

LEANDRO BARBOSA DE PINHO

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: CONTRADIÇÕES ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA
PROFISSIONAL**

Florianópolis, dezembro de 2005.

LEANDRO BARBOSA DE PINHO

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: CONTRADIÇÕES ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA
PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Co-orientadora: Dra. Ivete Simionatto

Florianópolis, dezembro de 2005.

P654c Pinho, Leandro Barbosa de

O Cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: contradições entre o discurso e a prática profissional / Leandro Barbosa de Pinho; orientador Silvia Maria de Azevedo dos Santos. – Florianópolis, 2005.

122 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui bibliografia.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Unidades de terapia intensiva. 3. Hospitalização. I. Santos, Silvia Maria de Azevedo dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

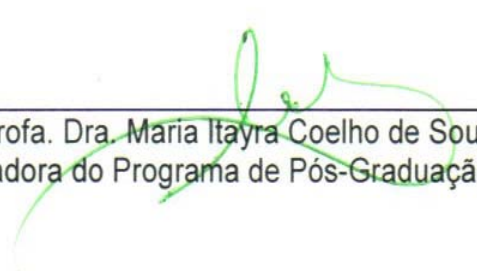
CDU 616-083

LEANDRO BARBOSA DE PINHO


O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
contradições entre o discurso e a prática profissional

Esta dissertação foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.


Florianópolis, 10 de Setembro de 2005.




Profa. Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem




Profa. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Presidente



Prof. Dr. Jonas Salomão Spricigo
Membro efetivo



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski
Membro efetivo – externo



Profa. Dra. Maria do Horto Cartana
Membro suplente

Profa. Dra. Eda Schwartz
Membro suplente – externo

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

A minha avó, Wanda, e minha mãe, Vânia. O período do Mestrado foi um aprendizado para nós todos, porque tivemos que administrar um fato que não esperávamos tão cedo: a distância. Eu senti muito a falta de vocês, ainda sinto, mas nada disso é em vão. Essa vitória também é fruto do esforço de vocês. Obrigado por tudo mais uma vez. Eu amo vocês!

A minha companheira Graça, que soube me acolher nos momentos mais difíceis e que foi meu alento nesse último ano de Mestrado. O teu estímulo foi muito importante para que a gente pudesse cristalizar cada vez mais a nossa relação. Sinto-me abençoado por te ter ao meu lado. Te adoro!

A minha orientadora Sílvia, que, acima de tudo, encarava toda a sobrecarga de atividades com muito bom-humor e pela sua disponibilidade sempre muito bem vinda, principalmente nos momentos de aperto. Desde já, o meu muito obrigado!

A Profa Ivete Simionatto, pela ajuda dispensada na articulação do referencial teórico-filosófico durante a construção do projeto para a qualificação e pelas sugestões de leitura para aprofundamento nas idéias de Gramsci.

A minha banca, formada pelos professores Jonas, Maria do Horto e Luciane, que, com seus ensinamentos e suas sugestões, contribuíram para a melhoria deste trabalho.

Um agradecimento especial a Luciane, que soube me dar o seu apoio durante toda a minha trajetória profissional. Além de uma profissional super competente, é uma grande amiga. Agora temos mais 3 anos de doutorado pela frente. Obrigado, mais do que tudo, pela confiança. Um grande beijo.

A equipe de enfermagem da UTI de Adultos do HU, com a qual interagi por quase 3 meses e que, muitas vezes, pareciam curiosos com tantos registros de observações. Mesmo assim, souberam administrar a minha presença constante e sempre foram muito acolhedores. Este trabalho é para vocês. Obrigado por tudo!

Aos pacientes e familiares que compartilharam suas experiências para enriquecer este trabalho e que, mesmo diante do sofrimento, nunca perderam a esperança e a fé na vida. Vocês foram muito especiais. Esse trabalho também é para vocês!

Aos professores da FEO/UFPeL, que, embora distantes, nunca deixaram de mandar as suas energias positivas que só me estimulavam a buscar o conhecimento cada vez mais. Mais uma etapa cumprida. Muito obrigado!

Aos meus colegas do Mestrado, em especial à Patrícia G, Patrícia K, Keyla, Fabiane e Marizete, pelo apoio, discussões estimulantes, além das nossas muitas risadas que, de fato, aliviaram as nossas tensões, mesmo que momentaneamente.

Aos professores da UFSC que direta ou indiretamente contribuíram para a

concretização deste trabalho.

A Denildes, eterna professora (e vizinha), pelo apoio incondicional durante a minha estada em Florianópolis e por sempre confiar em mim, estimulando-me a buscar a minha contínua qualificação profissional.

Ao CNPq, pelo auxílio financeiro.

A Claudia e ao Seu Jorge por terem que agüentar tantas solicitações, mas que sempre atendiam com a acolhida necessária que tanto faz bem a nós.

A todos que, mesmo não citados, estiveram presentes direta ou indiretamente, ajudando-me nessa caminhada.

PINHO, Leandro Barbosa de. **O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: contradições entre o discurso e a prática profissional.** 2005. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC.

RESUMO

O processo de hospitalização já é um evento estressante, porém singular para pacientes e familiares que são atendidos. Em se tratando de atendimento em uma UTI, pode haver a emergência de uma série de sinais e sintomas de desestabilização físico-emocional, em função do afastamento temporário, do risco de vida, da incerteza do tratamento, do imaginário e das limitações na prestação do suporte psicossocial, onde se verificam diferentes manifestações de cuidado. Nesse sentido, o presente estudo visa a conhecer diferentes situações onde se revelam contradições nas práticas de cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, baseando-me na tese de que o cuidado pode-se tornar contraditório e se refletir no discurso e na prática profissional do enfermeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de orientação dialética, realizada com 07 enfermeiros, 04 familiares acompanhantes e 01 paciente na Unidade de Terapia Intensiva de adultos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Para tanto, utilizei, como estratégias de coleta de dados, a observação participativa, a entrevista semi-estruturada e a análise de documentos. O referencial teórico-filosófico escolhido para orientar a análise foi conceitos de Antonio Gramsci. Os resultados destacaram duas categorias de análise: a dialética do cuidado humanizado na UTI e A lógica da produção de saúde e de cuidado na UTI – análise do discurso e da prática profissional do enfermeiro. Constatou-se que existe uma multiplicidade de fatores que influenciam no cuidado prestado pelo enfermeiro, entre eles o despreparo do profissional para atuar nas relações intersubjetivas, a facilidade de flexibilização de rotinas institucionais, o desgaste do profissional, as relações político-institucionais e de poder, que podem otimizar, facilitar, dificultar ou, até mesmo, inviabilizar as referidas práticas de cuidado do profissional. Os referidos fatores também se transformam em fontes para a evidência de contradições que remarcam a fragmentação do discurso e da prática profissional do enfermeiro. Verificou-se que a realidade circunstanciada produzida pelos sujeitos pode possibilitar a reflexão do contexto assistencial de cuidados na UTI, como forma de se promover a constante construção/reconstrução da enfermagem em termos de práticas, saberes e relações.

Palavras-Chave: Cuidados intensivos. Enfermagem. Hospitalização.

PINHO, Leandro Barbosa de. **Nursing care at the Intensive Care Unit: contradictions between speech and professional practice.** 2005. 122f. Dissertation (Masters Degree in Nursing) – Nursing Post-graduation Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis - SC.

ABSTRACT

The hospitalization process is a stressing but unique event for both patients and their relatives. When it comes to Intensive Care Unit attendance, many signs and symptoms of physical and emotional imbalance can emerge, due to routine detachment, uncertainty of therapy, myths, and limitations on psychosocial care giving, where multiple care manifestations can be noticed. This present study aims to know the different situations where contradictions on nursing are revealed at an ICU, based on the thesis that this care can become contradictory and reflect on the talking and professional acting of a nurse. It's a qualitative research, on a dialectic orientation, made with 07 nurses, 01 patient and 04 patient's companions at the University Hospital adults' ICU of the Federal University of Santa Catarina. For this were used, as data gathering strategies, the participative observation, the semi-structured interview and document analysis. The chosen philosophical-theoretical referential for data analysis were the concepts of Antonio Gramsci. The results showed two analysis categories: the ICU humanized care dialectic, and the health and care production in ICU – analysis in the speech and professional practice of the nurse. It was noticed that there is a multiplicity of influential factors in the care given by the nurse. Among them are the professional inability for acting in intersubjective relations, the facility of institutional routines flexibilization, stress in nursing professionals, and the political-institutional and power relations, that may optimize, facilitate, difficult, and even make impracticable the foresaid nursing practices. These factors also become source of evidence of contradictions that mark nurse's speech and professional practice fragmentation. It was seen that this detailed reality produced by subjects may create the reflection of the assistential care context in an ICU, to promote non-stopping building/rebuilding of nursing as practices, knowledges, and relations are concerned.

Keywords: Intensive care. Nursing. Hospitalization.

PINHO, Leandro Barbosa de. **El cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: contradicciones entre el discurso y la práctica profesional.** 2005.122f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC.

RESUMEN

El proceso de hospitalización es un evento estresante, aunque todavía singular para pacientes y familiares atendidos. Lo que se trata de la atención en una UTI, puede haber la evidencia de una serie de señales y síntomas de desestabilización físico-emocional por el distanciamiento temporal, del riesgo de vida, de las dudas del tratamiento, del imaginario y de las limitaciones en el soporte psicosocial, donde se verifican variadas manifestaciones de cuidado. Así, el presente estudio objetiva conocer diferentes situaciones por las que se revelan contradicciones en las prácticas de cuidado de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva, basándose en la tesis de que el cuidado se puede tornar contradictorio, reflexionándose en el discurso y en la práctica profesional del enfermero. Tratase de una investigación cualitativa, de orientación dialéctica, realizada con 07 enfermeros, 04 familiares acompañantes y 01 paciente en la Unidad de Terapia Intensiva de adultos del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina. He utilizado como estrategia de coleta de datos la observación participativa, la entrevista parcialmente estructurada y el análisis de documentos. El referencial teórico-filosófico que ha sido escogido para el análisis de los datos ha sido algunos conceptos de Antonio Gramsci. Los resultados han destacado dos categorías de análisis: la dialéctica del cuidado humanizado en la UTI y la lógica de la producción de salud y de cuidado en la UTI – análisis del discurso y de la práctica profesional del enfermero. Ha sido constatado que hay una multiplicidad de factores que influyen en el cuidado prestado por el enfermero, entre ellos el desconocimiento del profesional para actuar en las relaciones intersubjetivas, la facilidad de flexibilización de las rutinas institucionales, el desgaste del profesional, las relaciones político-institucionales y de poder, que pueden optimizar, facilitar, dificultar o, incluso, perjudicar las referidas prácticas de cuidado del profesional. Esos factores también se transforman en fuentes para la evidencia de las contradicciones que refuerzan la fragmentación del discurso y de la práctica profesional. Ha sido verificado que la realidad producida por los sujetos puede posibilitar la reflexión del contexto asistencial de cuidados en la UTI, como forma de promover la constante construcción/reconstrucción de la enfermería como prácticas, conocimientos teóricos y relaciones.

Palabras-Clave: Cuidados intensivos. Enfermería. Hospitalización.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 FUNDAMENTANDO O OBJETO DE ESTUDO	15
3.1 O processo saúde-doença numa perspectiva histórica: da crise da medicina científica ao surgimento dos novos paradigmas de atenção à saúde.....	15
3.2 A situação de doença grave: a UTI como fonte geradora de sofrimento e as possibilidades de re-invenção das práticas de cuidado	25
4 CONSTRUINDO A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA DO ESTUDO.....	31
4.1 O referencial teórico-filosófico escolhido	31
4.2 A Trajetória metodológica	40
4.2.1. <i>Tipo de estudo</i>	40
4.2.2. <i>Local de estudo</i>	42
4.2.3. <i>Sujeitos do estudo</i>	43
4.2.4 <i>Procedimentos para a coleta de dados</i>	46
4.2.5. <i>Análise dos dados</i>	49
4.2.6 <i>Considerações ético-legais</i>	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	52
5.1 A dialética do cuidado humanizado na UTI.....	52
5.2. A lógica da produção de saúde e de cuidado na UTI – análise do discurso e da prática profissional do enfermeiro	79
5.2.1. <i>Os registros de enfermagem e as inter-relações com o cuidado na UTI</i>	82
5.2.2 <i>O cuidado do enfermeiro na UTI: as relações entre os sujeitos e a instituição organizacional</i>	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES.....	115
Apêndice 1 - Convite para participar da pesquisa.....	116
Apêndice 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido do participante.....	117
Apêndice 3 - Instrumento de pesquisa: entrevista semi-estruturada - “enfermeiros”	118
Apêndice 4 - Instrumento de pesquisa: entrevista semi-estruturada - “familiares”	119
Apêndice 5 - Parecer do comitê de ética	120
Apêndice 6 - Autorização da pesquisa	122

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa a conhecer as contradições que se evidenciam nas práticas de cuidado de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Entendo que o estudo dessas contradições pode subsidiar a reflexão sobre a assistência prestada pelos enfermeiros em uma área hospitalar crítica.

O processo de hospitalização, por si só, já é um evento estressante, porém singular, para pacientes e familiares acompanhantes que são atendidos. A internação em uma unidade crítica, como a UTI, pode desenvolver uma série de sinais e sintomas de desestabilização físico-emocional, tanto em pacientes como em familiares, em função do afastamento temporário entre eles, do risco de vida, da incerteza quanto ao tratamento e recuperação, do imaginário que ronda o sucesso e o fracasso das tentativas, bem como das limitações na prestação de suporte psicossocial. Isso pode contribuir para o aparecimento de sofrimento psíquico, além de outras manifestações de ordem física e emocional.

Com relação ao processo de cuidar, nas unidades de terapia intensiva, é possível verificarem-se diferentes manifestações de cuidado, conforme as necessidades dos pacientes e os saberes e as práticas que são adotados pelos profissionais de saúde. Cada um deles usa de seu conhecimento do mundo e do conhecimento específico da profissão para prestar esse cuidado. Os enfermeiros, por exemplo, utilizam-se do diálogo, da interação interpessoal, das técnicas e procedimentos para cuidar. Entretanto, em determinadas ocasiões, as formas de cuidar podem apresentar-se contraditórias, contrastando com a própria maneira de ser e de agir do profissional que cuida.

Cuidar é uma atividade complexa, que se identifica, da mesma forma, com nossa natureza complexa. Somos diferentes em nossa maneira de viver, de enxergar nosso mundo, de pensar, de discutir e de agir. Caso fôssemos todos iguais, não haveria contradição. Porém, ela enriquece a vida, através dos diferentes discursos, práticas e movimentos. O que poderia provocar o distanciamento entre as pessoas é, no entanto, uma boa alternativa para oferecer a possibilidade da reflexão sobre nossos atos, da aproximação entre pensamentos e maneiras diversas de

enxergar o nosso mundo. Isso pode promover um cuidado melhor, com base no respeito ao outro e às suas diferenças (ARRUDA, 2003).

Souza (2000) ressalta que o cuidado de enfermagem prestado nas unidades de terapia intensiva, de certa forma, é paradoxal. Segundo ela, em algumas situações, é preciso provocar dor, para que se possa recuperar e manter a vida. Em outras, não se pode falar, apenas cuidar de uma pessoa que não dá sinais de estar sendo percebida como pessoa. Segundo a autora, o cuidado de enfermagem, num caso destes, parece não implicar uma relação de troca, devido à imobilidade ou falta de diálogo e interação com o outro. Esse paradoxo a faz pensar numa robotização/mecanização das ações de enfermagem.

Concordo com essa afirmação da autora, ao constatar essa realidade em minhas experiências pessoais e profissionais. Durante a graduação, sempre me preocupei com minha qualificação profissional. Assim, procurava participar de encontros científicos e estágios voluntários, onde pude notar a crescente preocupação dos enfermeiros com relação à melhoria e ao aperfeiçoamento do processo de cuidar.

Posteriormente, quando concluí a graduação, fui contratado, por um dos hospitais de minha cidade, para exercer a função de enfermeiro nas unidades de clínica cirúrgica e UTI geral de adultos. Nesta última, o cuidado de enfermagem era mais significativo no que tange à mecanização das ações. Pude notar que meus colegas tinham uma concepção de cuidado integral, porém limitadamente o expressavam na prática. As razões eram muitas. Meus colegas tinham a noção teórica e prática do cuidado a ser prestado, entretanto enfrentavam dificuldades em suas atividades assistenciais. Algumas dessas dificuldades foram descritas em um artigo¹. Embora o referido artigo se dedique a refletir sobre as práticas de cuidado em uma unidade de emergência, ele me fez pensar que é nas unidades de atendimento crítico onde se encontram as mais expressivas divergências e contradições no discurso e na prática do cuidado prestado pelos enfermeiros.

1 O artigo, intitulado "*Práticas de cuidado em uma unidade de emergência: encontros e desencontros segundo familiares de pacientes internados*", faz uma reflexão geral sobre as práticas de cuidado implementadas pelos enfermeiros na unidade de emergência de um hospital de uma cidade do sul do Estado do Rio Grande do Sul. Verifiquei que o cuidado na unidade também é contraditório em determinadas situações, sendo percebido por pacientes e familiares acompanhantes no decorrer do processo de cuidar. Embora o artigo trabalhe especificamente com o cuidado humanizado, serve de base para uma reflexão sobre a prática profissional dos enfermeiros nos contextos assistenciais. O referido artigo encontra-se publicado no volume 09, número 01, da Revista Mineira de Enfermagem (2005).

Durante minhas atividades acadêmicas no curso de Mestrado, desenvolvi um projeto que tinha por objetivo principal sensibilizar a equipe de enfermagem com vistas à utilização do relacionamento terapêutico nos cuidados com os pacientes. Nessa ocasião, identifiquei que os programas de educação permanente, no local de implementação do projeto, davam ênfase aos cuidados tecnicistas, em que as novas técnicas de curativos, os instrumentais tecnológicos, os programas de qualidade total e acreditação hospitalar, os cuidados com as diferentes medicações e quanto às diversas patologias são predominantes.

Isso me levou a pensar que o cuidado hospitalar, algumas vezes, pode ser fragmentado. Parece que há uma preocupação maior com a patologia, ou seja, com os cuidados de enfermagem direcionados para a busca da restauração da saúde ou a cura da doença, do que com a pessoa portadora. Tal fato torna-se mais imperativo em uma unidade de terapia intensiva, onde parece que existe uma grande valorização das habilidades técnicas e da agilidade na implementação dos procedimentos. O discurso, no geral, se volta para as necessidades físico-biológicas do indivíduo, prevalecendo o diagnóstico, a terapêutica biomédica e seus cuidados diretos.

Quero deixar claro que a técnica é extremamente importante no quadro das ações de cuidado. No entanto, compreendo, assim como Waldow (2004), que o cuidado possui uma dimensão muito maior, capaz de transcender a técnica, especialmente porque ele engloba outras dimensões, como a família, as necessidades psicoemocionais, a comunidade, as relações interpessoais e interprofissionais, o afeto, a escuta, a política/filosofia institucional, entre outras. Segundo a autora, o cuidado está relacionado à dimensão ontológica e epistemológica do ser humano, sendo um processo que determina as ações, o verdadeiro “estar-no-mundo”, faz parte de nós como seres humanos que nos relacionamos, enfrentamos dificuldades, conhecemos o mundo, a nós mesmos, nossas possibilidades, necessidades e limitações. O ato de cuidar aparece com um significado para o ser humano, que pode classificar o cuidado de acordo com a sua maneira de viver.

Dessa forma, é possível perceber que as ações de cuidado são mais do que meramente um encontro ou uma relação entre atores/sujeitos sociais, ou, ainda, a execução de uma técnica ou procedimento. Elas são também um ato político,

estando envolvidas relações de poder e hierarquia, disponibilidades, normas, rotinas e outras formas de comando. Mesmo que o profissional tenha consciência de que os cuidados tecnológico e solidário sejam importantes, não poderá deixar de lado a política e a filosofia institucional que os controlam/regulamentam. Ainda poder-se-ia dizer que o cuidado é uma forma de expressão cultural, pois ele pode variar de acordo com as crenças e práticas sócio-culturais em que as pessoas foram socializadas e educadas.

O processo de contradição é inerente à vida. Todos desenvolvemos contradições em nossas atividades, mas, em determinadas ocasiões, não nos damos conta de como elas nos influenciam nas relações para conosco mesmos, com os colegas e a instituição em que trabalhamos. Assim, minha proposta de pesquisa visa a conhecer diferentes maneiras de como essas contradições se revelam nas práticas de cuidado na unidade de terapia intensiva. Ela está baseada na tese de que o cuidado de enfermagem pode revelar-se contraditório, refletindo-se em determinados momentos do contexto assistencial, bem como no discurso e na prática profissional do enfermeiro.

Para poder desenvolver este estudo, utilizo-me da dialética como método de investigação para interpretar/conhecer essa realidade, além de algumas concepções de Antonio Gramsci para analisar o lado político que está por trás dessa trama de relações, filosofias, saberes e práticas que aproximam/distanciam o discurso da prática profissional do enfermeiro. Creio que este estudo pode trazer uma contribuição à profissão, na medida em que logre a possibilidade de repensar a prática profissional dos enfermeiros na área hospitalar, embora se centre mais nas ações de cuidado desenvolvidas dentro da unidade de terapia intensiva.

É diante das discussões apresentadas que formulo, então, a seguinte questão de pesquisa, como também delinheiro os objetivos deste estudo: **“como se apresentam as contradições nas práticas de cuidado dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva de adultos?”**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer diferentes situações em que se revelam contradições nas práticas de cuidado dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva de adultos.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar articulações e desarticulações existentes entre o discurso dos enfermeiros e o discurso dos familiares acompanhantes, acerca do cuidado prestado na unidade de terapia intensiva de adultos;
- Averiguar situações, momentos, facilidades, dificuldades e espaços que contribuam para a revelação de contradições nas práticas de cuidado dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva de adultos.

3 FUNDAMENTANDO O OBJETO DE ESTUDO

Semeia um pensamento e colherás um desejo; semeia um desejo e colherás a ação; semeia a ação e colherás um hábito; semeia o hábito e colherás o caráter. (Tihamer Toth)

3.1 O processo saúde-doença numa perspectiva histórica: da crise da medicina científica ao surgimento dos novos paradigmas de atenção à saúde

Conhecer as contradições que se evidenciam nas práticas de cuidado dos enfermeiros dentro das unidades de terapia intensiva pressupõe, antes de tudo, entender e resgatar as concepções do processo de saúde e de doença que foram construídas ao longo da história da humanidade, mostrando algumas divergências, convergências, contradições histórico-estruturais, bem como o fazer diferenciado em saúde.

Trazer à tona, neste momento, uma discussão sobre a evolução histórico-estrutural do processo saúde/doença possibilita também compreender o que foi incorporado, gradativamente, ao fazer do enfermeiro, durante a construção histórica de sua identidade profissional. A complexidade do fenômeno, de certa forma, trouxe avanços e recuos aos modelos de assistir em saúde, assim como avanços e recuos, também, nas práticas de cuidado dos enfermeiros. As discussões em torno do assunto, ainda, creio, perpassam especialidades, visões de mundo e posições político-ideológicas.

Nesse contexto de entendimento da evolução histórico-estrutural sobre o processo saúde-doença, encontro em García (1989), Teixeira e Mendonça (1989) e Silva Júnior (1998) algumas contribuições. Os autores colocam que as situações de saúde/doença, ao longo do tempo, foram sendo construídas e reconstruídas conforme os interesses da sociedade da época. As mudanças político-econômicas, a reorientação das finalidades do trabalho, a divisão de classes sociais e a crescente proliferação de doenças epidêmicas foram fatores que reformularam os conceitos

acerca das condições de saúde e de doença, reorientando, também, as formas de intervenção.

Conforme os autores citados, foi no capitalismo que surgiram novas formas de ver e agir com relação à saúde do homem. O capitalismo, em sua fase emergente, enfatizava o homem como força na relação de produção, reorientando a prática médica, que passa a ter um enfoque curativo, sujeito aos interesses das classes dominantes. Assim, nasce uma Medicina Científica, que se consolida com as experiências de vários cientistas, como Koch e Pasteur. Seus ensaios descobrem a associação de microorganismos a doenças até então impossíveis de serem controladas. Posteriormente, com a criação do Relatório Flexner, que se consolida como marco teórico da Medicina Científica, surge uma nova classificação nosológica das doenças, um novo saber médico. Em função disso, cria-se uma nova determinação social sobre a doença e, conseqüentemente, uma nova estratégia para garantir saúde àqueles que fossem acometidos por algum problema.

A própria Medicina Científica, centrada no cuidado do corpo, curativa, criou um chamado “mito de eficácia cientificamente comprovada”, no momento em que invalidou outras formas de conhecimento e prática, conferindo um caráter tecnicista ao ato médico, que invariavelmente traria novas contribuições teórico-práticas, com a conseqüente capacidade de promover ou restaurar a saúde afetada pela doença. Contudo, por volta de 1940, uma crise nos sistemas de saúde se instala, em função da dicotomia entre a Medicina Científica e a Medicina Preventiva. Tal fato trouxe novas contribuições para a redefinição social dos serviços e da assistência em saúde (SILVA JÚNIOR, 1998).

Compreendo que a medicina de orientação flexneriana trouxe avanços à ciência médica ocidental em consolidação, e à definição social de uma política de ações em saúde, que vão além de uma simples classificação nosológica do quadro de alterações orgânicas e funcionais das pessoas. Embora se tenha dedicado às ações integralizadas em saúde, enfatizou, a priori, o tecnicismo e o mecanicismo, implicando uma redução do conceito de saúde à ausência de doença e, do homem, à máquina reparável. Nesse sentido, as práticas de cuidado alternativas, muitas de saber popular, foram consideradas empíricas e, portanto, abandonadas pelos médicos em seus cuidados.

