A EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL EM
TERAPIA INTENSIVA*

Meu interesse pelo tema “humanização em terapia intensiva” surgiu a partir de minha experiência profissional como enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)¹, de um hospital de pequeno porte, em uma cidade do interior de São Paulo.

Na condição de recém-formada, fui admitida no referido hospital e, ainda sem destino certo, iniciei minhas atividades profissionais como enfermeira na UTI. A princípio, a insegurança e o medo do desconhecido – já que se tratava de local com o qual jamais tivera contato, mesmo durante a graduação – estimularam-me a estudar e, desta forma, a aplicar os conhecimentos adquiridos na prática, aprimorando, assim, minhas habilidades técnicas e amadurecimento profissional. Passei, então, a dedicar-me, cada vez mais, aos procedimentos que surgiam diariamente, acreditando ser essa uma maneira de facilitar minha adaptação a esse ambiente que tanto me amedrontava.

Com o passar do tempo, meu olhar voltou-se para além das técnicas e procedimentos de enfermagem, buscando compreender como se dava a assistência à saúde nesse cenário tão específico que é a UTI. Não compreendia, ainda, a importância de se olhar para o paciente internado como alguém que, apesar da gravidade, continuava sua história de vida, o que supõe autonomia e relações sociais cotidianas, mas que passara, a meu ver, da situação de doença, para uma condição de submissão ao outro. Além disso, percebia a apreensão da família, nos momentos da visita, relacionada à hospitalização de seu familiar e incomodava-me a sensação de impotência frente ao sofrimento de ambos.

Em relação à família, eram notáveis, nos horários de visita, a apreensão, o medo, o desconhecimento sobre a internação, o ambiente, a doença e o tratamento do paciente. Acrescia-se a isso, a barreira existente entre os membros da equipe de saúde e família, no momento da visita, quando cabia, à família, ficar à beira do leito com o doente, enquanto a

¹ No decorrer do texto há momentos em que usarei o termo UTI e, em outros momentos, CTI devido ao fato de que inúmeras referências utilizadas por mim tratam do tema humanização em UTI. Irei me referir à unidade onde o estudo foi realizado como CTI uma vez que atende a todas as especialidades, enquanto UTI, geralmente, concentra pacientes da mesma especialidade, por exemplo, UTI cardiológica, UTI neurológica e assim por diante.

equipe mantinha-se afastada, apenas observando e aguardando o término da visita para continuar suas atividades rotineiras.

O contato da equipe de enfermagem com o familiar ocorria, apenas, em algumas situações, como no momento de recebê-lo na UTI, para a visita, quando algum familiar dirigia-se à equipe para esclarecer dúvidas e no momento da saída, ao término do horário de visita.

Com o médico, tal contato era ainda menor - apenas no momento em que este fornecia informações relativas à internação, ao diagnóstico e tratamento do paciente, o que, muitas vezes, dava-se de maneira fria, rápida e pouco esclarecedora, visto que alguns profissionais usavam termos técnicos de difícil compreensão pela maioria dos familiares.

Muitas vezes tentei diminuir essa imensa barreira que separava equipe e família, porém não encontrava de que maneira poderia fazê-lo e, por vezes, acreditava que, talvez, fosse melhor apenas ficar em silêncio, respeitando o sofrimento daqueles familiares e permitindo que ficassem além do horário estabelecido, considerando ser essa uma tentativa de minimizar tal sofrimento, embora contrariasse a equipe. Hoje vejo que poderia ter feito muito mais...

Ao estar atenta à família, fui também sensibilizando o olhar para o paciente, já que, por ela, podia ter uma aproximação a esse como ser humano. Passei a olhar aquela pessoa, sob meus cuidados, como alguém que, como eu, tem uma vida, faz parte de um contexto social e que, por uma facticidade, enfrenta uma situação de doença e conseqüente necessidade de internação na UTI.

Ainda naquela época, enquanto aumentava meu interesse por terapia intensiva, decidi ingressar em um curso de especialização, buscando aprender mais sobre a assistência em unidade ou centro de terapia intensiva (CTI), conhecendo outras realidades e possibilidades, já que esta UTI onde trabalhava estava inserida em um hospital de média

complexidade e, por isso, dava-me a sensação de que haveria muito mais a aprender se a complexidade do hospital fosse maior.

Após um curto período de estágio no CTI do Hospital Universitário de São José do Rio Preto – SP, obrigatório para concluir tal especialização, pude observar inúmeras diferenças desse setor com a unidade em que trabalhava em relação à aparelhagem, técnicas e procedimentos. No entanto, observei também, inúmeras semelhanças no que condizia às relações interpessoais, estabelecidas entre membros da equipe de saúde e paciente.

Nessa época, já me incomodavam muito aspectos que julgava serem desumanos no cuidado aos pacientes graves como, por exemplo, profissionais não chamarem o paciente pelo nome, referindo-se a ele como a patologia ou o número do leito, a realização de procedimentos invasivos, sem antes consultar ou informar o paciente, entre outros.

A humanização do cuidado em terapia intensiva ia, embrionariamente, fazendo parte de minhas inquietações, ainda que de maneira pouco clara para mim.

Além disso, tal curso proporcionou-me maior aproximação ao tema da humanização, não por ter sido muito abordado nas aulas que frequentei, mas pelo fato de ter sido o tema escolhido por mim para a elaboração da monografia. Tive, então, meu primeiro contato com artigos científicos e outros textos sobre o assunto e passei a interessar-me cada vez mais, sempre fazendo buscas bibliográficas e conhecendo o que de novo havia sido publicado.

Em seguida, tive a oportunidade de ser admitida no CTI de um hospital universitário de grande porte, em Ribeirão Preto, e vi-me fascinada, cada vez mais, por esse cenário que, apesar de estressante, me assegurava ter feito a escolha certa, na área de atuação.

Tal fascínio ocorria, inicialmente, pelas novas técnicas e procedimentos que aprendia e que anteriormente não havia tido a oportunidade de conhecer, face à menor complexidade do hospital onde trabalhava. Com o passar do tempo, passei a refletir sobre como era distante a realidade desse setor da proposta contida nos artigos que lia sobre

humanização, cuja implementação me parecia tão necessária e, ao mesmo tempo, tão difícil de ser executada.

Comparava, a todo o momento, essa nova realidade com minha experiência anterior e notava muitas semelhanças, entre elas a impessoalidade com que os pacientes são cuidados, o afastamento existente entre membros da equipe – família, entre outros aspectos. Ainda inquieta com tal situação e bastante preocupada com aspectos relacionados à família do paciente internado no CTI, pude observar e avaliar, com mais atenção, a provável razão pela qual, equipe e família, mantêm-se tão distantes. Acredito que seja uma maneira das pessoas que integram a equipe resguardarem-se, uma vez que, não estabelecendo vínculos afetivos com o paciente/família, torna-se mais fácil enfrentar o sofrimento e a morte, tão presentes em Unidades e Centros de Terapia Intensiva.

Embora fossem grandes minhas inquietações em relação às famílias e aos pacientes no que se refere à desumanização presente no CTI, muito me incomodavam aspectos relacionados à equipe de saúde deste setor, tanto no que se refere à desumanização com que são tratados em seu ambiente de trabalho quanto à desumanização com que cuidam dos pacientes.

Gradativamente, o foco de minha atenção e preocupação foi deslocando-se da família e do paciente para os membros da equipe, pois não encontrava respostas que me fizessem compreender de que forma seria possível sensibilizá-los de modo a reconhecer a importância do cuidado humanizado se eles próprios, muitas vezes, não são considerados da mesma forma.

Nessa instituição, a baixa remuneração, o trabalho excessivo, por turnos que, muitas vezes, não são fixos e requerem dos profissionais uma mudança constante em seus hábitos e rotinas pessoais, a insuficiência quantitativa de recursos humanos, o lidar com situações de estresse, com o enfrentamento da doença e da morte, as dificuldades de comunicação entre a

equipe e desta com os pacientes e familiares constituem um forte entrave para o estabelecimento e participação efetiva da equipe em propostas para humanizar a assistência nesse local. Passei a me perguntar: como é possível cuidar adequadamente do outro, se quem se reconhece como cuidador é desrespeitado no que diz respeito às condições mínimas e dignas de trabalho?

A equipe de enfermagem se vê frente a inúmeros procedimentos a serem desenvolvidos em um espaço de tempo, muitas vezes insuficiente, tendo que *dar conta* de todo o seu trabalho, geralmente desenvolvido de forma individualista, sobrecarregando, dessa maneira, esses profissionais. A equipe médica defronta-se com muitas condutas a serem tomadas, tendo que alterá-las constantemente, em situações de estresse, conforme as necessidades dos pacientes, acarretando em grande pressão psicológica.

Os demais membros da equipe multidisciplinar, de maneira geral, se defrontam com problemas similares aos já citados, uma vez que também se encontram em número insuficiente e, conseqüentemente, sobrecarregados.

Diante de tanta responsabilidade, toda a equipe tem que aprender a lidar com esse contexto estressante, tornando-se difícil fazê-lo da melhor forma. Nota-se uma postura inadequada ao lidar com paciente, família e entre a própria equipe, de forma que cada profissional passa a preocupar-se, isoladamente, com as atividades que devem ser cumpridas, não investindo nas relações humanas e, assim, impossibilitando a compreensão das necessidades e singularidades de cada um.

Por meio de conversas informais e trocas de experiências, pude notar o desconhecimento ou pouco conhecimento da equipe multidisciplinar sobre humanização. Tal fato pode justificar a maneira, muitas vezes inadequada, de lidar com pacientes e famílias, voltando suas atenções, prioritariamente, para os equipamentos, procedimentos e rotinas.

É possível observar, até mesmo, uma supervalorização de técnicas e procedimentos, da alta tecnologia e do conhecimento detalhado das patologias que acometem os pacientes, deixando-os, em sua integralidade, em segundo plano. Por vezes, é possível observar o paciente sendo referido como o número do leito, a patologia, esquecendo-se que ali existe, sobretudo, um ser humano.

Terão essas atitudes, por parte dos membros da equipe, o objetivo de manter um afastamento emocional das situações que vivenciam? Afastamento esse, acreditam eles, ser necessário para evitar situações de sofrimento e angústia, relacionados à perda de pacientes com os quais foi criado algum vínculo?

Como criar vínculos com o outro de forma a conseguir proporcionar um cuidado humanizado? Como cuidar de maneira ética, empática, respeitando a singularidade de cada um, para aproximar-se desse cuidado humanizado? Em que a formação de cada profissional contribui para tal cuidado?

Despertou-me, então, o interesse em cursar o mestrado, tendo como tema de pesquisa a humanização do cuidado em terapia intensiva.

O objetivo deste estudo é apreender o que significa, para os profissionais da equipe de saúde que atua na terapia intensiva, a humanização do cuidado, ou seja, compreender sua percepção e experiências acerca do que seja, para cada um, no contexto do CTI, ações humanizadoras.

Apresento, a seguir, no capítulo dois, o contexto de saúde atual, no qual se insere o CTI, seguido de suas especificidades, as quais apontam para a necessidade de humanização do cuidado em tal setor. No capítulo três, faço uma aproximação ao referencial fenomenológico utilizado neste estudo. No capítulo quatro, apresento a análise reflexiva das entrevistas realizadas e, então, no capítulo cinco, abordo as considerações sobre o estudo.

*2 O CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E SUA
INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE*

O Brasil tem um sistema de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) - o qual vem se consolidando, desde o final da década de 80 e cuja conformação foi fruto de inúmeras transformações nas políticas públicas de saúde desde o século passado, as quais culminaram com a reforma sanitária e conseqüente proposta de reformulação do sistema nacional de saúde, com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) (MENDES, 1996).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, característica marcante das políticas de saúde que o precederam. Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Mudanças no conceito de saúde e a universalização do direito à mesma foram itens incorporados pelo novo sistema, ancorados na Constituição de 1988: a saúde passa a ser considerada um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.382).

Em se tratando da integralidade da assistência, um dos princípios fundamentais do SUS, garantida pela Constituição, esta deve ocorrer em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário, com vistas a garantir, concomitantemente com o acesso da população a

todos os níveis, conforme suas necessidades de saúde, uma articulação e integração entre aparatos institucionais prestadores de serviços na produção dos cuidados em saúde.

Apollinário (2007) considera que o cuidado integral, como prerrogativa do SUS, associa-se ao olhar ampliado que considera as dimensões biológica, psicológica e social do usuário, mas também à articulação dos distintos níveis de atenção e das ações de prevenção, promoção e tratamento na organização do sistema de saúde.

Pinho, Siqueira e Pinho (2006, p. 43) relatam, em um artigo cujo objetivo foi conhecer os significados acerca da integralidade por enfermeiros de unidades de saúde de Goiânia (GO), que:

A integralidade não pode ser definida apenas como uma diretriz básica do SUS, mas pode ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo; com uma visão abrangente do ser humano, tratando não somente como seres doentes, mas como pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições. Sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis às dimensões do processo saúde/doença inscritas nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica.

Barros (2006, p.265) acrescenta que:

Para transformar os modos de construir políticas públicas de saúde na direção da integralidade, impõe-se enfrentar um modo de fazer no campo da saúde, com práticas de formação, processos efetivos de transformação e criação de mundos que não sejam fragmentados e fragmentadores e marcados pela lógica dos especialismos.

Além do princípio da integralidade, dois outros são de igual importância no contexto da produção de ações em saúde - o princípio da equidade e o da universalidade.

O princípio da equidade preconiza sobre a garantia de ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, em que cada cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades (BRASIL, 1990).

Já o princípio da universalidade refere-se à garantia de atenção à saúde, por parte do sistema a todo e qualquer cidadão, que passa a ter direito a acesso em todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

A inter-relação entre tais princípios e entre eles e a humanização em saúde perpassa os diversos níveis de complexidade e modos de produzir saúde. Assim, a humanização em saúde dá-se não apenas mediante a garantia de acesso das pessoas e da população aos serviços de saúde, mas na garantia da qualidade desses serviços aos quais terão acesso. Ou seja, aliada ao princípio da universalidade, é requerida a qualidade dos serviços de saúde, pois, isoladamente, o acesso a tais serviços não é capaz de contemplar a humanização.

Além disso, a humanização se faz presente quando os profissionais são capazes de reconhecer, em seu cotidiano, as necessidades das diversas pessoas, de forma a garantir um atendimento em saúde pautado no respeito às singularidades de cada um, não sendo possível, portanto, o cuidado apenas pautado na padronização das ações, uma vez que necessidades diferentes requerem condutas diferentes. Reconhecer a pessoa como única e, portanto, singular, requer dos profissionais o olhar e agir sensível para que sejam propostas ações que visem atendê-la em sua totalidade. Toda e qualquer pessoa tem direito também ao acesso a serviços de prevenção, promoção e não apenas recuperação da saúde. O respaldo para que a mesma não desenvolva doença e viva de modo saudável deve ser garantido pelo Estado.

Na maioria das vezes, a pessoa, saudável ou doente, não tem conhecimento sobre seus direitos, ficando à mercê das ações dos profissionais de saúde como se os mesmos fizessem um favor em atendê-la. É, também, no reconhecimento dos direitos dos cidadãos a uma assistência de qualidade, por parte dos profissionais que os atendem, que a humanização pode emergir.

Os Centros de Terapia Intensiva, constituintes de hospitais que conformam o nível terciário de atenção, também devem incorporar, em sua prática, a integralidade da assistência, além dos demais princípios do SUS, buscando garantir, assim, a prestação de cuidados de qualidade à população. Compõem o nível de alta densidade tecnológica, que implica na disposição de insumos e aparatos tecnologicamente avançados, voltados para o tratamento e recuperação da saúde, o que também implica no cuidar de modo integral.

A criação das unidades de terapia intensiva surgiu da necessidade de facilitar o atendimento a pacientes graves, alocando-os em um mesmo ambiente.

As primeiras tentativas de isolar pacientes graves a fim de proporcionar uma observação constante, facilitando, dessa forma, sua assistência surgiu com a iniciativa de Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, em 1800, e contribuiu sobremaneira, na organização desse tipo de serviço, a fim de facilitar o atendimento a pacientes graves (LINO; SILVA, 2001).

Motivos sócio-econômicos favoreceram a criação de tais unidades, visando o lucro de empresas farmacêuticas e de venda de equipamentos norte-americanos, as quais pretendiam expandir suas vendas para os países de terceiro mundo. No Brasil, os centros de terapia intensiva surgiram a partir da década de 70, no período do milagre econômico, em que o governo buscava também a modernização do setor saúde, com a absorção de avanços tecnológicos, recursos farmacêuticos e de equipamentos, bem como o desenvolvimento de métodos diagnósticos e de terapias, priorizando, então, os níveis secundários e terciários de atenção. (IDE, 1989)

Atualmente, as unidades e centros de terapia intensiva encontram-se altamente equipados, com tecnologia de ponta e investimentos na formação e preparo técnico de profissionais da área da saúde de forma a capacitá-los para a prestação de assistência de qualidade aos pacientes que necessitam de terapia intensiva. Com isso, a capacidade e

habilidade técnica e intelectual dos profissionais são valorizadas em detrimento de suas habilidades relacionais, comunicacionais e humanas.

Portanto, as unidades de terapia intensiva e os centros de terapia intensiva têm sido alvos de inúmeros debates sobre assistência e humanização, uma vez que é notável a necessidade de mudanças urgentes na forma como se dá o cuidado nessas unidades. A alta tecnologia aí utilizada, as situações de emergências iminentes, dentre outros fatores, têm contribuído para um cuidado voltado para a técnica, a realização de procedimentos, a execução das tarefas, em detrimento da visão integral do ser humano aí assistido, colocando em risco a qualidade da assistência prestada.

Estudos recentes (HAYASHI; GISI, 2000; MARTINS; FARIA, 2000; MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003; MERCÊS; ROCHA, 2006; NASCIMENTO; ERDMANN, 2006; NASCIMENTO; TRENTINI, 2004; OLIVEIRA; SANTOS; SILVA, 2003; PAGANINI, 2000; SANTORO, 2001; VILA ROSSI, 2002) têm confirmado a necessidade de humanizar a assistência prestada em UTI. No entanto, mostram que essa é uma realidade distante da encontrada hoje, na maioria dos hospitais. .

2.1. A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

A preocupação em humanizar o atendimento em saúde, de maneira geral, tem sido enfatizada desde o final da década de 50, do século passado, quando alguns estudos enfocaram a necessidade de humanização em saúde, segundo uma lógica caritativa. Tal enfoque vai se modificando no decorrer dos anos até configurar-se como um direito dos cidadãos ao acesso à saúde, considerando a dignidade do usuário (CASATE; CORRÊA, 2005).

Tais autoras abordam as diversas concepções de humanização que foram se configurando desde a década de 50 até os dias atuais, apreendendo os modos como a temática foi sendo considerada na literatura em saúde, especificamente em enfermagem. Assim, são apontadas algumas temáticas: a humanização é necessária, considerando que nos serviços de saúde existiam e existem práticas desumanizantes; o emergir da humanização como necessidade no contexto da civilização técnica, o que permite perceber a dicotomia técnico-humano; a humanização relacionada ao modo de perceber o paciente no contexto dos serviços de saúde, revelando uma prática que evoluiu da visão caritativa da pessoa a ser cuidada ao reconhecimento do paciente como sujeito; a humanização relacionada à organização dos serviços de saúde por meio de investimentos na estrutura física e na gestão dos serviços; a humanização e suas interfaces com o investimento no trabalhador possibilitando que o mesmo tenha condições de oferecer um cuidado humanizado; a humanização como problemática pouco abordada na formação dos profissionais de saúde e a humanização enquanto projeto político de saúde.

A tendência à humanização da assistência assume maiores dimensões ao configurar-se, em 2001, como uma preocupação por parte do governo que engloba, em seu sentido mais amplo, um conjunto de ações integradas visando uma mudança substancial no padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando, assim, a qualidade e a eficácia dos serviços prestados – o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001).

A criação de tal proposta partiu da iniciativa do Governo Federal ao identificar um número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais; queixas estas mais valorizadas que a falta de médicos, de espaço nos hospitais, de medicamentos, entre outras. (BRASIL, 2001).

O PNHAH surgiu com o objetivo fundamental de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, lançando, como desafio, a melhoria da qualidade de atendimento à saúde e a valorização do trabalho dos profissionais envolvidos. Para isso, considera essencial o esforço coletivo e a vontade política dos dirigentes.

Para que o programa fosse viável, com a elaboração de propostas concretas e ações claramente definidas, foi necessária a implantação de grupos de trabalho de humanização em cada hospital envolvido como elementos agregadores e difusores desse novo conceito em torno de um eixo comum de atendimento humanizado; estes grupos, compostos por lideranças expressivas do coletivo dos profissionais, constituíram-se em espaço de comunicação e um real dispositivo para mudança institucional (BRASIL, 2001).

Como forma de garantir um suporte às ações de humanização nos hospitais, foram criados, também, grupos de multiplicadores de humanização hospitalar, com articulação entre as secretarias estaduais, municipais e com apoio das equipes de capacitadores do Ministério da Saúde, para auxiliar na formação, treinamento e capacitação dos agentes que levariam o processo de humanização aos hospitais.

Criou-se, também, uma Rede Nacional de Humanização, com site próprio na Internet, criando espaços de comunicação e trocas de informações / experiências entre as instituições, constituindo-se em um importante instrumento de divulgação do projeto e representando uma condição fundamental para a consolidação do processo de humanização nos hospitais e multiplicação das práticas humanizadoras (BRASIL, 2001).

Em 2003, é lançada a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, com a proposta de tornar-se não apenas mais um Programa do Ministério mas, “uma política que opere transversalmente em toda rede SUS”, ou seja, “uma política entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas

práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (MANUAL DO HUMANIZASUS, 2004).

A preocupação em efetivar uma política de humanização nos serviços de saúde, em substituição ao programa até então vigente, ocorreu como forma de transcender a fragmentação das ações entre os diversos níveis de assistência, expandindo aquelas voltadas à humanização para todas as instâncias do SUS.

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam a institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade. Entre tais eixos são citados:

- que a PNH faça parte do Plano Nacional, Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;
- promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;
- proposta de uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade;
- indicação que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos pólos de educação permanente e às instituições de formação, entre outros (MANUAL DO HUMANIZASUS, 2004).

No entanto, a criação de uma política de humanização que estabeleça normas e regras para alcançá-la não é suficiente para garanti-la, frente à realidade “de processos de trabalho em saúde marcados por questões coletivas em seu fazer precário, de hipocrisia e desqualificação com os trabalhadores dos serviços de saúde pública, tanto em sua formação como em sua prática” (CAVALCANTI, 2005, p.73).

Trata-se, então, de mais um desafio da PNH humanizar as condições de trabalho dos profissionais envolvidos, de modo a favorecer a humanização de suas práticas.

Em geral, o significado da humanização, na área da saúde, há muitos anos vem sendo elaborado por diversos autores, sempre a relacionando, de algum modo, a aspectos relacionais dos atores sociais envolvidos.

“Humanização do setor saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações” (MINAYO, 2006, p.26). “Requer ainda um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo uma nova postura ética que permeia todo o processo de trabalho em saúde” (BACKES; LUNARDI; FILHO, 2006, p.133).

Segundo Oliveira, Collet e Viera (2006, p.281):

O propósito de humanizar, no caso da saúde, implica aceitar e reconhecer que nessa área e nas suas práticas, em especial, subsistem sérios problemas e carências de muitas das condições exigidas pela definição da concepção, organização e implementação do cuidado da saúde.

No contexto hospitalar, Mezomo (1980)², citado em Ciosak e Sena (1983), ao discutir o que é a humanização do hospital, entende que humanizar significa agir sobre a sua administração e o seu funcionamento, bem como a postura do pessoal face ao enfermo, com o objetivo de proporcionar-lhe um ambiente físico e social tão agradável quanto possível, ressaltando os dissabores inevitáveis de seu tratamento.