É importante ressaltar ainda que as concepções de saúde-doença, na época,

estavam intrinsecamente relacionadas às necessidades de produção em massa. O capitalismo, como modelo econômico mundial, priorizava a produtividade dos trabalhadores, que, de certa forma, ficavam expostos a condições insalubres, à desvalorização pessoal, à sobrecarga de trabalho e à exploração de sua mão-de-obra. Nesse sentido, é compreensível que as doenças fossem muito mais assustadoras, havendo a necessidade de serem estudadas em profundidade, bem como de serem combatidas, para evitar a diminuição dos lucros e dos gastos com a reabilitação desses trabalhadores.

Entretanto, creio que o capitalismo nos trouxe algumas contribuições. A exploração dos funcionários nos campos de trabalho possibilitou a organização coletiva desses trabalhadores, que passaram a reivindicar novas condições de trabalho. Da mesma forma, é possível imaginar que surgisse uma nova maneira de pensar e agir em saúde, ou seja, uma nova concepção de saúde, doença e de cuidado, nessas condições. O trabalhador, primeiramente tratado como uma força de produção, deveria ser olhado como um ser humano, singular em sua história de vida, com respeito, consideração e tratamento adequado. A doença que o acomete lhe traz uma nova perspectiva de vida, altera seu modo de viver, seu comportamento, fazendo-lhe pensar sobre novas necessidades de cuidado, de tratamento e de reabilitação.

Esses fatos tornaram-se um dos eixos de trabalho da Reforma Sanitária que, segundo Teixeira e Mendonça (1989), fora um movimento iniciado por volta de 1970, no Brasil, e que contou com a participação de intelectuais, profissionais de saúde e organizações populares e sindicais. Esse movimento de reforma possibilitou uma reorientação da consciência social com relação ao conceito e às práticas em saúde. A saúde e a doença devem ser identificadas também de acordo com a subjetividade da pessoa. A saúde, além de ser um direito de todos, tem como um dever do Estado promovê-la.

Dessa forma, entendo que a compreensão das necessidades biopsicossociais do doente pode permitir o estabelecimento de uma íntima afinidade com sua história de vida, com suas relações sociais, com seu significado e sua compreensão acerca de sua situação de doença, com suas possibilidades terapêuticas, com suas demandas psicoemocionais. É importante vê-lo como um ser singular, que possui uma subjetividade intrínseca, e não somente como um corpo que precisa ser

restaurado do problema que o acometeu. Considerar o ser humano como um todo que, além de um corpo, possui mente e relações sociais, é um passo relevante para uma assistência em saúde integralizada e voltada às necessidades de quem procura o serviço de saúde.

A concepção do processo saúde-doença não deve ser analisada apenas sob a ótica médico-curativa, de caráter organicista. Constituir um espaço de discussão com a interlocução de outros saberes científicos também faz parte de uma proposta de complementaridade das ações em saúde. Assim, percebo que os conhecimentos de antropologia, psicologia e filosofia que, aos poucos, tornaram-se uma tendência no saber em saúde, foram substanciais ao permitirem uma re-significação do conceito de ser humano e do construto saúde/doença. O homem passa a ser visto não apenas na sua dimensão biológica, mas também na sua dimensão psicológica, social e cultural. Torna-se uma complexidade, ao ser visto pela sua subjetividade, pelo significado que dá aos cuidados, além de “estar-no-mundo”, já que se torna participante ativo de um contexto social nas ações de cuidado à saúde.

Os estudos de Boltanski (1979), Helman (1994), Canguilhem (2000) e Nordenfelt (2000) nos trazem contribuições sobre o significado da doença para o doente. Tal compreensão nos possibilita refletir sobre as novas estratégias de pensar e fazer no processo de saúde-doença. Segundo os autores, é necessária a valorização da história de vida da pessoa, de seu entendimento sobre as práticas de cuidado, de suas necessidades imediatas e mediatas, inserindo-as no processo terapêutico. A integralização das práticas em saúde parte do pressuposto de que o homem é um ser único, indivisível, que se relaciona, possui conhecimentos prévios (mesmo que considerados empíricos pela ciência) sobre sua saúde e alternativas de tratamento. Aproximar as práticas científicas do saber popular é garantir uma perspectiva de confiança do doente no profissional, além de criar uma nova concepção sobre saúde/doença e sobre o cuidado do ser humano nesse contexto.

Gelbcke (1992) complementa as afirmações acima, mencionando que saúde e doença devem ser analisadas do ponto de vista da pessoa, que é um ser humano dotado de corpo, mente e inserido em um contexto social. As práticas em saúde não devem desconsiderar a categoria biológica do atendimento, mas permitir a interlocução entre o reconhecimento biológico do problema e suas determinações pessoais e sociais. O homem é um ser em relação, uma organização

biopsicossocial, que não pode ser reduzida somente ao corpo, devendo ser considerada em toda sua totalidade.

Ver o homem como um ser integral, composto de corpo, mente e inserido em um contexto social é perceber que ele apresenta diferenças, conhecimentos prévios, possibilidades, demandas, limitações, potencialidades. Para isso, entendo que o vínculo afetivo-emocional pode ajudar na construção desse olhar diferenciado. É importante reconhecer o paciente/usuário/cliente como um ser humano, pois a pessoa que traz um problema de saúde, nesse momento vive uma situação de sofrimento. Ela não deve ser compartimentalizada, como na lógica cartesiana, pois adotar práticas reducionistas, centradas no modelo biomédico, pode possibilitar o distanciamento entre o saber científico e o saber solidário, ou seja, auxilia na coisificação do ser humano. Considerar suas subjetividades na hora do atendimento, suas necessidades mediatas e imediatas nos ajuda a constantemente estar inovando em nosso saber-fazer. Assim, estaremos efetivamente agindo em defesa do ser humano e não apenas na eliminação da doença ou disfunção que o acomete. Seu significado sobre a doença pode até ser empírico para o profissional, mas carrega todo um contexto cultural e social, que permite à pessoa entender o sofrimento gerado pela doença, de maneira singular em toda sua trajetória de vida.

O processo saúde-doença e suas várias – e divergentes – determinações ao longo da história podem ser vistos também positivamente. De acordo com García (1989) e Campos (1997), a crise nos sistemas de cuidado à saúde foi relativamente positiva ao incorporar novos conceitos, ao mesmo tempo em que propiciou resgatar conhecimentos anteriores. A mescla dessas duas formas de pensar e fazer pode promover uma mudança, reinventar as habilidades. Se, por um lado, as coisas e as estruturas determinam a vida das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, as estruturas, seus valores e modelos. Nesse sentido, constrói-se uma trajetória histórico-social permeada não somente de desencontros, mas também de encontros. Firma-se um novo momento de redefinição social, do surgimento de novas possibilidades teórico-práticas e da formação das equipes multidisciplinares de saúde, integralizando a assistência.

Os trabalhos de Merhy (1997) e Tarride (1998) nos mostram algumas dessas novas possibilidades de agir em saúde, em que a complexidade das atividades e de concepções pode auxiliar no reconhecimento do ser humano em sua integralidade.

Em especial, os autores citam o vínculo e o acolhimento como instrumentos de cuidado em saúde, necessários à compreensão da história de vida do doente, de suas necessidades, além de possibilitarem compartilhar com o ser humano suas experiências, devolvendo-lhe a autonomia necessária e o poder de decisão nas instâncias de saúde.

Merhy (1997) salienta que o vínculo e o acolhimento – nesse contexto ainda insiro o relacionamento terapêutico – são formas de expressão e cuidado que resgatam as concepções de prática de saúde em defesa da vida, compreendendo o ser humano em toda sua integralidade, unicidade e dinamicidade. Surgem como alternativas teórico-metodológicas para a prestação de um cuidado solidário, comprometido e, portanto, humanizado. São formas de expressão que incorporam uma necessidade emergente de combater a contradição nos serviços de saúde que ainda trabalham sob a ótica da medicina curativa e impessoal.

O mesmo autor acrescenta que as necessidades de saúde de pacientes e familiares dependem única e exclusivamente dos sujeitos envolvidos no processo: clientes e profissionais. O paciente que precisa ser atendido traz o problema ao profissional. Este, de certa forma, tentará resolvê-lo, com base em seu saber científico e tecnológico. A reinvenção das práticas em saúde acontece quando o profissional se apodera de seu saber científico e o une à complexidade das concepções humanas, vistas com base nas mais diversas correntes epistemológicas. O cliente que procura o atendimento espera que o trabalhador o acolha, de maneira a poder atuar satisfatoriamente sobre o seu sofrimento, seu problema. Assim, as mudanças devem se iniciar exatamente nessas compreensões, para que se possa redimensionar o trabalho, tomando-se como ponto de partida as atuais dimensões no processo de saúde e de doença.

Nesse sentido, a atenção aos pacientes que procuram o serviço, a receptividade calorosa, o comprometimento com seu momento de sofrimento e o entendimento de suas reações físico-emocionais podem resgatar uma prática de cuidado centrada no significado do modo de viver dessas pessoas, humanizando, dessa forma, o atendimento. A humanização do atendimento nos possibilita pensar nas práticas de cuidado que adotam posturas empáticas intersubjetivas, compromisso interpessoal, com a participação da família e da comunidade nas ações. Tais atitudes podem permitir o reconhecimento do cliente como ser

participante do processo terapêutico, autônomo, livre, que tem necessidades específicas, além de direitos e solicitações.

A enfermagem acompanhou a evolução histórico-estrutural da saúde-doença no mundo, inclusive antes de sua profissionalização no século XIX, posicionando-se dentro de uma linha mais humanística, de vanguarda. Os cuidados prestados sempre foram direcionados ao conforto físico-emocional das pessoas, preconizando-se uma atenção integral, coerente com suas necessidades biopsicossociais. Posteriormente, essa linha de pensamento foi incorporada aos poucos como saber científico da enfermagem, fazendo parte da formação dos profissionais atualmente.

Os trabalhos de Paixão (1979), Silva (1986), Collière (1989) e Almeida e Rocha (1989) também colaboram para essa discussão, abordando mais especificamente as mudanças e evoluções histórico-estruturais do saber da enfermagem e dos cuidados por ela prestados. As autoras fazem um paralelo entre as concepções históricas do significado do cuidado de enfermagem e suas repercussões no cotidiano. Para elas, a concepção passional de doença na Idade Média e o nascimento de um saber médico institucionalizado na era capitalista são importantes marcos teóricos para a construção da identidade social-científica da medicina e da posterior profissionalização da enfermagem no século XIX. Entretanto, mencionam que a própria enfermagem assumiu concepções diferenciadas durante cada período histórico, fazendo referências à Idade Média, em que ela apenas se resumia aos cuidados domésticos, sendo uma tarefa exclusivamente feminina. O caráter empírico das práticas de enfermagem começou mesmo a ser redefinido somente com o advento do capitalismo, da Revolução Industrial e da reorientação das finalidades em saúde, culminando com sua profissionalização. Nesse momento, a enfermagem começa a se preocupar em estabelecer as bases de um conhecimento científico para suas atividades, além de tentar recuperar o prestígio social da profissão, até então ausente.

As mesmas autoras ainda acrescentam a importância de Florence Nightingale e de um grupo de enfermeiras inglesas na profissionalização da enfermagem, com a fundação da primeira escola de enfermagem no Saint Thomas Hospital, na Inglaterra, em 1860. O projeto de ensino profissional para a enfermeira era pautado na conduta moral (boa aparência, boas maneiras e a preocupação com o doente), sendo aplicado a pessoas leigas e sem formação, e preconizando a direção das

instituições de ensino em enfermagem por enfermeiras. O projeto também promoveu a divisão da profissão em categorias sociais distintas: as *ladies nurses* e as *nurses*. As primeiras, oriundas da burguesia, eram responsáveis pelo ensino e pela coordenação, supervisão e administração dos serviços de enfermagem. As segundas, oriundas do proletariado, pouco instruídas, prestavam os cuidados diretos aos pacientes, como banho de leito, troca de cama e administração de medicações.

A profissão de enfermagem iniciou-se quando despontava o capitalismo pelo mundo, ainda com uma identidade profissional incipiente. O modelo nightingaleano, disseminado pelo mundo, conseguiu responder às necessidades capitalistas de falta de mão-de-obra barata dentro das instituições cuidadoras de doentes. O trabalho manual, vinculado ao fazer de caráter feminino, na Idade Média, convivia, em contrapartida, com o desprestígio social. O processo de profissionalização, aliado aos interesses capitalistas, ajudou a criar um trabalho intelectual pautado no entendimento do significado dos cuidados prestados, com base no rigor técnico-científico.

No Brasil, a enfermagem, até o início do século XX, ainda era exercida por pessoal sem preparo técnico-científico, não gozando de grande prestígio social. Entretanto, com a acumulação de epidemias e a mortalidade acentuada, foram necessárias a intervenção urgente por parte do governo e o recrutamento de pessoal capacitado para estabelecer as bases de uma possível reforma sanitária. Enfermeiras norte-americanas foram chamadas para a organização de um serviço de enfermagem de saúde pública. Posteriormente, em 1923, fundou-se, então, a primeira escola de enfermagem brasileira, hoje Escola Ana Neri, organizada e dirigida somente por enfermeiras nos moldes do modelo nightingaleano. A partir desse momento, é priorizado o ensino das técnicas, com base no rigor científico/tecnológico (GASTALDO; MEYER, 1989; FRAENKEL, 1998; BARREIRA, 1999; OGUISSO, 2000).

Entendo que Florence Nightingale transformou-se num marco de revitalização das práticas de cuidado empíricas, associando-as a um conhecimento científico proposto pelo processo de profissionalização da enfermagem. O ensino pautado na destreza manual, técnica, com a co-participação da vertente humanística do cuidado podiam favorecer o reconhecimento do valor da vida, da situação de doença, bem como de seu significado para o doente e de suas necessidades biopsicossociais. A

re-significação do processo saúde-doença proporcionada pela enfermagem coloca o ser humano que adoece no cerne da prestação dos cuidados, paralelamente à importância do conhecimento da patologia que o acometeu e das possibilidades de tratamento/reabilitação.

As práticas de cuidado dentro da enfermagem tiveram uma boa contribuição de áreas correlatas das ciências humanas, como a filosofia, a antropologia, a psicologia e a sociologia. A enfermagem seguiu nessa linha de formação, até mesmo como forma de tornar independente do saber médico tecnicista as suas ações de cuidado (KOHLRAUSCH, 1999).

Claro que a formação de todos os profissionais de saúde gira em torno do respeito à ciência, do rigor metodológico, das práticas diagnósticas e das possibilidades terapêuticas, individualizadas para cada pessoa, para cada problema de saúde. Entretanto, também se incorporam conhecimentos psicológicos, antropológicos e filosóficos, que salientam a complexidade do ser humano, que sofre, tem solicitações, demandas psicoemocionais. Adotar o vínculo, o relacionamento terapêutico e o acolhimento como expressões de cuidado à saúde ajuda na construção de uma visão integralizada², considerando subjetividades intrínsecas, cultura e formas de organização/relacionamento na coletividade. É uma alternativa de redimensionar o processo saúde-doença, respeitando as adversidades e as individualidades do modo de viver do ser humano.

Admitir que o saber científico/tecnológico e o saber solidário não podem compartilhar experiências pode-nos remeter a um passado recente, em que as práticas em saúde relativamente se distanciaram do significado da vida, da compreensão do processo de viver e de adoecer. Restaurar uma lógica dicotômica seria ineficaz como projeto de assistência em defesa do ser humano e de suas necessidades de saúde como um todo. Seria corporificar a experiência e o significado da doença, reduzindo-os a uma simples alteração ou disfunção de órgãos e tecidos do organismo. Verticalizar as práticas em saúde, como ocorre na

² A atenção integral refere-se ao conjunto de estratégias definidoras de saúde para compreender a dimensão do ser por inteiro, um conceito polissêmico que engloba o direito do acesso aos serviços, a organização dos saberes e das práticas em saúde, o trabalho interdisciplinar, as experiências do usuário, bem como o redimensionamento dos serviços de saúde para o atendimento em torno de uma lógica usuário-centrada. A integralidade vem ao encontro de uma proposta plural de reconhecimento dos sentidos da vida, de co-responsabilização do usuário para o seu cuidado, além de ser um compromisso ético do profissional de saúde no intuito de diminuir a atuação profissional centrada na clínica biomédica. Isso pode fazer com que os referidos profissionais se tornem mais sensíveis para a utilização do vínculo, do acolhimento – e nesse contexto insiro o relacionamento terapêutico – como instrumentos de humanização do atendimento na saúde (MATTOS, 2001).

ótica biomédica, facilita o distanciamento entre esses dois saberes específicos, além de criar uma contradição que, à primeira vista, parece difícil de ser reconhecida e repensada. É importante ressaltar que a ciência e a arte de fazer ciência devem oferecer subsídios para a integralização do atendimento, com respeito às vertentes biológicas e humanas das pessoas, pois, conforme Leopardi (1992, p.12), deve haver “[...] uma dialética convivência entre ciência como modelo de fazer e explicar os fatos e a arte como modo de expressar significados, não como formas excludentes mas como formas compatíveis”.

Nesse sentido, a doença difere da saúde, assim como o patológico difere do normal. É necessário que as ciências da vida lidem com os fenômenos patológicos e normais, olhando-os através de uma totalidade que esclareça as vicissitudes da vida e as variedades de suas manifestações. Estar doente é, para o homem que o experiencia, viver diferente, vivenciar uma sensação diferente de sua vida normal, mesmo que seja no sentido biológico da palavra. Estar doente, para uma pessoa, é estar doente não somente em relação aos outros, mas principalmente com relação a si mesma. Portanto, a vida do ser humano é uma polaridade dinâmica, que deve ser encarada numa visão pluralista pelos profissionais de saúde (CANGUILHEM, 2000).

Uma vez aceito que o conceito de saúde é uma complexidade, não devemos praticar uma ação reducionista, muito menos transitar por um caminho de decomposição, pois não se trata de uma forma adequada de torná-lo inteligível. A saúde é uma totalidade irreduzível, cuja análise fornecerá o conhecimento dos componentes das relações. Nessa perspectiva, a doença como dano, e a medicina física, mental ou social não se transformam em saúde em si. A complexidade gerada pelo fenômeno da emergência é, entretanto, o que se denomina saúde. Pode-se, nesse sentido, visualizá-la como uma emergência do complexo, em que indivíduo, sociedade e ambiente estão em harmonia e em interação (TARRIDE, 1998).

Admitindo-se, que as ações de saúde são uma complexidade, e que saúde e doença não podem ser visualizadas em separado, poder-se-ia compreender que teoria e prática profissional não se constituem em construtos dissociáveis e inoperacionalizáveis. É importante que se pense na saúde como uma construção dinâmica, interativa, não se podendo excluir as estratégias institucionais, interprofissionais, as relações políticas e de poder que a permeiam. Enfim, deve-se considerar que toda essa gama de perspectivas pode influenciar também o olhar

sobre o conceito de saúde e o modo de como os trabalhadores encaram o seu saber e o seu fazer, para promoverem a recuperação das pessoas em condição de adoecimento.

Observo que as práticas de cuidado podem partir do pressuposto de que os seres humanos vivem constantemente sob uma condição de saúde e sob o risco de desenvolverem uma doença. Os enfermeiros de UTI, que vivenciam a dor, o sofrimento e a doença grave, quase que diariamente, podem ampliar os espaços e as práticas de cuidado, ao considerarem as alterações orgânicas, os determinantes sociais, históricos, assistenciais e estruturais do modo de viver. A UTI, sendo palco de inquietações e insegurança emocional, pela gravidade do quadro clínico, pode abranger também as relações comunitárias, os significados com a experiência do adoecimento, os modos de agir e pensar, os saberes tecnológicos, bem como quaisquer outras necessidades individuais dos usuários que procuram os serviços de saúde. É sobre isso que passarei a discutir em seguida.

3.2 A situação de doença grave: a UTI como fonte geradora de sofrimento e as possibilidades de re-invenção das práticas de cuidado

Qualquer situação de doença nos gera insegurança. Mesmo assim, esperamos que a doença seja passageira, que não inviabilize nossos projetos de vida, que não atrapalhe nossos planos. No entanto, está claro que qualquer doença afeta não somente a pessoa doente, como também a sua família e as pessoas que a rodeiam. Tal situação se complica com a gravidade de um quadro clínico que exija tratamento especializado e, muitas vezes, intensivo.

A doença grave, na maioria das vezes, exige hospitalização em uma unidade de tratamento intensivo, favorecendo o aparecimento de perspectivas mais ameaçadoras. O abalo físico-emocional é maior, tanto no paciente como em sua família; os sentimentos negativos aparecem de forma quase que intermitente, pois há risco de vida iminente, e eles passam a pensar na possibilidade da morte. Essa experiência não só altera a rotina de vida do paciente e de sua família, como amplia

as necessidades psicossociais dessas pessoas.

Para Sebastiani (2002), a UTI é culturalmente vinculada à idéia de sofrimento e morte iminente, por pacientes e familiares. Na verdade, por ser uma unidade do hospital que se dedica ao atendimento crítico, ou seja, aos casos em que há gravidade e que exigem serviços constantes e especializados, esse tipo de imagem mitificada denota certa faceta de realidade.

Outros estudos trazem importantes reflexões acerca das representações sobre o atendimento prestado em uma unidade crítica. Os trabalhos de Nazário (1999), Souza (2000), Lemos e Rossi (2002), Vila e Rossi (2002), Nascimento (2003), Cassel (2004), Pinho e Kantorski (2004), Lepargneur (2004), Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2004) e Pessini (2004) salientam as diferentes possibilidades de intervenção nas unidades de terapia intensiva, discorrendo sobre as dimensões do processo de cuidar nesses setores.

Nazário (1999), Souza (2000), Lemos e Rossi (2002) e Nascimento (2003) sinalizam que o ambiente de atendimento intensivo, por mais estressante e agressivo que possa parecer, oferece uma possibilidade ímpar para a prestação de um cuidado globalizado, voltado não somente à objetividade do atendimento, como também à subjetividade do paciente. O olhar, os gestos, a preocupação com o doente e o compromisso emocional são alternativas eficazes para se estabelecer um elo de ligação com quem sofre, além de romper com o paradigma biomédico que dita o ser humano como o corpo doente que necessita ser restaurado do desequilíbrio, sendo objeto de controle pelos profissionais de saúde.

Conforme as autoras, as diferentes possibilidades de criar e recriar o atendimento na unidade intensiva, parte do princípio de que essas unidades permitem a interlocução de saberes e práticas voltadas à interação interpessoal. Esta seria uma forma de resgatar um cuidado humano, solidário e condizente com as demandas psicossociais de pacientes e familiares, abalados pelo risco de vida e pelo ambiente isolado, desconhecido e assustador para muitos. A enfermagem pode promover saúde física e mental aliando os conhecimentos científicos referentes às técnicas às tecnologias de cuidado, como o vínculo, o acolhimento e o relacionamento terapêutico, tornando seu saber-fazer estratégico no que tange à garantia do respeito, da amabilidade, do cuidado imediato e do conforto físico-emocional.

Percebo que o uso do vínculo, do acolhimento e do relacionamento terapêutico como forma de expressão de cuidado dentro das unidades de atendimento intensivo pode ajudar na contextualização de um saber e de um fazer do enfermeiro, em consonância com o resgate desse espaço social, como cenário promotor de um discurso e de uma prática tecnicista, mas também voltada à compreensão das necessidades psicossociais e dos significados do processo de adoecer/viver/morrer, para pacientes e familiares.

É importante salientar ainda que a internação em UTI necessita da operacionalização de um atendimento cauteloso, intensivo, com exigências físicas e emocionais dos profissionais de saúde que nesse setor trabalham. Em função disso Sebastiani (2002) a cita como um ambiente culturalmente vinculado à idéia de morte e de sofrimento também para esses profissionais. Cuidados técnicos e psicossociais demandam tempo, instrumentalização, dedicação, além de comprometimento. No entanto, muitos profissionais ainda não se sentem psicologicamente preparados para lidar com essas situações críticas.

O estudo de Pitta (1996) me traz uma reflexão importante acerca dessa característica. Para a autora, o sofrimento gera perplexidade e a possibilidade da morte para o profissional de saúde, gerando também a idéia do fracasso. A equipe precisa aprender a trabalhar com essa circunstância no seu cotidiano de assistência, já que a própria enfermagem, que lida com o sofrimento gerado pela hospitalização, também necessita ser trabalhada, pois o contexto é penoso não somente para familiares e pacientes, como também para os cuidadores profissionais. Diante dessa circunstância, cria-se uma multiplicidade de discursos e práticas que nem sempre contemplam as necessidades dos cuidadores, dos clientes e do contexto assistencial.

Cassel (2004) também levanta essa discussão em seu trabalho, caracterizando as unidades de atendimento intensivo como sendo palco de ambigüidades e contradições. Para o autor, o atendimento nessas unidades exige um cuidado rápido, com vistas ao restabelecimento das funções vitais. Médicos e enfermeiros convivem diariamente com essa realidade. No entanto, salienta que, mesmo que os enfermeiros estejam mais atentos ao diálogo e às histórias de vida de pacientes que os médicos, são os profissionais que mais fazem julgamento moral diante das atitudes dos pacientes. Os médicos, ao contrário, não se relacionam

muito com seus pacientes, pois sua atividade profissional ainda é centrada no cuidado do corpo e em sua recuperação, adotando tecnologias afins. Dessa forma, ainda existe uma dicotomia entre o cuidado preconizado e o cuidado realizado, ou seja, entre o discurso e a prática profissional, na medida em que, em alguma proporção, o cuidado é diferenciado e individualizado.

Pinho e Kantorski (2004) ao avaliarem os cuidados prestados pela equipe de saúde aos pacientes e suas famílias em uma unidade de emergência no sul do Rio Grande do Sul, destacam que o sofrimento de pacientes e familiares é tido como natural, nas práticas de cuidado pelos profissionais de saúde. Para os autores, o atendimento ainda é direcionado ao restabelecimento da saúde física, em um ambiente muitas vezes desorganizado, pequeno e tumultuado. O discurso dos enfermeiros, embora permeie a concepção de cuidado integral, pouco vem absorvendo a aglutinação de dois pólos que se pretendiam indissociáveis: a teoria e a prática profissional.

Reportando-me às palavras de Camon (2002), a eficácia terapêutica de hoje cada vez mais se diferencia com vigor e afinco, em função das novas drogas, dos novos equipamentos médico-hospitalares e dos diagnósticos mais precisos. Esses fatores são responsáveis pela minimização de quadros de doença até antigamente não-solucionáveis. Nesse sentido, é plausível que a atenção médica continue centrada no diagnóstico, nos prognósticos, na terapêutica da doença e na reversão do quadro. A emoção que determina o surgimento ou o agravamento dessas doenças se coloca em segundo plano, como se não fizesse parte do processo de adoecer, sendo excluída naturalmente do projeto terapêutico.

Assim, Lepargneur (2004), Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2004) e Pessini (2004) sinalizam para a necessidade urgente de redimensionar os cuidados hospitalares, para que se resgate o amor, o vínculo e o compromisso com o próximo, como possibilidades de reorientar uma prática excessivamente tecnicista e impessoal. Humanizar um atendimento é dar qualidade às relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e pacientes. É acolher as angústias, as dores e o sofrimento diante da fragilidade do corpo, da mente e da falta de contato/suporte social.

Entendo que a interlocução de saberes científico/tecnológicos e solidários, no atendimento intensivo, pode ajudar no redimensionamento do processo de saúde-

doença grave. No entanto, concordo com as afirmações de Pitta (1996) e Cassel (2004), pois vivenciei em minhas experiências que muitos enfermeiros não se sentem preparados para lidar com essas situações, ou, quando se sentem, prestam uma prática de cuidado direcionada para o julgamento das ações do outro, sem proporcionarem a si próprios momentos de reflexão. Para fugirem de um envolvimento emocional que minimize as instâncias de sofrimento das pessoas, bem como para evitar os pré-julgamentos das ações de seus pacientes, os enfermeiros adotam o que eu poderia chamar de uma “política de fuga”, centrando-se mais nas condutas tecnicistas e rotinizadas. Essa característica está vinculada às proporções do tipo de atendimento específico da unidade, e está presente no discurso e na prática profissional do enfermeiro intensivista.

Considero que as unidades de terapia intensiva podem ser excelentes cenários para a prestação de uma assistência totalizante, desde que haja espaço para o trabalho com pacientes, acompanhantes e com os próprios integrantes da equipe de saúde. Diversas atividades profissionais, como as de psicólogos, de enfermeiros, de médicos e de assistentes sociais podem socializar um saber profissional de forma inter/transdisciplinar. Assim, os profissionais podem usar esses saberes para discutir as limitações do ambiente, bem como as suas, como equipe, criando espaços institucionais para que isso venha à tona e possa ser trabalhado. É importante que exista um canal de comunicação dentro da instituição para que essa problemática seja constantemente revista, repensada e rediscutida.

Para finalizar esse tópico, entendo que a coerência entre o discurso e a prática profissional pode oferecer a oportunidade de olhar para o ser humano que sofre como um todo, facilitando o reconhecimento de suas múltiplas dimensões. As práticas de cuidado devem preocupar-se com a dor e o sofrimento causados pela doença, de maneira a não inviabilizarem as práticas de cuidado centradas no tratamento e na reabilitação. Dentro de uma UTI, dor, sofrimento, doença, cuidado e tratamento/reabilitação fazem parte da rotina dos profissionais que nela trabalham e dos problemas de saúde de pacientes/acompanhantes.

Além disso, entendo que as práticas de cuidado estão vinculadas a uma política institucional que exige/obriga determinadas atitudes dos profissionais, assim como certas formas de assistência, que nem sempre são bem-recebidas pelos pacientes ou acompanhantes. Os profissionais de saúde se tornam o veículo através

do qual os saberes de sua formação profissional, as normas e as rotinas são expostas no ambiente de UTI, tornando, por vezes, o discurso dissonante da prática efetivamente realizada no contexto do cuidado. Esses e outros questionamentos serão debatidos no decorrer do estudo, tanto na explicitação do referencial teórico, como nos resultados da análise.

4 CONSTRUINDO A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA DO ESTUDO

4.1 O referencial teórico-filosófico escolhido

“É importante ser capaz de pintar um quadro ou esculpir uma estátua, e assim conferir beleza a uns poucos objetos. Mas muito mais glorioso é esculpir e pintar a atmosfera na qual trabalhamos a fim de melhorar a qualidade do dia: esta é a mais sublime das artes” (Henry David Thoreau).

O meu interesse em investigar as contradições nas práticas de cuidado exigiu-me uma série de leituras específicas, principalmente sobre dialética, mas também de alguns autores que discorrem sobre esse método de pesquisa. Nesse processo, compreendi que, ao se identificar uma contradição e buscar-se interpretá-la, parece que encontramos uma nova contradição. Tal fato me levou a pensar que as contradições, na realidade, se processam numa espiral que sempre é alimentada por novas contradições, reflexões e interpretações, que acabam por desembocar em outras contradições. Ao entender a dinamicidade desse processo, percebi que a realidade não é meramente casual, mas está ligada a um conjunto de fatores que, ao mesmo tempo em que se complementam, contrastam entre si, sem se excluírem em sua totalidade.

O cuidado implementado pelos enfermeiros em uma UTI tem uma relação direta com o que pensam as pessoas cuidadas, com o que pensam aquelas que cuidam, com a filosofia institucional e políticas diversas, entre outros fatores. Enfim, posso inferir que as práticas de cuidado na UTI estão imersas em uma trama de relações interpessoais, de poder, micro e macro-políticas, ou seja, fatores interdependentes, que podem ser contrastantes, mas que não podem se excluir. Ao longo deste capítulo, passarei a discutir um pouco mais sobre o referencial teórico-metodológico em si e suas relações com este trabalho.

Dessa forma, devo dizer que considero as práticas de cuidado como uma realidade histórica, resultante de uma sucessiva montagem de discursos, filosofias de trabalho, de pensamentos, permeada por políticas que são mediadas por uma

realidade institucional. Assim, encontrei em Antonio Gramsci algumas concepções que parecem relevantes para o meu trabalho, embora esse autor discuta a vida humana numa perspectiva mais relacionada com a política. Entretanto, ele não abandona a relevância da filosofia, da psicologia e de outras áreas do conhecimento para o processo de revitalização da história, da teoria, da prática humana e da vida social.

Antonio Gramsci foi um ativista italiano, um filósofo nato que, em suas obras, nos mostra uma riqueza de informações que nos incita a refletir sobre nossa conduta ética, a redimensionar o nosso modelo de ser, agir e pensar. Sem dúvida, um pensamento fecundo que nos faz refletir acerca de todas as nossas atitudes. O referencial proposto por Gramsci levanta uma importante discussão acerca das contradições da realidade, que são fruto de uma construção histórica da vida humana, da realidade social e de uma prática cultural. O autor não exclui as contradições, nem pretende resolvê-las, porque são inerentes ao processo de viver. Entretanto, uma reflexão sobre elas, e sobre como elas podem interferir em nossas ações de cuidado, pode ajudar na construção-reconstrução de uma realidade social transformada, renovada, embora, claro, permeada de novas contradições.

As leituras de Gramsci são complexas, e a interpretação de suas idéias demandou tempo e disponibilidade. Em função de sua vasta produção teórica, tive que extrair aqueles aspectos que, acredito, possam subsidiar esta pesquisa. Mesmo diante dessas e de outras dificuldades, sua produção teórica me possibilitou refletir acerca de minha própria prática profissional: Se somos contraditórios em determinados momentos de nossa vida, até que ponto essas contradições se revelam, interferindo no nosso discurso e na nossa própria prática profissional? Como essas contradições são percebidas pelas pessoas das quais cuidamos? É sobre isso que pretendo discutir ao longo deste trabalho.

Entendo que a contextualização da realidade, na qual, essas contradições se expressam seja uma forma de ajudar a compreender o fenômeno em sua inteireza. No entanto, dialeticamente falando, não poderia considerar esse mesmo fenômeno como único ou absoluto, já que é bem mais complexo do que se pensa. A dialética me ajudará a interpretar/explicar uma realidade objetiva, mas, como qualquer outro método de investigação, ela tem suas limitações. Não poderei generalizar essa realidade, que, embora única e constituindo-se um “todo”, se trata de um todo em

parte. Mesmo assim, o desvelar dessa realidade pode colaborar com a produção/reprodução do conhecimento científico sobre a profissão como um todo, já conferindo uma possibilidade de reavivência da prática assistencial do enfermeiro nesse contexto.

O conhecimento é algo que se constrói dia-a-dia, está intrínseco à matéria, ou seja, está relacionado à consciência dos homens e está entre os homens, sendo um fato histórico-concreto, em gradativa evolução, movimentação. A contradição aparece no interior do processo de construção do conhecimento humano, em qualquer questão que não esteja completamente acabada, contrapondo-se a ele, sendo, ao mesmo tempo, interdependente, não o excluindo em sua totalidade. O conhecimento dessas contradições é uma forma de dialetizar o homem em relação ao mundo, mostrando as diferentes possibilidades de modificá-los, reinterpretá-los, redefini-los, transformá-los (GRAMSCI, 1995).

Gramsci (1995) ainda complementa que toda ação, em si, resume-se no resultado de diversas vontades, com graus de intensidade variados, pontos de vista convergentes/divergentes, contrapostos ou não, contraditórios ou não. O conhecimento de nossa história e a reflexão de nossas ações já se constitui, por si só, em um ato crítico, em um fato passível de construção-reconstrução, racional, realista. A elaboração crítica de uma realidade parte daquilo que o homem é realmente, sendo através desse processo reflexivo que ele pode descobrir o mundo “novo”, re-inventar o presente, transformar a realidade.

O homem constrói e reconstrói sua existência com base em sua própria história. As ações passadas são os marcos para se repensar o presente, bem como possibilidades de se escrever um futuro, que será um presente próximo. O homem se faz homem em sua presença constante na natureza, ao se relacionar com outros homens, proporcionando condições para que ocorram mudanças estruturais junto a ela, todas vinculadas a um processo de evolução histórico-social. Ele interage dialeticamente com o mundo, transformando a realidade objetiva ao seu redor ao longo do tempo, sendo, também, transformado nessa trajetória.

O homem, de acordo com Gramsci (1995, p.38), é a “manutenção ativa” de uma série de eventos inter-relacionais, que são, também, ativos e conscientes, fazendo parte de uma concepção de mundo, formando uma força social. O homem é o conjunto do complexo, uma ontologia e uma epistemologia, um ser, um conhecer e

um fazer, fruto de uma realidade histórico-concreta suscetível a modificações constantes, tanto internamente, como também de todo o conjunto de relações do qual ele é o eixo central, uma vez que ele se caracteriza como “[...] um processo, precisamente o processo de seus atos”.

A materialidade do homem é explicada pelas relações sociais, que lhe conferem uma consciência histórica, uma forma de ver e ser no mundo, baseada em fatos construídos-reconstruídos ao longo da evolução da vida. A consciência humana se desenvolve no interior desse processo, em um ritmo dialético de formação-transformação. O homem, compreendendo uma realidade natural e um desenvolvimento espiritual, cria novas condições materiais, novas maneiras de ser e agir, humaniza-se, adquire um caráter institucional, mediando a sua própria construção como homem naturalizado paralelamente à construção de uma natureza historicizada (ROSA, 1995).

Transformar uma situação aparente parte de uma tomada de consciência das ações reais e específicas; contraditórias ou não; contrapostas ou não, que perpassam o processo que confere a materialidade do homem no mundo. O sucesso ou insucesso de uma atividade não simboliza que o homem deixou de ser um agente que busca uma mudança. Apenas mostra que o homem tentou, de alguma forma, modificar uma realidade que julgou necessário modificar. O homem é o sujeito de sua práxis, na qual se espelha, se enxerga, tornando-se a base material de sua própria vida. Compreende mais que um “ser”, mas também um “estar” inserido no mundo, construindo a sua história através da dinamicidade e da reflexão crítica de suas ações. Ele torna-se um “vir-a-ser” no movimento, no qual ele se complexifica, podendo alterar a sua realidade.

Dada a multiplicidade do processo de ser/viver do homem, individualmente ou socialmente, nascem os movimentos contraditórios, como movimentos/forças que caminham na direção da continuidade dessas contradições ou na ruptura e na possibilidade de uma solução, uma síntese, uma objeção, uma mudança. No entanto, toda solução carrega em si uma nova contradição, que abstratamente necessita de uma nova síntese. Na lógica dialética, não é possível prever um fato, encerrando-o de forma objetiva, mas destacar o fenômeno em estudo como parte de uma realidade complexa, novamente contraditória, em constante movimento.

Nessa linha de raciocínio, entendo que a enfermagem se insere como fruto de

um processo evolutivo de origem histórico-social, naturalmente contraditório, resultante de práticas, pensamentos e outras determinações de origem histórica, política, ideológica, social e cultural. Todos esses fatores se inter-relacionam, construindo/reconstruindo uma prática de cuidado de acordo com o momento vivido. Da mesma forma, compreendo que os movimentos, as transformações e também as contradições na área da saúde emergem da composição desse conjunto de determinações construído ao longo da história da humanidade, que se inter-relacionam nessa ótica dialética intrigante.

A dialética é uma maneira de pensar, de se encarar a vida, sendo uma arte que impulsiona a discussão, a reflexão. Entender as contradições do mundo real, numa perspectiva dialética, não é apenas entendê-las como parte de um processo em formação/transformação, mas ir além das características individuais deste fenômeno, entrar na sua gênese, em sua totalidade. A referida gênese do caráter dialético se forma durante toda a trajetória histórica que acompanha o fenômeno, gerando uma série de novos conhecimentos sobre um dado aspecto da realidade humana. A dialética tenta compreender o interstício de cada um desses fatos totalizantes, assumindo uma postura crítica, autocrítica, possibilitando emergir o “novo”, por meio da análise das contradições e mediações de cada uma de suas partes. É ver o fenômeno de sua perspectiva parte-todo, considerando suas concepções infra e superestruturais (KONDER, 2003).

A dialética é quase tão antiga quanto a própria vida humana, apagada pelas discussões filosóficas nos séculos anteriores, mas que ressurgiu com a teoria do materialismo histórico de Marx, como um dos sistemas de conhecimento da realidade social. Segundo a dialética marxista, a realidade social é o produto e a expressão de contradições que são, da mesma forma, motores da transformação. Este é o princípio básico da vida humana. Neste sentido, não é possível entender um dado fenômeno, a não ser que não seja visto em sua historicidade, já que todo fenômeno acontece em um dado momento histórico e sob determinadas condições. Também neste sentido, a natureza não é imutável, sendo permeada de novas contradições ao longo de toda a sua evolução (GIOVANNI, 1984; KONDER, 2003).

Poderia acrescentar que essa argumentação se constitui em achados importantes dentro do que Konder (2003) cita como a primeira lei da dialética, ou seja, a “lei da passagem da quantidade à qualidade”. Para o autor, as coisas, ao

serem estudadas a partir das contradições internas que revelam, de alguma forma já são transformadas. Entretanto, ele ressalta que o processo de transformação nem sempre acontece no mesmo ritmo, pois pode haver a precipitação de alterações gradativas (que se dão por pequenas modificações quantitativas) e bruscas (caracterizadas por alterações qualitativas, ou seja, de ordem mais radical).

Embora este estudo pretenda reconhecer os momentos em que as contradições nas práticas de cuidado na UTI se revelam, ele carrega em si uma possibilidade de transformação da realidade social, como caracteriza o método dialético. Espero que os achados deste estudo possam contribuir para a reflexão sobre o cuidado na UTI que é prestado pelos enfermeiros, possibilitando essas transformações. Reconheço, no entanto, que essas transformações, caso venham a ocorrer, poderão ser lentas ou graduais, intercaladas com modificações mais bruscas ou radicais. Isso porque o cuidado na UTI não é mediado somente pela tecnologia, mas por pessoas, que necessitam de tempo e disponibilidade para internalizarem as suas próprias reflexões.

Silva (1986) menciona que a maneira dialética de se entender um fenômeno forma-se nas articulações entre os diferentes níveis que o compõem. Não podemos constituir um objeto de estudo reconhecendo-o como total, irreduzível. Qualquer que seja o ponto de análise, apenas estaremos fazendo uma investigação de parte dessa totalidade. A definição da abrangência dessas partes, para constituir macroestruturas globalizadoras, é calcada nas articulações com as realidades sociais em que essas contradições se formaram e, hoje, se inserem. Essas formações sociais são historicamente determinadas, com características peculiares que se alternam paralelamente às mudanças das relações de produção nelas dominantes.

Até o momento, o que posso sintetizar, e concordando com Giovanni (1984), é que a realidade que pretendo investigar tem seus “atributos” que influenciam em maior ou em menor grau na visão de conjunto dessa mesma realidade. Isso significa que essas determinações são/estão articuladas e mantêm uma relação direta com o fenômeno. Cada ponto de investigação em particular se constitui uma “totalidade”, não podendo ser interpretado sem a mediação do todo.

Reportando-me ao objeto de estudo deste trabalho, conhecer os momentos em que as práticas de cuidado na UTI se revelam contraditórias me faz pensar que

os “atributos” e as questões estruturais aos quais elas estão vinculadas (discursos pessoais, filosofia/política institucional, relações de poder, relações interpessoais, ideologia dominante, entre outros) devem ser entendidos como uma totalidade, mas que não é acabada e que está em constante movimento, encerrando novas contradições, teses, antíteses e sínteses. O fato de se tomar consciência dessa realidade é que nos torna dialéticos em relação a nós mesmos, como homens, e para com o contexto com o qual estamos em interação, fato que propicia a transformação dessa realidade.

Konder (2003) compreende o exposto acima como sendo a segunda lei da dialética, ou seja, a “lei da interpenetração dos contrários”. Segundo o autor, na dialética, tudo tem a ver com tudo, pois os vários aspectos da realidade sempre estão interconectados, não podendo ser vistos separadamente, mas compreendidos dentro de um único contexto, mesmo interpondo significados diferentes. Conforme o autor, esses diferentes aspectos se unem em lados opostos que, no entanto, constituem uma mesma unidade (unidade e luta dos contrários) e ajudam na construção de um corpo de conhecimentos sobre o todo.

Conhecer o que se faz também implica o conhecimento de si. O homem precisa conhecer a sua vida, as suas relações, a sua história, o seu saber-fazer, uma vez que “conhece-se o que foi ou o que é, não o que será [...]”. Não podemos prever as mudanças sem antes nos dedicarmos ao conhecimento do que estamos fazendo, de nossa concepção de mundo, de nossas raízes, do que viemos buscar, do que queremos transformar, das críticas previamente concebidas, das reflexões, de nossa ideologia³. Reinventar o “novo” presume enfatizar a dialeticidade dos processos de conhecer e fazer, vinculando-os a uma continuidade histórica. Dessa forma, é possível re-promover as discussões, modificar a vida (GRAMSCI, 1995, p.162).

³ As concepções gramscianas de ideologia são complexas, refletindo um modelo de saber-fazer que converge com uma estrutura social e política determinante. Em termos práticos, a profissionalização da enfermagem foi constituída no bojo de uma estrutura social plenamente cientificizada no século XIX, assumindo um caráter ideológico. Da mesma forma, podemos considerar que as práticas de cuidado em uma UTI também envolvem uma ideologia, um conhecimento de mundo, refletindo (in) disponibilidades, interesses pessoais/profissionais, as políticas institucionais e as repercussões no modelo de assistir/cuidar. A ideologia, segundo Gramsci (1995, p.62-63) é uma concepção de mundo que permeia a história, a vida social dos homens, estando intimamente relacionada ao conceito de hegemonia, como uma forma de pensar e de agir na realidade. Para ele, não se constitui meramente em um conjunto de idéias ou em um processo de construção de idéias, mas em uma concepção de mundo, um corpo de conhecimentos, uma estrutura organicamente e dialeticamente constituída, manifestada nas diversas formas de vida social, como a arte, a política, o cinema e – também podemos acrescentar – a saúde. As ideologias aparecem como construções histórico-sociais necessárias, como maneiras de defender um ideal, ou seja, como maneiras de viver. Elas “[...] ‘organizam’ as massas humanas, formam o terreno sobre o qual os homens se movimentam, adquirem consciência de sua posição, lutam [...]”.

O homem, em conjunto com outros homens e em direta interação com estes, cria uma rede de relações sociais, constrói sua vida, sua história, sua consciência, sua maneira de pensar e de agir, ou seja, conhece-se, humaniza-se na condição de co-partícipe do mundo, desenvolvendo uma capacidade crítica para julgar a realidade que encontra, naturalmente contraditória, modificando a si mesmo e a ela. O enfermeiro, diante das contradições do contexto assistencial, pode aproveitá-las como “pano-de-fundo” de uma transformação social, refletindo sobre os saberes e práticas, em prol da revitalização das ações de cuidado em defesa da vida, da vontade coletiva, da valorização pessoal, da dignidade humana. Mesmo assim, creio ser importante ressaltar que o enfermeiro faz parte de um mundo onde são visíveis os mecanismos de resistência, que se reproduzem nas habilidades de coerção, dominação e verticalização de algumas práticas sociais, incluindo-se aqui as práticas de cuidado na UTI.

Gramsci (1995) entende o Estado Moderno Capitalista como um aparelho ideológico-hegemônico que mantém a ordem econômico-social do mundo através da aplicação de dispositivos de coerção social. Caracteriza-se como um controlador das forças sociais, da vida material, dos modos de produção. O Estado é composto de Sociedade Civil – compreendendo um conjunto de dispositivos responsáveis pela disseminação de uma nova relação de hegemonia⁴ e ideologia, retratando as classes sociais médias – e Sociedade Política – correspondendo a um complexo aparelho jurídico-econômico que mantém a relação de dominação e coerção através de mecanismos de controle social.

Poder-se-ia pensar, nesse sentido, que uma organização política de enfermeiros em prol das discussões das dificuldades enfrentadas pela categoria durante as atividades assistenciais fariam parte de uma sociedade civil. Por outro lado, entenderia algumas instituições hospitalares e unidades de tratamento intensivo como parte de uma Sociedade Política, onde se utiliza a ênfase na conduta tecnicista, a fragmentação dos processos de trabalho, de normas e rotinas rígidas, bem como do padrão de atendimento individualizado como instrumentos de controle

⁴ Conforme Mochcovitch (1992) e Schlesener (1992), o conceito de hegemonia em Gramsci compreende a formação e a reprodução de relações de poder modificadas nas sociedades onde o capitalismo assumiu um novo estágio de desenvolvimento econômico-político-social. O Estado participa da vida social como um aparelho de coerção, utilizando-se dessa hegemonia como uma forma de manter o poder, a estabilidade social e a ordem política. Daí a concepção gramsciana de “hegemonia revestida de coerção”. O Estado, além de sua função coercitiva, promove uma gradação de funções, de atividades, uma fragmentação dos saberes e das práticas hegemônicas.

sobre o modo de produção da enfermagem.

Segundo Gramsci (1989; 1995), todo o homem que atua praticamente pode não possuir uma consciência teórica de sua ação e de suas finalidades. Em algumas situações, essa mesma consciência teórica pode, historicamente, entrar em contradição com o seu agir. Quando isso acontece, cria-se uma **consciência contraditória**, que influencia a conduta moral dos homens de maneira intensa. A influência pode ser tão significativa, a ponto de atingir um estado de consciência que impossibilita gerar ações e escolhas, levando à passividade, à imobilização, a atitudes subalternas, ao marasmo moral e político. Entretanto, sendo a própria realidade contraditória, intrinsecamente relacionada a ela existem possibilidades de ruptura com as formas de pensar e agir antagônicas, igualmente hegemônicas, constituindo-se em um novo conhecimento de mundo, na medida em que o homem pode revê-lo, dinamizá-lo, transformá-lo.

Posso inferir, então, que a consciência contraditória que se reflete nas práticas de cuidado na UTI, em determinadas situações, possa se tornar tanto um obstáculo à prestação desse cuidado, assim como uma possibilidade de superação/ruptura das contradições, com a formação de uma nova síntese. Essa contradição em especial nega-se a si mesma somente nesse contexto, e só pode ser superada, explicada e transformada nele. Isto quer dizer que as práticas de cuidado do enfermeiro na UTI, mediadas por um movimento dialético e permeadas de contradições, se revelam ou não, em alguns momentos, através de um conjunto de determinações que se contrapõem, mas não se excluem, apenas podendo ser reveladas, entendidas, refletidas, superadas ou transformadas neste contexto em especial.