Para Minayo (2006, p.29):

A humanização necessita do aporte indiscutível da ciência e da tecnologia, pressupõe investimentos financeiros, mas, acima de tudo, precisa contar com uma persistente proposta de sensibilização das pessoas. A sensibilização da intersubjetividade na relação é um desafio sofisticado, pois não pode ser contida nas normas (embora as pressuponha), uma vez que, em última instância, ela se dá no encontro singular de duas pessoas cujo nível de profundidade só poderia ser expresso por um poeta como Fernando Pessoa: “O que em mim sente está pensando”.

² MEZOMO, J.A. O que é humanização no hospital? In: Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde, 1, 1980, São Paulo. Circular... São Paulo, 1980.

De maneira geral, o ser humano é envolvido por sentimentos, atitudes e ações próprias: cada pessoa tem um modo próprio de sentir, agir e vivenciar situações. Assim também ocorre no processo de hospitalização, considerando que cada um reage de uma maneira diferente frente a ele. É preciso olhar o paciente como ser único, com necessidades e crenças individuais, construídas a partir de seu mundo subjetivo e social, as quais precisam ser contempladas e incorporadas ao cuidado.

Knobel, Novaes e Bork (1998), considerando o homem como ser único e possuidor de necessidades, valores e crenças próprias, acreditam que manter e preservar a dignidade do cliente, entendido como ser humano, é respeitar todos os princípios da moral e do código de ética.

Segundo Collet e Rozendo (2003, p.192):

Os desafios do processo de humanização da assistência e das relações de trabalho a serem enfrentados pela profissão implicam em superação da relevância dada à competência técnico-científica em detrimento da humanização; a superação dos padrões rotineiros, arraigados, cristalizados de produzir atos em saúde; a superação dos modelos convencionais de gestão; superação dos corporativismos das diferentes categorias profissionais em prol da interdependência e complementaridade nas ações em saúde; a construção da utopia da humanização como um processo coletivo possível de ser alcançado e implementado.

2.2. O CTI E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

As unidades de terapia intensiva³ são consideradas como locais destinados à prestação de assistência especializada à pacientes em estado crítico, para os quais há necessidade de monitorização e controle rigoroso dos parâmetros vitais e assistência médica e de enfermagem contínua e intensiva (SOUZA; POSSARI; MUGAIAR, 1985).

³ Embora o enfoque deste subitem seja o centro de terapia intensiva, o termo unidade de terapia intensiva se fará presente conforme utilizado nas referências por mim citadas.

São unidades especializadas, com alta tecnologia empregada, onde atuam profissionais altamente capacitados a atender pacientes em estado grave ou em situações que o coloquem diante do risco de morte.

A definição acima citada expressa, claramente, que tais unidades, embora sejam fundamentais para dar continuidade aos cuidados prestados a determinados pacientes hospitalizados, amedrontam as pessoas que desconhecem o setor, justamente por concentrar pacientes em estado grave e/ou com grande risco de morte e ocorrência constante de situações de urgência e emergência.

Segundo SOUZA, POSSARI e MUGAIAR (1985, p. 77):

Apesar do avanço tecnológico ter possibilitado o aprimoramento do tratamento nas UTIs, por meio da utilização de aparelhagens e técnicas terapêuticas cada vez mais sofisticadas, o índice de mortalidade continua ainda bastante elevado. Com isso, criou-se um mito, por parte de alguns pacientes e mesmo de familiares, de ser este um local destinado a pacientes que não apresentam condições de sobrevivência. O ambiente é muitas vezes encarado como agressivo e frio, e os doentes como mais graves do que possam estar na realidade. Esses fatores e outros associados ao tratamento na UTI parecem favorecer uma percepção de condições ambientais instáveis e estressantes.

A própria estrutura física dos CTIs, em geral, predispõe ao estresse os pacientes aí internados, pois costumam ser locais fechados, sem ou com poucas janelas, com camas muito próximas umas das outras, fios e aparelhagens complexas circundando os leitos, luminosidade excessiva, ruídos constantes, além de outros fatores estressantes.

Artigos internacionais (HAWLEY; JENSEN, 2007; KELLEHER, 2006) evidenciam situações semelhantes também em países desenvolvidos, onde as unidades de terapia intensiva e toda a tecnologia empregada, articuladas a aspectos do diagnóstico e tratamento dos pacientes (procedimentos altamente invasivos e dolorosos, doença grave e sintomas decorrentes, entre outros) além dos sentimentos de solidão, abandono e desrespeito manifestados pelos pacientes, tornam a visão desse ambiente tão inóspita e desumana.

Este espaço hospitalar é provido de inúmeros equipamentos sofisticados e desconhecidos pela maioria das pessoas que nunca esteve em um CTI, exigindo, dos profissionais, um conhecimento muito particular dos mesmos e um preparo rigoroso para possibilitar o manuseio adequado de tais equipamentos. Esse aprendizado requerido dos profissionais acaba por fasciná-los e desvirtuá-los, muitas vezes, do que deveria ser o principal foco de atenção no CTI - o paciente.

Apesar de se tratar de setor cujo objetivo principal é salvar vidas ou, quando isso não é possível, minimizar a dor e propiciar uma morte digna ao ser humano, paradoxalmente, também apresenta características capazes de provocar estímulos nocivos aos pacientes (luminosidade e ruídos intensos, interrupções freqüentes no repouso e sono, entre outros, já que as rotinas são contínuas) conforme retratado em pesquisa norte-americana (FOUNTAIN; BRIGGS; POPE-SMITH, 2001).

Mesmo a organização do trabalho na UTI, por si só, pode ser um fator determinante da desumanização deste setor, uma vez que os pacientes são *colocados* em convívio com pessoas estranhas – profissionais e outros pacientes; *retirados* do convívio com seus familiares, sendo permitida tal interação somente em horários pré-determinados e pouco flexíveis. Além disso, ficam impedidos de realizar atividades simples, de sua rotina diária, mesmo quando isso é possível, ou seja, são destituídos, a partir de sua internação na UTI, de sua autonomia, vontade própria, opinião, privacidade, enfim, são destituídos da subjetividade inerente a cada ser humano.

O ritmo de trabalho é intenso e os profissionais encontram-se em atividade constante, com pouco tempo livre para conversar com os pacientes conscientes, muitas vezes por eles passando sem sequer estabelecer um contato visual. A rotatividade de profissionais que ficam responsáveis por determinados pacientes, em cada turno de trabalho, é grande, não

permitindo que os mesmos estabeleçam vínculos com os pacientes tornando, desse modo, as relações superficiais, tendo como único referencial a realização de procedimentos.

Não existe uma sistematização e preocupação com o modo de cuidar; preocupa-se, sim, com o aperfeiçoamento da técnica, valorizando o trabalho. Ou seja, devido ao número de situações iminentes de urgência – o que requer uma equipe que atenda prontamente e de maneira eficaz – têm-se valorizado, nos profissionais, a destreza, habilidade e agilidade nas técnicas, procedimentos e manuseio dos equipamentos, dando-se ênfase, apenas, ao cumprimento de tarefas, ficando, em segundo plano, atributos de natureza atitudinal como boa interação com pacientes, famílias e equipe, solidariedade, compromisso com a individualidade e privacidade dos pacientes, empatia e respeito pelo próximo, entre outros fatores tão importantes para humanizar o CTI.

Segundo Corrêa (2000, p.161):

Em meio a aparelhagens e técnicas complexas, é preciso buscar o humano que ali se encontra, não apenas como aquele paciente que necessita ser constantemente monitorado em suas funções vitais, mas como o ser humano singular que vivencia um processo patológico que, envolvendo toda a sua totalidade existencial, sem dúvida, o faz experienciar a insegurança do poder ser saudável, enfrentando a doença e o risco da morte.

Em relação à internação de uma pessoa no CTI, seus familiares também experienciam situações estressantes: a necessidade de informações precisas sobre o estado de saúde do familiar e a evolução da doença que, muitas vezes, não são claras e compreensíveis para os mesmos; o afastamento gerado pela internação, a desestruturação da unidade familiar, o medo da morte, entre outras, aliadas às situações de desrespeito à sua dor, muitas vezes, manifestadas por posturas inadequadas por parte da equipe e que predisõem à desumanização das relações.

A visita e a presença de familiares ou pessoas próximas ao paciente são, hoje, consideradas fatores importantes para a humanização em UTI, tanto no que diz respeito às

necessidades dos pacientes quanto dos próprios familiares. (BOEIRA et al., 2004; BOLELA; JERICÓ, 2006; FOUNTAINE; BRIGGS; POPE-SMITH, 2001; MIRACLE, 2005; URIZZI, 2005).

É preciso pensar em humanização para os pacientes e familiares, mas também para a equipe de cuidadores, proporcionando-lhes, assim, condições de incorporar a humanização em sua prática.

Torna-se essencial olhar para as necessidades dos profissionais que aí atuam, identificando fatores de estresse e desgaste físico e emocional, com os quais a equipe profissional do CTI defronta-se, diariamente, na execução de suas atividades rotineiras e que os levam, muitas vezes, a adotarem medidas de afastamento e proteção para minimizar o sofrimento a que estão susceptíveis ao lidar com a dor do outro.

Para Lopes e Laufert (2001), o ambiente da UTI é caracterizado por um trabalho que envolve uma forte carga emocional, na qual vida e morte se mesclam, compondo um cenário desgastante e, muitas vezes, frustrante. E, de maneira geral, na área da saúde, tal carga emocional se impõe diante de um cenário que leva os profissionais a conviverem intimamente com o sofrimento, a dor e a morte. Faz-se necessário aprender a lidar com os sentimentos emergidos dessa convivência, de modo a não acarretar riscos para a saúde mental dos profissionais.

Diversos estudos têm abordado o sofrimento psíquico entre profissionais da área da saúde, decorrente de sua atuação profissional (CORONETTI et al., 2006; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; PITTA, 1990; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001) e mais especificamente a Síndrome de Burnout (BORGES et al., 2002; OLIVEIRA; TRISTÃO; NEIVA, 2006), enfatizando os riscos e conseqüências para profissionais e serviços de saúde.

Segundo França e Rodrigues (1997, p.48), Síndrome de Burnout:

É a resposta emocional a situações de stress crônico em função de relações intensas – em situações de trabalho – com outras pessoas ou de profissionais que apresentam grandes expectativas em relação a seus desenvolvimentos

profissionais e dedicação à profissão; no entanto, em função de diferentes obstáculos, não alcançaram o retorno esperado.

Atuar na assistência hospitalar, segundo Haddad (1998), já remete os trabalhadores de enfermagem, em particular, à cargas psíquicas como atenção constante (pacientes sedados, inconscientes e que necessitam de vigilância), supervisão estrita (controle, falta de autonomia e criatividade e não participação na tomada de decisões), ritmo acelerado, trabalho fragmentado, monótono e repetitivo (forma como o trabalho é organizado e dividido), comunicação dificultada (tempo restrito imposto pelo ritmo de trabalho), trabalho feminino (dupla ou tripla jornada), desarticulação das defesas coletivas, agressões psíquicas (verbais de pacientes/clientes e desconsideração pelas atividades técnicas), fadiga, tensão, estresse, insatisfação, dentre outros.

Acresce-se a isso o fato de que a assistência em CTI acaba por potencializar, sobre a equipe de enfermagem, o efeito de algumas das cargas psíquicas citadas, uma vez que os pacientes estão em condições críticas e requerem, dos profissionais, atenção incessante.

De um modo geral, todos os profissionais atuantes no ambiente hospitalar e, especificamente no CTI, estão expostos a fatores comuns de estresse e que podem gerar respostas semelhantes como, por exemplo, desgaste físico e mental, exaustão, irritabilidade, ansiedade, desmotivação, entre outros, sendo que tais respostas podem levar à ocorrência de situações impróprias, como uma assistência limitada, desprovida de envolvimento e consideração ao paciente, dificuldades na relação profissional-paciente e na própria relação do profissional com o trabalho, prejudicando o desempenho profissional e influenciando, negativamente, na humanização das ações.

Além dos fatores acima citados, a organização dos serviços de saúde, de maneira geral, ainda pautada na fragmentação do trabalho, centrada no modelo biomédico-reducionista, ou seja, modelo biológico de interpretação do processo saúde-doença, com

hierarquias rígidas, dificulta a criatividade dos profissionais de saúde, limitando suas ações à execução de tarefas, muitas vezes realizadas sem reflexão e com mais ou menos valorização de algumas categorias profissionais, em detrimento das demais, o que também dificulta o trabalho em equipe interdisciplinar.

Assim, os modelos biologicista e taylorista, predominantes no modo de conceber o processo saúde-doença e organizar o trabalho, respectivamente, reduzem a visão sobre o homem, seja o paciente internado e sua família ou o próprio trabalhador, o que denota uma visão reducionista, podendo limitar a construção do cuidado integral no contexto de terapia intensiva. Cabe ainda considerar que, além desses modelos estarem prescritos no cotidiano do trabalho, eles também, muitas vezes, ainda são predominantes no contexto de formação em saúde.

Diante do panorama exposto sobre as diversas dificuldades encontradas no contexto de trabalho do CTI, emergem dificuldades que envolvem questões relativas aos pacientes, famílias e equipe, à estrutura física, à organização do trabalho e às relações interpessoais. Nesse contexto, um ponto que também se revela fundamental é a formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, cabe salientar que esta ainda é tecnicista, não permitindo ou não facilitando aos profissionais da área a criação de ações mais humanas ao lidar com o outro no mundo do CTI ou assistência à saúde de maneira geral, evidenciando o despreparo dos profissionais em relação às questões pertinentes ao desenvolvimento do senso crítico e sensibilidade. Fundamentalmente, ainda há pouca ênfase à dimensão atitudinal da formação.

Segundo Casate e Corrêa (2006, p.327), esse despreparo relaciona-se tanto à formação quanto à organização da prática hospitalar, nas quais ainda é predominante a dicotomia fazer técnico - fazer humano, o que representa limitações para a perspectiva de humanização das práticas em saúde.

Minayo (2004a) reafirma o que foi exposto acima, referindo que a formação dos profissionais de saúde, apesar de todos os esforços do projeto de integralidade e humanização,

continua fortemente marcada pela hegemonia do positivismo e das teorias mecanicistas que consideram o doente apenas como um corpo, com dispositivo bioquímico e funcional, menosprezando-o como um ser portador de liberdade e de auto-determinação.

A formação dos profissionais de saúde tem sido alvo de discussões e debates (SILVA; TAVARES, 2004) uma vez que, muitas vezes, prescinde do reconhecimento do homem como ser subjetivo e social, limitando o cuidado à questões biológicas envolvidas no processo saúde-doença, técnicas e procedimentos.

Segundo os autores acima citados, critica-se o modelo *flexneriano* de formação, desenvolvido por meio de currículos arcaicos, cujo foco de atenção está centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização de intensa tecnologia; marcado pela dissociação teoria/prática e voltado para um desempenho profissional impessoal e descontextualizado.

A própria Política Nacional de Humanização aponta para a necessidade, quase que uma exigência, de mudanças na formação profissional, introduzindo oportunidades de aprendizagem que levem o aluno a refletir sobre questões de ordem psico-sociais, envolvidas na compreensão do processo saúde-doença.

De acordo com Minayo (2004b), devido às inúmeras alterações ocorridas nos últimos 30 anos no mundo da ciência e da tecnologia, é imperativo que as mudanças universitárias ocorram de forma a assegurar o futuro da autonomia do país nesse sentido. Tal condição exige novas modalidades de organização do trabalho, fundadas na autonomia, criatividade e responsabilização dos atores, dentre outras, o que implica transformar as defasagens hoje encontradas nas instituições de ensino.

Apresento, a seguir, o caminho metodológico que guiou este estudo de modo a permitir o desvelamento do fenômeno humanização na percepção da equipe de saúde do CTI.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1. *Uma aproximação ao referencial fenomenológico*

Por se tratar de um estudo que tem à frente uma questão de ordem subjetiva a ser compreendida, acredito ser a investigação fenomenológica uma opção metodológica pertinente.

Compreender o que significa, para os membros da equipe de saúde, a humanização no CTI, não implica reconhecer relações de causa e efeito, mas sim, compreender, pela vivência de cada um, em seu contexto histórico-social, o que é percebido e realizado por eles no que se refere à humanização do cuidado neste setor que habitam, em seu exercício profissional.

Assim, será realizada uma aproximação inicial à pesquisa qualitativa, de abordagem fenomenológica, tendo como foco a atribuição de significados, pelos profissionais de saúde, à humanização do cuidado em terapia intensiva.

Segundo Neves (1996, p.103):

Faz parte da pesquisa qualitativa a obtenção de dados descritivos, mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. Nas pesquisas qualitativas, é freqüente que o pesquisador procure entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situe sua interpretação dos fenômenos estudados.

Os métodos qualitativos trazem como contribuição ao trabalho de pesquisa uma mescla de procedimentos de cunho racional e intuitivo, capazes de contribuir para a melhor compreensão dos fenômenos.

Neves (1996, p.104) concorda com Manning (1979)⁴, ao afirmar que pesquisas de modalidades qualitativas supõem um corte temporal-espacial de determinado fenômeno por parte do pesquisador. Esse corte define o campo e a dimensão em que o trabalho desenvolver-

⁴ MANNING, P.K. Metaphors of the field: varieties of organizational discourse. In: Administrative science quarterly. v.24, n.4, p.660-671. 1979.

se-á, isto é, o território a ser mapeado. O trabalho de descrição tem caráter fundamental em um estudo qualitativo, pois é por meio dele que os dados são coletados.

Segundo Esposito (1994, p.83), “o modo de investigação fenomenológica tem como objetivo fazer com que o ser ou a coisa interrogada se revele, sendo que as chaves para o acesso à compreensão não podem ser buscadas na manipulação e no controle (próprios ao método científico), mas, sim, na participação e na abertura. Não é o simples conhecimento que se pretende alcançar, mas a experiência vivida de forma significativa, a sabedoria”.

Ainda, na busca de aclarar a metodologia fenomenológica, cabe ressaltar que ela é:

[...] neste século, um nome que se dá a um movimento cujo objetivo precípua é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, sem teorias sobre sua explicação causal e tão livre quanto possível, de pressupostos e de preconceitos (MARTINS, 1992, p.50).

A fenomenologia teve sua origem na Filosofia de Husserl, no final do século XIX e, entre seus seguidores, podemos citar Heidegger, Jaspers, Sartre e Merleau-Ponty. É o estudo que se volta para os modos como a pessoa percebe o fenômeno, as suas próprias experiências compartilhadas com outros, em um contexto específico.

Segundo Capalbo (1994, p.192), “Husserl define a fenomenologia como ‘ciência dos fenômenos’, entendendo por fenômeno o que se mostra no seu ser de si mesmo à consciência, o que é, pois, imediatamente dado em si mesmo à experiência da consciência como presença à consciência”.

Para Martins, Boemer e Ferraz (1990, p.141) “fenômeno é tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga”.

A filosofia fenomenológica nasceu como reação e como ruptura ao idealismo e ao empirismo positivista. Do idealismo, a ruptura se deu por divergir das construções a priori que este faz; do positivismo por esse se desinteressar do conhecimento essencial das coisas, ou antes, por considerar tão somente como válidos os resultados de fatos observáveis empiricamente ou por meio de instrumentos usados para a observação (CAPALBO, 1994, p.192).

A mesma autora ainda enfoca que “a consciência experimenta vivencialmente e procura explicitar os diversos sentidos do conteúdo essencial dos fenômenos. O fenômeno se mostrará ou se colocará no campo da consciência em seu ser e esta procurará descrever esta experiência originária do fenômeno presente no seu campo de consciência” (CAPALBO, 1994, p.193).

De acordo com Dartigues (1992), Husserl rejeitava o naturalismo das ciências humanas (da forma como eram desenvolvidas em torno dos anos 1900) que, não considerando a especificidade de seu objeto, acabavam por tratá-lo como um objeto físico, sendo confundida a descoberta das causas exteriores de um fenômeno com a natureza própria desse fenômeno.

Segundo Bressan e Scatena (2002), todo fenômeno deve ser situado, ou seja, para ser compreendido deve ter sido ou estar sendo vivenciado pelo sujeito em uma dada situação.

[...] inicialmente é preciso situar o fenômeno que se pretende estudar, isto é, buscar o fenômeno na pessoa que o vivencia. Por exemplo, se o pesquisador está interessado em investigar uma experiência de hospitalização, há que buscar sujeitos vivenciando ou tendo vivenciado esta situação. (VALLE, 1997, p.52)

A fenomenologia, como modalidade de pesquisa qualitativa, busca a compreensão de fenômeno interrogado, partindo, então, de uma interrogação do fenômeno situado (vivenciado pelo sujeito) e não de um problema na perspectiva positivista (CORRÊA, 1997). Segundo essa autora, é inicialmente por meio de suas experiências que é possível ao pesquisador interrogar o mundo ao redor. Desse modo, é das minhas experiências como enfermeira de UTI que têm emergido questionamentos relativos à humanização do cuidado que me levam a propor este estudo.

De acordo com Valle (1997), o pesquisador inicia sua trajetória interrogando o fenômeno que pretende estudar, sem considerar, previamente, qualquer teoria explicativa ou qualquer definição a respeito do mesmo. Isso não implica desconsiderar tudo o que o mesmo

sabe sobre determinado tema; trata-se apenas de não permitir que esse seu saber e idéias pré-concebidas impeçam o contato com a realidade vivida.

Ainda segundo Valle (1997, p.52), “não é possível a pessoa ficar livre do seu mundo completamente, não é possível eliminar tudo o que existe em sua mente. Porém, ela procura livrar-se, ao máximo, de todos os conhecimentos adquiridos até então e de seus preconceitos em relação ao fenômeno em estudo”.

O pesquisador em fenomenologia [...] inicia interrogando o fenômeno. Isto não exclui que ele tenha um pensar. Ao recusar os conceitos prévios, as teorias e as explicações a priori já existentes, o pesquisador não parte de um marco zero ou de um vazio. Ele tem um pré-reflexivo. O que precisa evitar é que a teoria influencie o seu interrogar [...]. (BOEMER, 1994, p.85)

O pesquisador fenomenólogo parte de uma questão norteadora em busca da descrição da experiência que está sendo vivida pelo sujeito. (MARTINS; BICUDO, 1989).

Coloco-me, a partir de então, na busca pela compreensão do fenômeno humanização do cuidado, segundo a percepção das pessoas que integram a equipe de saúde que atua no CTI, partindo de minhas inquietações como membro dessa equipe, porém, orientando meu foco de investigação nas percepções e experiências dos demais profissionais que aí atuam cotidianamente.

A abordagem qualitativa, especificamente a fenomenológica, é pertinente a esse estudo, considerando que sua proposta envolve as percepções e experiências dos trabalhadores, o que se relaciona à questões de natureza subjetiva.

3.2. O cenário e os sujeitos envolvidos

Este estudo foi realizado no CTI adulto do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP), unidade Campus.

Este hospital, de nível terciário, foi fundado em 1956; dispõe de 851 leitos para atendimento à população de Ribeirão Preto e região, sendo referência para tratamentos complexos, em diversas áreas. Dispõe de atendimento ambulatorial e hospitalar, abrangendo cuidados de prevenção, tratamento e recuperação, de natureza clínica ou cirúrgica, assim como serviços complementares de diagnóstico e tratamento em diversas especialidades. Por se tratar de um hospital universitário, além da assistência, conta também com atividades de ensino e pesquisa, tendo como missão desenvolver práticas de qualidade, buscando excelência no atendimento. O HC dispõe de três prédios - a unidade do Campus, o Hemocentro e a Unidade de Emergência (UE), localizada fora do Campus, em outro bairro da cidade. Dentre os diversos serviços e unidades que compõem o hospital, existe o CTI adulto, sendo um na unidade do Campus e outro na UE.