Aqui se poderia resgatar a “lei da negação da negação” que, segundo Konder (2003), é a terceira lei da dialética. Conforme o autor, o movimento geral da realidade tem um sentido de existir, não é absurdo, irracional, nem se perde nos conflitos entre teses e antíteses. A afirmação ou reconhecimento de uma realidade engendra, por si só, a sua negação, mas que não prevalece como tal. A negação dessa negação constitui-se na ruptura/superação, e o que fica como resultado dela se torna uma síntese.

A meu ver, posso notar que as contradições nas práticas de cuidado do enfermeiro de UTI são uma totalidade complexa que se revelam em alguns

momentos, negam-se e são influenciadas em outros. Compreendo que a escolha da dialética e de alguns conceitos de Gramsci pode me ajudar, neste trabalho, na interpretação de uma realidade que, mesmo em particular, ou seja, centrada nas práticas de cuidado em UTI, pode vir a possibilitar a reflexão por parte dos enfermeiros acerca das práticas de cuidado prestadas a todos que as exercem, em suas atividades assistenciais.

4.2 A Trajetória metodológica

4.2.1. Tipo de estudo

Neste estudo, trabalhei com uma abordagem de natureza qualitativa, já que pretendia compreender um fenômeno em sua totalidade. Optei por essa abordagem, porque ela não visa a explicar os fatos, mas conhecê-los, levando em conta os fatores interferentes, modificadores, idealizadores e simbolizadores do contexto investigado. Interessando-me por conhecer diferentes maneiras como se revelam as contradições em práticas de cuidado na UTI, por compreender as várias razões que as geram concretamente, e ao longo do tempo, reitero aqui a importância do olhar dialético de contextualização.

Por descrever as particularidades e subjetividades de um fenômeno, a pesquisa qualitativa vem sendo considerada o tipo de investigação mais apropriada para as ciências humanas e sociais. A enfermagem, por ser de uma linha mais humanística, adaptou-se a essa nova forma de pensar e tem-se aperfeiçoado como profissão, ao evidenciar particularidades e subjetividades do indivíduo sob seus cuidados. A pesquisa qualitativa surge como uma nova maneira de interpretar o mundo, considerando suas transformações, particularidades e a interação dos sujeitos com a sua própria natureza (MORSE, 1991; STREUBERT, 1992a; LEOPARDI, 2002; TURATO, 2003).

Qualquer realidade é circular, ou seja, está em contínuo processo de

adaptação/re-adaptação, sofrendo mudanças e transformações, ao longo do tempo. Um fenômeno intrínseco a essa realidade, da mesma forma, também é influenciado, adaptando-se, movimentando-se, transformando-se. Sendo o homem um sujeito dessa realidade e em inter-relação direta com ela, a pesquisa qualitativa pode ajudar a interpretá-lo como uma complexidade crescente, como um co-partícipe do processo de conhecimento, na medida em que interpreta os achados com base na sua prática social e nas formas de apresentação dessa realidade objetiva (CHIZZOTTI, 1991).

Acredito, com essa abordagem, ser possível evidenciar uma riqueza de informações, interpretadas e analisadas tomando-se diferentes enfoques. Saliento ainda que esta pesquisa de cunho qualitativo pode mostrar o fenômeno tal qual ele é produzido/reproduzido no contexto hospitalar, mas particularmente na unidade de atendimento intensivo.

Neste estudo, a intenção é a de conhecer uma prática de cuidado que, em determinadas ocasiões, pode-se tornar contraditória. Indo ao encontro de minha opção teórico-filosófica, com a pesquisa qualitativa de orientação dialética se pode resgatar a unidade de terapia intensiva como um laboratório vivo de saberes/práticas, experiências e contextos sociais únicos. É importante valorizar o todo e as parcelas, o universo investigado e o que lhe determina, bem como as maneiras de ser, de agir e de pensar dos sujeitos nesse espaço social. Apóio-me, também, nas informações de Chizzotti (1991, p.80) quando salienta que:

A dialética também insiste na relação dinâmica entre o sujeito e o objeto, no processo de conhecimento. Não se detém [...] no vivido e nas significações subjetivas dos atores sociais. Valoriza a contradição dinâmica do fato observado e a atividade criadora do sujeito que observa, as oposições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens.

A pesquisa qualitativa, da mesma forma, ainda compreende um relacionamento pesquisador/pesquisado em que o processo torna-se intersubjetivo, havendo contato/interação com o outro. O pesquisador não se torna meramente um observador, mas interage com tudo e com todos durante o período de investigação, podendo modificar o ambiente à sua volta e, ao mesmo tempo, ser modificado pela aquisição de novas visões de mundo. Nesse sentido, como pesquisador, estive em

contato com diferentes pessoas, com concepções de mundo próprias, coerentes ou não, divergentes ou não, contraditórias ou não, devendo constantemente entendê-las em sua totalidade, valorizando os achados como parte de uma realidade circunstanciada que carecia de uma interpretação circular, e não de forma linear ou casual.

4.2.2. Local de estudo

O Hospital Universitário (HU), onde foi realizada a pesquisa, foi fundado em 1980 pelo Prof. Polydoro Ernani São Thiago. Possui convênio com o Sistema Único de Saúde, atendendo unicamente a pacientes vinculados a esse sistema. Localiza-se no campus universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em Florianópolis. As obras para sua construção se iniciaram em 1964, porém o hospital somente se tornou realidade em 1980, após intensa reivindicação de professores, alunos e da comunidade. As primeiras unidades criadas foram as de clínica médica e da clínica pediátrica e, posteriormente, o centro cirúrgico, a UTI, a emergência e a maternidade.

O HU é um centro de excelência no Estado de Santa Catarina. Atende, em sua grande maioria, a pacientes provenientes da região metropolitana de Florianópolis, embora também receba pacientes de outras localidades do Estado. Oferece atenção em nível primário, secundário e terciário, sendo de referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, além de oncologia e outras especialidades médicas. É dividido em quatro grandes áreas básicas: pediatria, clínica médica, toco-ginecologia e cirurgia.

A unidade de terapia intensiva, onde foi realizado o trabalho, situa-se no quarto andar do hospital, próximo do Bloco Cirúrgico. É uma UTI geral, que atende casos clínicos e cirúrgicos, e conta com 06 (seis) leitos de internação divididos em boxes, sendo 05 (cinco) no salão central e 01 (um) de isolamento. Atualmente, está em fase de reforma para a abertura de um novo leito.

A UTI possui um espaço físico amplo, com salas de repouso para médicos e equipe de enfermagem, sala de estudos e reuniões, copa, banheiros, local para expurgo, posto de enfermagem e um pequeno setor de armazenamento de materiais. É bem iluminada natural e artificialmente, tendo várias janelas com vista para o Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSC e para o estacionamento geral. A UTI conta com uma gama de profissionais de saúde, composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e técnicos/auxiliares de enfermagem, além de uma equipe de apoio, da qual fazem parte técnicos de radiologia e laboratório, psicólogos e assistentes sociais, entre outros.

A UTI possui uma localização estratégica no hospital, próxima ao Bloco Cirúrgico, às Clínicas Cirúrgicas e ao elevador. O trânsito se faz por meio de três portas, sendo uma delas central – que dá acesso às clínicas cirúrgicas e é usada como entrada principal; uma lateral – que dá acesso ao corredor e ao elevador, usada também para transferências de pacientes do isolamento; e outra nos fundos da UTI – que dá passagem aos funcionários e para a recepção dos pacientes do Bloco Cirúrgico.

4.2.3. Sujeitos do estudo

Propus-me a trabalhar com os enfermeiros da unidade de terapia intensiva – UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e com os familiares acompanhantes dos pacientes. Os enfermeiros foram informantes de importância na pesquisa, uma vez que são os agentes das práticas de cuidado, que vivenciam as contradições em suas atividades, assim como os momentos em que elas se revelam ou não, nesse contexto social. No total, foram entrevistados 07 (sete) enfermeiros, respeitando os critérios de inclusão dos investigados.

Dentre os sujeitos, são os familiares e os pacientes, creio, que mais têm expectativas singulares sobre o processo de adoecimento grave, sendo atormentados freqüentemente pelo imaginário cultural da morte, do sofrimento físico

e psíquico, das necessidades em saúde.

Entretanto, numa unidade de terapia intensiva, é comum encontrarmos pacientes com seu estado clínico instável. Por isso, num primeiro momento, excluí os pacientes como componentes do estudo. No entanto, um paciente em especial, que se recuperou permanentemente de seu estado de adoecimento, chamou-me atenção durante as minhas observações de campo, tamanha a lucidez e clareza nas suas colocações. Assim, por esses motivos, e como forma de enriquecer a pesquisa qualitativa, inseri-o também como participante do estudo.

Com relação aos familiares acompanhantes, estes foram selecionados para o estudo durante as observações de campo. Entretanto, respeitando as tendências do “ser família” em tempos pós-modernos, expandi o meu conceito de família nuclear e permiti a entrada de acompanhantes sem vínculos consangüíneos para participarem do estudo, respeitando os critérios estabelecidos. Ao todo, foram feitas 5 (cinco) entrevistas com esse grupo, sendo 4 (quatro) com familiares e 1 (uma) com o paciente internado.

Os familiares também tiveram papel fundamental neste estudo, porque participaram ativamente da realidade, nas visitas periódicas e outros tipos de contatos pessoais. Tornaram-se atores/sujeitos sociais que conviveram por um período de tempo no espaço social da terapia intensiva, em interação com os profissionais dessa unidade. Eles puderam servir de base para a contextualização dialética que pretendi realizar, já que os enfermeiros me deram uma idéia geral acerca das práticas de cuidado implementadas através do discurso. Dessa forma, os familiares foram os sujeitos que poderiam perceber as contradições evidenciadas nas práticas desse tipo cuidado, inclusive quanto a se elas se revelavam ou não, dentro deste contexto.

Cada investigado foi convidado a participar da pesquisa através da apresentação de uma carta-convite, que indicava brevemente os interesses do trabalho (apêndice 1). Uma vez aceito o convite, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2), que destacou o objetivo do estudo, bem como legalizou a aceitação da participação do investigado na pesquisa.

Cada entrevistado foi identificado de acordo com a sua ordem na coleta dos dados. Os enfermeiros foram apresentados com a letra “E” seguida do número

correspondente à ordem de sua participação na entrevista, subscrito no texto. Os familiares foram identificados com a letra “F” e numerados da mesma maneira que os enfermeiros. Exemplo:

E₁: Enfermeiro, primeiro entrevistado.

F₅: Familiar, quinto entrevistado.

CrITÉRIOS para Inclusão dos Sujeitos na Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos conforme os seguintes critérios:

Família

1) Maior proximidade física ou afetiva com o paciente:

Através da observação prévia das rotinas da unidade e das possíveis informações colhidas junto aos enfermeiros, procurei selecionar aqueles familiares que mais freqüentemente visitavam o paciente. A visita freqüente poderia caracterizar como um maior interesse do familiar sobre o estado de saúde, possibilidades de melhora/piora, mostrando também uma proximidade físico-afetiva maior com a pessoa internada, independente do grau de parentesco ou de afinidade.

2) Dispor-se a participar da pesquisa;

3) Ter condições de comunicação e compreensão para colaborar com a entrevista.

4) Permitir a divulgação dos dados analisados.

Enfermeiro

1) Possuir vínculo empregatício com o hospital pesquisado:

Era importante que o funcionário fosse do quadro permanente de pessoal, porque teria maior entendimento das rotinas, das normas e conhecimento da própria equipe de trabalho de seu turno, podendo contribuir melhor para a investigação.

2) Trabalhar há mais de 3 meses na unidade:

Em algumas instituições, acontece o rodízio de funcionários, para que não

haja estabilidade no turno de trabalho. A definição desse prazo foi aleatória, com base na crença de que três meses seriam um tempo necessário para que o profissional se adaptasse à equipe de trabalho e às rotinas do setor, para que pudesse contribuir com a investigação.

- 3) Dispor-se a participar da pesquisa.
- 4) Permitir a divulgação dos dados analisados.

4.2.4 Procedimentos para a coleta de dados

As estratégias selecionadas para serem utilizadas neste estudo foram a observação participativa, a consulta a documentos e a entrevista semi-estruturada. Saliento que a observação participativa foi minha “porta-de-entrada” na unidade, na qual interagi com tudo e com todos no decorrer da coleta dos dados, tornando minha presença mais familiar para os profissionais e tentando resgatar a naturalidade do trabalho dos funcionários.

A entrada no campo se deu no dia 13/06/2005, quando conversei com a Diretoria de Enfermagem do hospital e com a Diretoria do CEPEN (Centro de Pesquisa em Enfermagem) sobre o estudo. Solicitei que fosse marcado um encontro com a Chefia de Enfermagem da UTI, que foi muito acolhedora e se mostrou interessada no meu trabalho.

Logo após o primeiro contato com os profissionais de direção, apresentei-me aos funcionários, explicando-lhes os objetivos do estudo. Como não pude conhecer todos os profissionais naquele mesmo dia, a chefia de enfermagem da UTI informou-me que haveria uma reunião em breve com todos os enfermeiros da unidade, da qual eu poderia participar, inclusive como forma de interação, e para apresentar o meu trabalho. A referida reunião foi realizada dia 20/06/2005, às 19h.

Estava muito ansioso sobre esse encontro, pois não sabia se seria bem recebido, se os enfermeiros seriam acolhedores, abertos ao diálogo, e se eles estariam dispostos a participar do estudo. Ao contrário, não encontrei resistências quanto a isso. No dia 14/06/2005, foi iniciada a coleta de dados por meio das

observações, inicialmente no turno da tarde.

As observações foram feitas entre 14/06 e 19/08. Elas se deram nos diferentes turnos de trabalho dos enfermeiros, ou seja, pela manhã, à tarde e à noite. Conforme expus anteriormente, iniciei minhas observações no turno da tarde, passando, em seguida, para os turnos da manhã e da noite. Ao todo, foram feitas 120 horas de observação.

Conforme Leopardi (2002), a observação participativa é uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador se insere no campo não apenas com o objetivo de coletar dados, mas de interagir com todos os participantes e com sua realidade, intervindo, propondo, mudando, re-significando. Exige um registro minucioso dos dados coletados – o diário de campo, que, neste estudo, teve papel fundamental na complementação dos dados gerados das entrevistas, e onde pude reunir o “dito” e o “feito”, com base nas falas dos sujeitos e em minha observação da realidade.

A consulta a documentos foi realizada nos manuais de enfermagem utilizados pelos enfermeiros da UTI, documentação de rotinas pré-estabelecidas, metodologias de assistência e no regulamento que caracteriza a filosofia/política institucional, indo ao encontro das orientações de Giovanni (1984). Segundo o autor, o método dialético exige uma criteriosa captação da realidade objetiva, abrangendo todas as evidências empíricas que abordem de modo “verdadeiro” ou “falso” o fenômeno em estudo, com a consulta a dados estatísticos, documentos, levantamento de dados, entre outros. A referida consulta aos documentos se deu durante o período da observação participativa.

Outra estratégia utilizada para a coleta de dados foi o uso da entrevista semi-estruturada. Com ela, entendo também que tive relativa liberdade para discutir a realidade com os sujeitos, provocando reflexões intra e interpessoais. Para tanto, elaborei roteiros, tanto para enfermeiros, como para familiares, apresentados, respectivamente, nos apêndices 3 e 4.

Com relação à entrevista semi-estruturada, Minayo (2004) salienta que ela serve como uma fonte de expressão das idéias e dos valores dos investigados, sendo através da comunicação orientada que o pesquisador pode captar a subjetividade do entrevistado, bem como outras informações mais aprofundadas quanto ao fenômeno a ser pesquisado. Não se trata de um método de coleta de

dados fechado, oferecendo aos sujeitos voz ativa para se expressarem sobre o assunto em questão, dando um significado particular à sua atuação, produzindo um novo conhecimento de mundo.

Saliento que a realidade assistencial que me propus investigar era desconhecida por mim, assim como os funcionários que na UTI trabalhavam. Nesse sentido, não bastava apenas entrar em campo e começar a coletar dados imediatamente. Era necessário um momento de reflexão, tanto de minha parte quanto da deles, para que se acostumassem com minha presença constante. Assim, primeiramente, creio que tinha sido importante fazer uma apresentação rápida dos objetivos do trabalho para equipe de enfermagem, das minhas finalidades, bem como de minha função como pesquisador que coletaria dados através de observações sistematizadas e de entrevistas aplicadas aos enfermeiros e aos familiares dos pacientes.

As entrevistas com os enfermeiros foram realizadas dentro da UTI, nem sempre durante o horário de trabalho. Essa foi a maior dificuldade com relação à coleta de dados através das entrevistas, já que a grande maioria dos enfermeiros se encontrava com pouca disponibilidade em função da quantidade de atividades assistenciais. Assim, alguns deles tiveram que dispensar um tempo extra após a jornada de trabalho, bem como eu tive que me adaptar, voltando à unidade várias vezes, inclusive em diferentes turnos, para completar essa etapa de coleta de dados. Foi realizada 01 (uma) entrevista com cada enfermeiro.

As entrevistas com os familiares acompanhantes se deram depois das visitas à unidade, nos diferentes turnos. Preferi respeitar o horário das visitas, para que eles não perdessem o tempo de contato com o paciente internado. Somente com o paciente incluído na pesquisa e com os seus familiares a entrevista foi realizada no domicílio, localizado em Florianópolis. Tal situação se deveu ao fato de que a alta hospitalar do paciente ocorreu num dia em que eu estava impossibilitado de comparecer no hospital. Com F3 e F4, as entrevistas foram feitas no turno da noite. Já com relação a F5, a entrevista ocorreu no turno da tarde. Todas as entrevistas realizadas no hospital foram realizadas em uma sala de aula localizada na unidade de Clínica Cirúrgica II. Foi colhida 01 (uma) entrevista com cada membro familiar, assim como também foi realizada 01 (uma) entrevista com o paciente.

A média de tempo para as entrevistas foi de 30 minutos. Posteriormente à coleta dos dados, realizei um *feedback* parcial com cada enfermeiro e com cada grupo de acompanhantes a fim de que pudessem validar as informações recolhidas por mim nas entrevistas. A etapa de validação com os familiares se deu sempre no encontro subsequente à coleta, visto que a flexibilidade de horários, a disposição pessoal, inclusive a evolução do quadro clínico do familiar internado eram muito variados. Com relação aos enfermeiros, tive mais facilidade para validar as informações, pois os turnos de trabalho de cada profissional eram mais ou menos fixos. Portanto, tornaram-se mais disponíveis.

Entendo que a adoção da observação participativa, das entrevistas e da consulta aos documentos institucionais, como técnicas de coleta de dados, puderam me ajudar na delimitação do fenômeno a ser estudado, abrangendo a realidade. Creio que obtive um panorama sobre as práticas de cuidado na UTI, ao conhecer o discurso dos enfermeiros (através das entrevistas), sua prática efetiva (através da observação e das entrevistas com os familiares acompanhantes), e também na consulta a tudo aquilo que rege/regulamenta as ações de cuidado nesse espaço social.

Depois de completada a etapa de validação, a saída do campo foi necessária para a análise dos dados. Entretanto, quando finalizada a etapa da análise, fiquei eu responsável pelo *feedback* final, ou seja, por trazer os resultados da pesquisa para compartilhá-los com os funcionários da UTI, apresentando-os com o objetivo de que possam refletir sobre a realidade assistencial encontrada.

4.2.5. Análise dos dados

A análise foi feita de acordo com a natureza dos dados produzidos. A pesquisa produziu dados derivados dos textos gerados a partir das transcrições literais das fitas de áudio gravadas durante as entrevistas, que foram comparados com aqueles emergidos das observações, da consulta aos documentos institucionais e das anotações realizadas no diário de campo.

Segundo Chizzotti (1991), um dado qualitativo não é uma coisa isolada, um elemento fixo que poderia ser captado em um instante. Ele é um fenômeno que se manifesta numa complexidade de formas, revelações e oposições. Todos os dados em uma pesquisa qualitativa são importantes, porque possuem um significado singular, além de uma mensagem implícita que também deve ser encontrada na investigação.

Os dados gerados a partir das observações, registrados nos diários de campo, foram de suma importância no momento da análise dos textos gerados pela transcrição das entrevistas. Em inúmeras vezes, foram esses dados provenientes das observações que me permitiram compreender melhor o que estava sendo dito por meus informantes. Era como se essas observações "iluminassem" o que os informantes falaram, e isso se deu porque as notas de campo ofereceram subsídios sobre o contexto. Assim, optei inclusive por utilizar alguns dados de minhas observações como complementos de algumas falas que transcrevi neste trabalho. Eles são identificados no texto como "notas de observação" (N.O.).

Para análise das entrevistas, inicialmente fiz inúmeras leituras e releituras dos textos gerados pelas mesmas. Minha intenção era buscar mergulhar naquilo que havia sido dito por meus informantes, para ir aos poucos identificando os diferentes componentes dessas mensagens. Assim, foi possível ir percebendo os elementos em comum, as contradições e os temas sistematicamente silenciados. De posse dessas informações, foi que consegui construir o primeiro conjunto de categorias descritivas, que posteriormente serviram de subsídios para construção dos eixos temáticos: *a dialética do cuidado humanizado na UTI e a lógica da produção de saúde e de cuidado na UTI – análise do discurso e da prática profissional do enfermeiro*.

De posse da análise final de todos os dados, é que parti, então, para a discussão dos resultados, orientado pelo referencial teórico-filosófico escolhido para o trabalho.

4.2.6 Considerações ético-legais

O projeto foi submetido previamente a avaliação pelo Comitê de Ética da Universidade e da instituição onde a pesquisa seria desenvolvida, a fim de solicitar

autorização para sua realização. O parecer obtido pelo Comitê de Ética, autorizando a realização do estudo, encontra-se no apêndice 5.

Foi enviado um documento ao HU, solicitando autorização para que os dados fossem coletados na unidade e para que todos os princípios ético-legais que respaldem pesquisador e instituição pesquisada fossem preservados (apêndice 6).

Foi, também, garantido o anonimato dos sujeitos do estudo e respeitados todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, assim como foi respeitada a decisão de desistência por parte dos pesquisados, conforme termo de consentimento livre e esclarecido já destacado no item “Sujeitos do Estudo”.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As considerações aqui apresentadas são frutos da análise dos dados gerados das observações e das entrevistas semi-estruturadas.

Na primeira parte da análise, falo sobre o cuidado humanizado na UTI, citando o movimento de aproximações e distanciamentos no trabalho do enfermeiro. Neste tópico, discuto as facilidades e as dificuldades existentes no espaço das relações dos cuidados intensivos, traçando um paralelo entre a realidade do discurso e da prática profissional propriamente dita do enfermeiro intensivista.

No segundo tópico de análise, discuto a questão do processo de trabalho na UTI. Neste item, ainda foi possível observar duas subcategorias de resultados: uma que diz respeito aos registros de enfermagem e às influências destes no cuidado de enfermagem, e outra que discorre sobre as políticas institucionais, as equipes multiprofissionais e as suas inter-relações com a implementação do cuidado na UTI.

5.1 A dialética do cuidado humanizado na UTI

Qualquer atividade profissional, inclusive no caso da saúde, é mediada por pessoas, com suas competências profissionais, saberes, práticas e visões de mundo. Uma das tarefas mais relevantes, na esfera da saúde, é aliar os conhecimentos teórico-técnicos à sensibilidade humana para avaliar/entender um indivíduo em sua complexidade biopsicossocial. Entendo que as relações entre os sujeitos podem ajudar na recuperação/reabilitação das pessoas, bem como na manutenção da saúde.

A enfermidade vivenciada por uma pessoa não afeta apenas o seu físico, mas afeta inclusive a sua própria identidade. A doença que a acomete lhe causa um sofrimento que também atinge uma dimensão psicossocial. Por sermos seres

humanos, não deixamos de sentir, de ficar preocupados com o que aceitamos ou não, com o que é culturalmente ou socialmente aceito, quando estamos doentes. É importante, portanto, que o profissional de saúde compreenda não somente o que o homem pensa, mas também o que ele sente (SILVA, 1996).

Abordando o ambiente de UTI, entendo que as pessoas que, por algum motivo, precisam de atendimento especializado nessa unidade, carecem de atenção integral. Quando falo em atendimento integral, entendo dessa forma a interlocução de cuidados curativos e solidários, com vistas à minimização das tensões e inseguranças emocionais que esses ambientes geram.

Nesse sentido, a importância relevada na função do profissional de saúde tem suas justificativas. Toda equipe que trabalhe em prol da recuperação/reabilitação de uma pessoa, também deve, igualmente, trabalhar com a dor e o sofrimento imposto pela condição de doença grave. Além de prestar atendimento ao paciente sob o risco constante de morte, deve acolher a família, que, sendo uma extensão da vida do paciente e estando do lado de fora da UTI, tenta reunir forças para conscientizar-se da situação, à espera de uma notícia, de um contato com o seu parente.

A família é a base do convívio social das pessoas. É através dela que aprendemos a pensar, agir, reagir, recebendo ensinamentos éticos, morais, religiosos, enfim, construindo nossa personalidade e maneiras de ver e viver no mundo externo. Família é mais que uma simples reunião de pessoas, mas constitui-se em um todo único, ou seja, um sistema complexo originado a partir de pessoas que adotam uma característica singular de se manifestar e entender a vida (ELSEN, 1994; WAIDMAN, 1998; GONZÁLES, 1999; BOEHS, 2002).

A família é o ambiente em que a pessoa recebe todo o apoio afetivo, psicológico, valores humanos e éticos, além de outras ferramentas necessárias para seu pleno desenvolvimento físico e mental. Os eventos do cotidiano são fatores que exercem forte influência na manutenção do equilíbrio familiar. Por isso, no momento em que um de seus membros vivencia algum evento adverso, alheio às suas experiências, pode ocasionar-se um desequilíbrio na família como um todo (OLIVEIRA; JORGE, 1998).

Compreendo a família como sendo uma rede de relações inerente ao ser humano. De alguma forma, convivemos com ela, fazemos ou fizemos parte dela,

construímos nossa trajetória de vida muitas vezes junto a ela, em quase todos os momentos de nosso processo de viver. Na doença, por exemplo, necessitamos de sua maior aproximação e, geralmente, ela também acaba sentindo todas as nossas angústias, os nossos medos e as nossas inseguranças. Trata-se de uma unidade social, compreendendo um complexo sistema de relações inter-humanas, nas quais o homem se cria, humaniza-se, desenvolve-se, vincula-se, interage com outros homens. Mesmo que na UTI exista um maior contato dos profissionais com os pacientes, é importante salientar a família como uma unidade a ser considerada no plano/projeto terapêutico, em se tratando de uma perspectiva humanizadora de atenção à saúde.

O termo “humanização” vem sendo usado amplamente na área da saúde, constituindo-se em um conjunto de iniciativas que se caracterizam pela qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento do paciente como co-partícipe do plano terapêutico, como um indivíduo permeado por subjetividades e referências culturais. Embora em nosso meio seja difundido o termo “humanização”, ele parece apresentar ambigüidades, já que se pode subentender que as práticas em saúde seriam desumanizadas ou não feitas para seres humanos (DESLANDES, 2004).

Mesmo que as considerações de Deslandes (2004) me tragam algumas inquietações a respeito do termo “humanização”, reafirmo as minhas intenções com o termo “humanizar o cuidado” no sentido de se dar o devido valor ao outro, reconhecendo a sua integralidade, o seu sofrimento, as suas necessidades e as suas expectativas. Trata-se de um compromisso ético do profissional de saúde, além de uma positiva possibilidade de fortalecer os elos afetivos com pacientes e familiares acompanhantes.

No entanto, como expus anteriormente, faz parte do atendimento intensivo prestado pelos profissionais a manutenção das condições vitais do doente, a busca de sua recuperação rápida, ou mesmo visando à cura de alguma patologia mais grave. Nesse sentido, certas facetas de cuidado transparecem. Por ser um ambiente especial, em que a gravidade, a invasividade e o risco de morte são freqüentes, parece que se cria um estereótipo de que a UTI é um ambiente hostil, negativo, que pouco produz saúde, predominando o imaginário da morte, da dor e do sofrimento:

Então eu me dei conta de que eu estava mal. Eu estou em um momento crítico da vida. E estando lá na UTI, aqueles boxes um ao lado do outro, não foi uma experiência agradável, nem bonita. Morreu o primeiro ao meu lado. E quando morre alguém ao teu lado, que está na mesma situação tua, no mesmo leito ao lado, nas mesmas máquinas, não tem como não pensar. Podia ter sido aqui. E assim aconteceu a segunda vez, a terceira vez. Durante o período que eu estive lá, três pessoas morreram. Isso é um choque muito impactante na vida. (P₁)

Quando a gente soube que o pai ia pra UTI, a gente liga a palavra UTI a morte, eu acho, eu achei que era uma coisa horrorosa. (F₁)

Bom, a princípio, UTI é uma palavra que assusta [...] a hora em que eu escutei que ele tinha que ir pra UTI me deu uma tristeza muito grande, porque era uma coisa que ele não gostaria de fazer. Não pelo fato de que eu ia imaginar da UTI, mas pelo fato de que ele não queria ir. Eu fiquei muito triste, telefonei pros filhos, chorei, mas, nesse sentido, isso foi muito importante[...] (F₂)

Eu já passei por momentos difíceis assim, então é difícil você chegar pra pessoa e perguntar, porque dói dentro da gente, porque é uma pessoa que não está bem [...] eu nunca tinha visto uma pessoa toda entubada, dessa maneira assim, cheia de aparelhos. Minha mãe faleceu em hospital pequeno, então não tinha nem UTI [...] eu sei que é muito triste a gente ver a pessoa assim[...] (F₃)

Eu senti uma agonia quando eu vi aquele monte de coisas grudadas no [nome do paciente], era uma agonia, um negócio ruim de ver, eu sei que é tudo pra salvar uma vida, mas é difícil, é difícil, né? Toda aquela aparelhagem, aquelas coisas, tu vê o coração batendo, o oxigênio, a pressão [...] Eu achei muito gratificante, pra mais tarde ele ver o que ele passou, pra ele olhar aquilo lá e dizer “nunca mais quero voltar pra lá”. (F₃)

Eu fiquei muito chocada essa semana, muito triste, sabe? Tinha um rapaz de 27 anos que faleceu, estava da mesma cor que o meu marido, eu fiquei muito triste aquele dia, não me conformava, sabe? E ele era lá da nossa terra, mas ele mora aqui perto da beira-mar, faleceu essa semana. (F₄)

As falas apresentadas parecem criar um conjunto de expectativas e de conflitos ambivalentes nos familiares acompanhantes. Se, por um lado, denotam uma possibilidade de receber um cuidado melhor, específico, atento, por outro, parecem revelar as dificuldades pessoais dos familiares, assim como o sofrimento e a tristeza pela complicação do quadro clínico. A morte parece rondar o imaginário dos sujeitos, que, ao pensarem na UTI como ambiente hostil e negativo, desejam logo que esse momento acabe o mais rápido possível:

Eu sofri mais depois que o pai deixou de ser sedado, enquanto ele estava sedado, ele estava mais tranquilo. A impressão que eu tinha é que ele não ia sofrer, porque o tempo não passa lá dentro. Pra nós, na visita, passava voando, mas pra eles não. Sem falar que na UTI morre o paciente do lado, essas coisas. No primeiro dia que a gente chegou, o pai escreveu “meu colega de UTI morreu”. Puxa, tu estás mal pra caramba, e o cara morre. A

minha impressão de parente é essa, que a sedação na UTI seria boa. (F₁)

Eu esperava que a gente tinha que colocar roupa e coisas pra entrar, pra não levar infecção, eu pensei que ia chegar aqui e colocar todo aquele aparato, touca e tudo mais [...] UTI, acho que é tanta coisa, tanta doença, né? A pessoa já está ali toda aberta, toda cheia de aparelhagens, que é mais um risco de contaminação, né? (F₃)

A imagem negativa construída pelos familiares sobre o ambiente de UTI também é revelada, mesmo que parcialmente, nesses relatos de F₁ e F₃, de maneira interessante a ser analisada. O primeiro relato demonstra a preocupação do familiar com o paciente internado, que, sob sedação, teria melhores condições de recuperação ao não experimentar diretamente (e conscientemente) a dor, o sofrimento, a morte das outras pessoas, além de ter seu tempo ocioso preenchido pela inconsciência gerada por causa das medicações sedativas. Lemos e Rossi (2002) citam que essa característica apontada na fala de F₁ demonstra a preocupação com o isolamento social do paciente, que está relacionado com o afastamento deste de seus hábitos de vida, de sua família, de seu mundo externo.

Com relação à fala de F₃, é possível perceber que a UTI, por receber casos graves, tanto clínicos como cirúrgicos, pode transformar-se num ambiente insalubre, necessitando ofertar roupas especiais para que os familiares tenham maior contato com seus parentes internados, diminuindo os riscos de contaminação pela exposição a fatores externos. Mesmo que essa concepção seja equivocada, talvez a fala de F₃ esteja relacionada com a postura dos enfermeiros, que, durante os plantões, utilizam as roupas especiais (como as de bloco cirúrgico), confeccionadas especificamente para a UTI, e não as suas roupas de uso convencional.

Assim sendo, entendo que o senso comum que perpassa o imaginário social dos acompanhantes levanta um questionamento interessante sobre a complexidade que o processo de internamento da UTI representa para eles, mesclando-se o sentimento de pesar pela proximidade da morte com a visão negativa criada pela quantidade de aparelhagens que mantêm os pacientes vivos na unidade. Tal situação é uma realidade observada dia-a-dia pelos profissionais de saúde do setor, carecendo ser repensada e trabalhada seguidamente no interior desses espaços.

Em se tratando de senso comum, o imaginário social sobre o atendimento da UTI não se resume apenas ao fato de, nela, haver casos graves que se encerram na

dor, no sofrimento e na morte dos pacientes. O adoecimento nessas condições também proporciona uma experiência positiva para pacientes e familiares, que começam a valorizar pequenos sinais, antes talvez não tão importantes, individual e coletivamente. Tal fato parece criar uma polarização entre o bom e o ruim, o que Lemos e Rossi (2002) chamam, metaforicamente, de “elo entre a beira do abismo e a liberdade”. Os relatos a seguir mostram essa realidade:

Então eu descobri uma coisa, que a UTI, na prática, é dentro de um hospital, é um lugar separado em um ambiente todo especial. O que eu descobri também? Descobri que pra ir pra UTI você precisa ter sinais de vida, mas você precisa ter sinais claros de morte. É um local em que pequenos sinais se tornam tão importantes na vida da gente, como por exemplo, lavar a boca. Quem valoriza lavar a boca? E lá, lavar a boca era o alvo do dia. Achar o momento em que eu pedia e eles concordavam. (P₁)

[...] a impressão que deu era que tudo que ele precisava estava lá dentro, tudo foi providenciado, então ele ganhou do melhor. E a tranquilidade que isso passou pra gente também foi bom, que ele vai receber tudo aquilo que ele precisa para ser recuperado. (F₂)

Gramsci (1995, p.144) entende o senso comum como um conjunto de concepções de mundo que não são únicas, idênticas no tempo e no espaço, mas correspondem a todo o conhecimento reunido de maneira desorganizada, desagregada, dispersa, assumindo um caráter acrítico e a-filosófico, que perpassam a história, a vida social e cultural, onde se desenvolve a individualidade moral do homem. “Predominam, no senso comum, os elementos ‘realistas’, materialistas, isto é, o produto imediato da sensação bruta[...]”. Embora entenda que o senso comum carrega concepções individualizadas e pouco reflexivas da vida humana, elas já podem caracterizar-se como o embrião de uma nova concepção de mundo, porque estimulam a reflexão e o repensar das idéias.

Os enfermeiros da UTI estão cientes da existência de um senso comum sobre o ambiente de UTI, que permeia o imaginário das pessoas no momento da internação, e que deve ser trabalhado durante as visitas e nos horários a elas alternativos. O trabalho com o senso comum, para eles, faz parte do significado que é atribuído ao cuidado de enfermagem, que, para isso, deve-se basear na interação, na visão do “todo” e no poder fazer pelo outro, principalmente quando este não pode fazer por ele mesmo, pela condição de adoecimento grave. Em seus discursos, isso fica característico, como pode ser verificado a seguir:

Quando a gente fala em cuidado, normalmente a gente pensa só o curativo, escara, normalmente a gente acaba nisso. Mas não é só isso, é bem mais. (E₁)

Cuidado é uma interação interpessoal, como essa nossa aqui, é uma relação interpessoal, uma relação de afetividade, de carinho, de apoio, atenção, é um relacionamento empático, um relacionamento que permeia toda a atividade da enfermagem. Na verdade, ele é o resultado final da assistência de enfermagem, e no processo de trabalho ele é um instrumento subjetivo da enfermagem. (E₃)

Cuidado é ver o paciente como um todo, é poder atender às suas necessidades, é poder atendê-lo junto com a família, é tentar tornar o ambiente menos hostil possível durante a permanência na UTI, é não esquecer o que o paciente é lá fora. Eu acho que às vezes o paciente chega aqui e a gente acha que vai tirar a roupa dele, que achar aquilo uma coisa normal, sabe? Sabe lá se lá fora ele não é evangélico, ele pode não ter tirado a roupa na frente de ninguém, então eu acho que cuidado é ver a individualidade do paciente aqui na UTI, tentar tornar o ambiente menos hostil para ele. (E₅)

É tudo que eu posso fazer por um ser humano que na maioria das vezes não pode fazer por ele mesmo, até pode, mas precisa de ajuda, então é aquilo que eu posso fazer pelas pessoas, seria uma definição minha de cuidado, então, observar aquilo que a pessoa precisa, a necessidade dela e tentar trabalhar em cima do que ela necessita. (E₆)

Tens que ver nessa totalidade o lado espiritual, a família, prestar um esclarecimento à família, faz parte do cuidado isso. Eu nunca limito a visita, eu deixo entrar à vontade, dou uma satisfação pra família sobre o paciente. Eu já fui paciente, então eu sei disso, o quanto é importante receber uma visita [...] isso é cuidado, ter essa percepção. Sem dúvida a elaboração de técnicas, deixar os curativos feitos, bem cuidados, bolsas, drenagens, evitar a umidade do leito, isso tudo é cuidado, mas não se pode restringir a isso, tem que ter uma visão geral. (E₇)

O discurso dos enfermeiros intercala a concepção de cuidado integral, adotando a postura de que eles estão atentos aos cuidados diretos com os pacientes, além de estarem atentos às necessidades psicoemocionais dos familiares. Para os profissionais, o cuidado é ver a totalidade do paciente, atendendo as suas solicitações, como também as expectativas e sentimentos dos familiares acompanhantes.

Os enfermeiros também entendem o binômio cuidar/cuidado como sendo uma complexidade. Quando estão executando uma técnica, um procedimento, ou até mesmo orientando um acompanhante, o cuidado se torna direto, indo ao encontro das necessidades humanas básicas das pessoas. Por outro lado, quando o enfermeiro se ausenta deste contato direto para organizar a unidade, as prescrições e as solicitações dos outros profissionais, ainda assim eles estão prestando cuidado, mesmo que indiretamente:

Cuidar, pra mim, é a ciência e a arte de trabalhar com o paciente em todas as necessidades humanas básicas. É quase como a enfermagem, o que é ser enfermeiro. Então o cuidado mais especificamente na saúde, pra mim, é procurar atender ao máximo as necessidades humanas básicas. (E₂)

Também, além disso, toda a questão administrativa é cuidado, porque ela não é um cuidado direto, mas é indireto. Desde que eu tenha que prever material, eu vou cuidar do paciente também. Ter que fazer a parte escrita (burocrática, prescrição) é um cuidado também, indireto. Tenho que estar me preocupando com a previsão de escala, mas também é um cuidado indireto. Até a hora de a equipe sentar e discutir algumas coisas é cuidado pra mim. É a hora de a equipe estar dando uma “arejada” pra voltar. (E₆)

O cuidado de enfermagem não é coisa simples. É complexo. Ele não envolve só a assistência na técnica, mas o total com o paciente. Tu tens que ver o paciente como um todo, não basta prestar um atendimento, um banho, em geral. Tu tens que ter uma visão geral do paciente desde o psíquico até as coisas mais simples. Na verdade, um simples curativo é muito importante, mas não pode chegar a só isso. (E₇)

Com relação ao cuidado dos familiares acompanhantes, é importante salientar estes possuem três horários distintos para a visita, sendo eles das 11h às 11:30h, das 14:30h às 15:30h e das 20:30h às 21h. Esses horários estão fixados na entrada da UTI, fazendo parte da rotina da unidade, são respeitados pelos familiares e ressaltados pelos enfermeiros durante seus contatos com eles.

Ainda que exista uma política institucional que determine a rotina de horários para a visita dos acompanhantes, ela vem sendo flexibilizada pelos enfermeiros, na maioria das vezes. Tal atitude surpreende aqueles que visitam a unidade, já que comentavam freqüentemente estarem acostumados com a rotina de horários pré-fixados e com as exigências institucionais. Parece que essa flexibilização, com a abertura da UTI para as visitas “fora-de-hora”, fortalece as relações interpessoais. Porém, da mesma maneira, existe uma consciência de que a UTI tem suas rotinas e que estas devem ser respeitadas por ambas as partes. Isso aparece nas seguintes notas de observação, bem como nas falas de familiares:

E₂, enquanto estava conversando com E₁, liberou a entrada da esposa de um dos pacientes para que ela assistisse ao jogo da seleção junto com ele. Enquanto E₂ ia a uma palestra, deixou claro à equipe que essa senhora estava liberada por ela, mesmo que os médicos reclamassem[...] (N.O.)

[...] uma familiar solicitou visita ao seu parente e foi prontamente atendida por E₄, que lhe solicitou apenas para lavar suas mãos, deixando-a à vontade para conversar com seu parente. As dúvidas dela foram respondidas com muita atenção, como a situação do quadro clínico, além das intercorrências [...] logo em seguida, providenciou uma cadeira pra ela e a deixou um tempo na UTI. (N.O.)

Teve um dia que uma pessoa complicou e disse “espera lá fora”. Mas eu sei que eles têm que ter essas regras, porque senão a UTI vira uma bagunça. Se todas as famílias quisessem entrar, sempre entrava um de cada vez, sabe? Eu acho que eles foram até mais liberais que, pelas regras da UTI, eles não podiam dar tantas coisas como eles deram. Pro bem dele, eu acho que eles fizeram isso, a impressão que dava era por causa da recuperação dele[...] (F₁)

Na UTI, algumas vezes eles deixaram com facilidade até, talvez pelo fato de ele ter virado o paciente mais antigo, às vezes eles deixavam entrar até dois por vez. Teve uma vez que eles deixaram a família inteira entrar e a gente conseguiu fazer uma oração pra ele. Então é um negócio que, normalmente, não é comum, sabe? Talvez porque viram que era importante pra recuperação dele. Então eu acho que eles até são bastante flexíveis [...] acho que eles conseguiram flexibilizar isso. (F₁)

Eu não sabia que se podia fazer visita à noite. Em outros hospitais não entra, aqui a gente entra com bolsa e tudo. Nos outros, a gente não pode entrar com nada, nem a bolsa da gente. (F₄)

A postura acolhedora que se manifestou em E₄, quando providenciou uma cadeira para o acompanhante, assim como em E₁, quando liberou o familiar para assistir a um jogo de futebol com o paciente, foram relevantes para a sedimentação da confiança, do respeito e de uma relativa “tranqüilidade” para as inquietações dos familiares.

Percebo que, dentro de uma realidade de produção de tecnologias de relações na UTI, a flexibilização de rotinas das visitas pareceu-me fundamental para o estreitamento dos laços afetivos e para o redimensionamento desse espaço social pelos familiares. Além disso, é possível perceber que tal atitude, de certa forma, significaria romper com o senso comum que determina a UTI como sendo um ambiente preenchido pela fatalidade, pelo sofrimento e pela negatividade. Sendo o espaço social da UTI frio, mecanicista, em que o misto de imaginário é complexo, ao mesmo tempo ambivalente, flexibilizar uma regra seria promover a aproximação das famílias que estão distanciadas, ao invés de mantê-las afastadas, para permitir a recuperação do estado de saúde dos pacientes junto com os seus vínculos sociais.

Outra situação interessante a ser analisada nos discursos anteriores é que a flexibilização das rotinas também confere um “poder” aos enfermeiros de determinar o que seria bom ou ruim para os pacientes e familiares. Embora a questão do poder seja muito complexa para ser discutida de uma maneira linear, ela mostra uma tendência de adaptar um modelo de atendimento centrado no usuário, em torno de considerar a família como extensão de suas relações sociais. Nesse sentido, a

flexibilização tem-se tornado uma alternativa para resgatar a humanização dos cuidados em um ambiente fechado, dominado pela frieza das máquinas e dos equipamentos. Os relatos a seguir comprovam essa afirmação:

Eu acho que, quando passou o impacto da UTI, eu fui recebido em um ambiente surpreendentemente acolhedor. Descobri também que a UTI é um misto da maquinaria com o ser humano. A gente está lá ligado nas máquinas, depende daquelas máquinas, mas a máquina é fria, e aí entra o enfermeiro, o auxiliar, entra o médico, entra o fisioterapeuta, e eles dão o calor. Eles misturam o calor à capacidade da máquina, o que acaba sendo um processo muito interessante na vida[...] (P₁)

Eu acho que a função deles tem muito a ver com essa parte de humanizar, que pra nós isso é muito importante, né? Porque pra eles é um paciente a mais, mas pra nós é o meu pai, eu só tenho um pai, é a primeira vez que ele está lá dentro, eles estão acostumados com isso o dia inteiro, então eu acho que eles souberam lidar com isso de saber que a gente chegou em um lugar totalmente novo, essa coisa. (F₁)

Lá dentro eu tenho dito, a pessoa está quase que à mercê daquelas máquinas todas, e eu sou muito grata por essa capacidade que os homens desenvolveram tudo isso [...] Só que é muito frio. Você ligado numa máquina é uma coisa fria, e aí entra justamente o contato das pessoas lá dentro, porque tira o fato da frieza e põe o calor humano[...] (F₂)

Todos os enfermeiros que eu sei me atenderam bem, atenderam bem o meu filho, só que a gente sabe que criança não deve entrar, mas toda a vez que ele vai os enfermeiros atendem muito bem[...] (F₄)

Eu pergunto, eles me respondem, não têm má-vontade, quando eu peço pra fazer alguma coisa pro pai eles prontamente fazem. (F₅)

Merhy (1997) salienta que o cuidado e a produção de saúde são viabilizados pela adoção de tecnologias de atenção duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são aquelas em que se utilizam máquinas e equipamentos como auxiliares na assistência. As tecnologias leve-duras são entendidas como aquelas em que ocorre a união dos processos de trabalho com os saberes de cada especialidade, resultando em um saber elaborado, como na clínica médica, psiquiátrica e outras. Já as tecnologias leves são consideradas pelo autor como tecnologias de saber não estruturadas, que estão sempre em processo de atualização, e que medeiam as relações entre profissional e usuários, tais como o vínculo, o acolhimento, o relacionamento terapêutico e outras.

Coimbra (2003) salienta que o acolhimento é um tipo de relação que se produz no trabalho vivo em ato, isto é, no encontro do trabalhador com o usuário, fundamentando-se na escuta e na receptividade, propiciando reorganizar o processo

de trabalho em saúde, além de permitir englobar as diferentes demandas dos sujeitos. Para a autora, o acolhimento é um possibilitador da reorganização da lógica do trabalho interdisciplinar, transformando um atendimento centrado na doença em um atendimento centrado no usuário.

O'Gara e Fainhurst (2004a; 2004b) ressaltam que o lugar do paciente é no centro do processo terapêutico. Deve-se deixar emergirem suas idéias, seus conceitos, suas visões de mundo, concordâncias, discordâncias, sentimentos e demandas. A comunicação e o relacionamento interpessoal devem pautar o atendimento em saúde, uma vez que são importantes instrumentos para viabilizarem o resgate da experiência e do significado da doença para o paciente, favorecendo, assim, o entendimento do enfermeiro acerca do processo de sofrimento de seu paciente, de suas necessidades no momento, respeitando-o como um ser único e irreduzível.

Em se tratando do relacionamento terapêutico, Furegato (1999) e D'Antonio (2004) mencionam que se ele constitui em um instrumento que favorece o alívio do sofrimento humano causado pela hospitalização e pela gravidade do quadro. Baseia-se num conjunto de saberes e práticas destinadas ao cuidado do ser humano, respeitando toda sua complexidade, suas limitações e potencialidades. Trata-se de uma tecnologia de cuidado que vem sendo considerada como parte dos cuidados de enfermagem, porque resgata o papel do ser humano como integrante ativo do processo terapêutico. A enfermagem, ao utilizá-la como instrumento de seu cuidado, pode reconhecer a inteireza de ser humano, suas vicissitudes, limitações, potencialidades e possibilidades, bem como seu papel em um contexto social e de saúde.

Os relatos apontam para uma tendência para se lidar com a dor e com o sofrimento através do apoio físico-emocional, do "estar ao lado" para atender as solicitações, as dúvidas, e da disponibilidade pessoal para tal feito. O trabalho sobre o acolhimento, o vínculo e o relacionamento terapêutico, com base em tecnologias leves, pode resgatar um saber-fazer humanizado, como possibilidade de valoração do sofrimento humano e dos significados atribuídos pelos sujeitos à experiência de adoecimento na UTI. A utilização de tecnologias leves no cuidado às pessoas e aos familiares acompanhantes na UTI parece dar importância ao modo de viver dos sujeitos, resgatando uma prática assistencial em que a subjetividade do doente

também faz parte do processo terapêutico. Isso é importante no momento em que se re-discute as concepções de saúde-doença no contexto de trabalho na saúde, quando o mais relevante não é só a patologia, mas uma associação dessa patologia com as experiências das pessoas e as suas singularidades com relação a ela.

Ainda abordando os relacionamentos humanos, May (2002) salienta que o homem se difere das outras espécies de seres vivos, justamente por possuir uma autoconsciência, ou seja, uma capacidade de o homem se ver a si mesmo, que é a faculdade que lhe confere o mais alto grau de qualidade humana. Ter autoconsciência, para o autor, é ser pessoa, é poder se relacionar com outras pessoas, é poder redefinir e fazer emergir o seu *self*. Com ela, é possível abstrair, explorar nossas potencialidades para, assim, sentirmos uma profunda alegria, que é a herança de ser humano (MAY, 2002).

Segundo Buber (1974, p.32), o encontro, a relação dialógica, o espaço dialógico servem como estratégia principal que leva ao reconhecimento interno das pessoas. Para o autor, o homem apenas pode estabelecer relação dialógica, na medida em que ele é a totalidade que age:

O homem se torna EU na relação com o TU. O face-a-face aparece e se desvanece, os eventos de relação se condensam e se dissimulam e é nesta alternância que a consciência do parceiro, que permanece o mesmo, que a consciência do EU se esclarece e aumenta cada vez mais.