O CTI adulto – Campus, cenário deste estudo, possui nove leitos destinados ao atendimento de pacientes adultos, de ambos os sexos, em estado crítico ou potencialmente crítico, em situações clínicas ou cirúrgicas que os coloquem em necessidade de assistência contínua e monitorização adequada, qualquer que seja a especialidade.

Neste setor, em especial, as internações acontecem, quase sempre, por meio da transferência de pacientes já internados e em tratamento em outras unidades do hospital ou na Unidade de Emergência e, em raras situações, referenciados de outros hospitais da cidade ou região, quando o paciente passa a necessitar de cuidados intensivos. Isso gera uma característica peculiar deste CTI: pacientes muito graves e que têm sua permanência prolongada nesta unidade.

A equipe multiprofissional que atua neste CTI é composta por oito médicos intensivistas, dentre eles o docente responsável pela disciplina de terapia intensiva, três residentes de terapia intensiva e de outras áreas que passam por estágio na unidade, um diretor de enfermagem, nove enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe do setor, 32 auxiliares e sete

técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, quatro aprimorandos de fisioterapia e duas fisioterapeutas em estágio voluntário, as quais permanecem na unidade durante um ano, uma psicóloga e duas musicoterapeutas, que executam seu trabalho voluntariamente. Eventualmente, quando solicitados, outros profissionais prestam serviços a esta unidade, como por exemplo, terapeutas ocupacionais, odontólogos e assistentes sociais. A unidade conta também com outros profissionais ligados indiretamente à assistência: escriturários, equipe da nutrição, da limpeza, dentre outros.

As equipes médica e de enfermagem atuam por meio da divisão em turnos, sendo que, no período da manhã, são escalados dois médicos e três residentes, dois a três enfermeiros, seis a sete auxiliares e/ou técnicos de enfermagem; no período da tarde, um médico, três residentes, dois enfermeiros, seis a sete auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. No período noturno, um médico, um residente, dois enfermeiros, seis a sete auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Os fisioterapeutas, tanto a contratada quanto os aprimorandos e estagiários, atuam no CTI no período da manhã e da tarde, durante a semana e, no sábado, pela manhã. A psicóloga acompanha as discussões e visitas médicas pela manhã, para interar-se dos casos e, conforme a necessidade, comparece ao CTI em qualquer um dos períodos, durante a semana, para atendimentos individuais aos pacientes e/ou famílias.

Grande parte dos profissionais de enfermagem possui dois empregos e, portanto, tem turno fixo neste CTI devido à possibilidade de conciliação de horários com o outro emprego.

As rotinas de trabalho existentes neste CTI têm horários pré-estabelecidos para serem executadas em cada turno, sendo que há flexibilidade para alteração desses horários conforme a necessidade dos pacientes ou do serviço em si. O modo como está organizado o trabalho neste CTI, com a divisão de tarefas e rotinas pré-estabelecidas, acompanha o modo de organização do trabalho do hospital como um todo e, apesar das semelhanças entre os

diversos setores, existem particularidades do CTI condizentes com a realidade desta unidade específica.

No entanto, cabe salientar que o trabalho neste CTI não mais se organiza pela divisão das tarefas entre os diversos profissionais de cada turno de trabalho, ou seja, o cuidado a um paciente é realizado por um único profissional, não mais existindo a fragmentação do cuidado técnico. Em um turno, o profissional de enfermagem, na maioria das vezes, fica escalado com até três pacientes, conforme a escala que o enfermeiro do plantão anterior estabelece, levando em consideração, principalmente, a gravidade e complexidade dos mesmos.

No período da manhã, estão programados os procedimentos de higiene e conforto do paciente como, por exemplo, os banhos e curativos, além da administração de medicamentos, verificação e anotação dos sinais vitais a cada duas horas. A equipe médica avalia todos os pacientes para acompanhar sua evolução, realizando novas prescrições médicas e mantendo ou alterando condutas. É o período de maior sobrecarga de trabalho, uma vez que, além das atividades rotineiras, há mudanças de condutas imediatas solicitadas pelos médicos plantonistas como, por exemplo, alteração da infusão de determinado soro, após avaliarem os resultados de exames desses pacientes, entre outras.

No período da tarde, as rotinas de verificação de sinais vitais e administração de medicamentos permanecem a cada duas horas e, apesar de, geralmente, não haver banhos e curativos, os quais foram realizados pela manhã, não é um período tão tranquilo, pois quase sempre os procedimentos médicos e exames diagnósticos são deixados para serem realizados nesse turno, quando os médicos já terminaram de avaliar os pacientes e já houve a visita dos familiares e a comunicação para informar sobre a condição dos pacientes. Eventualmente, alguns banhos, curativos ou outros cuidados diretos, como troca de roupas de cama ou do

próprio paciente, quando necessário, são realizados à tarde, caso não tenha sido possível fazê-los pela manhã ou caso se façam necessários.

No período noturno, permanecem a verificação e anotação dos sinais vitais assim como a administração de medicamentos prescritos a cada duas horas e, apesar do maior tempo disponível para os cuidados, os profissionais de enfermagem devem se manter alertas na observação contínua dos pacientes sob sua responsabilidade e nas atividades executadas, pois, muitas vezes, podem estar presentes, como um fator negativo, o sono e o cansaço, por ficarem acordados a noite toda. Nesse turno, são iniciados os banhos de, pelo menos, metade do total de pacientes que se encontram internados neste CTI a fim de evitar que todos os banhos sejam deixados para execução no período da manhã, com conseqüente sobrecarga de atividades.

Apesar de existirem as rotinas e horários pré-estabelecidos, há a possibilidade de alterações e readequações dessas rotinas, conforme a necessidade e andamento do trabalho, sempre visando o melhor cuidado ao paciente.

Optei por convidar para participação neste estudo somente os profissionais da equipe, com vínculo empregatício ou não, que estavam em atividade neste CTI por, no mínimo, um ano, considerando a seu tempo vivido nesse mundo e o seu interagir com as situações próprias deste setor.

A faixa etária dos entrevistados variou de 24 a 51 anos, sendo 20 participantes com idade entre 24 - 40 anos e apenas seis com mais de 40 anos, evidenciando tratar-se de uma equipe jovem.

Dos entrevistados, 12 atuam neste CTI há, no mínimo, um e não mais que cinco anos, 12 participantes têm um tempo de atuação no CTI entre cinco e 10 anos e apenas dois participantes trabalham há mais de 10 anos neste setor. De todos os profissionais entrevistados, com exceção daqueles que optaram por especializar-se em terapia intensiva

como, por exemplo, os médicos e fisioterapeutas, apenas três não foram para o CTI por opção própria, mas sim por não terem tido outra escolha.

Dentre os entrevistados com nível superior, oito graduaram-se em instituições particulares e nove em públicas. Entre os enfermeiros entrevistados, dois já trabalharam como auxiliar de enfermagem em outros serviços e quatro tiveram seu primeiro contato com a área durante a graduação. Em relação aos profissionais de nível médio, todos foram formados em instituições particulares, o que é justificado pela existência de uma única instituição pública que oferece cursos técnicos de enfermagem, na cidade de Ribeirão Preto.

Em relação ao tempo de formação, independentemente da categoria profissional, sete dos entrevistados são formados há menos de cinco anos, 12 possuem tempo de formação entre cinco a 10 anos e sete já estão formados há mais de 10 anos.

3.3. A obtenção das entrevistas

Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas, segundo a seguinte questão norteadora: *Considerando seu trabalho no dia a dia, conte-me sobre as experiências que tem vivido neste CTI, em relação a situações que você considera “humanizadoras” e aquelas que considera “desumanizantes”, buscando-se compreender, pela descrição dos entrevistados, os significados que atribuem à sua vivência, como profissionais atuantes no CTI, em relação à humanização do cuidado.*

A entrevista, como recurso de coleta de dados, é a mais flexível de todas as técnicas, utilizada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam. No contexto da investigação qualitativa, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao pesquisador

desenvolver uma idéia de como os sujeitos interpretam o mundo em que vivem (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

A entrevista na abordagem fenomenológica é considerada, por Martins e Bicudo (1989), como um encontro social, com características peculiares como a empatia e a intersubjetividade, ocorrendo a penetração mútua de percepções.

Segundo Carvalho (1987, p.37), “em uma entrevista fundamentada na metodologia fenomenológica busca-se uma linguagem que seja ‘fala originária’, ‘fala’ esta que possibilite a mediação com o outro e a comunicação com o mundo”.

Para Trincaus (2005, p.52), “a entrevista fenomenológica tem um sentido de troca de experiências, na qual o cuidado, o zelo e o respeito para com a pessoa devem estar sempre presentes”.

Carvalho (1987) salienta que a fenomenologia valoriza a compreensão da vivência, ou seja, volta-se para captar a maneira como o sujeito vivencia o mundo. Dessa maneira, em tal metodologia, a entrevista é enfocada como uma via de acesso às pessoas, um encontro existencial, marcado pela empatia entre os sujeitos, de forma a se chegar à compreensão do fenômeno.

As entrevistas tiveram início em setembro de 2007, encerrando-se em janeiro de 2008. Foram entrevistados sete auxiliares de enfermagem, dois técnicos de enfermagem, seis enfermeiros, dentre eles a enfermeira chefe e o diretor de enfermagem do CTI, seis médicos, dentre eles o docente responsável pelo CTI e os demais, médicos contratados, três fisioterapeutas, uma psicóloga, uma musicoterapeuta, totalizando 26 entrevistados.

É importante esclarecer que o número de participantes não foi previamente estabelecido. Na medida em que eram realizadas as entrevistas, os dados eram pré-analisados na busca por convergências e divergências que, articuladas, permitissem compreender algumas especificidades do fenômeno em estudo. Desse modo, o término da coleta de dados

deu-se quando os dados se mostraram suficientes, tendo em vista os questionamentos acerca da humanização do cuidado em terapia intensiva que orientam este estudo. Cabe salientar que tais convergências e divergências foram apreendidas no conjunto, mas busquei entrevistar vários profissionais da mesma formação, no sentido de apreender as diversidades, sem desconsiderar possíveis especificidades de cada área profissional.

Devido às especificidades de cada turno de trabalho, apesar de ter comparecido na UTI em diversos dias, em cada plantão, para convidar a equipe de todos os períodos para participar desta pesquisa, em sua grande maioria as entrevistas ocorreram nos plantões da tarde e noturno, porém com a participação de profissionais que atuam nos três turnos. Cada profissional a quem eu fazia o convite e prestava esclarecimentos sobre minha pesquisa, era informado que a sua não participação ou desistência não traria quaisquer repercussões para as suas atividades cotidianas no setor.

Em cada dia agendado, antes de iniciada a entrevista, era novamente explicitada, aos participantes, a proposta deste estudo e os mesmos assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), de acordo com a resolução 196/96 das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997).

As entrevistas foram realizadas no horário de trabalho dos profissionais, após autorização da chefia do CTI, devido à dificuldade de conseguir disponibilidade dos profissionais para comparecerem fora do horário de serviço e pela sua preferência para que a entrevista ocorresse no próprio local de trabalho. Cabe informar que, em nenhum momento, houve prejuízo do andamento do trabalho pela ausência do profissional, durante as entrevistas.

Considerando que neste CTI não havia um local adequado, mais privativo, para a realização das entrevistas, optei por realizá-las, em sua maioria, na sala dos enfermeiros,

apesar de se tratar de local onde ficam guardados diversos materiais para uso no cuidado ao paciente. Portanto, apesar da porta ter sido mantida fechada durante a realização das entrevistas, foi inevitável que, em alguns casos, ocorressem interrupções devido à entrada de pessoas na sala. Apesar disso, praticamente em todas as vezes, foi possível retomar a entrevista de onde ela havia parado e, sem prejuízos, dar continuidade ao trabalho. A maioria dos participantes autorizou o uso do gravador.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas uma a uma, fidedgnamente, para posterior análise. Duas entrevistas, para as quais não foram autorizadas as gravações, foram imediatamente descritas após seu término, sendo anotada toda a fala possível fornecida pelos entrevistados, de forma a não perder dados importantes e relevantes à pesquisa.

3.4. Aspectos éticos da pesquisa

O projeto deste estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP, com aval das chefias das distintas categorias profissionais que atuam no CTI em questão, tendo sido aprovado (Protocolo número 7883/2007). (Ver anexo A).

3.5. Interpretação das entrevistas

A análise dos dados partiu da leitura geral das entrevistas, a princípio, sem interpretações, buscando familiarização com o que foi exposto, seguida de releitura dos textos envolvendo, agora, conhecimento lógico, intelectual, objetivo e, também, conhecimento pessoal, subjetivo e experiencial. Percorrer novamente os textos se fez necessário, utilizando-

se, também, nesse momento, intuição e subjetividade para a captação e compreensão de mensagens implícitas, não intencionais. Finalmente, foi realizado o reagrupamento dos elementos relevantes, com construção de temas de análise que emergem dos próprios dados reveladores das percepções dos sujeitos envolvidos (MARTINS; BICUDO, 1989; URIZZI, 2005). Aproximar e articular as diversas descrições obtidas nas entrevistas foi necessário para captar a compreensão geral do fenômeno estudado.

A seguir, apresento a análise compreensiva das entrevistas com as pessoas da equipe do CTI, a fim de buscar o significado das vivências que emergem do real vivido. Pela análise das suas falas foram configurados alguns temas que mostram como os membros da equipe da terapia intensiva vivenciam a possibilidade da humanização do cuidado em seu cotidiano, ou seja, como pensam, sentem e agem na terapia intensiva no que se refere à humanização.

Os dados, inicialmente, foram trabalhados por categoria profissional; a seguir, foram articulados e aqui apresentados em seu conjunto, sendo dado destaque específico apenas quando necessário, conforme diferenças de compreensões entre os distintos profissionais que fossem significativas para a compreensão das vivências.

Do mesmo modo, as chamadas ‘situações humanizadoras’ e ‘desumanizadoras’ estão englobadas e articuladas nesses temas, já que se apresentam, muitas vezes, como faces de um mesmo aspecto.

É importante ressaltar que muitos dos entrevistados iniciavam suas falas relatando, primeiramente, as situações desumanizantes; a maioria dos relatos se refere mais à situações desumanizantes que humanizantes, o que será posteriormente retomado.

Os temas que emergiram da análise das entrevistas foram:

- Humanização implica reconhecer o paciente em sua singularidade e integralidade;
- Fazer técnico X humanização no contexto do CTI;

- As condições de trabalho e suas implicações na humanização do cuidado em CTI;
- O preparo da equipe para a construção de um cuidado humanizado

Tais temas serão apresentados acompanhados de fragmentos significativos das entrevistas, sendo discutidos sob o suporte teórico de autores que trabalharam com temas como humanização e cuidado em terapia intensiva, bem como outros que, mais especificamente, têm a fenomenologia como perspectiva teórica.

*4 AS VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DO CTI
SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO*

Humanização implica reconhecer o paciente em sua singularidade e integralidade

Pelas entrevistas realizadas neste CTI, de modo geral, parte da equipe de cuidadores que atua neste setor parece reconhecer algumas ações que são capazes de beneficiar o paciente assistido, quer seja propiciando-lhe conforto, quer trazendo-lhe tranquilidade, quando possível.

Dessa forma, a percepção de alguns profissionais da equipe que atuam nesse CTI de que humanização implica reconhecer o outro em sua singularidade, compreendendo que esse *outro* é alguém com necessidades, desejos, anseios e medos, específicos e diferenciados, pode possibilitar a construção de um cuidado humanizado. A terapêutica, nesse momento em que se encontra o paciente, como alguém que necessita de cuidados intensivos, é essencial, mas é preciso reconhecer as necessidades subjetivas de cada um também como essenciais.

Reformas estruturais, tentar deixar o ambiente bonito, agradável, com cores e relógios em todas as paredes são ações que se inserem no contexto da humanização em terapia intensiva; no entanto, não têm valor algum se não caminharem junto às mudanças de posturas das pessoas que estão inseridas na produção de cuidados em saúde. Posturas essas em que estejam presentes ações de reconhecimento e respeito ao paciente, família e aos outros membros da equipe com quem nos relacionamos.

Existe a preocupação, por parte de alguns entrevistados, em procurar conhecer as necessidades dos pacientes assistidos neste CTI e, na medida do possível, a elas atender. Algumas falas evidenciam tal preocupação:

“Tem uma paciente que já está com a gente há dois meses, mais ou menos, desceu, tivemos um esforço tremendo, né, pra descer essa paciente para ver o sol que era o que ela queria ver, conseguiu,

porque hoje ela disse ‘tomara que não esteja chovendo pra eu poder ver o sol’ e isso aconteceu hoje” (Enf 9).⁵

“Têm algumas coisas interessantes, também, que eu acho que a gente tem conseguido, por exemplo, tirar o paciente do leito, é... pedir a comida que ele quer comer, você entendeu, o que ele gostaria de comer, sair com ele daqui, passear, ir no jardim, tomar banho de sol, mesmo com o respirador, mesmo... coisas que há um tempo atrás isso era praticamente impossível” (Med 1).

Tal preocupação da equipe pode estar relacionada a uma característica importante desse CTI: a cronicidade da situação de doença do paciente que gera sua permanência nesse setor, por longo tempo, tornando possível a criação de vínculo entre a pessoa do profissional e a do paciente.

Tal vínculo inclui o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, afetiva e mediada pelas subjetividades, com possibilidades de construção de uma relação de confiança entre profissional-paciente (CECÍLIO, 2001).

Embora não seja tão freqüente retirar o paciente do CTI para um passeio no jardim ou para tomar um banho de sol, principalmente aquele que está há muito tempo internado neste setor, é uma atitude que demanda grande empenho das pessoas da equipe, considerando as dificuldades no seu transporte, o qual, muitas vezes, inclui muitos equipamentos.

Tal situação só é possível quando existe, por parte de algum membro dessa equipe, a sensibilidade para reconhecer a importância dessa atitude, potencialmente capaz de proporcionar ao paciente um bem estar pleno e até mesmo a renovação de suas expectativas e fé quanto à sua recuperação.

No entanto, posturas, aparentemente de menores proporções, também são capazes de expressar sensibilidade por parte das pessoas da equipe para com o paciente, como providenciar a alimentação que ele deseja, reunir seus familiares na data de seu aniversário,

⁵ As falas *IPSIS LITERIS* de alguns entrevistados estão identificadas pela categoria profissional (AE – auxiliar de enfermagem; Med – médico; Enf – enfermeiro; Psico – psicólogo; Fisio – fisioterapeuta; Mus – musicoterapeuta), seguida pelo número da entrevista, conforme a ordem de realização.

permitir algumas escolhas que, embora pareçam insignificantes, têm a capacidade de provocar a sensação de que ainda tem sua autonomia preservada, apesar de limites impostos pela gravidade de sua situação.

O reconhecimento das necessidades dos pacientes só pode ocorrer quando o profissional realmente aproxima-se do outro, em um contato humano, permitindo conhecer e respeitar suas vivências. Isso qualifica o paciente em sua humanidade. Nesse momento de reconhecimento das diferentes necessidades dos diversos pacientes assistidos no CTI pode ser propiciado um cuidado diferenciado, conforme tais necessidades; o princípio da equidade também pode se fazer presente.

Se o reconhecimento da singularidade e da integralidade acontece, em alguns momentos, a partir do cuidado de alguns profissionais, outros sentem dificuldades em lidar com esses modos distintos de cuidar, que podem ser construídos quando o foco de atenção é a pessoa doente e não a entidade patológica isolada. Assim, tentativas de singularizar o cuidar, inclusive promovendo ações até então incomuns em terapia intensiva como, por exemplo, levar o paciente em ventilação mecânica para passear no jardim, são vistas, por alguns profissionais, como modos de diferenciar os pacientes, “paparicando” alguns em detrimento de outros. Vejamos algumas falas:

“... a gente vê que é muito discrepante, né, você vê que tem paciente que tem tudo e tem paciente que não tem nada, o apoio de todo mundo, tanto da equipe médica quanto de funcionário...” (AE 5)

“Eu percebo muita diferença entre um paciente e outro, o tratamento médico, entre um paciente e outro, entre um familiar e outro sabe, tem uma, uma... fazem, mesmo uma certa diferença, às vezes nem tanto, assim, por um ser mais humilde ou ter melhores condições, não é nada disso, mas quando a equipe, ela gosta mais, ela se adapta melhor, prefere, né, um paciente, fica bajulando demais esse paciente e o outro...” (AE 4)

“... muitas vezes o que acontece aqui, muitas vezes, é, alguns pacientes são muito, é, diria, paparicados, e outros menos, né, não sei se por afinidade ou pela família, o que acontece, ou pela própria

história, patologia do paciente, muitas vezes o que acontece é que uns têm muitos e outros têm menos...” (Enf 1)

“... isso continua acontecendo [risos], continua acontecendo ainda essas regalias de... tá entrando mais pessoas ou até fora de horário, também, né...” (AE 7)

Essa percepção emergiu especificamente das falas das pessoas que integram a equipe de enfermagem e mostram, claramente que, para alguns profissionais, as diferenças no cuidado têm conotações negativas tendo, inclusive, sido utilizados termos pejorativos ao descreverem essas situações.

“Quando tem os “cupininha”, aí esquece...” (AE 8)

“... só a atenção, a parte clínica assim, não, só a bajulação mesmo, sabe, de ficar passando a mão na cabeça de uns e de outros não” (AE 4).

Essa percepção dos profissionais de enfermagem pode, ao mesmo tempo, trazer duas questões importantes: uma delas é que a dificuldade dos profissionais aceitarem cuidados que, à primeira vista, são estranhos à rotina da terapia intensiva, relaciona-se ao modo comum de cuidar técnico-biológico, predominante nesse setor. A outra questão refere-se à possibilidade de que realmente haja diferenciação no cuidado prestado, implicando que, para alguns pacientes, seu cuidar pode ir além do apenas previsto pela rotina adotada.

Enquanto a primeira questão mostra uma estranheza do profissional para com a possibilidade de considerar a singularidade e a integralidade no cuidar, a outra pode sugerir, de fato, que há diferenças de cuidar que desconsideram a singularidade e a integralidade de alguns pacientes, bem como o princípio da equidade. De qualquer forma, em ambas as situações, são desconsideradas as dimensões sociais, espirituais e afetivas de cada paciente.

A dimensão biológica do ser humano assistido em terapia intensiva, tão presente, senão dominante, no cenário da construção do cuidado em tal setor, predispõe à objetividade

nas relações estabelecidas entre ser-cuidador e ser-cuidado, uma vez que os aspectos biológicos que regem a vida de cada ser humano tornam-se o foco das ações dos profissionais de saúde que aí atuam.

Corrêa (2000) afirma que a dimensão biológica é o cerne da atenção dos profissionais que atuam em terapia intensiva e é justamente essa dimensão que se torna passível de observação e controle, fortalecendo a redução do paciente à sua vida biológica.

Os profissionais buscam, na terapia intensiva, tornarem-se tecnicamente habilitados e capacitados de modo a conseguirem intervir, de maneira eficaz, nas diversas alterações biológicas apresentadas pelo paciente diante da doença grave, dispondo, para tanto, de um rico arsenal de instrumentos e equipamentos. Segundo Corrêa (2000), a técnica, como atitude, encontra-se no mundo do CTI, como um modo de ser que fundamenta todas as relações de trabalho.

Corrêa (2000) retrata ainda em seu estudo sobre o treinamento de enfermeiros recém-admitidos em terapia intensiva, o modo impessoal de ser no mundo do CTI, modo esse que tem implicações na constituição do cuidar estritamente técnico-biológico que aí prevalece e afirma ser imprescindível a busca por constituir um agir profissional mais humano e sensível.

No entanto, tal cuidar, estritamente técnico-biológico, não possibilita o desenvolvimento da criatividade e sensibilidade dos profissionais que atuam em terapia intensiva, sendo mais fácil e cômodo para os mesmos, o respeito a normas e rotinas estabelecidas para o setor. Cuidar do paciente grave, baseando suas ações somente em normas e rotinas pré-estabelecidas, supõe um cuidado desvinculado dos princípios de equidade e integralidade, uma vez que não são consideradas as subjetividades inerentes a cada ser humano cuidado.

É possível, ao cuidar do outro com respeito e atenção às suas vivências e necessidades únicas como ser humano, extrapolar a rigidez e inflexibilidade das normas impostas, subvertendo-as, pois essas são insuficientes para contemplar o cuidado que se volta, não somente às necessidades biológicas, mas também às dimensões psicológicas, afetivas, relacionais e espirituais que compõem o mundo-vida da pessoa doente, em terapia intensiva.

Ainda, alguns profissionais da enfermagem, apesar de expressarem preocupação com possíveis situações - limites no cuidado de alguns pacientes, deixam, nas entrelinhas, transparecer uma visão limitada sobre a pessoa internada, desconhecendo, inclusive, seus direitos como cidadãos que, mesmo diante das limitações impostas pela doença, têm direito a um cuidado digno e de qualidade:

“... tem aqueles pacientes que ficam, meio, ao relento, ninguém quer nem saber dos coitadinhos...” (AE 5)

O termo “coitadinhos”, utilizado por tal entrevistado ao se referir aos pacientes do CTI que julga não terem a atenção merecida pelas pessoas da equipe de saúde, mostra que inexistente o reconhecimento desses pacientes como cidadãos e, portanto, portadores de direitos à assistência em saúde, emergindo uma concepção caritativa sobre a humanização do cuidado.

Em estudo bibliográfico realizado por Casate e Corrêa (2005) acerca das concepções sobre humanização do cuidado em saúde, essa visão caritativa foi discurso predominante em artigos divulgados nas décadas de 50 a 80. Com o movimento da reforma sanitária, a humanização do cuidado passa também a incorporar as idéias de direitos do cidadão a um cuidado que o contemple em sua dignidade humana, o que vem sendo mais focado atualmente, inclusive, nas políticas públicas. Todavia, transcender a visão caritativa da humanização é ainda um processo em construção, principalmente no contexto hospitalar, em unidades altamente especializadas, cujo trabalho cotidiano, em muitos momentos, parece desconsiderar sua inserção ao SUS, com seus princípios e valores.

As mesmas autoras reconhecem que transformar o modo como se concebe o usuário do serviço de saúde, de uma lógica caritativa à construção da cidadania, é ainda um desafio, uma vez que a conformação do atendimento em saúde, calcado nos princípios da integralidade e equidade, demanda a revisão e reconstrução das práticas cotidianas em saúde. Isso torna-se ainda mais desafiante no contexto da terapia intensiva.

Cabe ainda ressaltar, como já apontado, que as falas que mostram indignação às diferenças no cuidado entre os diversos pacientes são, predominantemente, das pessoas da equipe de enfermagem, principalmente dos auxiliares e técnicos, o que também pode estar relacionado à sua formação fundamentalmente tecnicista, mecânica e descontextualizada, em detrimento das relações humanas e da percepção crítica do cidadão, gerando alienação do futuro profissional (APPOLINÁRIO, 2007).

Talvez seja possível também considerar, em contrapartida, como um entrevistado, de outra categoria profissional, observa que tais situações de diferenciação do cuidado aos pacientes, são inerentes ao reconhecimento de que os mesmos têm necessidades diferentes:

“Uma dificuldade muito grande, de uma maneira geral, que eu vejo das pessoas, elas não conseguem diferenciar que a necessidade de um paciente é diferente do outro então, às vezes, tem um paciente que precisa da família mais tempo, a família precisa ficar mais tempo, o outro já não tem condições, já não é a situação, então, o eu acho que as pessoas ainda não conseguem ver isso, acham sempre que a gente tá dando um tratamento diferenciado” (Med 1).

Como já comentado, pode haver situações em que realmente há diferenças nos modos de cuidado, com prejuízo para alguns pacientes, o que se relaciona, para alguns entrevistados, à situação de ser paciente “SUS” ou atendido por convênios:

“Acho que tem que ser assim, igual pra todo mundo, não é porque é um convênio ou é particular que pode entrar mil e pro SUS, dois, tem que ser padrão: é dois, dois e só, entendeu, então acho isso, assim, às vezes tem essa diferença, sempre tem um, assim, que é o queridinho, né, que para aquele tudo pode e pros outros, não...” (AE 8)

A concepção dos profissionais sobre o sistema de saúde e o serviço público, direitos dos usuários, bem como o envolvimento com seu trabalho tendem a influenciar na atenção prestada aos usuários, conforme relatado em Brasil (2005, p.58): “[...] podemos nos lembrar dos profissionais que, em condições de trabalho semelhantes, se responsabilizam e tratam de forma diferenciada o usuário caso ele seja do serviço público, do convênio ou do consultório particular”.

O que foi exposto acima leva à reflexão de que, para alguns profissionais, apenas o cidadão com possibilidade de pagar pelo serviço de saúde é detentor de direitos, podendo cobrar e exigir melhor atendimento e, dessa forma, tê-lo assegurado. Por outro lado, aquela pessoa – não reconhecida ainda como cidadã por alguns – atendida pelo SUS, por se tratar de serviço público, portanto, gratuito, não tem, necessariamente, o direito a um atendimento à saúde de qualidade. Tratam-se de concepções e crenças arraigadas que não se transformam tão facilmente, apesar dos dispositivos político-legais.

Cabe ressaltar ainda em relação a essa fala de *AE8* que, apesar de sua discordância de diferenciação entre os cuidados prestados a pacientes SUS e conveniados, o que é fundamental para a construção de práticas humanas, revela uma atitude pouco flexível quanto às regras e normas institucionais [**tem que ser padrão**], dificultando o reconhecimento das necessidades diferentes que podem se apresentar em cada paciente cuidado.

Para Fromm (1972)⁶ apud Mussi (1999, p.119):

A lógica aristotélica sobre a qual “A” é “A” e não pode ser diferente de “A” caracteriza a lógica da dinâmica hospitalar centrada nas normas e rotinas invioláveis, incontestáveis, aplicadas sem discernimento a todos os pacientes e familiares como se representassem um agregado de objetos homogêneos. Tal lógica concebe a padronização do humano sendo, portanto, contrária à sua natureza.

⁶ FROMM, E. Conciencia y sociedad industrial. In: FROMM, E. et al. La sociedad industrial contemporânea. México: Siglo Veinterano Editores, 1972.

Nesse sentido, compreendo ser necessário estar atento às diversas situações que ocorrem, percebendo-as com maturidade, sensibilidade e críticas suficientes para discernir quando a situação condiz com a postura de defesa do ‘olhar para as necessidades do paciente como sendo diferentes das do outro’, criando ações de cuidados singulares, ou quando os direitos de alguns possam estar sendo renegados e injustiças sendo cometidas, o que se relaciona, inclusive, à falta de conhecimento de grande parte da população sobre seus direitos como cidadãos.

Todo paciente tem direito a cuidados de qualidade e gratuitos, assim como os membros de sua família têm o direito de receber informações claras e precisas sobre a condição de seu familiar, independente de situação financeira, nível de formação, entre outros. Novamente, estão aí implícitos os princípios e valores do SUS. Ainda no que se refere à consideração da integralidade e a singularidade no cuidado ao paciente, algumas falas comentam, explicitamente, os limites no cuidado aos pacientes.

“... às vezes, o pessoal vem, fica muito na parte mecânica, tratam o paciente, assim, como número, leito, leito tal, não falam nem o nome do paciente então eu acho que ele fica como uma vítima ali.” (Enf 3)

“Uma coisa que a gente tá tentando mudar, que eu acho que melhorou, mas... é, chamar o paciente pelo nome, entendeu, é, muitas vezes a gente fala ‘ah, o fígado’ [...] ‘ah, o leito, vou dar banho no leito 1’ [...] eu acho que as pessoas já estão começando a se tocar, entendeu, mas muitos é ‘o leito 1, o leito 2, o leito 3, o leito 4’... não é o leito, é o paciente, ele tem um nome, ele tem, entendeu, é... tem uma história por trás disso tudo.” (Med 1)

Considerando as falas acima, as quais evidenciam a despersonalização com que os profissionais do CTI tratam os pacientes, muitos autores têm focado a idéia de que a alta densidade tecnológica e os procedimentos técnicos complexos, decorrentes da gravidade do paciente de CTI, são geradores de um modo de cuidar despersonalizado, desumano

(BASTOS, 2002; BETTINELLI; ROSA E ERDMANN, 2007; HAYASHI, GISI, 2000; NASCIMENTO, ERDMANN, 2006).

Todavia, acredito que, embora a tecnologia de ponta existente no CTI possa facilitar a desumanização do cuidado, ela não é seu principal determinante, mas sim a postura dos profissionais que a incorporam na assistência, pois estes sim são capazes ou não de cuidar de modo humano, ou seja, mostrando ou não humanidade em suas ações, o que se coaduna, fundamentalmente, com a consideração do outro em sua dignidade. Do contrário, seria possível afirmar que serviços que não possuem alta densidade tecnológica seriam, por isso, automaticamente, mais humanos que os que dela fazem uso.

Cuidar de forma humana é incorporar efetivamente o diálogo, criação de vínculo e a empatia com o paciente, conforme mencionam alguns entrevistados, de forma a reconhecer a sua importância na relação com o paciente. Ao mesmo tempo em que as falas sinalizam para tal reconhecimento, elas revelam que as ações cotidianas nem sempre condizem com o que é considerado “ideal” pelos entrevistados:

“... quando a gente for acordar o paciente, falar ‘bom dia, boa tarde, como é que você está, como é que você passou a noite’, e fazer suas atividades à beira do leito, porque muitas vezes você chega à beira do leito e isso não acontece, você já começa a fazer as coisas ali, o paciente fica te olhando sem saber o que você vai fazer, você não explicou o que você vai fazer com ele, ele fica te olhando, desesperado, você começa a mexer nas coisas e ele não sabe... então eu acho que tem que avisar antes, isso é humanizar, avisar o que você vai fazer...” (Fisio 1)

“... conversar com ele, explicar pra ele o que tá acontecendo com ele, porque a gente passa visita naquele monte de gente, passa visita de enfermagem, passa visita médica, passa visita da fisioterapia, fala aquele monte de coisas que ele não entende nada e entende tudo alterado e, muitas vezes, o médico não chega e fala com ele ‘olha, o seu problema é esse, tá, a gente vai precisar fazer esse exame, fazer aquela outra coisa, enfim, a gente tá tratando...’ e ele fica sem esse tipo de informação...” (Med 3)

“Eu acho que é a gente poder conversar com o paciente, saber como ele tá realmente, deixar ele falar... a gente pergunta, ‘tem alguma

coisa que tá te incomodando, o que você gostaria que a gente fizesse' que às vezes a gente pergunta se ele tá com dor, se ele tá com frio, às vezes nem isso... acho que a gente deveria perguntar tá com dor, tá com frio, mas entrar mais a fundo, sabe, que é a parte que você deixa ele conversar porque o paciente pode nos passar várias informações e a gente pode dar um tratamento pra ele de acordo com o perfil dele, do jeito dele, procurar fazer um pouco como se ele tivesse na casa dele e às vezes isso passa batido..." (AE 6)

"Eu acho que o que falta aqui da equipe de enfermagem é se pôr no lugar do paciente, é... tem muita gente que vem trabalhar assim... parece que forçado e vê o paciente como, sei lá, parece que um objeto, ele vai chegar, ele vai fazer o controle, medicação e virar de lado, e quando o paciente está consciente, ou o paciente tem queixas, tem vontade, tem muita gente que não vê isso, aqui tem muito disso..." (AE 9)

"... a gente tá perdendo esse outro lado assim, de chegar muito perto, de descer do pedestal e se igualar a ele, também, né... a gente precisa um pouco disso..." (AE 3)

Tais falas explicitam o que foi anteriormente comentado: humanizar é considerar o outro como pessoa que, embora gravemente enferma, ainda tem seu modo próprio de ser, seus desejos e anseios e, apesar dessa gravidade de seu estado, tem o direito de exercer sua autonomia, mesmo que essa apresente limites. Nascimento e Trentini (2004) corroboram com o que foi dito acima, afirmando que, devido à gravidade do paciente internado em UTI, o mesmo, geralmente, não é considerado como ser capaz de escolher, decidir, com direito à expressão e informação, quase nunca exercendo sua autonomia. Deixa de ser um ser singular e transforma-se em um objeto, receptáculo de cuidados técnicos e intensivos, configurando uma situação de uma sujeição total àqueles que dele cuidam.

No momento do encontro entre profissional de saúde e paciente há que considerar que, de um lado existe uma pessoa, com sua história de vida, condição social, cultura, saberes, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares, a qual busca alívio para sua dor e sofrimento. Do outro, está aquele que também possui um modo singular e conhecimentos profissionais específicos para intervir no alívio da dor e sofrimento do outro. Captar as

necessidades singulares de saúde, nesse momento, requer do profissional abertura para a escuta, para a criação de vínculo e laços de confiança, acolhendo o outro e abrindo espaços para o diálogo.

O cenário da terapia intensiva requer, dos profissionais, sensibilidade ímpar para captar as necessidades dos pacientes que aí se encontram, pois, muitas vezes, os mesmos não estão em condições de manifestá-las. É preciso estar atento às sutilezas desse encontro para perceber as necessidades daquele que é cuidado e, nesse sentido, a empatia pode ser o grande diferencial.

Nessa última fala apresentada, o auxiliar de enfermagem aborda uma questão muito significativa: o poder da equipe, tendo em vista o domínio do conhecimento técnico-científico adquirido e legitimado pela sua formação. O saber produzido pela prática médica e seu avanço progressivo passou a exercer o poder de influenciar e controlar a vida das pessoas. Os profissionais de saúde sentem-se aptos a ditar ordens e regras para aqueles que buscam a resolução de seus problemas de saúde. Além disso, particularmente na terapia intensiva, o domínio sobre o manuseio da complexa tecnologia e habilidade refinada nas situações de urgência e emergência conferem aos profissionais maior autoridade e poder sobre os pacientes e, em algumas situações, até sobre os demais profissionais que atuam em outros setores.

Imbuídos desse *poder*, os membros da equipe julgam-se no direito de submeter o outro à determinadas ações, não sendo respeitada, nesse ato, a autonomia do paciente. Em se tratando de CTI, tal domínio sobre o outro exacerba-se, pois o paciente torna-se demasiadamente dependente dos profissionais, quer seja pela incapacidade provocada pela doença ou seu tratamento ou pela rotina rigidamente imposta.

Concordo com Corrêa (2000) em sua compreensão de que o mundo técnico do CTI, apesar de sua utilidade na manutenção da vida, revela seu poder controlador, objetivando e reduzindo o homem a objeto. A mesma autora refere que esse saber instrumental, existente no mundo da terapia intensiva, oferece segurança ao agir profissional e possibilita o controle da

vida, por meio de um cuidado técnico e racional, intermediado por instrumentos e aparelhos, norma e rotinas. A meu ver, esse cuidado se afasta do cuidado humanizado, ou seja, do cuidado que não omite o respeito à dignidade do homem a ser cuidado, envolvendo sua história de vida em contexto sócio-cultural específico, sua autonomia e seus modos próprios de compreender e agir.

Assim, a redução do paciente a objeto depositário dos procedimentos, a sua submissão aos profissionais de saúde, considerando que esses dominam um conhecimento técnico científico, a desconsideração da dimensão da liberdade humana são limitantes à consideração do paciente em sua singularidade e integralidade. Isso se mostra ainda mais visível quando os profissionais do CTI se deparam com pacientes conscientes que podem questionar, solicitar, reclamar, enfim, mostrar-se, cotidianamente, como vida presente.

“Eu observo mais é que quem trabalha em CTI, fica muito tempo fechado, ele começa a ficar mais restrito, né, ele prefere um paciente que não fala, que não tem queixas, né, que tá intubado e que não reclama...” (Enf 1)

“... então, quando tem um paciente que já tá acordado, que pede muito, solicita muito, já começa a ser um paciente problema pra equipe [...] quando você não tem um paciente crônico, que ele fala, que ele quer, que ele questiona, aí já muda a situação do setor, porque o setor não é assim, o setor é pra ficar o paciente intubado, sem conversar, e sem pedir...” (Enf 1)

“... muitas vezes eu já ouvi falar ‘eu prefiro um paciente intubado porque ele não conversa’ (AE 3).

“... às vezes, a gente lida com muitos pacientes que estão sedado,s depois passa batido, paciente consciente não pode fazer como o que tá sedado...” (AE 6)

“Quando o paciente fica consciente eu acho que o contato ainda é pequeno, eu acho que é possível... eu posso estar completamente errada no que eu vou falar... eu acredito que é possível você manter um canal de comunicação, sem gastar mais tempo, sem atrapalhar, né, o que você tem que fazer, né, eu acredito nisso, e eu percebo que muitas vezes isso não é feito, às vezes é mais fácil falar com alguém inconsciente do que com alguém consciente...” (Psico 1)

Rocha, Guaragni e Bettoni (1996) relatam sobre a resistência por parte da equipe de enfermagem em CTI, em assistir pacientes conscientes. Para essas autoras, um dos motivos pelos quais a equipe não gosta de cuidar de pacientes conscientes é porque eles solicitam demais por coisas consideradas pelos profissionais como não importantes como, por exemplo, para arrumar o travesseiro, ou então, sentarem-se.

Corrêa (1998) questiona se para os profissionais de CTI parece ser mais fácil cuidar do paciente quando a máquina interpõe-se entre ele e o profissional, comentando que tal relação direta (máquina interposta na relação com o doente – facilidades para cuidar) precisa ser melhor analisada, já que o uso de equipamentos sofisticados requer conhecimentos e habilidades específicos, demandando observação constante e rigorosa. Desse modo, provavelmente o que parece se tornar mais fácil no cotidiano da terapia intensiva, é justamente a sujeição do paciente, principalmente inconsciente, aos procedimentos executados, possibilitando um fazer mais mecanizado, menos sujeito a questionamentos e expressões de sentimentos. Assim, muitas vezes, quando o profissional cuida do paciente consciente tem dificuldades em lidar com aquele que expressa desejos, nega-se a algumas ações, questiona, enfim, mostra-se como vida presente.

Nesse contexto, por vezes, é possível que os profissionais não percebam o paciente do CTI como alguém que, embora com limitações decorrentes de sua patologia, preserve sua dimensão humana. Muitos entrevistados relataram que há momentos em que as pessoas da equipe manifestam uma postura inadequada e até anti-ética:.

“Mas, falando assim em humanização, eu acho que os aspectos que falam em humanização, eu poderia dizer que seria com relação à nossa postura com relação ao doente, de um modo geral, porque tudo decorre daí, o que ele ouve, o que ele vê, o que ele sente e o que ele leva daqui; então, às vezes, a gente esquece que o doente tá sedado e ele pode tá ouvindo, por exemplo, e a gente fala uma porção de coisas perto dele que acaba, eu acho, que levando a ele uma lembrança ruim...” (Med 3)

“... muitas vezes a gente começa a conversar sobre comida dentro da ala e às vezes o paciente tá lá e ele tá doído pra comer e ele não pode comer” (Med 1).

“Eu acho que uma coisa desumanizante que acontece aqui é o esquecimento que a gente facilmente faz de onde a gente tá, então, às vezes, a gente encosta no balcão, né, e a gente começa com uma conversa que é muito agressiva, né, assim, pra uma pessoa que tá internada, então, sabe, coisas simples assim, mas que eu acho que são complicadas, falar de comida, falar de festa, falar de onde você foi à noite, falar de... né, coisas assim, diante de pessoas que estão privadas, diante de famílias que estão chorando porque acham que o paciente vai morrer ou que realmente tá morrendo...” (Psico 1)

“... nós temos vários doentes que saíram daqui falando ‘pô, o cara falô que ia na festa, no sábado, voltou às quatro horas da manhã’ [...] e sai daqui reclamando nesse sentido...” (Med 5)

“Eu já presenciei uma cena que tinha um paciente falecido, é... eles tavam preparando um corpo e tavam em altas gargalhadas [...] tinha paciente consciente na ala, você imagina, o paciente que tá aqui dentro, ele tá observando tudo, então ele tá consciente, ele tá vendo que o paciente, não adianta mentir pra ele que ele sabe que o paciente morreu; tavam lá preparando, pareciam que tavam numa festa...” (Med 1)

Segundo Ciosak e Sena (1983, p.19) “na UTI ignora-se a solidão e o nível de consciência do paciente. Comenta-se tudo, inclusive com brincadeiras. Pressupõe-se que determinados pacientes estão inconscientes, o que nem sempre corresponde à realidade [...]”.

Ainda levando-se em conta as dificuldades dos membros da equipe em considerar o paciente em sua humanidade, como ser humano integral e singular, foi enfocada também a problemática da exposição corporal do paciente. Isso foi relatado em algumas entrevistas, mas com significados diferentes. Algumas vezes, a exposição corporal foi tratada, como o caso da nudez, propriamente dita; outras vezes, essa exposição foi relacionada às inapropriações da estrutura física deste CTI que não proporciona privacidade ao paciente e por isso o expõe. Em outra fala, essa exposição foi em relação à própria patologia e tratamento do paciente que causam alterações físicas e que, por isso, acarretam modificações em como ele se vê e é visto pelos outros.

“... eu acho que ninguém gostaria de estar exposto, né, por exemplo, o doente da terapia intensiva, por si só, ele não pode ficar de roupa, ele tem que ficar semi-nu, despido, isso é uma coisa que todo mundo se sente desprotegido, né, daí você olha pra cima, vê dez ao seu redor, né, e às vezes sem ação ou o que seja, essa exposição, que privacidade que você tá mantendo pra pessoa que tá deitada na cama...” (Fisio 2)

“... coisas que, às vezes, acontecem que eu fico um pouco triste e que a gente podia melhorar é a questão de privacidade... acho que é uma coisa que tem que trabalhar porque aqui os pacientes ficam todos muito juntos e o máximo que você pode fazer é colocar os biombos, também uma coisa que eu acho um ponto negativo, às vezes o paciente tá consciente, orientado e a pessoa põe a cabeça por cima do biombo, isso me incomoda e incomoda o paciente também, pra gente é comum ver a pessoa nua mas pra pessoa que tá nua, não é comum ela ficar nua na frente de um monte de gente...” (AE 6)

“... com relação à própria comodidade aqui dos boxes, assim, que fica assim, sendo paciente com tudo, eu acho que deveria ter box fechado que nem do leito quatro, cinco e oito pra... querendo ou não eu acho que isso daí, a parte física também não colabora...” (Enf 3)

“Alguém que fica numa UTI é alguém que fica muito exposto, né, isso é um senso comum, mas eu acho que essa exposição vai além da questão dos biombos, do lençol, sabe, porque é alguém que tem o corpo muito manipulado então, aquela paciente Nair⁷, você conheceu, pois é, aquela pessoa, ela... até onde eu conheci o caso, ela tinha um diagnóstico extremamente recente de uma doença que modificou completamente a imagem corporal dela, né, além disso, quando ela vem pra cá, ela tem que passar, né, por tratamentos que são muito invasivos e que aumentam essa alteração, isso eu acho que expõe demais, e a gente, muitas vezes, se relaciona com isso de um modo muito naturalizado, então a traqueostomia, a sonda, sabe, como a gente vê muito, a gente acaba achando normal, a gente já sabe e pra eles, não é... eu acho que isso tem um impacto pro indivíduo, muito grande...” (Psico 1)

A privacidade, no caso da relação profissional/paciente, deve ocorrer sem trazer constrangimentos, pois além de ser um direito, ela é também indispensável para a manutenção da individualidade (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007). Portanto, é de vital importância que os profissionais que estejam diretamente ligados aos cuidados dos pacientes reconheçam e respeitem os pudores de cada um que está sob seus cuidados, estabelecendo

⁷ Nome fictício

uma relação de confiança de forma a proporcionar conforto e compreensão sobre a necessidade de manipulação de seu corpo, dadas as especificidades da terapia intensiva.