Ainda conforme Buber (1974;1982), um relacionamento dialógico entre duas pessoas permite o autoconhecimento e o heteroconhecimento. Para o autor, toda a vida é um momento de encontro, e, desse encontro, surgem as relações dialógicas. Para isso, o homem precisa se conhecer como homem, entrar-em-relação com o mundo em toda sua totalidade, aceitando o outro, também em sua totalidade e unicidade. Assim ocorre o desenvolvimento de uma responsabilidade genuína, que só existe onde existe o responder verdadeiro.

As relações interpessoais baseadas no acolhimento, no vínculo e no relacionamento terapêutico parecem criar um “processo de cuidar humanizado”, que se torna relevante para a diminuição dos medos, das inseguranças e dos conflitos psíquicos pelos quais os acompanhantes e os pacientes passam, ao se depararem

com a necessidade de internamento na UTI. As relações pessoa-pessoa que se estabelecem nesse ambiente ainda sugerem a intenção de organizar a lógica do processo de trabalho, centrando-o nessas características, além de uma diluição de cargos e hierarquias, colocando as pessoas que trabalham em contato horizontal com as pessoas que vivenciam um momento de sofrimento em suas vidas.

O contato criado na condição de “Eu-Tu”, de relações pessoa-pessoa, é um recurso externo do “estar-inserido-no-mundo”, já que, no processo interacional, profissional e pessoa se fundem numa filosofia de vida em que o primeiro se torna co-autor de um contexto dialógico e das construções discursivas das histórias de seus clientes (GRANDESSO, 2000).

Buber (1982, p. 40-41) considera o diálogo como fenômeno inter-humano, essencial na produção das relações interpessoais. Ele não se caracteriza somente pela concepção relacional do homem para com o homem, mas também pelo seu próprio comportamento, sua doação ao outro e sua reciprocidade quanto a uma ação interior. Segundo ele: “O diálogo não se limita ao tráfego dos homens entre si; ele é... um comportamento dos homens um-para-com-o-outro, que é apenas representado no seu tráfego.” A esfera do face-a-face é o caminho para o inter-humano, para o desdobramento do encontro dialógico. Uma relação dialógica ocorre quando o homem exprime, com ou sem a necessidade de palavras, seu eu interior, sua capacidade de se entender, de se sentir, de ser ele mesmo no mundo. “Dois homens que estão dialogicamente ligados devem estar obviamente voltados um-para-o-outro”.

De acordo com Rogers (1992), o profissional, para exercer com afinco o relacionamento terapêutico, deve ser autêntico, sincero, empático e demonstrar comprometimento com a realidade do cliente. A autenticidade, a sinceridade e o comprometimento permitem ao profissional desvelar um profundo entendimento da vida íntima do cliente, para que possa ajudá-lo. Conforme o autor, ser empático significa experimentar o cliente, ou seja, imergir nele e compartilhar de suas vivências e atitudes, respeitando-o em sua individualidade. O profissional deve perceber todos os ódios, os medos, as dúvidas e as esperanças através de uma identificação empática, não simplesmente emocional, sem, contudo, experimentar ele próprio esses sentimentos, como se também fossem parte dele.

Dentro do espaço social de atendimento intensivo, compreendo que imergir

na vida do paciente pode ser importante na sua re-significação como ser humano, e não apenas como doente ou acompanhante, situando-o na condição de sujeito que vivencia algum momento de desequilíbrio em sua vida. Faz parte do processo de relacionamento interpessoal adotar uma postura compromissada, inteligível, na qual o contexto dialógico se desenvolva em sua plenitude. Ressaltar as particularidades da vida mútua pode ser indício para o estabelecimento da confiança, do interesse e da possibilidade de terapêutica eficaz.

Contudo, as tecnologias leves continuam sendo tecnologias de relação, ou seja, referem-se ao vínculo e ao relacionamento que se dá entre as pessoas, que possuem sonhos, aspirações, obrigações, carências, ideologias, bem como maneiras de pensar e agir diferentes. Portanto, entendo que a interação com objetivos terapêuticos, mesmo que permeada de potencialidades, é também preenchida por conflitos, tensões, fragilidades e limitações. Feltz-Cornelis (2002), Ramjam (2003) e D'Antonio (2004), em seus estudos, destacam que os conflitos nas relações interpessoais devem ser superados em conjunto, para que não se perca o vínculo, a confiança e a reciprocidade no encontro.

A realidade humana é naturalmente complexa, sobretudo rica. Se fôssemos todos iguais, não haveria conflitos, contradições, o que levaria a questionar sobre o tipo de movimento ou vida social possíveis. Temos nossas diferenças individuais, e uma natureza de caráter infra-humano, além de uma “sobreconsciência”, de caráter ultra-humano, que nos permitem expressar nossas diferenças, como também nossos desejos e atributos de sensibilidade, de amorosidade. Para que o homem se reconheça inteiramente, é fundamental uma filosofia do conflito, que lhe permita ir a fundo em busca das raízes e fatores determinantes, e adotar o método preciso de lidar com eles (ARRUDA, 2003).

May (2002) ainda complementa que os progressos da ciência e da tecnologia do século XX diametralmente provocaram um distanciamento do sentido de ser humano. A visão ultra-simplificada e mecânica do *self* oculta a fé na dignidade, na complexidade e na liberdade da pessoa humana. Nossa sociedade julga o valor das ações das pessoas sem basear-se na sua essência, mas na maneira de como elas são recebidas.

Essa afirmação de May (2002) fica clara dentro das unidades de terapia intensiva, onde os enfermeiros convivem diariamente com a alta tecnologia, com o

excesso de atividades diretas para com os pacientes dependentes, além do esforço para destinar um espaço de acolhimento e escuta aos acompanhantes que freqüentam a UTI. Parece que os profissionais têm consciência de suas dificuldades, principalmente quando o assunto é lidar com sofrimento do outro que enfrenta uma doença grave e que pode implicar risco de vida mediato/imediato. Nesse sentido, revela-se uma contradição interessante no que tange ao cuidado humanizado nos horários das visitas e nos horários extras oferecidos, com a flexibilização das rotinas pelos enfermeiros.

Os trabalhos de Goodel e Hanson (1999), Franco e Jorge (2002), Henckemaier (2002), Nascimento (2003), Brito (2004) e Redley e Beanland (2004) trazem reflexões interessantes sobre os problemas de atendimento nas unidades críticas. A literatura destacada menciona que os familiares podem ficar expostos ao isolamento social, assim como os profissionais podem distanciar-se das reais necessidades de cuidado físico e emocional. Da mesma forma, os estudos ressaltados abordam que o cuidado humanizado, nesses setores, parece continuar insuficiente, frente às demandas psicossociais de pacientes e familiares, já que a família ainda é naturalmente distanciada do paciente em função da gravidade do quadro, das necessidades terapêuticas e das formas de intervenção quase que imediatas, além de invasivas.

Franco e Jorge (2002), Motta (2002) e Pinho e Kantorski (2004), em seus estudos, sinalizam que o sofrimento do familiar perante a hospitalização é expressivo, pois há necessidade de uma readaptação de toda a rotina de vida daquela família, agora desestabilizada pela condição de doença. A internação desencadeia sentimentos negativos, o impacto gerado pela gravidade do quadro é penoso para a família, que precisa de apoio, suporte e interação, fazendo-se necessária a atuação do profissional de saúde para tentar minimizar as instâncias de sofrimento do acompanhante.

Albístur et al. (2000) e Lemos e Rossi (2002) complementam essas idéias, ao expressarem que a hospitalização em uma unidade de terapia intensiva é fator que pode gerar um impacto emocional nas famílias, caracterizado por pensamentos contraditórios, que vão desde o ambiente estigmatizado pelo risco de vida, até ao cenário que promove os milagres da cura através da fé e das crenças. Todas essas significações, segundo os autores, são fruto de uma cultura pessoal, que representa,

através de expressões simbólicas, algumas das necessidades de cuidado atribuídas pelos próprios familiares.

Verifiquei que, durante as visitas, o enfermeiro se preocupava em dedicar um tempo para trabalhar com os familiares acompanhantes, na explicação das rotinas de cuidado e sobre as expectativas diante do processo de internamento na UTI. Porém, o horário de visita é limitado, o que exigia dos profissionais a priorização das necessidades de atendimento. Nesse período, o que predominava na prática do enfermeiro era um contato superficial, direcionado ao saneamento dos questionamentos dos familiares, quando eram solicitados ou quando não estavam em atividades assistenciais/burocráticas. Eles preferiam deixar esse tempo para que a família mantivesse contato mais direto com seu parente internado:

A visita foi liberada no horário, e pude perceber que os familiares, principalmente os dos pacientes mais graves, não mantinham contato com a enfermagem. Uma familiar estava chorando à beira do leito e o técnico estava preocupado com a preparação das medicações. E₂ estava conversando com o médico, resolvendo a alta de um paciente internado e providenciando a internação de outro. (N.O.)

Um familiar solicitou autorização para entrar, e foi informado por E₅ de que a visita era só no horário. Antes disso, chegou uma nova paciente proveniente do BC. E₅ se dirigiu rapidamente para colocar os eletrodos e os equipamentos. A equipe se voltou à ela também [...] Enquanto a visita estava sendo liberada, enfermeiros e técnicos estavam envolvidos com a organização da paciente nova. Não houve contato com os familiares em visita. (N.O.)

Um dos pacientes foi sair para exame em São José e os familiares solicitaram para vê-lo antes de sair. E₄ não pôde dar muita atenção a eles, porque estava muito atrapalhado com a parte burocrática da unidade [...] os familiares não tiveram muito contato com os profissionais, que ficaram envolvidos com tantas atividades. (N.O.)

Uma familiar solicitou a presença do enfermeiro para saber notícias de um paciente. Como o enfermeiro estava atrapalhado, fui conversar com ela. Ela me contou que estão bem preocupados em casa, por causa dele. Expliquei como ele estava, que ainda era instável, mas que estávamos cuidando dele. Ela me falou que fica mais tranqüila quando alguém conversa com ela. Ficamos uns 20 minutos conversando e ela se acalmou. (N.O.)

Fora do horário das visitas, os profissionais retornavam às suas atividades de cuidados diretos e às funções administrativas, assumindo, novamente, uma atividade rotineira, e com pouca interação com os acompanhantes, mesmo diante da flexibilização das rotinas. O cuidado humanizado, referido no discurso dos profissionais, parecia transformar-se, na prática, em uma atitude intermitente, que

esbarrava na lógica da sobrecarga de tarefas e na característica peculiar da “multifuncionalidade” do enfermeiro, como uma justificativa possível para explicar a superficialidade do relacionamento interpessoal.

Os enfermeiros, por princípio, valorizam a participação dos familiares na recuperação dos pacientes. Eles acreditam na presença do familiar como um valor adicional ao tratamento, tanto que eles oferecem a flexibilização de algumas rotinas da unidade, para que esse contato ocorra. Porém, poderia dizer que eles se dedicam diretamente aos seus clientes de maneira limitada. Para alguns profissionais, o pouco envolvimento com os acompanhantes justifica-se pela falta de tempo para se dedicarem integralmente a eles, bem como pela utilização do horário de visita como um momento de “entrega” do paciente, para que o seu familiar o possa cuidar, vigiar, ficar atento. Assim, os enfermeiros se apropriam desse tempo como um período de “fuga”, para descansar, para tomar um café, para aliviar as suas próprias tensões e para reunir a equipe:

Sinceramente, com os parentes dos pacientes é meio complicado, porque é um horário que a gente está sempre fazendo alguma coisa, quando eles chegam, e que às vezes a gente usa como fuga, na verdade, sinceramente te falando, sabe? Ah, está com o parente ali, então vamos lá tomar um café, ou vou lá fazer outra coisa, saio daqui, para que não façam perguntas, alguma coisa assim. É um horário de fuga, não só meu, mas acho que de todo mundo, então essa comunicação é meio complicada. (E₁)

Na parte psicossocial, é difícil trabalhar, porque a gente tem um horário de visita restrito, que no horário que eu trabalho é cerca de 1 hora. A gente trabalha com os familiares quando eles vêm, eu procuro conversar com os familiares e com a equipe a respeito dos familiares, das queixas, dos medos e das ansiedades dos familiares e mostrar aos familiares o que é cada um daqueles aparelhos que ele está vendo. Porque ele está tão inchado, porque está inconsciente, o que ele pode fazer quando ele não responde, porque ele pode estar conversando, não sei se ele vai estar ouvindo, mas de qualquer forma, eu acredito ser uma forma do familiar extravasar sentimentos[...] (E₂)

A gente tenta conversar com a família, acho que é muito pouco, acho que é difícil pro enfermeiro conversar com a família, porque muitas vezes pode cruzar informações mesmo, é complicado. Eu tento mostrar pra família e fazer a parte da enfermagem: o que é que o doente tem, se mudou, não deixo a família entrar, sei que eu vou ter falado previamente com essa família, porque tudo assusta pra eles que são leigos, como pra mim aquela caixa da rede elétrica eu não ponho a mão (risos). Então, como pra eles é uma coisa nova, eu tento conversar com a família antes, situar bem. Às vezes, quando longe, dou informação por telefone, mas as pessoas acham que não, abro espaço sempre que posso, sempre que o doente está grave e posso, eu tento avisar a família, converso com o médico [...] acho que falta avançar algumas coisas[...] (E₃)

[...] a questão da visita me incomoda muito, a gente percebe que a visita

entra, vai diretamente ao leito e encontra seu familiar todo edemaciado, cheio de tubos, e muitas vezes você não está ali do lado. Então eu acredito que se a gente tivesse um serviço de psicologia ou serviço social mais atuante aqui dentro, a gente poderia trabalhar um pouco mais a questão do acompanhante. Eu acho que a gente poderia estar trabalhando com a sala de espera, que é uma coisa super importante, explicar o que acontece com o paciente, isso é uma dificuldade. Fazer um grupo, a gente já tinha pensado nisso, mas é a questão do tempo pra fazer isso[...] (E₆)

Diante disso, o acolhimento ao sofrimento do outro tem as suas contradições desveladas no conjunto do processo de trabalho do enfermeiro na UTI. A flexibilidade apontada nas notas de campo e nos relatos dos profissionais tem sido uma “porta-de-entrada” de acolhimento às manifestações do sofrimento físico/psíquico de pacientes e acompanhantes, em todas as suas dimensões. No entanto, o espaço convivencial não tem contemplado o aprofundamento do contexto intersubjetivo, continuando a predominar a superficialidade da interação, como uma dificuldade pessoal do enfermeiro, dificultada pela rotina institucional que o obriga a cumprir, mesmo diante da possibilidade de flexibilização, determinadas atividades burocráticas e diretas com os pacientes, como parcela de seu processo de trabalho. Isso parece mais distanciá-lo do contato pessoal com seus clientes, do que o aproximá-lo.

Touraine e Khosrokhavar (2004) expressam que a relação do sujeito consigo mesmo é mais fundamental que a relação desse mesmo sujeito com outro. Há uma solidão em cada sujeito, que deve ser considerada durante a interação, não podendo ser abolida. É uma experiência fundamental, porque possibilita o autoconhecimento. A partir da relação do si consigo, passa-se à relação do si com o outro e, paralelamente, constrói-se um “Eu” por meio do trabalho e das crenças.

A relação de causa-efeito na UTI parece ser um aditivo à política do pouco envolvimento emocional dos enfermeiros com os familiares-acompanhantes. Como a UTI lida com a dor, com a morte e com o sofrimento, além dos relacionamentos interpessoais demandarem tempo e causarem desgaste emocional, os enfermeiros preferem distanciar-se das famílias nos horários da visita, adotando o subterfúgio do “descanso” e da “hora do café”, para não sofrerem psicicamente, sem, com isso, desprezarem o sofrimento do acompanhante.

Os relatos parecem constatar que os enfermeiros conhecem o significado e a importância da empatia no cuidado de enfermagem, mas carregam um componente

oculto da prática assistencial, que se revela nas dificuldades pessoais/interpessoais para administrar e lidar com os encargos de sofrimento do outro. A relação de empatia, marcante no discurso acerca do cuidado, na prática pode transformar-se em uma “relação patológica”, para a qual o enfermeiro utiliza a barreira psicológica, para evitar o seu próprio desgaste emocional. Assim, o processo empático se desenvolve sem que os enfermeiros se dêem conta de que ele deve ser uma complementaridade para com o outro, e não uma absorção da realidade do paciente ou do acompanhante, como se fosse parte da sua vida.

Dentro da análise das questões da empatia, ainda é interessante destacar a dialética existente entre as necessidades/prioridades dos pacientes e dos profissionais de saúde. O distanciamento do enfermeiro no que concerne às relações intersubjetivas também surge como um fator para garantir a continuidade da assistência de enfermagem, já que confere certo grau de liberdade em poder escolher a hora de se retirar do *setting* de cuidados para se recuperar emocionalmente. Embora normalmente se pense na empatia como uma necessidade de cuidado, esse afastamento até certo ponto é necessário para o re-equilíbrio psíquico do profissional. No entanto, sem a presença de uma organização do trabalho na UTI, o que fica como resultado desse distanciamento é a falta de comunicação e de envolvimento intersubjetivo.

Outra tese interessante, velada nas contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro, se refere à sobrecarga de tarefas. Mesmo que eles tenham a consciência de que o horário da visita seja relevante para o familiar que anseia por uma notícia, por uma palavra de conforto ou por um ato de afetividade, o excesso de atividades parece escamotear os motivos da ausência do enfermeiro nas relações intersubjetivas. Ainda que ele se julgue pouco preparado para tal, o “tarefismo” também funciona como um subterfúgio para a impessoalização do cuidado, sendo esta causada pelo distanciamento emocional e pela superficialidade na relação:

Eu te confesso que, no início, tudo pra mim era igual. Eu não diferenciei muito quem era médico, quem era auxiliar, quem era enfermeiro, quem era fisioterapeuta, não sabia muito [...] então eu não sei se há um problema de identificação, ou foi um problema meu. (P₁)

Eu não sabia quem era, era só uma enfermeira que tinha ali? E aquela que foi no quarto, era auxiliar ou médica? Eu não vi a enfermeira[...] (F₃)

Nem todo mundo é enfermeiro? Como assim? Eu imagino que tem uma ali que é a enfermeira-chefe, que faz muita coisa, é a que mais comanda. É assim? Existe uma pessoa assim? E os outros, são auxiliares? (F₅)

O que se pode notar nas falas apresentadas é que a impessoalização do cuidado na UTI pode ser reflexo das práticas de cuidado rotinizadas e fragmentadas do contexto assistencial. Por mais que se pense que a equipe multiprofissional (e, dentro dela, a equipe de enfermagem) deva ter um mesmo olhar para a situação de doença, as graduações, como também as competências profissionais dos funcionários são bem delineadas por eles e entre eles, cada um sabendo do seu papel, assim como quem é quem na hora de se promover o cuidado. Contudo, isso não parece ficar claro para pacientes e acompanhantes, que, mesmo atentos às diversas categorias profissionais, pouco conseguem identificar com certeza o cuidador profissional. A ausência de uma identificação do cuidador foi constatada nas notas de observação, assim como parece ser sentida pelos pacientes e familiares:

[...] eu acho que o pessoal podia se apresentar ao doente, isso teria uma identificação maior de quem é quem. O meu medo é que quem trabalha na UTI corra o perigo de fazer isso de maneira tão mecânica, que não leva mais em consideração o doente. A gente obedece ao receituário, se o médico mandou dar 500 ml disto, a gente dá e acabou. Então acho que quem trabalha numa UTI precisaria passar regularmente por uma reciclagem de humanização, uma reciclagem da pessoa mesmo se enxergar, para que os médicos, os enfermeiros, os técnicos que estão lá dentro não corram o perigo de virar máquina. (P₁)

[...] a gente não sabe quem é enfermeiro-chefe, quem não é. Acho que deveriam dizer que a pessoa responsável pela enfermagem aqui é a “fulana”, se tiver dúvida ou alguma coisa, pra falar com ela. (F₅)

Os enfermeiros ajudam nas rotinas de cuidados diretos aos pacientes, tanto que E₅ estava dando banho em um deles, junto com os técnicos de enfermagem. Entretanto, o olhar do paciente sugeria desconhecimento dos profissionais. De fato, se o paciente não sabe quem é quem, pode confundir suas atividades. (N.O)

Tendo em vista os relatos acima, a manifestação de um trabalho intelectual centrado no envolvimento para com o outro, assim como destacado no discurso sobre o cuidado, parece precipitar uma prática “tarefista”, que se orienta de forma impessoal. Tal situação apresenta uma contribuição à discussão da fragmentação dos saberes e das práticas de cuidado, quando revela as dissociações existentes entre o trabalho intelectual e o trabalho manual da profissão, além das indesejáveis

conseqüências dessa relação desigual para o foco do cuidado.

Reportando-me à tensão dialética existente entre o trabalho intelectual, criador, e o trabalho manual, reproduzido, encontrei em Engels (1952) algumas contribuições. O autor compara as relações entre o homem e o macaco, salientando que o macaco e as outras espécies animais transformaram-se de acordo com a disponibilidade de meios de sobrevivência, ou seja, de adaptação à vida, nem sempre habituais, mas que sustentavam as necessidades mais imediatas do animal naquele momento. Essa realidade não poderia ser considerada como um trabalho, já que ela prescinde a elaboração de instrumentos. Com relação ao homem, quanto mais este se afastava para a elaboração de seus instrumentos de trabalho, mais se elevava sobre o reino animal. Isso quer dizer que o homem aprendia com a vida, ao contrário do macaco que se adaptava a ela. Portanto:

só o que podem fazer os animais é utilizar a natureza e modificá-la pelo mero fato de sua presença nela. O homem, ao contrário, modifica a natureza e a obriga a servir-lhe, domina-a. E aí está, em última análise, a diferença essencial entre o homem e os demais animais, diferença que... resulta no trabalho (ENGELS, 1952, p.13).

A análise do verdadeiro relacionamento interpessoal do enfermeiro com pacientes e familiares acompanhantes parece trazer uma contribuição importante que se subentende, na realidade apresentada, distante frente às características do trabalho intelectual e do trabalho manual da profissão. As considerações sobre a impessoalização do cuidado têm sua origem desvelada na concentração de forças para desempenhar a atividade “tarefeira”, e nos subterfúgios representados pelas dificuldades individuais em se manter uma relação genuinamente terapêutica.

Pitta (1991) menciona, em seu estudo, que as atividades dos profissionais de saúde que trabalham no hospital favorecem uma concepção do sofrimento como natural, por parte destes profissionais. A dificuldade em estabelecer um equilíbrio entre vida e morte, saúde e doença, cura e óbito é uma constante, e faz com que os trabalhadores tenham potencial dificuldade em administrar o trágico. Por isso, pode-se criar um espaço de despersonalização e de afastamento da realidade dos pacientes.

Pauli e Bousso (2003), em seu estudo, relatam que os enfermeiros de

unidades de terapia intensiva sentem-se pouco preparados para trabalhar com as informações acerca do quadro clínico do paciente com os familiares, visto que eles receiam tirar-lhes as esperanças de vida com relação ao doente. Para as autoras, existe uma crença de que a humanização na UTI é necessária, no entanto as situações estressantes que emergem no contexto assistencial podem fazer com que os enfermeiros se sintam ameaçados e/ou despreparados para lidar com os problemas, afastando-os da família.

Lautert (1999), em seu estudo, objetivou identificar, na fala de enfermeiras de dois hospitais-escola de Porto Alegre, as condições consideradas desgastantes no trabalho. A autora constatou que a sobrecarga de trabalho pelo acúmulo de funções que elas desenvolvem, ao longo da jornada de trabalho, é o fator que mais gera desgaste físico e emocional nas enfermeiras. Nas falas, a autora observou que a enfermeira toma parte ativa na resolução das mais diversificadas situações que ocorrem durante a jornada de trabalho, tentando administrar as atividades para atingirem o objetivo, que é a produção. Como essas atividades repetem-se muito durante suas práticas assistenciais, às vezes se tornam contraditórias, gerando tensão e esgotamento.

Ainda conforme Lautert (1999), a prática do “quebra-galho” é comum nos serviços hospitalares, fazendo com que a enfermeira se sinta confrontada com uma fonte inesgotável de paradoxos, à medida que deixa, muitas vezes, de cumprir atividades suas, inerentes à sua condição, para se dedicar a outras, tudo durante uma jornada limitada de trabalho. Isso faz com que ela saia esgotada do serviço, exausta, ao mesmo tempo em que pensa não ter cumprido com sua missão.

Os enfermeiros da UTI evidenciam, em sua sinceridade destacada no discurso, as dificuldades em lidar com o paciente e os familiares acompanhantes, no que tange ao cuidado humanizado. Como se pôde ver, as implicações desse fato podem fazer parte de um conjunto de estratégias pessoais, profissionais e institucionais.

Caso pensarmos nas relações entre o cuidado humanizado e a multiplicidade de características que ficam implícitas no discurso e na prática profissional do enfermeiro, outros dois subterfúgios parecem revelar-se nos relatos. Um deles diz respeito a considerar a realidade da UTI, como um ambiente de alta rotatividade de pacientes. A fala a seguir demonstra isso concretamente:

[...] ao mesmo tempo em que tens que saber, tu tens que visualizar, tens que ver se realmente está sendo feito ou não. Além de outras coisas, como atendimento dos familiares, mas é sempre uma rotina, não foge dessa rotina, a rotina é mecânica e ela não muda, o que muda são os pacientes [...] mas o que mais chateia é o mesmo paciente sempre, se ele fica dois, três meses na UTI, isso arromba com qualquer assistência, não sei por que. Como a UTI é mais ativa, tu gostas de rotatividade, essa é a grande verdade. Quem trabalha em emergência e UTI gosta disso. Três ou quatro plantões e ainda está aí? É ruim, porque a gente quer ver o paciente melhorar e sair, porque UTI é uma rotatividade. (E₇)

A fala de E₇ expõe uma possível compreensão de que a rotatividade de pacientes seja benéfica para a promoção do cuidado de enfermagem. Todavia, é importante ressaltar que essa rotatividade das pessoas internadas na UTI carrega significados ambivalentes do contexto assistencial vivido. Se, de uma forma, essa rotatividade parece conferir à UTI um *status* de unidade privilegiada, em que pacientes entram e saem de acordo com o grau de necessidade de cuidados, por outro pode reforçar o distanciamento entre pacientes, enfermeiros e familiares, pois formar vínculos interpessoais exige disponibilidade, comprometimento e tempo para o estabelecimento da confiança emocional.