No entanto, considerando a fala dois, anteriormente apresentada, questiono-me se realmente há fundamento na rotina de manter os pacientes sem roupa, com a justificativa de facilitar o cuidado e o atendimento emergencial. Parece-me que, mais uma vez, é a vontade da equipe e a facilidade para seu trabalho que imperam ao determinar tal norma e, dessa forma, novamente caminha-se em rumo contrário à humanização do cuidado, pois não existe a preocupação, por parte das pessoas da equipe, com as inúmeras queixas, comprovadas em estudo realizado por Silveira (1997), referindo-se ao incômodo, para os pacientes, permanecerem despidos em tal unidade. Mais uma vez, a autonomia do paciente é desconsiderada.

Embora ainda não existam muitos estudos sobre a questão da nudez *obrigatória* do paciente de terapia intensiva, Silveira (1997), como já mencionado, realizou uma pesquisa a respeito da percepção dos pacientes sobre a condição de estar despido na UTI, podendo concluir que os cuidados prestados aos pacientes neste setor, assim como a instalação de equipamentos, não se constituem, via de regra, em impedimento para o uso de roupas. Então, por que não tentar oferecer um cuidado de qualidade ao paciente do CTI, aliado ao seu conforto, incluindo, nessa forma de cuidado, o zelo pelo seu constrangimento em estar despido?

Algumas falas já citadas, além da questão da exposição do paciente, expressam também que as pessoas lidam com certas situações de forma naturalizada, esquecendo-se de que, para o outro, o paciente internado, nem tudo é tão natural. Sondas, cateteres, ser monitorizado, acabam por se tornarem banais aos profissionais da equipe e, justamente essa naturalização, impede que eles desenvolvam sensibilidade e senso crítico que permitam a

permanente reflexão sobre as implicações das especificidades da terapia intensiva para o cuidado do paciente.

A presença de equipamentos sofisticados, sondas, tubos e drenos, além de invasivos, acabam por modificar completamente a imagem corporal e, por vezes, provocam dor .

Conforme relatado anteriormente, o grupo de profissionais entrevistados tem um tempo significativo de atuação neste CTI e, segundo Beck et al (2007), isso pode favorecer a banalização de seu próprio sofrimento e dos pacientes e familiares, assim como da assistência, pois os profissionais acostumam-se com o que vêem, percebem, escutam e sentem com relação ao seu processo de trabalho.

Assim, embora o trabalho no CTI seja altamente qualificado, específico e complexo, requerendo dos profissionais o contínuo preparo técnico para tal, nem sempre é marcado pela reflexão cotidiana. Nesse setor, *o fazer sem pensar* torna-se habitual tanto quanto as rotinas e a mecanização do cuidado. Não existe espaço para reflexão das pessoas da equipe sobre o cuidado que aí se pratica e porque o fazem de determinada maneira e não de outra, tornando sua prática, muitas vezes, alienada e com tendência à impessoalidade em suas relações de trabalho, quer seja com os demais profissionais, quer seja com o paciente e sua família.

A banalização toma lugar da capacidade de indignar-se, incomodar-se e questionar-se a respeito da própria prática que, muitas vezes, é até reconhecida, por eles, nas suas falas, como inadequada, mas com a qual estão acostumados no cotidiano do trabalho.

Nesse sentido, concordo com Corrêa (2000, p.118) quando afirma:

Quando o homem passa a ser concebido na perspectiva da existência humana, o agir profissional “ensinado” no treinamento torna-se distinto do que hoje ocorre, uma vez que tal perspectiva configura um outro sentido para essa prática: a dimensão “entidade” da pessoa doente, do recém-admitido, do enfermeiro que treina é extrapolada pelo movimento do existir humano, compreendendo que ser não é apenas cumprir o dia a dia, mas é ter que empenhar-se em seu ser, descobrindo-se em caminho, em constante abertura, ou seja, existindo, assumindo sentidos, direções.

Por outro lado, alguns profissionais relatam que a equipe tem conseguido minimizar o choque que os familiares sentem quando entram em contato com os aparatos tão estranhos que estão sendo utilizados no paciente.

“Outra coisa interessante que eu acho que a gente tem conseguido mudar um pouco é quando o paciente desce pra UTI a gente sempre conversar antes com a família, antes deles entrarem, porque muitos familiares eles nunca entraram aqui dentro, eles não sabem, a UTI pra eles é morte, a UTI, CTI pra eles, eles entram aqui em pânico, então muitas vezes a gente, é, na maioria das vezes, a gente consegue sentar, explicar porque que o paciente veio, explicar cada coisa que o paciente tá usando, é, eu acho que isso faz parte do processo de, de humanização...” (Med 1)

“... eu percebo que quando a família entra o pessoal da enfermagem, quando se aproxima do leito dirige alguma palavra, alguma atenção a eles, e eu acho que isso é muito importante pra quem vem de fora e se choca com tantas coisas diferentes e desconhecidas; então, acho que isso a gente conseguiu...” (Psico 1)

É preciso que a equipe se conscientize de que os aparatos que fazem parte de seu trabalho são muito estranhos para aqueles que não vivenciam ou lidam, em seu dia-a-dia, com as situações próprias do CTI, a fim de que consigam compreender a importância de preparar pacientes e familiares para situações que, embora assustadoras, são necessárias no cuidado ao paciente.

Estudos têm focado a percepção dos pacientes e familiares de pacientes internados em terapia intensiva, enfatizando os principais aspectos por eles mencionados durante sua permanência nesse setor.

Oliveira, Santos e Silva (2003), em seu estudo sobre a percepção dos pacientes sobre sua permanência na UTI, enfocaram que os principais aspectos considerados importantes pelos mesmos foram o ambiente frio, agressivo e isolado, propiciando a solidão e o medo; a ausência dos familiares, por eles considerados de grande importância em seu tratamento e recuperação e a presença da equipe de enfermagem atendendo-os de forma atenciosa e

humana, presença essa considerada de igual importância em relação à realização de procedimentos técnicos.

Matsuda, Silva e Tisolin (2003), ao abordarem em seu estudo aspectos da humanização no cuidado a pacientes de uma UTI adulto, comentaram que suas principais queixas eram em relação à falta de atenção e interação por parte dos profissionais, traduzidos em termos de não-aceitação de suas opiniões, indiferença e repreensões, entre outros; também foi de relevante importância o fato da maioria relatar desconhecer seus direitos como usuários do sistema de saúde.

Testa (1992), em relato sobre sua experiência de internação em uma UTI, critica a atitude dos profissionais no que se refere à redução do paciente a objeto, com conseqüente negação de sua subjetividade e socialidade. Mais especificamente em relação à família de pacientes internados em unidade de terapia intensiva, Urizzi (2005) relata algumas dimensões das vivências dos familiares como, por exemplo, o enfrentamento da experiência difícil e dolorosa, a percepção dos sentimentos do familiar internado e a tentativa de colocar-se no lugar do outro de forma a compreendê-lo em seu sentir, a insegurança e as incertezas geradas pelas mudanças no cotidiano familiar, o medo da perda de seu ente querido e o reconhecimento da importância da UTI para aquele que dela precisa, em contraposição à idéia de ser este um cenário que desperta medo, apreensão e insegurança.

Além do medo e da insegurança dos familiares, no momento da visita ao paciente no CTI, encontrar seu parente fisicamente modificado, quer seja pela própria doença, ou pelo tratamento requerido, propicia aos mesmos a exacerbação de tais sentimentos, caso não sejam devidamente preparados para enfrentar o desconhecido mundo da terapia intensiva e seu arsenal na luta contra a morte.

Nascimento e Trentini (2004) enfatizam:

Quantas vezes percebemos o familiar “perdido”, procurando sozinho, de leito em leito, o seu parente, tendo, muitas vezes, dúvidas se estava vendo a pessoa certa, pois esta se encontrava agora com aparência bem diferente: entubado, envolto em fios, sondas, soro e aparelhos, imóvel, amarrado e despido ou, ainda, com a cabeça rapada ou enfaixada e com o rosto edemaciado.

Não orientados, os familiares sentem-se perdidos em um contexto desconhecido e sem ter a quem recorrer, uma vez que, no momento da visita, os profissionais, de um modo geral, ausentam-se do setor, aproveitando para tomar café ou mesmo realizar outras atividades, não valorizando o encontro entre paciente-familiar. Esse encontro tem potencial para acessar o lado humano dos membros da equipe se eles tiverem sensibilidade para reconhecerem a importância do familiar como suporte e apoio ao paciente crítico, capaz de auxiliar a equipe e o paciente no processo de recuperação.

Dentre os aspectos relevantes relacionados à integralidade do cuidado, ressalta-se a presença do familiar como suporte e apoio ao paciente durante a sua internação, momento esse de fragilidade e sofrimento. Cabe à equipe voltar seu olhar também à família dos pacientes internados, considerando-os e envolvendo-os no processo do cuidado, de forma que venham a sentirem-se úteis e menos impotentes frente à gravidade de seu familiar, bem como confortados e acolhidos no sofrimento que emerge das incertezas quanto à recuperação ou morte de seu ente querido.

A presença de familiares foi relatada por toda a equipe como dimensão humanizante na UTI:

“... como uma situação humanizadora, eu acho muito interessante, quando abre exceção pra entrar família de paciente fora do horário de visita, isso eu acho muito importante...” (AE 1)

“... o horário de visita já é uma forma de ser humanizadora, um setor humanizado, porque tem dois horários, e há uma flexibilidade de enfermeiros em colocar revezamento de dois em dois para poder fechar toda a família que vier pra visitar...” (Enf. 6)

“... às vezes abrem exceções para as famílias entrarem aqui, às vezes de horário, às vezes na idade das pessoas, abrem exceções pras mães irem ver seus filhos e seus filhos irem ver suas mães. Eu considero isso extremamente importante...” (Fisio 3)

“... muitas vezes a família, ela trabalha e ela não consegue vir visitar o paciente no horário de visita aqui e eles não vinham visitar nunca, então é uma coisa que a gente já conseguiu quebrar um pouco isso,

é... permitir que o familiar possa ficar mais tempo aqui dentro da UTI, eu acho que... isso já tem, tanto pro paciente, quando ele tá consciente ou quando a família sente mais necessidade” (Med 1).

“... houve vários relatos de pacientes agradecendo, solicitando ou elogiando a possibilidade desses familiares estarem ali por mais tempo...” (Mus 1)

“A permanência um pouco prolongada, a possibilidade de a gente conversar sobre... vai entrar mais vezes, em momentos diferentes, entrada de gente que talvez não poderia entrar, crianças, eu acho bastante interessante, não só por uma questão humanizadora, mas pelos efeitos que isso tem...” (Psico 1)

Reconhecer a família como parte importante no cuidado ao paciente é reconhecer e respeitar as necessidades do próprio paciente. Tal reconhecimento é percebido nas falas dos entrevistados uma vez que existe, neste CTI, flexibilidade nos horários de visita, abrindo-se exceções para que permaneçam com o paciente por mais tempo do que o determinado pelo regimento interno do hospital. Também é possível alterar o horário de visita conforme a necessidade do familiar e permitir visitas de pessoas importantes para o paciente, independente de idade e parentesco.

Boeira et al (2004) entendem que empenhar-se para promover a presença do familiar junto ao paciente faz parte da humanização da assistência, considerando que a família é compreendida como a unidade social conectada à pessoa do enfermo e de vital importância para a sua recuperação e promoção de sua segurança durante este processo de sensibilidade e fragilidade física e emocional.

No entanto, apesar de reconhecerem a presença da família como importante na humanização da assistência no CTI, os profissionais expressam, quase sempre, impaciência com sua permanência prolongada no setor. Desse modo, se por um lado existe a preocupação com a presença do familiar no CTI de modo a beneficiar ou satisfazer as necessidades dos pacientes, o cuidado com a família em si não é tão evidente como revelam as falas de alguns entrevistados:

“Eu já vi médicos aqui tratarem os pacientes muito bem, tratar a família muito bem, só que tem hora que eles estão estressados, eles não sabem dominar isso, eles deixam o estresse passar por cima e deixam a família lá fora esperando, sem notícia, sem falar um nada...” (AE 2)

Tal observação não é somente em relação aos médicos. As próximas falas explicitam que é uma atitude coletiva, por grande parte da equipe:

“... às vezes tem gente lá fora que fica até... horas esperando pra conversar... e, muitas vezes, até o funcionário, não sai lá fora pra dar uma satisfação, pra chamar o familiar, ‘a gente tá dando um cuidado, vai demorar um pouquinho, mas a gente vai deixar entrar’ e eles não fazem isso, ‘ah, deixa pra lá’, às vezes preferem ir tomar um café, quando a família entra, às vezes a pessoa sai não fica ali pra observar...” (AE 2)

“Uma parte que a gente falha na parte de humanização é, às vezes que atrasa as visitas, é muito complicado a gente tem que se pegar e prestar mais atenção nos atrasos de visitas, às vezes as famílias ficam lá fora ansiosos por entrarem...” (Enf 6)

“... os familiares ficam meio ali, abandonados...” (Enf 3)

“Eu acho também que a parte médica deixa a desejar, por exemplo, com as visitas, com as famílias, né, a gente teve problema com os residentes, sempre troca, nunca dão atenção pra conversar com a família, às vezes fica horas esperando, naqueles, é... papéis que tem ali fora, a maior reclamação deles é essa...” (Enf 4)

“A questão, assim, das informações, do quanto que os familiares precisam aguardar e o quanto que essa espera ela é desavisada, isso eu acho muito ruim, isso eu acho desumanizante” (Psico 1).

Assim, compreendo que não basta permitir e ampliar as possibilidades de entrada da família, sendo preciso acolhê-la e apoiá-la também em suas necessidades, qualificando o diálogo, as relações com a equipe, permitindo sua presença também de acordo com sua necessidade.

Para Hayashi e Gisi (2000), os familiares têm necessidade de falar sobre o diagnóstico e pedir esclarecimentos sobre tudo aquilo que diz respeito ao paciente. No

entanto, é preciso que as informações sejam fornecidas aos pacientes e seus familiares por meio de uma linguagem compreensível por eles ou, então, elas passam a ser mais um fator de estresse para os mesmos. Lemos e Rossi (2002, p.349) consideram que “muitas vezes a informação é fornecida a partir da compreensão que o profissional tem do processo da doença, mas não é compreendida por clientes e familiares, contribuindo para a manutenção do medo do desconhecido”.

É preciso reconhecer que, da mesma forma que o paciente, os familiares também estão passando por grandes alterações geradas pelo afastamento do ente querido, o medo da sua morte, o encontrar seu parente em situação tão grave que os colocam em um sofrimento intenso, agravado pela longa espera para a visita nessa UTI e a falta de informações concretas e compreensíveis por parte dos integrantes da equipe.

Tais posturas, muitas vezes, revelam insegurança dessas pessoas em lidarem com o sofrimento do outro, resguardando-se por meio de falas herméticas, mantendo um afastamento desses familiares, como revelam as falas:

“... eu me sinto assim muito travada em relação às famílias porque eu tenho muito dó, então, às vezes eu até me afasto um pouquinho não dou muita atenção por conta desse dó que eu tenho de ver aquele sofrimento da família em relação àqueles pacientes que ficam muito tempo internado, né, e cada vez piorando, piorando...” (Enf 4)

“... acho que a dificuldade existe com os médicos, eu acho, em relação à disponibilidade de contato, assim, eles se assustam, eles tentam se proteger muito atrás de uma linguagem muito sofisticada, tecnológica e que é complicado e isso acaba gerando dificuldades que distancia e que deixa os familiares assim muito desamparados...” (Psico 1)

Apenas um profissional revela, em sua fala, a necessidade de propiciar condições para que a família tenha direito a permanecer integralmente junto ao seu parente gravemente doente:

“Acho que a primeira coisa é a equipe se dispor a conviver com os familiares dos pacientes, os familiares ficando tempo integral aí, [...] eu acho que isso é a primeira coisa, humanizar é exatamente isso, o paciente tá num ambiente que seria o máximo de confortável pra ele e pras pessoas que ele convive...” (Med 6)

Obviamente não se trata de simplesmente passar a inserir a presença permanente de um familiar por paciente, mas essa fala leva-me a refletir sobre a necessidade de buscar condições futuras para tal, em termos de estrutura física, organização do trabalho e formação profissional. De forma semelhante ao questionamento acerca da quase nudez do paciente, a proibição da presença mais permanente da família é mais uma das situações que se cristalizaram, desde os primórdios da terapia intensiva, sendo urgente trazê-la à reflexão, seja para melhor justificar a sua inviabilidade (quando for o caso) e, principalmente, para romper com práticas aparentemente intocáveis e, por vezes, improcedentes.

Os profissionais de saúde, de modo geral, não são adequadamente preparados, em sua formação, para lidar com a subjetividade presente nas relações com os pacientes. Tal despreparo é relacionado ao modo ainda hegemônico da produção dos cuidados em saúde em que a racionalidade científica faz com que a relação desses profissionais seja com a doença e não com a pessoa doente. Desenvolve-se, então, grande dificuldade em considerar a singularidade, a subjetividade dos pacientes e seus familiares, no processo de cuidar em terapia intensiva.

Ainda com relação ao despreparo dos profissionais do CTI em lidar com o sofrimento do outro, quer sejam pacientes ou familiares, a dificuldade consiste em reconhecer e considerar os limites de uma medicina tão avançada, mas também tão impotente diante da fragilidade da vida e iminência da morte no mundo da terapia intensiva.

Tais limites nos remetem à nossa condição de “apenas” seres humanos, também expostos à fragilidade e finitude da vida, tal qual daqueles aos quais cuidamos.

“O sofrimento do outro também nos infunde medo, porque vemos, como num espelho, a fragilidade, a vulnerabilidade, a morte, elementos da nossa condição humana que não gostamos de ver” (HAYASHI; GISI, 2000).

Entretanto, apesar da ocorrência da morte ser freqüente na terapia intensiva, os membros da equipe de saúde, de modo geral, como já apontado em outros trabalhos (BOEMER; ROSSI; NASTARI, 1998; URIZZI, 2005), pouco se referem ao acompanhamento das situações de morte, o que revela dificuldades em reconhecer fragilidades e incertezas da existência humana.

Assim, embora tenham sido poucas as vezes em que a palavra morte se fez presente nos discursos desses profissionais, ela encontra-se nas entrelinhas a todo momento e esse “não falar” da morte pode ser relacionado ao turbilhão de sentimentos que o tema pode evocar nos profissionais da saúde, como sensação de frustração, perda, impotência, culpa, além do que, pode remetê-los à reflexão sobre a finitude humana, ou seja, sua própria finitude (SPÍNDOLA; MACEDO, 1994).

Segundo Boemer (1989), somente quando os profissionais da área da saúde compreenderem a morte como parte integrante e alienável da existência é que poderão estar-com-o-paciente na sua terminalidade. A autora acrescenta que, ao entenderem essa possibilidade, o medo diante da morte desaparece e o tratamento pode tornar-se autêntico; a partir de então, os profissionais tornam-se humanos em sua autenticidade.

Do que foi abordado até então, fica clara a contradição entre o que é dito e o que é realizado neste CTI. Existe o reconhecimento de possíveis ações com possibilidades de humanizar o cuidado em CTI; no entanto, também emerge a dificuldade da equipe em lidar com determinadas situações de modo a promover um cuidado humanizado.

Fazer técnico X humanização no cotidiano do CTI

Humanizar a assistência no CTI é reconhecer, também, a importância da clínica e do moderno aparato tecnológico no cuidado ao paciente, aliado às relações mais humanas e à sensibilidade na prática cotidiana dos profissionais de saúde.

Nas falas dos entrevistados, é comentado o reconhecimento da importância em estabelecer uma interação com o paciente para além da realização das técnicas e do cumprimento de tarefas normatizadas pela rotina já estabelecida. Porém, é também evidente e contraditória a sua prática. No contexto da terapia intensiva, prevalece uma visão dicotômica entre a realização do fazer técnico e a construção de práticas humanizadoras.

“Ah, deixar de ser mais mecânico, muito técnico, entendeu, às vezes a gente é muito técnico, chega lá fala ‘vou fazer isso, pronto’ não conversa antes, entendeu, não descontrai...” (AE 3)

“... tirando esse tempinho que você tem do cuidado, você não tem, infelizmente, você não tem tempo de ficar lá no pé da cama ouvindo, é igual quando eles falam ‘segura a minha mão’, ‘tá, vou ficar segurando até que hora?’ é difícil...” (AE 4)

Essas falas mostram que os profissionais reconhecem que o momento em que executam alguns procedimentos rotineiros é também o momento de maior aproximação ao paciente no que se refere às relações. Porém, existe a dificuldade em relacionarem-se efetivamente, uma vez que está muito presente a preocupação com a tarefa a ser cumprida, negligenciando-se a perspectiva do cuidado integral.

Ainda sobre o modo como se dá o cuidado neste CTI, apresento as falas de outros entrevistados:

“... embora a gente saiba que todo ser humano quando passa por técnicas, técnicas, rotinas, rotinas, durante um tempo, ele acaba perdendo, mas isso a gente não pode deixar, de ter isso sempre,

aquela sensibilidade, aquela vontade de chorar porque tá perdendo um paciente” (Enf 6).

“Setor fechado ele propicia, primeiro que você fica só, é... você não abre espaço pra mais ninguém, fica aquela situação, é... fechada, de todo mundo, então é muito mecânico, fica muito técnico e mecânico, então sempre chega, faz as mesmas coisas, vira rotina” (Enf 1).

“humanizar é quando a gente pode fazer o bem pro paciente em que sentido... o paciente às vezes precisa de uma palavra amiga e não tá dando pra parar pra conversar... quando a gente consegue fazer isso daí, é muito gratificante” (Enf 2).

Nas entrevistas, apreende-se uma compreensão de que as ações humanizadoras estão à parte dos afazeres técnicos existentes no CTI, ou seja, após o cumprimento de toda a rotina e realização dos procedimentos necessários como parte da assistência ao paciente, se houver tempo, os profissionais buscarão realizar ações consideradas humanizadoras, relacionadas, por exemplo, à escuta e ao diálogo.

Isso pode ser relacionado também à organização e gestão do trabalho em saúde que até os dias atuais, ainda sofre forte influência do modelo taylorista / fordista, pautado na fragmentação do trabalho, separação entre concepção e execução e, ainda, hierarquia rígida (MATOS; PIRES, 2006).

Particularmente em relação à prática de enfermagem hospitalar, Corrêa (2000) salienta que ela se organiza, quase sempre, em processos de trabalho repetitivos e normatizados, com estruturas de poder verticalizadas e processo decisório centralizador, evidenciando que, efetivamente, o modelo taylorista / fordista ainda impera, sobremaneira, nas práticas em saúde.

A herança taylorista-fordista representa um padrão de produção na era capitalista, desenvolvido no século passado, centrado na produção em massa, concentrada e verticalizada, além da execução das atividades com controle de tempo e de movimentos. Tal herança constitui-se, até os dias atuais, em um componente estrutural que se manifesta no controle dos

modos de produção e da força operária, refletindo-se na presença/ausência de uma rotinização das atividades e de precariedade nas condições laborativas. Nesse sentido, os conceitos de “eficiência” e de “controle” seriam as regras de influência sobre a produção, quando esta passa a ser centrada na repetição de tarefas e não na introdução de discussões que podem gerar mudanças organizacionais efetivas no contexto produtivo (SALERNO, 2004; PINHO, SANTOS, 2007).

Apesar do trabalho em saúde voltar-se para o cuidado humano, não tão passível de normatizações e controle face à sua dimensão subjetiva e social, a sua organização, centrada no modelo taylorista/fordista, acaba também por privilegiar as tarefas a serem cumpridas, o que traz implicações tanto para quem cuida como para quem é cuidado: ambos têm a sua dimensão subjetiva negligenciada. O trabalhador perde de vista as finalidades e o contexto do seu trabalho o paciente pode não se sentir suficientemente acolhido em sua integralidade.

No que se refere especificamente ao trabalho de enfermagem nesse CTI, para o cuidado cotidiano é escalado um único auxiliar/técnico de enfermagem por plantão, para cada dois ou três pacientes. Assim, não ocorre a clássica divisão de tarefas; todavia, isso, por si só, não significa extrapolar a lógica funcionalista, construindo o cuidado integral.

Segundo Corrêa (2000), apesar da organização do cuidado em terapia intensiva não privilegiar a divisão do trabalho por tarefas, a filosofia do cuidar não extrapola essa dimensão. Ou seja, apesar de o trabalho da equipe, principalmente a de enfermagem, não mais dividir-se de acordo com as atividades a serem executadas, de modo que um único profissional seja responsável por todos os cuidados a determinado paciente durante um plantão, isso não significa, necessariamente, que o mesmo será reconhecido e respeitado em sua integralidade.

A prática torna-se repetitiva e gradativamente mecânica independentemente das diferentes necessidades manifestadas por cada paciente de terapia intensiva, ou seja, pacientes

vêm e vão, mas as ações do cuidado são praticamente as mesmas para todos, centradas no eixo técnico-biológico.

Além disso, a integralidade no cuidado só será efetivamente garantida se houver o trabalho articulado dos profissionais envolvidos em torno de um projeto comum de cuidar, o que extrapola os modelos de gestão tradicionais, marcados pela hierarquia.

Desse modo, o predomínio do modelo biologicista de compreensão do processo saúde-doença e funcionalista de organização do trabalho colocam em destaque a realização da técnica, sem dúvida alguma, primordial em terapia intensiva, todavia insuficiente quando a intenção é a construção do cuidado integral.

No contexto da terapia intensiva, permanentemente corre-se o risco do cuidado reduzir-se à realização de procedimentos, cabendo destacar que alguns procedimentos/técnicas parecem ser, inclusive, mais valorizadas que outras, segundo sua relação mais imediata com a manutenção da vida.

É claro que isso é importante, dadas as alterações e instabilidades hemodinâmicas de muitos pacientes, tratando-se de priorização das condições de risco. Todavia, não deixa de chamar a atenção que o próprio foco do cuidado biológico acaba recortado em técnicas “mais ou menos vitais”, sendo as últimas negligenciadas, ocasionando desconfortos aos pacientes. Assim, a vida pode até ser mantida, mas as condições mínimas de conforto e bem-estar não necessariamente estarão preservadas.

Salvar vidas torna-se imperioso para os profissionais do CTI, mas nem sempre é possível garantir a sobrevivência do paciente devido à gravidade em que se encontra nessa unidade, à patologia em si, entre outros aspectos nos quais os membros da equipe pouco possam intervir no sentido de evitar a morte. Torna-se urgente e prioritária, na visão dos profissionais do CTI, a realização de procedimentos invasivos. A habilidade técnica do profissional é reconhecida e o coloca em posição de destaque no grupo. Atividades que não

são urgentes, do ponto de vista da manutenção da vida biológica, mas nem por isso menos importantes, são relegadas por alguns entrevistados, como já comentado:

“Quando o paciente tá mais grave, a sobrecarga é maior, os cuidados são mais intensivos, e com isso, assim, algumas coisas que, assim, não que sejam essenciais, mas que poderiam ser feitos pra melhorar pro paciente não são feitas, você sabe disso, uma mudança de decúbito, tem plantão que você sabe que é impossível fazer mudança de decúbito nos pacientes...” (AE 5)

“Pra mim, humanizado é assim é bem voltado ao paciente mesmo entendeu? É aquele cuidado individualizado que você pode fazer as mudanças de decúbito na hora pode assim é... dar uma alimentação VO assistida, aqui quando tem pra dar alimentação VO assistida é uma dificuldade, tem de parar pra ajudar não é que você não queira você até sabe que o paciente necessita, mas e o resto? Ai ta na hora de controle de todos ou você da alimentação ou você faz o resto...” (AE 8)

Shimizu e Ciampone (2004) percebem que, nas UTIs, devido aos equipamentos sofisticados e profissionais qualificados, predomina uma cultura segundo a qual a equipe tem a obrigação de salvar todos os pacientes ali internados, independente da gravidade e complexidade do quadro em que se encontram.

Cuidados menos complexos e que não estão diretamente ligados à manutenção da vida do paciente, mas que são capazes de proporcionar conforto, são considerados pelos profissionais, especificamente os de enfermagem, como de menor importância e, por isso, realizados com menor motivação, como por exemplo, cuidados de higiene que podem proporcionar conforto físico ao paciente e melhorar sua imagem diante da família que o visita, retirá-lo do leito e colocá-lo sentado em poltrona, quando possível, permitindo, assim, a compreensão, pelo mesmo, de que está melhorando, uma vez que não precisa ficar o tempo todo restrito ao leito.

Novamente se faz presente a dificuldade do profissional de CTI em lidar com a possibilidade da morte, o que requer uma competência não apenas clínica e técnica, mas,

principalmente, da ordem das relações humanas. Porém, como prevalece uma relação dicotômica entre a técnica e o humano, o profissional, no cotidiano, pouco faz uso do diálogo e do acolhimento do outro em seu sofrimento.

Talvez, para o profissional do CTI, exista a sensação de que a manutenção da vida, do ponto de vista biológico, dada sua importância face aos conhecimentos, habilidades e aparatos exigidos para tal, por si só contempla a preocupação com a dimensão humana.

Compreendo que a dimensão técnica seja fundamental, mas é necessário incluir a preocupação com a recuperação ou com a proximidade da morte (aliás, bastante presente na terapia intensiva). Apenas o fazer técnico não é suficiente para lidar com a dimensão humana daqueles que estão gravemente doentes, vivenciando, de modo intenso, a insegurança do existir humano.

Do que foi até então exposto, cabe refletir sobre a necessidade de articulação do fazer técnico às propostas de humanização do cuidado em terapia intensiva, integrando dimensões distintas – técnica, ética, política, relacional, dentre outras – transcendendo compreensões e ações dicotômicas que acabam por manter a fragmentação do fazer cotidiano.

Ao serem colocadas sob diálogo, é possível apreender as interrelações entre dimensões “técnicas” e “humanas”: a tecnologia dura é importante no tratamento à pessoas criticamente doentes. Seria igualmente desumano expor o paciente, em estado crítico, a uma assistência realizada por uma equipe altamente envolvida com o seu bem estar, sensivelmente humana do ponto de vista relacional, porém em um cenário limitado em recursos técnicos, capazes de garantir sua vida e recuperá-la plenamente, quando possível.

Em contrapartida, e o que habitualmente se encontra nos dias atuais, são unidades e centros de terapia intensiva com alta densidade tecnológica, mas que não dispõem de pessoal preparado para ir além do fazer técnico.

Para Merhy (2000), uma prática clínica resolutiva envolve não apenas a disponibilidade de equipamentos e de exames de apoio diagnóstico-terapêutico, mas requer também dos profissionais, além da competência técnica-científica, a competência nos aspectos relacionais.

Algumas falas são claras no sentido de que se relacionar com o paciente, além da execução de técnicas e procedimentos, interliga-se ao envolvimento do profissional cuidador. Outras verbalizam o grau de envolvimento ou não que a equipe tem com seu trabalho, sendo reconhecidas, por vários profissionais, posturas de descaso e falta de comprometimento no dia a dia:

“Eu acho que falta um pouco, também, dessa conscientização, entendeu, assim, é muito complexo, né, vai primeiro, muito da essência, né, do grau de compreensão de cada um, né, da maturidade de cada pessoa” (Fisio 2).

“... vai muito da consciência de cada profissional na hora que faz...” (Fisio 2)

“Depende das pessoas que estão no dia, isso varia muito de auxiliar, de fisioterapeuta, de médico, varia muito da equipe que está no momento, alguns são muito humanos, outros não isso varia muito de pessoa pra pessoa não tem uma regra na UTI que todos seguem” (Fisio 1).

“Uma outra falha é... as vezes é um compromisso, se todos os profissionais tivessem esse compromisso, esse ideal de se doar um pouquinho ao próximo, mas isso a gente vê que não é todo o lugar que tem isso, né [...] não dá esse tipo de cuidado, esse tipo de entrega, de envolvimento ao paciente...” (Enf 6)

Essas falas tangenciam algo essencial que é o compromisso individual e coletivo com o trabalho, o que, muitas vezes, fica limitado pelos modelos hierárquicos que enfatizam tarefas e normas, em detrimento de um envolvimento com um projeto de cuidar construído por todos, como já comentado. O compromisso com o trabalho envolve questões individuais, desde até mesmo gostar do que se faz, como apontam as falas abaixo, mas também institucionais, pouco apontadas pelos entrevistados.

Cabe considerar assim que, de modo geral, os entrevistados relacionam o compromisso com o trabalho com a escolha de cada um: “uns têm, outros não” e, além disso, como algo que não se modifica, o que é bastante preocupante se a intenção é a humanização do cuidado que, além das condições políticas, estruturais e técnicas, envolve, sobretudo, a dimensão relacional. Tal dimensão só pode ser construída e reconstruída pela abertura do profissional a mudanças nos seus modos de pensar, sentir e agir.

“... cada um vem com um pensamento, um vem pra cumprir o horário, outros vêm pra ver os colegas, pra conversar e badalar e outros vêm pensando no paciente; então, essa mentalidade não vai ser eu, não vai ser ninguém que vai mudar, é da pessoa, ninguém vai chegar e falar ‘a partir de hoje você tem que ser mais humano e pensar muito mais no paciente, tem que ser assim e vai caber advertência pra quem não cumprir’, não é assim, não vai funcionar, só que eu acho que se a gente tiver mais tempo pra ver, pra conversar, pra tá ali junto, pra quem gosta de ficar junto, pra quem gosta de gente, fica mais fácil...” (AE 4)

“... uns dão mais atenção, outros não, eu acho que isso vai de cada profissional, sabe, tem gente que gosta mais de cuidar, de dar mais atenção, então esse profissional vai ser mais cuidadoso porque ele é assim, tem gente que é mais seco, sabe, não tem esse dom, eu acho que enfermagem é um dom...” (AE 9)

“Ninguém vem com o intuito de fazer mal ao paciente, talvez a pessoa não esteja, de fato, feliz com o que faz...” (Med 2)

“... às vezes a pessoa chega insatisfeita, como é que essa pessoa insatisfeita vai conseguir tratar o paciente, né, ou conduzir um paciente...” (Med 4)

“... se a pessoa gosta... primeiro de tudo sabe, acho que gostar, gostar de tá onde tá... precisa aquela coisa do profissional de saúde, como se diz assim, de... de doar, de cuidar, né [...] primeiro gostar, se você não gosta, qualquer coisa, não só aqui, você não vai fazer bem feito, possivelmente, né, não vai ter o mesmo ímpeto...” (Fisio 2)

Emerge, cada vez mais, a importância que os profissionais da equipe de saúde conferem à construção de ações humanizadoras, pois o encontro humano, ético, sensível implicará, sempre e fundamentalmente, na relação entre pessoas.

As condições de trabalho e suas implicações na humanização do cuidado em UTI

Ainda com enfoque nas pessoas, as condições de trabalho dos profissionais da equipe de saúde mostram-se fundamentais no processo de humanização no CTI.

Segundo Oliveira, Collet e Viera (2006, p.283), “humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência”. Produção essa, no que se refere à terapia intensiva, que, muitas vezes, dá-se num cenário inóspito e permeado por situações limitantes à construção do cuidado humanizado.

A realidade que emerge das vivências dos diversos profissionais que atuam neste CTI retrata um grande afastamento daquela considerada “ideal” pelas políticas e produção científica sobre humanização.

No entanto, não é correto avaliar apenas as condutas das pessoas que integram a equipe e nem, tampouco, criticá-las, desconsiderando o seu contexto de produção. Mais que isso, é preciso compreender também a realidade e condições de trabalho em que estão inseridos no dia a dia. Pois, sem humanização para essas pessoas, não poderá haver humanização para com o paciente, conforme revelam algumas falas:

“... porque eu acho que assim pra você humanizar um local, né, primeiro você tem que oferecer condições humanas pros funcionários, né, ter a parte humanizadora pros funcionários, né, porque como é que alguém pode é... pode assim, ter essa visão se ele não é tratado também assim, né, você exige um coisa da pessoa e você não dá condições humanas pra que a pessoa também possa desenvolver esse outro lado” (Fisio 2).

“O hospital veio com essa história assim de que ‘vamos é... entrar com o programa de humanização’ tá, só que eu não enxergo esse programa voltado para o profissional, tá, eles falam em ‘vamos humanizar para o paciente’, mas eu digo assim, como é que você pode humanizar pro paciente se não é humanizado pro funcionário...” (Fisio 2)

“Antes de cobrar que a gente humanize, dê humanização, eles tinham que dar humanização pra gente, né, é uma via de mão dupla” (Fisio 2).

“A questão de humanização, a esse respeito eu acho que ela deve começar não só em relação ao paciente, em relação ao profissional que trabalha aqui, também...” (Med 4)

A dinâmica do processo de trabalho hospitalar, ainda pautada no modelo biomédico, fragmentado e pouco articulado entre os profissionais, traz, na sua essência, uma organização concebida de forma rígida, por vezes autoritária e desgastante (DEJOURS, 2000).

Para Oliveira, Collet e Viera (2006), os profissionais de enfermagem são submetidos, em suas atividades, a diversas tensões, como por exemplo, contato freqüente com a dor e o sofrimento, com pacientes terminais, receio de cometerem erros, entre outras. Portanto, é preciso cuidar de quem cuida para o desenvolvimento de projetos e ações efetivas em prol da humanização da assistência.

De maneira geral, são notáveis, na produção de ações de saúde, os inúmeros aspectos que tendem a dificultar o cuidado humanizado, por vezes expondo os profissionais ao desgaste físico e emocional, dentre eles o vivenciar perdas, dores, sofrimento e morte (Baggio, 2007). Esses aspectos, especificamente em terapia intensiva, acrescidos da rotina acelerada e da constante tensão no lidar com o paciente grave, o qual pode, a qualquer momento, ter seu quadro mais instável, da existência de intensos estímulos sonoros e visuais, inerentes à tecnologia dura, essencial ao funcionamento das UTIs/CTIs, acabam por gerar estresse e fadiga, dificultando sua pré-disposição para cuidar humanamente.

Segundo Pitta (1990), a natureza do trabalho, ao lidar com dor, sofrimento e morte, propicia o surgimento de sintomas psíquicos. Em muitas situações, o trabalho em terapia intensiva pode trazer repercussões na saúde dos profissionais, levando a problemas de natureza física ou psicológica. Como é possível cuidar do outro se não se está bem física ou psicologicamente?

“Pra você tratar do paciente você tem que tá bem... você tem que tá bem e o que acontece é isso você não tem o membro da equipe, aqui, ele não tem um trabalho pra melhorar ele, também, pra ele ter humanização, pra ele poder dar humanização ...” (Enf 1)

Em alguns momentos foi percebido, nas falas de alguns profissionais, que as pessoas da equipe de enfermagem deste CTI sentem-se fragilizadas e, por vezes, vitimizadas, a ponto de compararem suas necessidades com as dos pacientes, o que pode evidenciar sofrimento intenso que, provavelmente, inviabiliza o compromisso genuíno com o cuidado do paciente:

“Em relação à parte dos funcionários, eu acho que a nossa parte tá largada, eu acho assim, a cobrança tá sendo muito grande tanto da equipe médica quanto da equipe de enfermagem, dos enfermeiros, né, a sobrecarga é grande, a tensão, o estresse também é grande e assim, a gente não vê nada que seja feito pra tentar aliviar essa tensão... pros pacientes, é claro que eles merecem, até mais do que a gente, tem psicólogo, tem fisioterapeuta, tem tudo, eu acho que os funcionários também têm direito a isso, porque a gente trabalha num lugar estressante, né, com uma cobrança constante, 24 horas por dia [...] a gente tem que dar nosso melhor, tem sim, só que eu acho é... sei lá, tinha que ter um retorno também, sei lá, uma pessoa pra acompanhar a gente também, todo mundo tem problema, não são só os pacientes” (AE 5).

Ferreira Junior (2000) reconhece que as condições de trabalho podem causar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas, considerando que elas também se somam à organização do trabalho. Especificamente relacionados à enfermagem, alguns fatores tendem a exacerbar tal desgaste, tais como: as responsabilidades envolvidas no cuidado, a falta de organização e pouca participação desses profissionais nos objetivos do sistema hospitalar, a excessiva burocratização, entre outros, potencializando, dessa forma, os fatores geradores de ansiedade aos quais são constantemente submetidos (FONSECA; SOARES, 2006).

Para Baggio (2007), quando um profissional apresenta algum problema, seja de saúde, pessoal ou profissional, pode contagiar o ambiente com seu estado de humor. Indubitavelmente, por maiores que sejam os problemas e as angústias do profissional, é preciso o seu reconhecimento no sentido de que as necessidades (suas e dos pacientes) são diferentes e também o reconhecimento de seu papel como cuidador, o que implica assistir o

paciente em suas necessidades. Não significa abnegar-se, renunciar aos seus sentimentos, problemas e tensões, pois é sabido que o ser humano compõe um todo indivisível, não sendo possível fragmentá-lo; em um momento, “profissional-sem-sentimentos” e, em outro, “ser-humano-com-sentimentos”. Todavia, os profissionais precisam aprender a se articularem uns aos outros, buscando reivindicar e advogar por boas condições de trabalho. Para tal, faz-se necessária uma inserção mais crítica no cotidiano, a qual, muitas vezes, apresenta-se limitada.

Cabe aos gestores dos serviços de saúde estarem atentos não só às necessidades dos pacientes como também às dos profissionais de modo a zelar por melhor relacionamento, interdependência, coesão e competência.

O ser-humano-profissional necessita sentir-se cuidado e zelado e, provavelmente conseguirá oferecer o mesmo cuidado e zelo àquele a quem cuida (DAMAS; MUNARI; SIQUEIRA, 2004).

Popim e Boemer (2005), em estudo com enfermeiros oncológicos em seu cotidiano de trabalho, observaram que há o reconhecimento por parte dos enfermeiros de que para cuidar é preciso um requisito permeado pelo limite pessoal; porém vêm a possibilidade de tornar o cuidado menos desgastante, investindo-se no cuidador, seja pelo acompanhamento psicológico ou instituindo-se um espaço para discussões de suas angústias.

A necessidade de tal acompanhamento psicológico se fez presente nas falas de alguns entrevistados, evidenciando o reconhecimento de seus limites diante das dificuldades presentes no CTI, sugerindo que um caminho seria olhar para as pessoas da equipe e acolhê-las em suas dificuldades, advindas da convivência freqüente com a dor e a morte, de modo que possam estar emocionalmente amparadas para lidarem com tais sentimentos e, assim, abertas para acolherem o sofrimento do outro.

“... sei lá, se tivesse, acho que grupo para ouvir a gente mesmo, sabe, para estar falando ou ver mais porque o profissional se envolve muito com o paciente, uns pacientes jovens... aí, quando morre, começa a

morrer aquele monte de paciente jovem, sabe, a gente fica abalado” (AE 9).

“Eu acho que deveria existir aqui dentro do CTI um serviço de atendimento ao funcionário que contasse com o apoio psicológico, porque como que você fala de humanização pra um funcionário se ele não tem um apoio psicológico porque a gente lida constantemente com morte, com familiares... e fora os seus problemas, aí você chega aqui, muitas vezes transtornado, qualquer coisinha te abala...” (AE 1)

“Deveria existir, assim, no serviço uma parte de psicologia que trabalhasse principalmente com enfermeiros, com a enfermagem em CTI, por ser um local estressante...” (Enf 6)

Essa problemática até aqui apontada em relação às condições de trabalho envolve, significativamente, ações de gestão, uma vez que essa pode configurar-se mais próxima ou mais distante da consideração do profissional como pessoa, sujeito.

Algumas falas, especificamente das pessoas da enfermagem, mostram que no período em que ocorreram as entrevistas, problemas relacionados à gerência de enfermagem foram o principal foco de suas falas; interpretaram tal momento (o de poder “desabafar”, durante a entrevista e sob o sigilo por mim garantido), como o único oferecido para exporem suas insatisfações:

“Eu acho, com relação à chefia, é difícil abordar, conversar, você colocar as coisas, e com isso acaba piorando o serviço, isso deixa todo mundo mais estressado [...] e aí, piora o ambiente de trabalho. O ambiente humanizado, né, é aquele que você consegue conversar com o seu chefe, você consegue tudo com clareza, é... ter dialogo e aqui não tem é tudo assim: coloca um comunicado ali, você se vira não tem jeito” (AE 8).

Problemas dessa natureza, com a gerência, na visão dos entrevistados, poderiam interferir na humanização do cuidado:

“Em que interfere, eu acho que assim, é... quando a chefia é boa e você consegue conversar, é... você pode, até, estar um pouco sobrecarregado, mas você se doa mais, agora se você tem um chefia na qual ela te incomoda, você não consegue abordar, você não consegue falar, então, aí você fala ‘eu também não vou colaborar vou fazer conforme der e pronto’, entendeu? É o jeito que você devolve, entendeu, se você tem carinho, você devolve com carinho [...] é assim, tem que ter um dialogo, você acaba se

esforçando e dá certo, só que quando você já tem uma antipatia, você não colabora você também não vai deixar nada da sua vontade pra depois, você não se importa, entendeu?” (AE 8).

“Seria mais fácil se tivesse uma chefia que se você levasse problemas, eles fossem todos resolvidos, tipo ‘a gente está com poucos funcionários e não está dando para trabalhar dessa forma’, ‘tá, então vamos tentar resolver’, porque se for levar o problema e falar ‘mas o quadro está completo’, tá completo, mas e daí? Está completo, mas tem um monte de gente que de licença... Então eu acho que faltava isso, começar daí, sabe, ver mais esse tipo de problema...” (AE 9)

Nessas falas é explicitada a dificuldade de expressão e diálogo entre chefia e os membros da equipe de enfermagem, o que traz implicações para o envolvimento dos profissionais com seu trabalho. As dificuldades gerenciais são fonte de sofrimento para o trabalhador, na medida em que ele não se sente escutado e acolhido em suas necessidades e, apesar disso, é cobrado no que se refere ao cumprimento das tarefas cotidianas. É interessante perceber que o diálogo limitado expressa o modelo tradicional de gestão do trabalho que, ao mesmo tempo, mantém as pessoas submissas e à parte dos processos decisórios, bem como pode contribuir para o fortalecimento de posturas menos amadurecidas no trabalho, como expressa o segundo trecho de AE 8.

Assim, em se tratando das pessoas da equipe de enfermagem, o enfermeiro gestor tem um papel fundamental junto às demais instâncias administrativas da instituição para a conquista de melhores condições de trabalho. Para tal, precisa aprender, com mais propriedade, a lidar com a dimensão política da prática gerencial. Sobre essas questões, Shimizu, Ciampone (2004) e Gonçalves (2004) ressaltam que a administração do trabalho no CTI tem como finalidade, também, o ato de cuidar e a promoção de condições necessárias para isso.

Segundo Gomes (1988), para exercer a administração em UTI, além de qualificado formalmente e por suas experiências profissionais, o profissional necessita ter julgamento maduro, estabilidade emocional e habilidade para trabalhar o relacionamento interpessoal entre os membros da equipe.

Em estudo que objetivou compreender o que é ser enfermeira chefe de uma unidade de terapia intensiva, Gonçalves (2004, p.78) pôde considerar, dentre inúmeros aspectos, que

“ser enfermeira chefe de uma UTI deve basear-se na política de recursos humanos para dimensionar o quadro de funcionários e fazer reuniões para discutir os problemas institucionais”.