Outro ponto importante de ser analisado, na fala de E₇, diz respeito à característica de transformação do cuidado centrado no doente em um cuidado centrado no corpo e na doença. Se, para os enfermeiros, a dissociação entre o “saber cuidado” e o “fazer cuidado” parece passar despercebida, para familiares e pacientes as relações de cuidado aparentam transformar-se em uma relação de submissão e passividade, pela condição de doença grave. A fala de P₁ levanta essa possibilidade:

Experimentei também na UTI aquela questão de onde está a dignidade da gente. De repente eu vi que duas mulheres diziam “vamos dar banho no seu [nome do paciente]”. Elas não me perguntaram se eu queria tomar banho, elas não me perguntaram se eu queria pôr roupa ou não, é do jeito que eles acham e acabou. (P₁)

A enfermagem não pode ignorar que, ao cuidar de alguém, expõe este alguém ao seu cuidado, tocando-lhe o corpo, por vezes sem pedir autorização. A relação de poder entre o cuidador e o ser cuidado não parece ser passível de um questionamento, quando o assunto é a recuperação da saúde. O doente, pela sua condição de submissão a outrem, pouco discute a invasão, porque parece que, para

ele, a sua reabilitação só ocorrerá se a sua entrega for total, independente dos sentimentos de vergonha, constrangimento e embaraço (PUPULIM; SAWADA, 2002).

Talvez a fala de P₁ esteja relacionada com seu tempo de permanência na UTI. P₁ ficou por, aproximadamente, duas semanas internado na UTI, podendo acompanhar de perto as rotinas implementadas pelos profissionais. Tal situação também foi vivenciada por mim em minha pesquisa de campo, em que pude perceber como o cuidado de enfermagem centrado nas rotinas atribui um *status* especial ao corpo, tendo por base uma relação de poder sobre este. Isso está presente no cotidiano dos cuidados dos profissionais. O paciente se vê à mercê das máquinas e da vontade da equipe, que lhe presta o cuidado necessário para garantir a recuperação de sua saúde, sem antes perceber as prioridades do próprio doente e as expectativas acerca de sua condição de saúde/doença.

A casuística que determina as ações de cuidado dos enfermeiros também contrasta com o discurso de que, na UTI, é preciso individualizar o cuidado e priorizar o atendimento às necessidades dos doentes. A dialética que concretamente se cria entre o "saber cuidado" e o "fazer cuidado", nesse setor, parece trazer à tona as dissociações existentes entre o pensamento e a ação profissional do enfermeiro. O "saber cuidado" atenderia o todo, a complexidade do adoecimento e as necessidades do paciente e de sua família - presentes no discurso, mas muitas vezes prescindindo do *feedback* necessário por parte das famílias e dos pacientes - este último, no entanto, nem sempre possível em UTI. Por outro lado, o "fazer cuidado" seguiria a rotina de procedimentos, a complementação da atividade do técnico de enfermagem, além de cuidados imediatos - presentes nas práticas implementadas na UTI. Os relatos a seguir mostram essa tendência:

Eu chego e pego o plantão, confiro as gavetas dos específicos [...] é um cuidado, porque eu tenho que saber se está tudo conferido ou não. Dali eu vejo os pacientes, avalio eles da cabeça aos pés, faço os curativos, já avaliando o cuidado com relação às feridas, curativos, inserções de cateteres e tudo o que tu imaginar. Eu faço toda essa avaliação, escrevo nas evoluções. Confiro a gaveta no final e passo o plantão. Mas eu faço tudo: faço medicação, isso é um cuidado, eu faço curativo, vejo se o curativo que eu fiz está legal, se está funcionando, se não, é um cuidado, sei lá, ponho botinha, penso em coisas que eu possa estar inventando, isso tudo é legal, criativo e é um cuidado. (E₁)

Os cuidados que a gente implementa são os cuidados diários, como higiene

e conforto, as necessidades humanas básicas, como oxigenação, regulação neurológica, regulação vascular, e por aí vai. (E₃)

Acho que a enfermeira aqui assume muito cuidado direto mesmo, faz bastante assistência direta mesmo, como higiene e conforto do paciente, os procedimentos mais complexos, até os mais simples, como curativos, somos nós que assumimos, controle e prevenção de escaras, por exemplo, quando o paciente já tem lesão, a gente decide o tipo de material que vai ser usado, acho que a gente tem mais autonomia que as unidades, porque na unidade as coisas são mais diluídas, porque são muitos pacientes, acho que aqui a gente consegue fazer melhor. (E₅)

[...] a minha visão é: eu chego, pego o plantão, passo paciente por paciente, tanto observo a prescrição médica, se tudo está conforme o prontuário, aí confiro a prescrição de enfermagem, observo se aqueles cuidados que estão ali estão sendo feitos ou não estão, aí faço um exame físico no paciente, isso para cada paciente, depois eu vejo o geral, que é supervisão, orientação do pessoal, cobranças, né? O que tem que fazer, o que não tem, aí vai a parte administrativa, de cuidados, além de orientar, estou sempre pronto a orientar o pessoal, aí ajudo na parte manual também. Eu faço todos os cuidados [...] se o funcionário está ocupado ou falta funcionário, eu faço o que tem que fazer, se tiver que tirar uma diurese, eu vou, tá? Na falta, eu faço, mas não vou fazer se aquela pessoa está lá sentada ou parada. (E₆)

A disposição dos relatos dos enfermeiros parece seguir a tendência do estabelecimento de critérios e de prioridades para as práticas de cuidado, complementando as discussões anteriores sobre as dificuldades em se prestar um cuidado humanizado. É possível perceber que as referidas prioridades se concentram nas ações tecnicistas e mecanizadas, como fossem mais importantes do que a lógica do saber do doente e de suas prioridades. Os laços interpessoais para o cuidado também parecem envolver uma relação de poder com o outro, pois, pela gravidade, a enfermagem teria o direito único de manipular o corpo, para tentar devolver-lhe a sua condição inicial de saúde. Não me parece que isso represente uma relação complementar, mas uma dissociação de saberes e de práticas integrais, que se reflete na manutenção de um sistema de trabalho manual desvinculado do trabalho intelectual.

O estudo de Rezende (1986) traz uma importante reflexão sobre o distanciamento entre o pensar e o fazer em saúde, ao realizar um resgate de cada período da história da humanidade, e nos mostrar as diferentes – e muitas vezes divergentes – ações em saúde, tomadas por cada grupo social. A autora cita o caso da enfermagem, que se profissionalizou durante o capitalismo, já nascendo, de certa forma, desarticulada, dividida entre o trabalho manual e o intelectual. A autora complementa que a crescente dicotomia entre o saber e o fazer tem imobilizado a

própria estrutura do saber que, na falta de uma retroalimentação pela realidade presente, está mais próxima do verbalismo, que da teorização. Assim, ela entende que a prática, que vem sendo constantemente alijada do pensar, tem-se tornado pouco crítica, transformando-se em um ativismo não-reflexivo.

O automatismo das ações do homem pode tornar-se um perigo para as forças de produção e para as relações sociais, já que a consciência contraditória pode se manifestar implicitamente, de maneira velada e difusa, sem uma unidade crítica em ato. O determinismo mecânico que não é elevado à categoria de filosofia reflexiva, se mantém na passividade e no marasmo ético e político (GRAMSCI, 1995).

No entanto, Gramsci (1995) salienta que o contraste entre o pensar e o agir, ou seja, a coexistência de duas concepções de mundo, uma que se manifesta por palavras e a outra pela ação efetiva, nem sempre se deve à má-fé. A má-fé poderia, segundo o autor, ser uma explicação satisfatória para alguns, embora incipiente e isolada. Para ele, essa manifestação de contradições que se reflete na dissociação do complexo saber-fazer seria uma expressão de contrastes mais profundos, de natureza histórico-social.

É possível perceber que, na realidade da prestação dos cuidados de enfermagem, mais precisamente na UTI, os enfermeiros não estão agindo de má-fé, quando deixam de prestar o efetivo cuidado humanizado. Tirando-se as dificuldades pessoais que eles enfrentam nos relacionamentos intersubjetivos, além das relações institucionais e suas influências na prática profissional para o cuidado, parece que a consciência contraditória tem suas raízes reveladas em uma lógica da divisão do trabalho, fruto da manutenção de um sistema de relações que acompanha as orientações nightingaleanas do processo de profissionalização da enfermagem.

Continuando as discussões sobre a divisão do processo de trabalho, penso que a divisão entre *ladies nurses* e *nurses* (ou, na nossa realidade, enfermeiros e técnicos de enfermagem) levanta uma questão importante no ambiente de cuidado intensivo. A fragmentação entre atividades profissionais parece evidenciar a dissociação entre o cuidado integral, relacional, intersubjetivo e o cuidado procedimental. Não pretendo aqui trazer soluções para isso – seria pretensão de minha parte – mas creio ser possível mostrar que essa realidade produzida/reproduzida pela enfermagem continua gerando uma vulnerabilidade no processo de cuidar, em decorrência da própria constituição histórica da profissão, como ressaltado anteriormente. Cabe uma

pergunta: seria a enfermagem uma profissão que está evoluindo ou involuindo como prática social, perante essa situação?

De acordo com Gramsci (1995), cada ser humano pensa e age conforme suas próprias concepções de mundo, herdadas da história, que se manifesta no interior de consciências teóricas diferentes (ou contraditórias). Uma delas pode estar contida na sua própria ação, que realmente une todos os colaboradores na transformação prática da realidade. A outra, superficialmente explícita, ou verbal, é acolhida do passado sem a crítica necessária. Embora essa concepção verbal não seja inseqüente, ela está relacionada a um grupo social determinado, influenciando a conduta ética de todos, além de estar podendo atingir um ponto em que consciência contraditória não gera mais nenhuma ação, nenhuma escolha. Tal situação produz um estado de marasmo e passividade nas relações de produção e no contexto das relações sociais.

Merhy (1997), baseado nas leituras marxistas, destaca que o homem é capaz de modificar a sua vida e o seu trabalho em função da sua sabedoria sobre determinado assunto, mas é importante que saiba como fazê-lo, não simplesmente executando-o ou projetando-o de qualquer maneira. O homem complementa a sua atividade profissional com base no saber que cria/recria, alimentado pelo saber tecnológico que contempla a sua formação. A decisão que ele toma e a liberdade a que ele se dá em sua atividade produzem trabalho vivo, criador, transformador do cuidado com o outro.

A realidade do saber-fazer cuidado na UTI tem demonstrado uma possibilidade de fragmentação da atividade profissional do enfermeiro, que se destaca no discurso e na sua prática profissional, muitas vezes desarticulada. A discussão do processo de trabalho na UTI, juntamente com outros apontamentos, será feita mais adiante, em um novo tópico de análise. No entanto, cabe destacar que as famílias, além de terem de encarar um momento de conflitos internos e externos, percebem as dissonâncias criadas no trabalho do enfermeiro. É importante, portanto, que essas dificuldades enfrentadas no contexto assistencial sejam discutidas/rediscutidas constantemente no ambiente de trabalho, já que a materialização do diálogo desses aspectos pode ajudar na criação de uma nova cultura, de uma nova concepção de mundo. Conforme Gramsci (1995, p.33):

Se essa vontade é representada por um indivíduo singular, a sua

racionalidade é atestada pelo fato de ser ela acolhida por um grande número, e acolhida permanentemente, isto é, ela se torna cultura, um “bom senso”, uma concepção de mundo, com uma ética adequada à sua estrutura[...].

Qualquer filosofia de trabalho pode buscar novas estratégias, mas nunca ignorar um conhecimento já produzido/reproduzido no interior da vida coletiva e das relações sociais. No caso da UTI, é possível que o enfermeiro subtraia o conhecimento do senso comum e crie algo “novo”, cientificamente consistente, coerente, importante, através do contato com os pacientes, familiares e outros enfermeiros, já que, de acordo com Gramsci (1995, p.18), “[...] não se trata de introduzir [...] uma ciência na vida individual de ‘todos’, mas de inovar e tornar ‘crítica’ uma atividade já existente[...]”.

A política que permeia o saber cuidado e o fazer cuidado, na UTI, sugere estar intrincada em uma complexa teia, preenchida por dificuldades pessoais, limites profissionais, relações de poder e rotinas institucionais. Assim, destaco a importância de se repensar (no coletivo) estratégias de assistência que possibilitem a candente revitalização do eixo paciente-acompanhante-enfermeiro, através do acolhimento, do relacionamento terapêutico e da empatia interpessoal.

A dialética entre o saber e o fazer cuidado é uma relação que, em muitos momentos, como foi apresentado, se nega a si mesma, contrapondo-se, mas não se excluindo, exigindo de pacientes, familiares acompanhantes e dos próprios enfermeiros um manejo especial da realidade produzida/reproduzida no contexto assistencial. A reflexão dessa realidade e o conhecimento das contradições teórico-práticas perpassam momentos favoráveis e desfavoráveis nas relações interpessoais. Penso que o conhecimento desse contexto pode ajudar na qualificação e na transformação do cuidado nas unidades de terapia intensiva.

5.2. A lógica da produção de saúde e de cuidado na UTI – análise do discurso e da prática profissional do enfermeiro

Dando seqüência às discussões sobre as contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro, é importante lembrar que as concepções e

ações de cuidado na UTI, com relação à humanização do atendimento, parecem seguir uma disposição ambivalente, quando se manifestam no contato entre os enfermeiros e os familiares acompanhantes, dentro e paralelamente aos horários de suas visitas à unidade. Mesmo que, em se tratando da lógica de produção de saúde, o cuidado humanizado esteja envolvido nessa construção, outras situações merecem ser apresentadas e analisadas. Para dar conta desse assunto, utilizei-me de leituras marxistas, assim textos de referencial marxista sobre a questão do trabalho, e que falam das implicações deste na vida humana.

Penso que a construção da enfermagem, como prática social, ultrapassa as relações entre os sujeitos, para a promoção do cuidado integral, relacional, intersubjetivo. Observo essa construção como um conjunto de características complexas, que intercalam as subjetividades das pessoas com um dado momento histórico, político, social e, no nosso caso, de saúde.

A história compreende uma sucessão de gerações, cada uma delas explorando os bens materiais, capitais, as forças produtivas das gerações precedentes e a natureza em que tudo isso se encontra. A história é também uma sucessão de discursos e de práticas que são transmitidos num ritmo dialético: na medida em que são radicalmente transformados, na sua sucessão, modificam as antigas circunstâncias, tornando-se radicalmente diferentes (MARX; ENGELS, 1989).

Ainda de acordo com Marx e Engels (1989), a natureza faz parte da vida humana, fornecendo ao homem os modos de produção já existentes, que são reproduzidos durante o processo de viver. Entretanto, os modos de produção disponíveis não se encerram apenas em uma mera reprodução da existência física dos sujeitos, já que todos eles demonstram ter uma maneira única de se manifestar, de recriar a vida, um modo de viver determinado. O homem depende das condições materiais de produção, ou seja, das relações entre os indivíduos, para refletir o que ele é, fazer-se sujeito individual e coletivo, produzir as suas idéias e as suas representações, refletir a sua consciência, reescrever a sua história:

[...] serão antes os homens que, desenvolvendo a sua produção material e as suas relações materiais, transformam, com esta realidade que lhes é própria, o seu pensamento e os produtos desse pensamento. Não é a consciência que determina a vida, mas sim a vida que determina a consciência (MARX; ENGELS 1989, p. 9).

Caso visualizarmos o homem como um produto da história, poderíamos dizer que a história também é uma produção do homem, ambos em um processo dialético de reconhecimento e transformação. Conforme Gramsci (1995), o homem é um ser em processo, mais precisamente o processo de suas próprias vontades e atitudes. Nesse sentido, o homem, ao dominar a natureza, construindo a sua vida social, produz a si mesmo, re-visita a sua existência, a sua realidade, a sua consciência, humanizando-se. As relações que este homem estabelece com os meios de produção constroem a matéria, as relações humanas, sendo estas a base do movimento da vida e do coletivo. A alternância entre os modos de produção possibilita-o firmar-se no mundo, diferenciando-o de sua condição animal por meio dessa capacidade que somente ele a possui. O trabalho se constitui no princípio básico pelo qual o homem produz/reproduz a sua história, fazendo-se co-partícipe do mundo e das relações que o permeiam:

Em suma, deve-se conceber o homem como uma série de relações ativas (um processo), no qual, se a individualidade tem a máxima importância, não é todavia o único elemento a ser considerado[...]. E mais: estas relações não são mecânicas. São ativas e conscientes, ou seja, correspondem a um grau maior ou menor de inteligibilidade que delas tenha o homem individual. Daí ser possível dizer que cada um transforma e modifica todo o conjunto de relações do qual ele é o ponto central (GRAMSCI, 1995, p. 39-40).

Dentro do contexto de trabalho na UTI, creio que as relações sociais de produção que se estabelecem entre os sujeitos são destaques para a constante reconstrução da realidade objetiva, que se reflete nas condições de atendimento e na promoção de saúde/cuidado nesse espaço social. O trabalho na UTI poder-se-ia tornar um dispositivo que possibilita produzir vida no interior das relações sociais constituídas. No entender de Engels (1952), o trabalho corresponde à condição básica e fundamental de toda a vida humana, capaz de modificar a natureza, assim como a si mesmo perante ela. O trabalho dignifica o homem, separando-o das outras espécies de seres vivos, ao permiti-lo controlar os modos de produção e compreender as relações humanas, a vida, a natureza e a si mesmo, como parte da natureza.

Parece-me interessante ressaltar aqui que a incorporação dos modos de produção e do trabalho à vida do homem, ao longo da história, ajudou no aperfeiçoamento da força produtiva, que se reflete, hoje, nas divisões do processo

de trabalho. Marx e Engels (1989) já sinalizavam essa condição. Na vigência do capitalismo, a fragmentação do trabalho manual e do trabalho intelectual fez com que o trabalhador perdesse a noção do todo. No capítulo anterior, essa característica foi apresentada tomando-se como referência o cuidado humanizado. Agora, outros dois apontamentos que refletem essa realidade merecem ser apresentados: um está relacionado com a construção dos registros e dos manuais que regem o cuidado de enfermagem; o outro diz respeito às políticas organizacionais e as inter-relações com os sujeitos que compõem o trabalho da enfermagem. Passarei, a seguir, a discutir cada um deles.

5.2.1. Os registros de enfermagem e as inter-relações com o cuidado na UTI

Ao longo dos anos, a prática de enfermagem nas unidades hospitalares convive com as mais diversas formas de informação sobre a saúde das pessoas. Todas as observações da enfermagem, até mesmo por necessidades ético-legais, devem ser registradas em instrumentos propostos para esse fim, como forma de gerenciar a assistência e avaliar a qualidade do cuidado (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003).

A organização dos registros de enfermagem na UTI é hierarquizada conforme a própria constituição dos manuais e regimentos do hospital. Dentro da gerência do serviço de enfermagem do HU, existe um “documento básico”, contendo o regimento do hospital e um manual de enfermagem. Este, por sua vez, reúne as técnicas básicas de enfermagem e as atribuições funcionais da categoria, além de um complexo sistema teórico-conceitual para registros nos prontuários, baseado na metodologia de assistência de enfermagem de Wanda Horta e no modelo orientado para o problema ou WEED.

O “documento básico”, como é chamado, reúne a filosofia institucional, o regimento interno, os objetivos de assistência/cuidado, além de um conjunto de conceitos e práticas com relação ao processo de saúde-doença. O documento

básico do HU foi constituído pela Diretoria de Enfermagem em 1980.

Conforme pude constatar, a filosofia básica deste documento pretende respeitar o ser humano em sua integralidade, sem distinções, considerando a saúde um bem-estar do ser humano, em que ele está em equilíbrio consigo mesmo e com o meio ambiente. A enfermagem deve ser desenvolvida em equipe, com o compromisso de uma prática cooperativa, sendo o enfermeiro responsável pela implementação dessa sistemática. A doença é apresentada como um processo de múltiplas causas, constituindo-se em uma intercorrência no ciclo vital.

Existe também um manual de técnicas e procedimentos do hospital, contemplando 136 diferentes técnicas e procedimentos da enfermagem hospitalar, e que possui 298 páginas. O referido manual está em sua quarta revisão, principalmente com vistas a providenciar a atualização de alguns procedimentos.

A UTI não possui ainda um manual de procedimentos específico, mas ele está em processo de elaboração. Os enfermeiros entendem que a UTI, por ser um ambiente privilegiado no hospital, necessita ter um manual contendo as rotinas e os procedimentos implementados por eles. Eles acreditam que o cuidado na UTI é diferente do restante da instituição, exigindo que se tenha um manual que contemple suas especificidades. Enquanto o manual não é finalizado, os enfermeiros adotam o manual de técnicas e procedimentos do hospital, bem como os protocolos padronizados por doença ou quadro clínico, propostos pela Sociedade Catarinense de Medicina Intensiva e pelas equipes multiprofissionais.

A metodologia empregada para a assistência de enfermagem é o processo de enfermagem segundo Wanda Horta, que é o referencial teórico escolhido pela enfermagem do HU. Esse modelo de assistência é dividido em três grupos: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais:

O referencial que eu uso é o da Wanda Horta, da teoria das necessidades humanas básicas, é o referencial teórico, básico e elementar pra mim [...] a parte prática eu procuro também usar ela. Na UTI a gente trabalha muito com as necessidades psicobiológicas. Então a gente vê o paciente e procura trabalhar a questão da vida, da prioridade, que nesse momento se prioriza a vida do paciente. (E₂)

Com relação ao referencial, o hospital usa a teoria da Wanda Horta, a teoria das necessidades humanas básicas. Pra implementar o cuidado, a gente usa esse referencial teórico [...] que é o referencial básico que a gente tem aqui na UFSC. (E₃)

Conhecer o referido método de assistência foi uma vivência diferenciada para mim durante o acompanhamento das rotinas na unidade, já que vim de uma realidade em que não se utilizava um referencial para a prestação de cuidados de enfermagem, tampouco se falava dele no ensino de graduação.

Com relação ao prontuário, o documento básico destaca que ele segue o “modelo orientado para o problema” (ou modelo WEED, para evitar confusões no que tange ao aumento das especificidades médicas e das outras profissões. Os dados são registrados através das observações, com seus problemas específicos, sendo denominado “problema” tudo aquilo que requeira ou requereu assistência à saúde, além de afetar o bem-estar físico ou emocional de uma pessoa.

As notas de evolução são as avaliações diárias das condições do paciente e de suas respostas às prescrições. Nela constam os dados obtidos pelo enfermeiro através das visitas diárias, observações diretas, entrevistas com familiares, informações de outros profissionais, passagens de plantão, entre outros. As notas de evolução seguem o modelo “SOAP”, assim distribuído:

- S** - Informações do paciente – o que ele sente, observa e/ou acredita ser, além de informações dos familiares e amigos.
- O** - Observações clínicas e resultados de exames.
- A** - A análise explica os significados dos dados subjetivos. O profissional registra a opinião sobre como definir o problema em um maior grau de precisão, avaliando, ao mesmo tempo, a evolução da conduta e identificando novos problemas. Devem estar incluídas razões para manter, alterar ou abandonar uma conduta.
- P** - A decisão sobre a conduta a ser tomada.

A visão central da documentação e dos registros de enfermagem tem uma relação direta com a realidade de prestação dos cuidados na UTI. O referido documento apresenta uma idéia importante a ser ressaltada sobre o processo saúde-doença. Segundo ele, a saúde é considerada como um “estado de bem-estar” e a doença como uma “intercorrência”. Vale ressaltar que o documento básico foi escrito na década de 80, quando o processo saúde-doença ainda possuía uma visão centralizada na patologia. Essa concepção poderia ser considerada como um aditivo às dificuldades que enfrentam os enfermeiros na prestação do cuidado humanizado,

conforme discutido no capítulo anterior.