Em relação ao quadro de profissionais atuando neste CTI, o número insuficiente de funcionários, acarretando sobrecarga, conforme relatado pelos profissionais que aí atuam, tende a repercutir negativamente na humanização do cuidado, uma vez que os profissionais deverão otimizar o tempo que têm para realizar os procedimentos e cumprir as rotinas existentes, priorizando atividades que julguem ser mais importantes para a recuperação do paciente:

“Devido ao estresse do serviço, devido ao tempo curto para o atendimento, de técnicas, até mesmo massantes que a gente tem aqui e o número pequeno de pessoal, né, de recursos humanos pro atendimento...” (Enf 6)

“desumanizadoras é isso que eu tava falando, também... é o fato de não ter funcionários, acaba sobrecarregando os outros” (Enf 5).

“Você sabe, a gente tá vivendo um problema, agora, de falta de funcionários, é desumano o trabalho e acaba refletindo no paciente não tem como, né, então acho que esse é um detalhe muito ruim que a gente tá passando agora, que são problemas com o número de funcionários, muitas dispensas...” (Enf 4)

“As desumanizantes, é... entre mesmo a equipe que por falta de funcionários aí se torna um trabalho cansativo, pesado, que não dá muita atenção pro paciente e até mesmo pros colegas...” (Enf 2)

“É difícil falar de humanização aqui, no momento, pela falta de funcionário e tá aqui vivendo muitos atritos em todos os sentidos, falta de funcionários, falta de equipe, mesmo, porque aqui não tá tendo equipe, aqui é um grupo tanto de médico quanto profissionais e... então isso daí se torna muito desumanizante pro paciente” (Enf 2).

Vale observar que tais falas são, em sua totalidade, das pessoas da equipe de enfermagem, as quais, no momento da realização deste estudo, vivenciavam dificuldades em seu trabalho neste CTI relacionadas a inúmeros afastamentos de membros da equipe,

principalmente por motivos de saúde, o que gerava sobrecarga para aqueles presentes no dia a dia de trabalho. Além da sobrecarga de trabalho, o próprio cenário da terapia intensiva inclui fatores estressantes como os estímulos visuais e sonoros a que todos estão expostos e a angústia por lidar diretamente com a morte, entre outros.

*“A gente está susceptível a uma série de estímulos, tanto do ponto de vista de equipamento, que é alarme tocando pra todo canto, o dia inteiro na cabeça, é o ambiente insalubre que a gente trabalha...”
(Fisio 2)*

“... esse ambiente desgasta muito o profissional, esse ambiente é de extremo estresse muito mal reconhecido pelos órgãos de saúde que considera o profissional que trabalha aqui igual um outro que trabalha no ambulatório [...] o profissional da UTI ele é gasto em dez anos de trabalho e um profissional de ambulatório pode trabalhar até se aposentar sem problema nenhum [...] o estresse aqui é contínuo, é constante e tudo tem que ser feito no sentido de minimizar o estresse do profissional que atua para que ele possa durar mais, a meia vida dele seja maior...” (Med 5)

A sobrecarga de trabalho, o déficit no número de trabalhadores, a falta de tempo, a supremacia conferida à rotina do trabalho em detrimento da relação de interação com o paciente e familiar são alguns dos aspectos negativos, mencionados por Beck et al. (2007), os quais comprometem a construção de vínculos entre os trabalhadores de enfermagem, os usuários e os familiares. Tais aspectos, a meu ver, podem ser estendidos aos demais profissionais da equipe do CTI.

Esses mesmos autores destacam a importância do trabalhador como elemento fundamental para a humanização do atendimento, sendo necessário implementar ações de investimento, em termos de número suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas.

Em muitas situações, quando não existe o reconhecimento, por parte da gestão do hospital, das necessidades dos profissionais, a insatisfação pode acometer muitos deles,

considerando que têm, também, suas necessidades próprias e que envolvem, inclusive, a questão financeira.

“... o salário aqui a gente sabe que é curto, né, no final do mês a pessoa tem conta pra pagar e... sobrecarrega e acaba influenciando diretamente no serviço feito e na qualidade...” (Med 4)

Além do excesso de trabalho, das suas condições insalubres inerentes a esse espaço hospitalar e da baixa remuneração já mencionada, a inexistência de uma equipe efetiva foi outro agravante mencionado nas falas de alguns entrevistados:

A não existência de uma equipe efetiva, como revela a fala do profissional **Enf 2** influencia negativamente no cuidado ao paciente uma vez que não se compartilha um objetivo comum na construção de um cuidado humanizado.

“... a equipe de enfermeiros também está passando por problemas de relacionamento, então a gente não consegue trabalhar em equipe, assim, poderia ter se a gente trabalhasse melhor o nosso relacionamento, talvez a gente conseguisse dar uma assistência melhor ao nosso paciente, à família...” (Enf 4)

“A gente tá num momento que existe uma tentativa de se construir uma equipe entre profissionais da mesma categoria, agora, a junção dos diferentes profissionais ela ocorre de um modo um pouco tímido, ela ocorre como ação isolada de determinados profissionais... eu penso que isso talvez pudesse contribuir pra gente ampliar essa discussão porque eu percebo, nos contatos que eu tenho, que a enfermagem tem uma visão, né, que é muito rica pela prática da enfermagem que traz informações, aspectos e idéias que, por exemplo, os médicos não têm porque eles as vezes vão ter outras idéias de acordo com a prática deles, então eu imagino que seria um caminho...” (Psico 1)

Segundo Hoga (2004), a participação de vários profissionais na assistência à saúde propicia o envolvimento de todos os componentes da equipe com a assistência, favorecendo melhor disponibilidade dos profissionais diante das pessoas doentes. Isto contribui para promover a qualidade do acolhimento. Concordo com essa autora quando afirma que a

participação deve ser interdisciplinar, pois nenhuma categoria profissional, sozinha, consegue contemplar, por si só, a totalidade humana no processo de cuidar.

De acordo com Jardim (2003):

Qualquer profissional de saúde isolado pela sua própria formação tem, de uma maneira geral, uma visão limitada do paciente, de sua história de vida, de sua formação cultural, de sua eventual queixa e possível doença. A agregação de outro profissional de saúde na relação amplia essa visão e permite ao conjunto de atores (pacientes e profissionais) uma compreensão melhor da situação, permitindo uma abordagem holística da realidade que se apresenta.

No entanto, não é suficiente somente a agregação de diversos profissionais na assistência ao paciente do CTI; é preciso haver uma interação de suas ações de modo a proporcionar uma assistência integral. Assim, faz-se necessário que todos os membros da equipe estabeleçam objetivos comuns que favoreçam a assistência integral ao paciente, só possível por uma comunicação efetiva entre os profissionais e uma escuta aberta por parte de todos.

Segundo Shimizu e Ciampone (2004), a centralidade do trabalho em equipe está na obtenção de resultados que expressem a sua finalidade, ou seja, a atenção integral às necessidades de saúde do paciente, a qual pode ser aprimorada, em sua qualidade, por meio da comunicação em busca do consenso entre os profissionais em seu cotidiano.

O trabalho em equipe pode proporcionar aspectos positivos nas ações em saúde como a possibilidade de reformular e/ou repensar conceitos, posturas e condutas. No entanto, ainda existem muitas distorções no que se refere às concepções dos profissionais em relação à natureza dessa forma de trabalho, como por exemplo, a expectativa de ausência de divergências, de conflitos e frustração frente à percepção de que nem sempre há concordâncias ou soluções imediatas para as situações que emergem (CAMPOS, 1988). Essa autora afirma que “não se pode perder de vista que os grupos não são agregados de

circunstâncias ou de comunidades ilusórias, assim como não são totalidades fechadas, que eliminam diferenças entre indivíduos” (CAMPOS, 1988, p.32).

Portanto, idealizar que o trabalho em equipe multiprofissional nesse CTI se dará de maneira harmoniosa, implicando na ausência de conflitos e rivalidades é perder a oportunidade de se criar espaços de reflexão conjunta, de modo a construir propostas com o objetivo comum de beneficiar o paciente assistido em tal unidade. Mesmo que discordâncias existam, elas necessitam ser colocadas em pauta, acreditando ser essa também uma situação benéfica, pois concepções podem ser modificadas quando apresentamos um olhar e escuta abertos à construção de novos horizontes. Horizontes que vislumbrem um trabalho em equipe pautado no respeito mútuo, o que não significa concordar com todas as idéias, propostas e opiniões, mas, sim, reconstruí-las pelo trabalho articulado, incorporando, inclusive, as diversidades.

Com base na literatura, Peduzzi (2001) observa a distinção entre as duas noções que revestem a idéia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação e, a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Com base em tal distinção, construiu-se uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, na qual ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes (PEDUZZI, 2001).

Campos (1992) afirma que um grupo de profissionais só configura uma equipe quando opera cooperativamente (o que não significa trabalhar sem conflitos), com convergência de seus objetivos para determinada situação, de forma a haver complementariedade e não apenas soma ou superposição.

Percebe-se, no CTI onde o estudo foi desenvolvido, uma equipe não articulada, na qual cada profissional apenas complementa a ação do outro, sem uma interação efetiva, norteadas por um projeto comum de cuidado, evidenciando, assim, que tal equipe assemelha-se à equipe agrupamento, mencionada por Peduzzi (2001), na medida em que há representantes das diversas áreas profissionais, mas que, isoladamente, realizam suas funções, com pouco diálogo, ou seja, sem uma maior integração entre os mesmos.

Assim, a inexistência de uma equipe efetiva pode dificultar a humanização do cuidado, considerando que persiste a fragmentação das ações, uma vez que cada um, na realização de suas atividades rotineiras e diárias, acaba por fragmentar o cuidado aos pacientes, acreditando estar fazendo apenas e exatamente aquilo que lhe compete. Tal postura reflete também a formação tecnicista desses profissionais.

O preparo da equipe para a construção de um cuidado humanizado

Durante as entrevistas, algumas opiniões emergiram, expressando a refinada percepção que alguns profissionais têm, tornando-os capazes de reconhecer, em sutis ações da equipe, uma abertura para aprendizagem:

“... podia também ser uma equipe enrijecida, que estranha essa, essa, essa entrada e saída desses outros profissionais, mas que me parece uma equipe muito pronta pra esse, pra receber esse processo e acho que o primeiro passo é esse, a equipe tá pronta pra receber essas mudanças pra dar conta do processo acontecer” (Mus 1).

“Uma equipe preparada é uma equipe que tá pronta pra mudança, que tá disponível, não pronta, né, pronta a gente vai tá na, no dia a dia, mas que tá disponível pra mudança, que é flexível, né...” (Mus 1)

“... uma coisa que me chama atenção, que me chamou bastante atenção foi no Congresso de Terapia Intensiva que a gente foi e muita gente da equipe de enfermagem, auxiliares, técnicos fazendo parte do congresso, né, o que tem isso com a humanização, é que eu acho que isso denuncia a flexibilidade desses profissionais pra aprender, pra ouvir, pra reciclar e pra querer modificar e melhorar a realidade que eles estão ali” (Mus 1).

“Eu acredito que eu nunca poderia participar dessa equipe do jeito que eu participo se não houvesse essa abertura” (Psico 1).

“... eu acho que é uma equipe que tem um conhecimento, uma sensibilidade, ao paciente, à família, a uma situação crítica... Eu acho que precisaria da gente encontrar meios disso se ampliar...” (Psico 1)

Apesar de terem sido apenas dois entrevistados, de categorias profissionais diferentes, que verbalizaram suas opiniões sobre a equipe estar preparada para as mudanças necessárias, pode ser um indicativo de que são realmente as pequenas mudanças que têm possibilidades de conduzir os profissionais à reflexão sobre humanização em terapia intensiva. Porém, é preciso reconhecer também que as falas acima citadas referem-se a membros dessa equipe que não estão continuamente presentes no dia a dia do CTI, na linha de

frente do cuidado permanente ao paciente, como ocorre com as pessoas das equipes de enfermagem e médica.

Nas entrevistas, outro membro, de outra categoria profissional, discorda que a equipe esteja preparada para as mudanças no sentido de humanizar o cuidado:

“... a equipe inteira não tá preparada pra isso, às vezes fica familiar um tempo a mais, todo mundo se sente incomodado, não é um ambiente que foi feito, nem estruturalmente, nem profissionalmente pensado em humanização...” (Med 7)

Tal opinião, divergente das outras duas acima citadas, sugere que esse profissional, por estar em maior contato com o cotidiano desse CTI, não percebe possibilidades de mudanças na equipe da qual faz parte, quer seja pelas posturas e ações da mesma em sua rotina de trabalho, quer seja por acreditar que, talvez, tais mudanças requeiram alterações estruturais significativas, nem sempre viáveis sob a ótica institucional.

Em relação às pessoas da equipe de enfermeiros, um entrevistado acredita que existe a possibilidade de construir ações humanizadoras no trabalho, o que irá requerer ações outras que sejam capazes de levar a equipe à reflexão constante sobre sua atividade profissional, envolvendo, inclusive, a dimensão subjetiva:

“Porque tem que resgatar isso [...] como a gente se especializa, faz especialização nisso ou naquilo, a gente tem que ter um trabalho interior, esse trabalho interior nosso, a gente tem que ter...” (Enf 6)

O olhar desse profissional pode, nas entrelinhas, sinalizar para algo fundamental: a acentuada especialização que ainda hoje marca nossa formação é limitante para a promoção de concepções e práticas que articulem dimensões biológicas, psicológicas e sócio culturais na ação profissional.

Em contrapartida, outro profissional da equipe de enfermagem acredita que o potencial para humanizar já está previamente impresso em cada profissional, não vendo possibilidade de mudanças atitudinais:

“... vai da conscientização de cada um, vai do que cada um pensa, [...] essa mentalidade não vai ser eu, não vai ser ninguém que vai mudar, é da pessoa.” (AE 4)

Essa fala indica um modo pouco dinâmico de perceber o modo humano de ser, negando a abertura e o movimento inerentes à existência humana. Movimento esse que, justamente, torna possível o permanente aprender acerca de novos conhecimentos, valores e ações.

Por outro lado, considerando que a maioria dos profissionais entrevistados não mencionou idéias e preocupações sobre o preparo das pessoas da equipe para construir o cuidado humanizado, indago se tal equipe tem refletido criticamente sobre seus conhecimentos, condições e experiências sobre humanização. Mesmo havendo, na visão de alguns profissionais, indícios de sutis aberturas para novos aprendizados, esses só podem ocorrer quando os próprios envolvidos efetivamente perceberem tais indícios, sendo ajudados no sentido de repensarem modos de sentir e agir, pelo processo reflexivo e incorporação e desenvolvimento da sensibilidade no trabalho cotidiano.

A disposição para a mudança só é possível se aliada à reflexão crítica e ética sobre suas práticas; do contrário, ações tarefas continuarão a ser reproduzidas entre aqueles que já estão inseridos no CTI e, possivelmente, reproduzidas àqueles que estão por se iniciarem em tal prática. Nesse sentido, acredito que o despertar dos diversos profissionais para as questões éticas da profissão possa orientá-los no sentido de reverem suas práticas, envolvendo seus valores e atitudes, buscando resgatar as várias dimensões da pessoa que devem ser consideradas no ato de cuidar.

Corrêa (1998) considera que um repensar sobre a prática em CTI, fundamentado em algumas idéias da bioética, possa revelar a importância do redimensionamento de algumas concepções como homem, qualidade de vida, saúde e cuidado, concepções essas passíveis de mostrarem caminhos para o cuidar ético em CTI. Tal proposta compreende, fundamentalmente, dirigir-se ao homem em seu complexo existir, reconhecendo a dignidade da pessoa humana.

Cabe ainda considerar a necessidade dos profissionais compreenderem o sentido de seu trabalho, inserido em um contexto de saúde, cujas práticas apontam para a construção de condutas cotidianas que situem o homem como sujeito social, com direito a um cuidado que o considere em sua dignidade, em quaisquer níveis do sistema de saúde, o que, obviamente, inclui o hospital e os serviços altamente especializados.

Em algumas entrevistas, foi sugerida, por um profissional, a realização de cursos, ainda na fase da graduação, que possibilite o desenvolvimento ou o despertar da competência para o “cuidado humanizado”.

“... deveria ter na graduação um curso ou alguma... um tempo de horas que falava. né, que esse compromisso a gente tem que desenvolver, não é um compromisso de dar técnica mas sim um compromisso desse falar, desse conversar com o paciente” (Enf 6).

Atualmente, a partir da constituição do SUS, vêm sendo apontadas as necessidades de mudanças na formação de maneira que tenhamos profissionais capazes de articular questões intelectuais e técnicas com aquelas relacionadas à subjetividade e ao compromisso social, proporcionando uma assistência de melhor qualidade, integral e humana.

A própria Política Nacional de Humanização alerta para a necessidade do debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliado à formação dos profissionais de saúde, de forma a viabilizar condições dignas de saúde para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e a defesa da vida (MANUAL DO HUMANIZASUS, 2004).

Há necessidade de se formar profissionais cidadãos, envolvidos com o processo de cuidar de forma mais humana, voltados para a atenção e escuta do outro, a fim de propiciar uma assistência mais qualificada e resolutiva, com possibilidades de transformar o cenário de atenção à saúde.

Após a inserção dos profissionais no mercado de trabalho, o processo educativo, por meio da educação permanente, se faz necessário, considerando que se trata de importante estratégia para o aperfeiçoamento dos trabalhadores, contribuindo para a transformação do cotidiano ao propiciar espaços para a reflexão do cuidado praticado, em busca do sentido essencial do cuidado humanizado.

A Política Nacional de Humanização, de forma a contemplar também os sujeitos já inseridos no sistema de saúde tem, como uma das prioridades, a educação permanente aos trabalhadores (MANUAL DO HUMANIZASUS, 2004). A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, incorporando o cotidiano das organizações e do trabalho com o objetivo de transformação das práticas profissionais. Essas transformações são de caráter estrutural, envolvendo a atuação e a gestão setorial em saúde (BRASIL, 2004).

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização [...] mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho, considerando a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, acredito que o papel da educação permanente torna-se fundamental de modo a abrir espaços para reflexão, aprendizado e troca de experiências, com o intuito de instigar os profissionais a pensar em sua própria prática, possibilitando-lhes indignar-se ou estranhar-se com determinadas ações e posturas não condizentes com a perspectiva do cuidado integral.

A gestão dos serviços de saúde tem papel importante no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para o trabalho em equipe, para a construção cotidiana de novas formas de produção das ações de saúde, de novas relações dos profissionais com os usuários e dos profissionais entre si, bem como possibilitar espaços coletivos para a troca de saberes, para a reflexão dos referenciais que orientam as práticas, para a análise e avaliação do sentido das ações produzidas. Esses são alguns caminhos para a construção de novos modos de produção de cuidado e de processo de educação permanente em saúde (BRASIL, 2005).

Com relação à formação profissional em saúde, de nível técnico, Appolinário (2007) refere que a visão do cuidar humano, tão preconizada no meio acadêmico e pela própria Política Nacional de Humanização, é pouco contemplada na formação desses profissionais, ainda marcada pelas dimensões biológica e técnica.

A meu ver, essa característica vale também para a formação dos profissionais de nível superior, na qual ainda prevalece o biologicismo e cientificismo em detrimento dos valores humanos, nas práticas de ensino. Gallian (2005) refere que o cientificismo e o tecnicismo penetram profundamente na concepção e ensino das ciências e profissões da saúde como um todo, ampliando, então, o desafio da re-humanização. O mesmo autor acrescenta que humanizar a relação, o exercício profissional e a pesquisa científica é papel das humanidades no ensino em ciências da saúde.

Maia (2005 p.45) acrescenta que:

A formação humanística não deve ser contraposta à formação científica, como dois componentes distintos da formação profissional para a atenção à saúde. Ao contrário, devem ser vistas como dois eixos de um mesmo processo, com o objetivo de mobilizar o interesse do aluno e capacitá-lo, não apenas no conhecimento científico das doenças, mas para o cuidado integral do ser humano.

Mesmo concordando que mudanças curriculares sejam capazes de formar profissionais mais envolvidos com o cuidar e, assim, mais capazes de humanizar o cuidado, acredito que também é possível transformar os sujeitos que não tiveram contemplados, em sua formação inicial, aspectos de ordem humanitária e relacional, pelo movimento de reflexão conjunta e ressignificação de valores que façam sentido a tais profissionais e os levem a uma mudança atitudinal, com possibilidade de construção de um cuidado humanizado.

Cabe ainda ressaltar, como já comentado, que mudanças na formação inicial continuada só serão efetivas se aliadas às mudanças institucionais que envolvem políticas e condições de trabalho.

*5 CUIDADO HUMANIZADO NO CII: DO
IDEALIZADO AO REAL VIVIDO*

A humanização no setor saúde tem se mostrado necessária e, no cenário da terapia intensiva, porque não dizer, urgente. Situações de descaso para com os usuários do Sistema Único de Saúde têm ocorrido, com frequência, em todos os níveis de atenção: dificuldades de acesso, mau acolhimento, fragmentação das ações de cuidado, relações paternalistas e/ou autoritárias com usuários são todas situações ainda comumente encontradas, apesar dos dispositivos político-legais existentes.

O CTI, cenário deste estudo, está inserido neste contexto e suas especificidades relacionadas ao predomínio do modelo biologicista de compreensão do processo saúde-doença, ao fazer incessante de procedimentos de alta densidade tecnológica, muitas vezes voltados à manutenção da vida do paciente, às rotinas rígidas, próprias do cenário hospitalar, além do lidar cotidiano com situações geradoras de estresse e sofrimento também para as pessoas que integram a equipe de saúde. Todas essas facetas contribuem, sobremaneira, para limitar a construção do cuidado humanizado.

Dessa realidade, emergiram as inquietações que conduziram à realização deste estudo. Ao mesmo tempo, permitiram a aproximação às vivências dos profissionais quanto à humanização do cuidado no contexto do CTI e a minha própria reflexão sobre meu fazer cotidiano na condição de enfermeira de terapia intensiva.

Assim, foram captados alguns modos de pensar, sentir e fazer no CTI pelos membros da equipe de saúde, gerando novas inquietações, mas, principalmente, instigando o fortalecimento do compromisso individual e coletivo com a humanização do cuidado.

Isso foi possível no decorrer de um processo de estar apreendendo, seja com as aulas e leituras que tive durante o mestrado, as quais me permitiram um novo olhar para além dos cuidados técnicos que prestava aos pacientes em meu dia a dia, seja pela interação com as pessoas da equipe de saúde, durante as entrevistas, as quais foram clareando ou talvez modificando o meu modo de pensar e conceber o cuidado em terapia intensiva.

As temáticas que se configuraram, pela análise compreensiva das entrevistas, mostram tentativas e limites de construção do cuidado humanizado nesse setor, sendo possível, a partir desses limites e tentativas, vislumbrar algumas possibilidades de transformações cotidianas.

Na primeira temática, **Humanização implica reconhecer o paciente em sua singularidade e integralidade**, foi abordada, pelos diversos entrevistados, a importância em reconhecer o paciente como ser singular, portador de direitos e de autonomia, embora limitada, dada a gravidade do seu estado. No entanto, as práticas por eles relatadas contradizem, em muitos momentos, o que verbalizam em seus discursos, sendo possível perceber a impessoalidade e autoritarismo presentes nas suas relações com os pacientes e famílias.

O atendimento a algumas necessidades dos pacientes, à primeira vista estranho ao cotidiano do CTI, foi interpretado pelos sujeitos desse estudo como maneiras de beneficiar alguns em detrimento de outros, evidenciando que ainda existem dificuldades em reconhecer que os pacientes têm necessidades diferentes e que, mesmo no contexto da terapia intensiva, é possível e necessário que os profissionais sensibilizem-se para atendê-las.

É importante também no cuidado do paciente grave, reconhecer as necessidades biológicas que a própria patologia impõe, valorizando as psicológicas, afetivas, sócio-culturais e espirituais, inerentes ao ser humano assistido.

Em determinados momentos, foi observada a presença da lógica caritativa do cuidado, na visão de alguns entrevistados e, assim, o não reconhecimento da condição do paciente como cidadão, portador de direitos à assistência em saúde de qualidade.

A mecanização das ações praticadas em terapia intensiva pôde ser notada nas entrevistas realizadas, característica compatível com os modelos de formação ainda

biologicista/tecnicista dos profissionais de saúde, da organização funcionalista de trabalho e do modelo biologicista de compreensão do processo saúde-doença.

A tecnologia de ponta ainda parece exercer grande fascínio nos profissionais que atuam em terapia intensiva; no entanto, a meu ver, isoladamente, ela não é a responsável pela desumanização do ato de cuidar. Muito mais crucial são as posturas dos profissionais responsáveis pelo cuidado que, muitas vezes, desconsideram a dimensão humana do paciente, submetendo-o às ações mecânicas, favorecendo a impessoalidade nas relações, relegando o respeito genuíno à sua dignidade.

Cabe ressaltar que essa postura não se refere apenas a uma escolha individual de cada profissional que aí atua, mas é construída nas relações intersubjetivas do cotidiano, alicerçadas no contexto de trabalho mais amplo que se fundamenta nos modelos anteriormente apontados.

Muitas vezes, o cuidado prestado em terapia intensiva acaba por envolver as pessoas da equipe em um fazer repetitivo, técnico e sem reflexão. Pode levar à banalização de situações comuns, em sua visão, porém bastante estranhas para os outros envolvidos, pacientes e famílias, os quais ainda se assustam ao depararem-se com o cenário da terapia intensiva. Por vezes, a exposição do paciente é freqüente, não havendo preocupação dos profissionais em evitá-la, pois não há o reconhecimento da sua condição humana, principalmente tratando-se de pessoa sedada, sem condições de manifestar-se, verbalizar seus anseios, medos e insatisfações.

Ainda quanto à exposição dos pacientes, urge questionar se realmente se faz necessário mantê-los quase nus na unidade, expondo-os e fragilizando-os ainda mais. Não seria esse mais um daqueles hábitos que se repetem ao longo dos anos, sem uma efetiva avaliação, ponderação e reflexão?

Independentemente do nível de consciência que o paciente se encontra no CTI, deve haver o reconhecimento e discernimento, por parte dos integrantes da equipe, de que os direitos são os mesmos esteja o paciente consciente ou não e, embora haja necessidades diferentes por parte de ambos, o respeito à sua pessoa deve ser o mesmo. Nas situações onde o cuidado ao paciente torna-se paliativo, é preciso que os profissionais compreendam que nem sempre será possível a recuperação da vida, o que não implica renegar o cuidado. Mais que isso, é preciso que a equipe proporcione um cuidado que respeite a pessoa gravemente doente em sua totalidade para que ela tenha uma morte digna e, sempre que possível, aproximá-la de seus familiares. Torna-se imperativo romper normas e rotinas, flexibilizando-as, permitindo a permanência do familiar próximo ao paciente, compartilhando de seus últimos dias de vida e relacionar-se com esse familiar de modo a lhe oferecer suporte emocional.

Os profissionais não devem menosprezar seu valor por não terem sido capazes de obter a recuperação do paciente. Estar com o outro (familiar) no momento da morte de seu parente implica reconhecer habilidades outras que não a técnica, como a capacidade de ouvir, acolher e apoiar o familiar em sua dor. Na impossibilidade de salvar uma vida, existe a possibilidade de resgate do humano em cada um, de forma a compreender e solidarizar-se com o sofrimento do outro, em postura de solicitude, de cuidado.

Os profissionais parecem reconhecer a importância da presença da família no CTI junto ao paciente; no entanto, ainda é necessária sua compreensão de que o cuidado, indiretamente, deve a ela se estender, considerando que se encontra em situação de desestruturação e fragilidade. É necessário o estabelecimento de diálogo e atenção às necessidades da família, construindo uma relação de respeito mútuo, de forma a conseguir a confiança e o alívio da dor daqueles que acompanham o sofrimento do parente internado no CTI.

Na temática seguinte, **Fazer técnico X humanização no cotidiano do CTI**, apreendo que os profissionais acabam por envolver-se mais com as técnicas e procedimentos acreditando serem práticas dissociadas da humanização. No entanto, é preciso que reconheçam ser possível humanizar o cuidado, ainda que e, primordialmente, no contexto da terapia intensiva.

Essa visão dicotômica é também fruto dos modelos de organização do trabalho funcionalista e do predomínio do modelo biológico de compreensão em relação ao processo saúde-doença, os quais orientam a prática cotidiana para um fazer tecnicista, com insuficiente valorização da sensibilidade, da reflexão crítica e do compromisso social como integradores do cuidar.

Faz-se, assim, necessário construir modos de atuação que integrem as dimensões biológica, psicológica, sócio-cultural, tanto no cuidado ao paciente como na gestão da equipe de trabalho, pois integralidade, ponto essencial de práticas humanizadoras, só se constrói se ultrapassadas dicotomias: técnico-humano, individual-coletivo, subjetividade-objetividade.

Em relação às **Condições de trabalho e suas implicações para a humanização do cuidado**, são destacadas as atuais dificuldades enfrentadas pelos membros da equipe de enfermagem no concernente ao número insuficiente de funcionários e problemas com a gerência imediata, emergindo, nas falas de alguns entrevistados, o limite para o diálogo. Além dessa especificidade dos profissionais de enfermagem, de modo geral, os profissionais da terapia intensiva se referem às dificuldades em lidar com um cotidiano permeado por situações estressantes como atendimentos de urgência, contato com a dor e a morte, situações essas geradoras de sofrimento para as próprias pessoas da equipe de trabalho.

Compreendo que tal sofrimento, apesar de explicitado ou verbalizado nas entrelinhas por alguns entrevistados, muitas vezes é banalizado pela própria equipe no cotidiano de

trabalho, seja para conseguir cumprir os afazeres cotidianos, seja porque não há mesmo espaços efetivos para a troca e elaboração das experiências vividas entre os profissionais.

As pessoas da equipe consideram que é preciso humanização também para si mesmas para, então, ser possível buscar a humanização do cuidado. Isso é observado nas suas falas que sinalizam para a necessidade de apoio psicológico para a equipe, facilitando o enfrentamento de situações como a dor do outro, o sofrimento e a morte, tão presentes no cenário do CTI.

Além disso, a necessidade de uma equipe integrada e com objetivos comuns se faz necessária na visão dos entrevistados de modo a possibilitar a construção de metas a serem alcançadas no sentido da humanização das ações.

No que se refere ao **Preparo da equipe para construir um cuidado humanizado**, última temática abordada, vivências mostraram-se divergentes, sugerindo não haver ainda muita clareza nas especificidades que envolvem a humanização, talvez pelo não reconhecimento de que seja esta uma necessidade passível de ser alcançada no CTI e não uma realidade ilusória, uma utopia. Daí a dificuldade observada no início de grande parte das entrevistas, quando os entrevistados, após lançada a questão norteadora, mencionavam que iniciariam suas falas pelas ações desumanizantes, pois acreditavam ser mais fácil. Talvez a dificuldade em mencionar ações humanizadoras decorra da sua não compreensão de que mudanças nas posturas cotidianas podem constituírem-se em um potencial para a humanização do cuidado. Acreditam tratar-se de algo muito distante, cujas dimensões extrapolam aquelas contidas em seus afazeres diários.

Parece-me que os profissionais, em algumas situações, vêem a possibilidade de construção de ações humanizadoras como algo à parte de sua própria atuação. Chama também a atenção o fato dos profissionais, de modo geral, mesmo nos seus discursos, não

mencionarem idéias que evidenciassem uma aproximação mais consistente com as atuais políticas de saúde e, particularmente, da humanização do SUS.

Isso pode trazer à tona a idéia de que a terapia intensiva ainda apresenta-se para os profissionais que aí atuam como algo à parte do sistema de saúde atual, não sendo reconhecido que os princípios e os valores do SUS também se referem ao cuidado hospitalar, incluindo os cenários altamente especializados, como os CTIs.

Acredito que a formação e a educação permanentes, voltadas aos preceitos políticos e éticos do cuidar, podem levar a reflexões sobre a situação do cuidado à saúde nos dias atuais. É na reflexão contínua e no partilhar de idéias e experiências vividas que se torna possível indignar-se com a realidade de forma a alterar concepções e mobilizar atitudes no sentido de buscar a humanização do cuidado.

Especificamente no contexto do CTI, acredito que mudanças urgentes se fazem necessárias no sentido de construir um cuidado de qualidade, compreendendo que esse cuidado exige condições político-estruturais, técnicas e relacionais que, articuladas, considerem a complexidade do homem gravemente doente, reconhecendo sua integralidade e, como tal, sua especificidade como ser biológico, social e subjetivo, que constrói sua história de vida nos encontros e desencontros de sua existência, compartilhada cotidianamente com os outros homens no mundo.

Da análise compreensiva das falas dos diversos profissionais deste CTI, emergiram, explícita ou implicitamente, muitas ações com potencial humanizador, ou seja, que possam não perder de vista a dignidade humana. O homem, mesmo gravemente doente, não perde seu estatuto de homem / humano. Assim, podem ser citadas as ações: flexibilização de rotinas que, não colocando em risco a vida do paciente, permite singularizar o cuidar; acolhimento aos familiares, mantendo as aberturas já criadas para sua entrada no CTI, avançando na busca de condições futuras que permitam, cada vez mais, a sua presença junto ao parente internado;

oferecimento de práticas educativas, alicerçadas em metodologias reflexivas, que propiciem a construção de novos conhecimentos e posturas pelos membros da equipe, no que se refere à humanização no SUS; mudanças nas práticas gerenciais, tornando-as mais participativas, de modo a co-responsabilizar as pessoas da equipe com os resultados efetivos de seu trabalho; criando canais mais efetivos de comunicação e negociações com as demais instâncias administrativas da instituição, no sentido de reivindicar condições de trabalho satisfatórias aos trabalhadores; propiciar espaços para apoio psicológico dos profissionais, gerando condições internas / subjetivas para acolhimento da dor do outro, com certo “controle do risco” permanente de adoecer. Enfim, fazem-se presentes, nessas sugestões, ações de natureza administrativa, educativa e relacional, cuja articulação poderá possibilitar a construção de práticas de saúde mais humanas.

Reconheço que tais mudanças não se darão de imediato, mas acredito que um passo, o meu passo, foi dado no sentido de alertar a todos, não só aqueles com quem trabalho, mas a todos que, de alguma forma, lidam com pacientes em centros de terapia intensiva e, envolvidos com o encantamento da alta densidade tecnológica, ainda não conseguem vislumbrar, nos contextos quase sempre adversos de trabalho, que o ser humano ali presente é e sempre deverá ser o foco de nossas atenções, de nossos olhares, de nossas ações, de nosso cuidar.

Nesse sentido, novos estudos se fazem necessários na tentativa de elaborar estratégias com possibilidades de aproximar o cuidado em CTI a um cuidado plenamente humano.

REFERÊNCIAS⁸

⁸ De acordo com: Diretrizes para apresentação de teses e dissertações da USP: documento eletrônico ou impresso. 2003.

APOLLINÁRIO, R. S. **Educação profissional: vivência do educando de enfermagem no cuidado ao doente crítico**. Ribeirão Preto, 2007. 119 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 132-135, jan./fev. 2006.

BAGGIO, M. A. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. **Rev Gaúch Enferm**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 409-415, 2007.

BARROS, M. E. B. Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento? In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 261-86.

BASTOS, M. A. R. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 131-136, 2002.

BECK, C. L. C. ; GONZALES, R. M. B. ; DENARDIN, J. M. ; TRINDADE, L. L. ; LAUTERT, L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 503-510, jul./set. 2007.

BETTINELLI, L. A.; ROSA, J.; ERDMANN, A. L. Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares. **Rev Gaúch Enferm**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 377-384, 2007.

BOEIRA, M. M.; MAINERI, M. M.; SUSSELA, R.; LOPES, T. V. A presença do familiar junto ao paciente no centro de terapia intensiva adulto (CTI): uma forma de humanizar o cuidado. **Rev Med Hosp Pompéia**, Caxias do Sul, v. 6, n. 2, p. 24-29, 2004.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan. 1994.

_____. **A morte e o morrer**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

BOEMER, M. R. ; ROSSI, L. R. G. ; NASTARI, R. R. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva: análise de depoimentos. In: CASSORLA, R. M. S. **Da morte: estudos brasileiros**. 2 ed. Campinas: Papirus, 1998.

BOGDAN, R. C. ; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Lisboa: Porto, 1994. 336 p.

BOLELA, F. ; JERICÓ, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 301-308, 2006.

BORGES, L. O. ; ARGOLO, J. C. T. ; PEREIRA, A. L. S. ; MACHADO, E. A. P. ; SILVA, W. S. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicol Reflex Crít**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 19 fev. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores da educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 104p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – doutrinas e princípios**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990. v. 1, 20p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 2001. 60p.

BRESSAN, V. R. ; SCATENA, M. C. M. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 682-9, set. /out. 2002.

CAMPOS, M. A. Experiência de trabalho em uma equipe multidisciplinar de um hospital dia psiquiátrico universitário: reflexões sobre dinâmica de grupo. **Rev ABP-APAL**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 30-34, 1988.

_____. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 255-257, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. et al. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 192-97, out. 1994.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987. 94 p.

CASATE, J. C. ; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan. /fev. 2005.

_____. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 321-328, 2006.

CAVALCANTI, A. H. A humanização do Sistema Único de Saúde: provocações para a análise do processo de trabalho em saúde. **Olho mágico**, Londrina, v. 12, n. 3, p. 69-78, jul. /set. 2005.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CIOSAK, S. I. ; SENA, S. G. **A enfermagem em UTI: um momento de reflexão**. São Paulo: Littera, 1983.

COLLET, N. ; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, mar. /abr. 2003.

CORONETTI, A. ; NASCIMENTO, E. R. P. ; BARRA, D. C. C. ; MARTINS, J. J. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **ACM Arq Catarin Méd**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

CORRÊA, A. K. **Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva: em busca do sentido da existência humana**. Ribeirão Preto, 2000. 212p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

_____. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-88, jan. 1997.

_____. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 297-301, dez. 1998.

DAMAS, K. C. A. ; MUNARI, D. B. ; SIQUEIRA, K. M. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. **Rev Eletrônica Enferm**, Goiânia, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/cuidador.html. Acesso em: 16 abr. 2007.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia**. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1992. 174 p.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2000.

ESPOSITO, V. H. C. Pesquisa qualitativa: modalidade fenomenológico-hermenêutica: relato de uma pesquisa. In: BICUDO, M. A. V. ; ESPOSITO V. H. C. (Org.). **A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. Piracicaba: Unimep; 1994. p. 81-93.

FERREIRA JUNIOR, M. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Rocca, 2000.

FONSECA, A. M. ; SOARES, E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar. 2006. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522006000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 18 abr. 2008.

FOUNTAIN, D. K. ; BRIGGS, L. P. ; POPE-SMITH, B. Designing humanistic critical care environments. **Crit Care Nurs Q**, Frederick MD, v. 24, n. 3, p. 21-34, nov. 2001.

FRANÇA, A. C. L. ; RODRIGUES, A. L. **Estresse e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.

GALLIAN, D. M. C. As humanidades e o ensino em ciências da saúde. In: BATISTA, N. A. ; BATISTA, S. H. ; ABDALLA, I. G. (Org.). **Ensino em saúde**: visitando conceitos e práticas. São Paulo: Arte e ciência, 2005.

GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. São Paulo: EPU, 1988.

GONÇALVES, M. A. B. **Significado de ser enfermeira chefe de uma unidade de terapia intensiva**. 182 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

HADDAD, M. C. L. Proposta de implantação de um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 307-313, 1998.

HAWLEY, M. P. ; JENSEN, L. Making a difference in critical care nursing practice. **Qual Health Res**, Newbury Park CA, v. 17, n. 5, p. 663-674, maio 2007.

HAYASHI, A. A. M. ; GISI, M. L. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 824-837, maio /ago. 2000.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

IDE, C. A. C. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 91-98, 1989.

JARDIM, P. C. B. V. A relação médico-paciente-equipe de saúde. In: GONZALEZ, R. F. ; BRANCO, R. **A relação com o paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

KELLEHER, S. Providing patient-centred care in an intensive care unit. **Nurs Stand**, London, v. 21, n. 13, p. 35-40, jul. 2006.

KNOBEL, E. , NOVAES, M. A. F. P. , BORK, A. M. G. T. Humanização dos CTIs. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, 1998. cap. 104, p. 1297-1303.

LEMOS, R. C. A; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 345-357, maio /jun. 2002.

LINO, M. M. ; SILVA, S. C. da. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, p. 25-29, out. 2001.

LOPES, M. J. M. ; LAUFERT, L. A saúde das trabalhadoras da saúde: algumas questões. In: HOAG, G. S. ; LOPES, M. J. M. ; SCHUCK, J. S. (Org.). **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. Goiânia: AB, 2001. p. 109-140.

MAIA, J. A. Formação humanística no ensino superior em saúde: intencionalidades e acasos. In: BATISTA, N. A. ; BATISTA, S. H. ; ABDALLA, I. G. (Org). **Ensino em saúde: visitando conceitos e práticas**. São Paulo: Arte e ciência, 2005.

MANUAL DO HUMANIZASUS. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização-Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/humanizusus>. Acesso em : 19 fev. 2008.

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíesis**. São Paulo: Cortez, 1992.

MARTINS, J. , BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989. 110 p.

MARTINS, J. ; BOEMER, M. R. ; FERRAZ, C. A. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 139-147, abr. 1990.

MARTINS, J. J. ; FARIA, E. M. A (re)organização do trabalho da enfermagem em UTI, através de uma nova proposta assistencial. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 388-401, maio / ago. 2000.

MATOS, E. ; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul. -set. 2006.

MATSUDA, L. M. , SILVA, N. , TISOLIN, A. M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI – adulto. **Acta Sci Health Sci**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERCÊS, C. A. M. F.; ROCHA, R. M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 470-475, jul. /set. 2006.

MERHY, E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface Comun Saúde Educ**, Botucatu, v. 6, p. 109-125, fev. 2000.

MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 17-20, 2004a.

_____. Editorial. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 4-5, 2004b

_____. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MIRACLE, V. A. Are we doing enough to meet the needs of the families of our patients? **Dimens Crit Care Nurs**, Lakewood, v. 24, n. 2, p. 106-7, mar./ abr. 2005.

MUSSI, F. C. Cofortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 107-112, jun. 1999.

NASCIMENTO, E. R. P. ; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-257, mar. /abr. 2004.

NASCIMENTO, K. C. ; ERDMANN, A. L. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 333-341, jul. /set. 2006.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 103-113, 1996.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Rev Bras Med Trab**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, jul-set. 2003.

OLIVEIRA, B. R. G. ; COLLET, N. ; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar. /abr. 2006.

OLIVEIRA, F. P. T. ; SANTOS, G. S. ; SILVA, L. S. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Nursing**, v. 60, n. 6, p. 37-42, 2003.

OLIVEIRA, P. R. ; TRISTÃO, R. M. ; NEIVA, E. R. Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI neonatal. **Educação profissional: Ciência e Tecnologia**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 27-37, jul-dez. 2006.

PAGANINI, M. C. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 5, n. esp. , p. 73-82, jan. /jun. 2000.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PINHO, I. C. ; SIQUEIRA, J. C. B. A. ; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletrônica Enferm**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 42-51, 2006.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

POPIM, R. C. ; BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 677-685, 2005.

ROCHA, V. K. ; GUARAGNI, A. S. ; BETTONI, S. Pesquisando a existência de resistência por parte da equipe de enfermagem do CTI em assistir pacientes conscientes. **Rev Gaúch Enferm**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 132-139, jul. 1996.

SALERNO, M. S. Da rotinização à flexibilização: ensaio sobre o pensamento crítico brasileiro de organização do trabalho. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 21-32, 2004.

SANTORO, D. C. Situação do sistema de saúde no Brasil e os cuidados desenvolvidos nas unidades de terapia intensiva. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 259-61, 2001.

SHIMIZU, H. E. ; CIAMPONE, M. H. T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. **Rev latinoam enferm**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 623-630, jul. /ago. 2004.

_____. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 95-106, 1999.

SILVA, J. P. V. ; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.

SILVEIRA, M. F. A. Estar despido na unidade de terapia intensiva: duas percepções, um encontro. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 449-459, dez. 1997

SOUZA, M. ; POSSARI, J. F. ; MUGAIAR, K. H. B. Humanização da abordagem nas unidades de terapia Intensiva. **Rev Paul Enferm**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 77-79, abr. /jun. 1985.

SPÍNDOLA, T. ; MACEDO, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 108-117, abr/jun. 1994.

STACCIARINI, J. M. R. ; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, mar. 2001.

TESTA, M. Visão desde o leito do paciente. **Rev Saúde Mental Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 47-54, 1992.

TRINCAUS, M. R. **A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase**. Ribeirão Preto, 2005. 130p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VALLE, E. R. M. **Câncer infantil: compreender e agir**. Campinas: Editorial Psy, 1997. 211 p.

VILA, V. S. C. ; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 137-44, mar. /abr. 2002.

URIZZI, F. **Vivências de familiares de paciente internados em terapia intensiva: o outro lado da internação**. Ribeirão Preto, 2005. 139p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, 2005.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCFMRP-USPHOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULOwww.hcrp.fmrp.usp.br

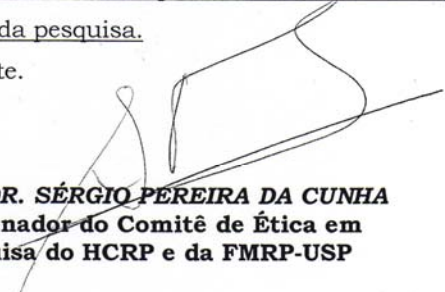
Ribeirão Preto, 29 de agosto de 2007

Ofício nº 2969/2007
CEP/SPC**Prezada Senhora,**

O trabalho intitulado **“A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 253ª Reunião Ordinária realizada em 27/08/2007, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 7883/2007.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.



PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
FABIANA BOLELA
PROFª DRª ADRIANA KATIA CORRÊA (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Depto. de Enfermagem Geral e Especializada

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: A humanização do atendimento em terapia intensiva: percepção da equipe de saúde

Pesquisadoras responsáveis: Fabiana Bolela (mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP), Adriana Katia Corrêa (docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP)

Eu, Fabiana Bolela, enfermeira e aluna do Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, solicito sua colaboração para a realização desta pesquisa que tem como objetivo apreender o que significa para os profissionais que atuam na UTI, a humanização do cuidado, ou seja, compreender sua percepção e experiências acerca do que seja para cada um, no contexto da UTI, ações humanizadoras. Para tal, convido-o para uma entrevista a ser agendada em data e horário que forem melhores para você. Caso concorde, a mesma será gravada.

Sua participação é voluntária, sendo assegurado o sigilo de suas informações. Caso deseje, você poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos, bem como ser informado sobre os resultados da pesquisa.

Sua participação não implicará em remuneração financeira.

Esclareço que os dados desta pesquisa terão finalidade acadêmico-científica, além de subsidiarem discussões sobre a humanização do cuidado em Terapia Intensiva.

Dúvidas ou quaisquer outras informações sobre o estudo poderão ser esclarecidas diretamente comigo, através dos telefones: (16) 3622 6497 / 9235 0190.

Esclareço ainda que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (processo 7883 / 2007) e que uma cópia deste termo de consentimento lhe será fornecida.

Agradeço-lhe a valiosa colaboração.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Assim, tendo sido devidamente esclarecido sobre a minha participação nesta pesquisa declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados e concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Nome do profissional

Assinatura do profissional

Endereço da pesquisadora: R. Legionario Mauricio 234, Ipiranga / Ribeirão Preto – SP