A prática rotinizada dos enfermeiros parece ser uma forma de ordenar e gerenciar uma atividade social que resulta na recuperação da saúde física das pessoas. O emprego da metodologia de assistência também parece evidenciar isso, inclusive como uma forma de facilitar a vida dos profissionais, adaptando uma realidade a um modelo específico. Entretanto, as divergências de pensamento entre os enfermeiros e a pouca discussão conjunta dessa realidade, ao invés de facilitar a gerência do cuidado, parecem confundi-lo e dificultá-lo. Um exemplo disso se revela nos registros dos enfermeiros sobre as evoluções dos pacientes, como demonstram as minhas notas de observação a seguir e a fala de E₃:

Um fato que me chamou atenção é que uma enfermeira registra o “subjetivo” colocando termos, de certa forma, objetivos (à ela), ou seja, sob sua interpretação. Ela tem usado a comunicação não-verbal como forma de “interpretar” situações à sua maneira, e não como o paciente as vê. (N.O)

Ao consultar os registros do dia, pude notar que o modelo SOAP é completo, dependendo das condições do paciente no momento da evolução. Para aqueles pacientes conscientes, o “S” se resume às queixas: “Refere dor ao ser manuseado no banho de leito”. (N.O)

Ao avaliar os registros médicos, notei que todos eles são bem sucintos nas evoluções, que seguem os moldes do SOAP. As avaliações apresentam os diagnósticos confirmados, HD e intercorrências do plantão. As avaliações de enfermagem continuam confusas, cada um escrevendo e avaliando diferentemente dos demais. (N.O)

Falando bem francamente, a gente usa mais esses modelos, eu acho, na prática, mais como uma regra da instituição. Eu não tenho muita consciência disso, e não vejo também muito nos outros colegas. A gente segue mais uma teoria mais como uma imposição da profissão. Acho que ainda a gente usa o método, o processo de forma inadequada. Hoje eu tento na análise trazer um pouquinho pro cuidado [...] mas vejo que muitas pessoas põem diagnóstico, é feito diagnóstico na análise. Isso também com professores da própria universidade que vêm com os alunos, né? Acho que tem essa etapa do histórico, do exame físico e da entrevista, né? Depois tu tens que fazer o diagnóstico, que é levantar, e depois fazer a evolução em cima desse diagnóstico. O que a gente vê são as pessoas colocando diagnóstico, tu tá cansado de ver “desobstrução ineficaz...” mas não diz nada com nada do que está relacionado com o doente. Eu acho que tem uma dicotomia na análise. Eu acho que a gente faz muito bem o “O”, o “A” a gente deixa a desejar. (E₃)

Segundo Gramsci (1995), toda sociedade deveria superar as concepções passionais e elementares, que fazem parte do senso comum, produzindo saberes e ações coerentes, resultantes da vontade coletiva em ato, ou seja, produzindo bom senso. A multiplicidade de formas de pensamento pode-se manifestar na retomada

de uma contradição teórico-conceitual a que os homens estão expostos, no processo de viver. Isso pode criar contradições no pensamento que interferem na sua prática, na sua própria vida, além de se manifestarem no *locus* social.

A análise dessa última nota de observação, em especial, revela-me uma preocupação que está contida na argumentação de Gramsci (1995), que também é levantada por E₃. Os vários formatos de redação revelam as múltiplas maneiras de pensar dos enfermeiros e tornam os registros de enfermagem diferentes dos registros dos médicos, em conteúdo e precisão. Pelo que pude notar, os registros médicos sempre eram concisos, representando as necessidades mais imediatas das pessoas internadas naquele momento em especial. Os enfermeiros, ao contrário, parece-me que não mantinham um registro uniforme, dispondo suas informações de maneira aleatória e, por vezes, confusa. Um exemplo disso é apresentado a seguir, que foi tirado das notas de observação em campo:

Avaliação Médica:

Sem mudança no quadro neurológico (mesmo com diminuição de Sódio). Quadro pulmonar inalterado, tendência à hipertensão. Apresentou pico febril pela manhã. Glicemias elevadas, necessitando de Insulina Regular EV.

Avaliação dos Enfermeiros:

E₄ – Necessidade de oxigenação melhorada, extubado pela manhã, mantendo-se em macronebulização.

E₁ – Sem informações na forma de SOAP.

E₃ – Contra-indico aplicação subcutânea abdominal devido à coleção local. Continua não suportando mudança de decúbito, com massagem de conforto eficaz.

E₅ – Sem informações no formato SOAP.

E₂ – Desobstrução ineficaz das vias aéreas caracterizado pela incapacidade de remover as secreções das vias aéreas (brônquios e alvéolos).

E₆ – Bom padrão respiratório em PS (Pressão de Suporte). Mantém muita secreção traqueal, dificultando entubação.

Com relação à fala de E₃, é possível observar uma preocupação que corresponde à contradição quanto ao formato de redação dos registros,

principalmente no que tange às notas de evolução. A metodologia empregada pelo hospital segue o modelo “SOAP”, além das orientações do método de Wanda Horta. No entanto, a grande maioria dos enfermeiros acaba adotando uma multiplicidade de metodologias, que se apresentam como fruto de uma contínua readaptação de outras situações, nem sempre refletindo as necessidades mais imediatas do contexto de cuidados atual. Ainda segundo E₃, a adoção do modelo de assistência de Wanda Horta parece não cogitar todas as necessidades de cuidados do local, ficando mais a critério da instituição do que dos próprios enfermeiros assistenciais, o que concordo.

E₃, em seu relato, ainda observou que as dicotomias existentes entre o pensamento e a ação do enfermeiro, diante dos registros, mantêm-se, inclusive, dentro dos espaços acadêmicos. Para ele, os alunos vêm acostumados a avaliar os pacientes a partir de diagnósticos de enfermagem que, embora importantes, são utilizados sem o preciso conhecimento das necessidades da UTI, dos enfermeiros assistenciais e do hospital em si. Tal situação pode dificultar a própria percepção dos alunos sobre as prioridades na avaliação dos pacientes, já que são formados para a utilização de um modelo teórico ainda confuso para os profissionais da UTI e que, segundo E₃, pouco se adapta à realidade assistencial de cuidados.

Santos, Paula e Lima (2003) observam que a enfermagem produz, diariamente, muitas informações resultantes de suas ações de cuidado diretas ou indiretas aos pacientes. É possível estimar que mais de 50% das informações dos prontuários sejam geradas pela enfermagem. Entretanto, a gama de informações vem crescendo em uma proporção que, por vezes, foge à capacidade de organização do próprio enfermeiro sobre os registros que produz. Nesse sentido, a compilação de tais informações tem-se tornado ineficiente para o gerenciamento do cuidado e para a tomada de uma decisão racional e objetiva, por parte dos enfermeiros. As anotações feitas por eles, na maioria das vezes, são inconsistentes, ilegíveis e subjetivas, não havendo uma definição metodológica estruturada.

Reconheço que a articulação entre ensino e prática mereça destaque frente às necessidades da formação generalista do profissional enfermeiro. As indeterminações e confusões que aparecem na formação dos educandos, nessa realidade em especial, parecem refletir um sistema de ensino paradoxal em relação às necessidades dos campos de estágio práticos. Apesar de o objetivo do trabalho

não ser o de discutir o ensino de enfermagem, a dissociação entre os pólos de ensino, de pesquisa e de assistência carece ser discutida e rediscutida *pari passu* no interior desses espaços.

Quando o assunto é a utilização de um modelo de assistência, a fala de E₁, abaixo, traz uma nova contribuição a essa discussão, uma vez que destaca que a UTI ofereceria pouca liberdade para a utilização de metodologias alternativas na prática de enfermagem, centrando as ações de cuidado no método de referência do hospital:

Eu gosto muito da Leininger, que é o cultural. Trabalhava no Hospital [Y] com ele e comigo deu super certo. Exemplo: paciente não queria tomar banho todo o dia porque não estava acostumado, culturalmente não fazia parte dele, era respeitado isso e eu achava bem interessante, coisa que não é aqui [...] Eu não me sinto à vontade para isso, sabe? Por incrível que pareça. Lá parece que eu tinha mais autonomia para fazer as coisas, aqui eu ainda não estou tão à vontade, eu sou nova ainda [...] Eu não sei, eu não me sinto à vontade ainda para isso perante ao grupo. Não sinto essa firmeza para estar me posicionando dessa forma, para estar providenciando esse tipo de comida, como eu fazia lá. Então eu meio que entro na onda, entendesse? (E₁)

Abrangendo a disposição confusional existente nos registros, concordo com Santos, Paula e Lima (2003), quando dizem que os enfermeiros parecem reproduzir essa realidade social em suas ações de cuidado. Na UTI, a adoção do referencial de assistência de Wanda Horta parece não dar vazão à criatividade do enfermeiro, no que tange à adaptação de outros referenciais às práticas de cuidado na unidade. O relato de E₁ levanta esse questionamento, quando me desafia a pensar que na UTI, mesmo existindo uma oportunidade de se trazer contribuições externas para a contínua melhoria das ações de cuidado, o modelo de Wanda Horta poderia cercear o pensamento e a ação individual do enfermeiro.

Para Gramsci (1995), o que o indivíduo oferece em termos de forças é muito pouco, para que ele sozinho possa modificar algo ao seu redor. Entretanto, segundo o autor, o indivíduo pode juntar esforços em torno de uma causa comum. Nessa relação, cada um transforma a si mesmo, assim como transforma e modifica o conjunto de relações do qual o homem sempre será o eixo central, produzindo uma nova cultura, uma nova ideologia.

Durante o contato com os enfermeiros da UTI, toda essa problemática foi

discutida e analisada, no intuito de tentar sensibilizá-los coletivamente. O que pude notar é que realmente as discussões em torno das melhorias do sistema de registros de enfermagem ficavam centradas em poucos momentos durante o plantão, principalmente quando o enfermeiro estava disposto a conversar ou não estava executando nenhuma outra atividade. Mesmo assim, os debates eram superficiais, o que me faz pensar que o modelo de Wanda Horta, embora contemple parte da realidade assistencial da UTI e esteja presente na vida dos enfermeiros, parece mesmo sustentar mais uma prioridade institucional do que uma necessidade dos próprios profissionais. Os enfermeiros se adaptaram e seguem a prioridade institucional como rotina. A fala de E₄ também relata essa situação:

Eu vim de um hospital privado, aí aqui me deparei com essa metodologia da Wanda Horta e tive que me adaptar, não foi muito fácil, porque é uma coisa que você tem que registrar muito. (E₄)

Para Marx e Engels (1989, p.56), o contrapeso entre o pensamento e a ação alenta as contradições entre o trabalho intelectual e o manual. No contexto de trabalho na UTI, penso que tal afirmação tenha um peso significativo no que tange às formações sociais dos modos de produção e à re-significação do próprio trabalho da enfermagem, já que:

[...] uma atividade de ordem inferior devido ao caráter limitado dos próprios indivíduos, hoje, manifestação de si e produção da vida material estão de tal modo separadas que a vida material é considerada como fim e a produção da vida material, quer dizer, o trabalho, como meio... Chegamos pois ao ponto de os indivíduos se verem obrigados a apropriarem-se da totalidade das forças produtivas existentes, não apenas para conseguirem manifestar o seu eu, mas sobretudo para assegurar a sua existência.

Gramsci (1995) salienta que toda a ação é o resultado de múltiplas vontades, sendo o conjunto íntegro da vontade coletiva em ato. Nesse sentido, poder-se-ia entender que a teoria fosse uma combinação de crenças e de pontos de vista por vezes desordenados e heterogêneos. Entretanto, teoria e prática se complementam, dentro dos limites e nesses termos. O problema de se identificar a teoria e a prática acontece na construção de uma prática sobre uma determinada teoria, levando-se em conta os limites coletivos estabelecidos. No entanto, o autor acredita que, seja qual for o objetivo, a identificação de teoria e de prática já é um ato crítico, pelo qual

se demonstra que a prática é racional e necessária ou a teoria é realista ou racional.

A análise preliminar dos registros produzidos pelos enfermeiros parece veicular que eles estão mais imbuídos em seguir a rotina de cuidados proposta pelo processo de enfermagem do hospital, do que em levantar as inquietações e as divergências perante o grupo de enfermeiros, para promoverem a constante transformação do contexto assistencial. É possível compreender que o compromisso de articular as necessidades de cuidado com o ambiente de assistência parece ser um desafio constante para os enfermeiros do setor.

5.2.2 O cuidado do enfermeiro na UTI: as relações entre os sujeitos e a instituição organizacional

A discussão sobre a implementação do cuidado na UTI tem sido um desafio permanente durante a construção deste trabalho. Tomando-se como referência o cuidado humanizado e as práticas de saúde/enfermagem, pôde-se notar que esse cuidado está relacionado com uma dialética que se manifesta em um movimento pendular: ora revela-se na aproximação do profissional por meio da flexibilização das rotinas, ora por meio do distanciamento gerado pela superficialidade na relação.

As conseqüências da divisão da lógica do trabalho em trabalho manual e intelectual acompanham a enfermagem desde que ela se profissionalizou e garantiu seu espaço na prestação dos cuidados em saúde. As revelações dessa realidade, já discutidas no âmbito do cuidado humanizado e da construção dos registros de enfermagem, ainda trazem uma nova condição a ser apresentada, no que diz respeito às relações entre os sujeitos que produzem/reproduzem a enfermagem, a saúde, a instituição, o cuidado no hospital e na UTI.

O processo de trabalho compreende um “[...] canal, através do qual os trabalhadores expressam e buscam concretizar seus desejos, vontades e possibilidades, mediante o sentido e significado do trabalho construídos, em sua vida” (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001, p. 92). Deve-se olhar, nessa

perspectiva, que o trabalho da enfermagem contempla as condições das pessoas, do trabalho, das suas obrigações, assim como das necessidades, em um dado momento histórico. Pode-se dizer que o trabalho, assumindo essas características, reúne-as na esfera do esforço social representado pela produção de subjetividades dos indivíduos nas condições oferecidas pelo contexto objetivo. Segundo Marx e Engels (1989, p.15), a produção de vida material reside na produção dos meios que permitiria satisfazer as necessidades do indivíduo aliadas às condições oferecidas pela natureza:

A produção da vida[...] surge-nos como uma relação dupla: por um lado como uma relação natural e, por outro, com uma relação social – social no sentido de ação conjugada de vários indivíduos, não importa em que condições, de que maneira e com que objetivo.

A produção da vida como uma relação dupla, ou seja, uma relação naturalmente constituída e socialmente reproduzida, seria também, na visão de Marx e Engels (1989), uma extensão natural e objetiva da realidade de produção da subjetividade das pessoas, o que os autores denominam de “estrutura”. Segundo eles, a estrutura é o reflexo da construção histórica mediada pelas relações sociais de produção, pela realidade objetiva e pelas subjetividades do homem. Gramsci (1995), por sua vez, adapta o conceito de estrutura de Marx e Engels (1989) e o eleva à categoria de “superestrutura”. Para este autor, o conceito marxista de estrutura deve ser entendido como uma superestrutura, como um bloco complexo, reflexo do conjunto das relações de produção que representaria a totalidade das ideologias. Só assim, conforme Gramsci (1995), seria possível compreender as relações humanas e as contradições que se revelam dentro da realidade objetiva.

Os conceitos de estrutura e superestrutura são apresentados neste espaço de discussão, como forma de mostrar que a práxis que contempla a realidade objetiva nasce da construção dos sujeitos, como co-partícipes de um contexto social, em que as subjetividades e as ideologias aparecem como manifestações do modo de viver dos sujeitos. No caso da enfermagem, compreendo que o seu processo de trabalho representaria uma superestrutura constituída no interior das relações de produção, refletindo a construção das subjetividades e das ideologias das pessoas, da instituição e das concepções de mundo por elas difundidas.

Pensando a questão do “estrutural” dentro da lógica da produção de cuidados à saúde na unidade como uma construção histórica e mediada pelas relações sociais, poderíamos conceber que existem vários fatores que a determinam. Entre eles, podem-se citar a diferença social-técnica do trabalho, que repercute na divisão de tarefas e, inclusive, as diferenças salariais; as questões de gênero, que influenciam nas relações humanas e na implementação dos cuidados e as relações de poder estabelecidas entre profissionais e pacientes, como fator de domínio sobre a realidade de recuperação/reabilitação da saúde na UTI.

Como se pode ver, o contexto estrutural dos cuidados intensivos não está apenas ligado ao conjunto de fatores extensivos às necessidades humanas. Nelas, há que mencionar também as influências de uma realidade objetiva diversa, que, igualmente às subjetividades das pessoas, tem relação direta com o cuidado e a lógica da produção de saúde na UTI.

É importante pensar ainda que as questões estruturais estejam inseridas em um macro-contexto conjuntural, já que o Hospital Universitário é um hospital de ensino, público, e que atende a uma demanda diária de pacientes de todos os lugares do Estado de Santa Catarina, tão marcado pela sua diversidade sócio-cultural, que, neste caso, não poderia ser ignorada.

O saber e a prática social da enfermagem permeiam sua própria constituição como um grupo de pessoas, que se inter-relacionam para implementarem e gerenciarem a atividade laborativa de promoção de cuidado. Os enfermeiros acreditam, em seus discursos, que a referida promoção do cuidado se dá no interior da constituição de uma equipe multiprofissional na UTI. Os relatos abaixo demonstram essa constatação:

Pra te falar a verdade, em termos de relacionamento, aqui é um dos hospitais que vejo um melhor relacionamento interpessoal, sabe? (E₁)

Eu acho que o trabalho em equipe, acho que isso diferencia o trabalho de grupo, porque é mais coeso, um objetivo mais comum, o grupo se inter-relaciona melhor, acho que é uma facilidade grande [...] eu tive oportunidade de conhecer todos os turnos de trabalho, conhecendo cada funcionário, as dificuldades, todas as realidades. Eu acho que nem todos eles apresentam a mesma característica, tá? Tem uns que trabalham em grupo e outros que trabalham em equipe. Eu acho que o trabalho em equipe é um ajudando o outro, sabe? Então como a gente não trabalha com cuidado integral, é muito dividido, todos têm que ajudar. (E₃)

[...] a equipe médica também, a maior parte a gente tem facilidades, uma

boa relação, são poucos com os quais a gente tem dificuldades, mas com a grande maioria a gente interage bem, acho que existe bastante confiança. Os líderes, os chefes consultam muito a enfermagem [...] não tem muito estrelismo. (E₄)

Bom, acho que a gente tem uma equipe boa, tanto tecnicamente, quanto à união [...] é uma equipe unida, que não costuma faltar, então a gente pode contar com aquela pessoa, unida não só fora daqui, mas pra trabalhar. Por exemplo, eu tenho que fazer um cuidado em um paciente obeso, a equipe toda se dispõe, as pessoas não ficam paradas esperando pra serem chamadas (E₆).

Rocha e Almeida (2000) observam que as transformações da sociedade moderna têm influenciado o campo da saúde por ser esta parte daquela, tanto no que tange ao seu objeto de estudo – o processo saúde-doença-cuidado – quanto com um instrumental teórico-prático que permita a organização dos processos de trabalho e dos serviços de saúde. O setor de saúde necessita corresponder a uma multiplicidade de demandas, que carecem de um olhar diferenciado para proporcionar uma condição de vida mais saudável. Dentro de uma perspectiva de assistência integral, é importante que exista um diálogo interdisciplinar, buscando entender as relações entre os sujeitos e desses sujeitos com o meio em que vivem.

As mesmas autoras, fundamentadas nos estudos de Mendes Gonçalves (1994), Almeida Filho (1997) e Alvarenga (1997), salientam que o campo do trabalho disciplinar pouco tem respondido às questões epistemológicas e metodológicas complexas, com a atribuição de variantes (multi, pluri, trans e inter) por vezes confusas de serem esclarecidas. Entretanto, observam que o trabalho “multi” tratar-se-ia de uma gama de disciplinas que convergem para uma dada questão, sem que haja efetivas relações entre os profissionais no campo técnico ou científico.

Araújo, Santos e Pereira (2005) observam que a UTI é um ambiente fechado, apresentando número reduzido de leitos e atendendo uma parcela da população que inspira cuidados intensivos de saúde. Para as autoras, a UTI representa um espaço físico limitante, cerceado pela gravidade dos casos e que exige um atendimento imediato. Assim, a equipe multiprofissional fica limitada ao relacionamento cotidiano, fazendo-se necessário haver uma política de bom relacionamento interpessoal dentro da equipe para se promover um convívio tranquilo e a promoção de um cuidado melhor.

Os acompanhantes e os pacientes atendidos na UTI parecem perceber que a

movimentação de pessoas na unidade faz parte da estratégia para não particularizar o atendimento à saúde, em termos de áreas de especialização. A grande maioria faz referência à diversidade de profissionais que compõem a equipe multiprofissional, que interage no sentido de promover o melhor cuidado possível nas várias dimensões de assistência. A fala a seguir sintetiza essa realidade:

[...] me chamou atenção que tem uma diversidade muito grande lá dentro: tem técnico, tem auxiliar, tem enfermeiro, tem médico, tem fisioterapeuta, tinha um pessoal da psicologia que perguntaram se a gente queria um acompanhamento, alguma coisa, que eles poderiam ajudar. Eu acho que eles tentam cercar de diversas maneiras, não só a parte física da pessoa[...]
(F₁)

Silva et al (2002) citam que a multiprofissionalidade no cuidado faz parte do processo de apropriação do objeto de trabalho, centrado em práticas distintas, porém com um objetivo em comum na esfera integral de assistência nos serviços de saúde. As práticas multiprofissionalizadas são apontadas como sendo uma estratégia privilegiada de aprimoramento do cuidado e de qualidade do atendimento. Todavia, as autoras compreendem que as práticas centradas na atividade multiprofissional também possuem um componente limitante, quando se referem à própria reprodução e organização dos serviços de saúde, além das ações de cuidado centradas na atenção biomédica e fragmentária.

Salerno (2004) considera que a organização do trabalho no Brasil tem uma relação direta com as transformações sociais implícitas e explícitas no contexto da produção. Para o autor, a herança fordista-taylorista⁵ de produtividade carrega, até hoje, um componente estrutural que se manifesta no controle dos modos de produção e da força operária produtiva, refletindo-se na presença/ausência de uma rotinização das atividades e de precariedade nas condições laborativas. O mesmo autor, complementando o estudo de Fleury (1978), considera que os conceitos de "eficiência" e de "controle" seriam as regras de influência sobre a produção de trabalho, quando este passa a ser centrado na repetição de tarefas e não na introdução de discussões que gerariam mudanças organizacionais efetivas no contexto produtivo.

Conforme Abramides e Cabral (2003), o taylorismo e o fordismo geraram uma

⁵ Segundo Abramides e Cabral (2003), a herança taylorista-fordista representa um padrão de produção na era capitalista, desenvolvido no século passado e que era centrado na produção em massa, na produção concentrada e verticalizada, além da execução das atividades com controle de tempo e de movimentos.

lógica do processo produtivo centrado na atividade parcelar, ou seja, fragmentada em termos da existência de pólos concentrados e verticalizados. O fordismo ainda contribuiu para uma separação entre gerência, concepção, controle e execução, construindo uma cultura e um modo de viver específico, ajustado na reprodução do processo do trabalho e na racionalidade da produção. Reportando-se ao contexto de produção de saúde, as autoras compreendem que essa realidade ainda permeia o cotidiano do trabalho dos profissionais, que deveriam compreendê-lo como uma complexidade, em que não se poderia ignorar a formação e a divisão social/técnica do trabalho, nem sintetizar as atividades às suas parcelas e fragmentos.

Os enfermeiros entendem que as relações estabelecidas entre as equipes, a instituição e o ambiente da UTI são importantes meios pelos quais os conceitos de “eficiência” e “controle” sobre os cuidados prestados produzem saúde. Dentro do setor, as pessoas buscam continuamente essa “eficiência” no trabalho por meio da garantia de pessoal para desempenhar as funções de maneira satisfatória. Isso também pressupõe que elas sejam comprometidas com a realidade e que esta lhes permita serem autônomas na hora da tomada de decisão:

No papel de chefia, eu tento sempre estar mantendo a unidade com a quantidade satisfatória de materiais, de pessoal, prevendo a cobertura de escalas, de atestados, materiais bons, porque o HU trabalha com materiais bons [...] No papel da assistência, estar promovendo a qualidade chamando o pessoal pra trabalhar mesmo, mantendo uma boa relação com eles, porque a UTI é uma unidade fechada e os atritos têm que ser resolvidos [...] porque senão vira uma bola de neve. (E₃)

[...] não há nenhuma restrição ao teu trabalho, de ordem nem médica, nem da chefia de enfermagem, de nada. Eu me sinto muito livre, isso é muito bom, uma autonomia enorme que eu tenho. Isso que é o bom da profissão. Tu não dependes de ninguém. A avaliação é tua, é tu que decides, se tu tens que fazer curativo, se não tens. Tu vais fazer já de acordo com a rotina pré-estabelecida, mas fora disso, é tu que decides. (E₇)

A autonomia do enfermeiro para decidir sobre os cuidados a serem implementados tem uma importante influência para o andamento e o gerenciamento das rotinas de cuidado da UTI. As relações que se estabelecem entre os profissionais da saúde, neste setor, e a flexibilização da atividade de prescrição de enfermagem parecem potencializar as condições de promoção/recuperação da saúde das pessoas. Cabe ao enfermeiro, também, manter o interesse da equipe centrado na atividade cooperativa, como uma tentativa de co-responsabilização para a eficácia do cuidado.

Porém nem sempre essa possibilidade é verdadeira, principalmente quando o que está em jogo são as relações entre as pessoas e a política institucional como um todo, além do (des)interesse que pode estar implícito ou explícito na atitude dos profissionais. Pode-se ver, em certos acasos, alguns profissionais que interagem bem com seus colegas, ajudando-os nas atividades com os pacientes. Em outros, isso não se desvela, sendo sentido por alguns familiares:

Eu acho que eles não são muito integrados mesmo, tem tipo “grupinhos”, assim, e têm aqueles que se empenham mais. A gente vê que tem uns que estão sempre mexendo com os pacientes, sempre fazendo alguma coisa, e outros não, ficam chamando pra tomar café [...] Não sei se é porque eu fico só uma hora, não sei se é por causa do horário deles, mas eu penso que tem uns que interagem mais e são mais dedicados [...] A gente sabe que dá um stress, que se quer dar uma saída, uma volta, mas pega mal. Porque fazer isso bem no horário da visita? É quando o familiar tem dúvidas, querem saber se o paciente está bem tratado, pega mal. Eu acho que eles não negligenciam, mas pega mal, parece coisa de funcionário público. (F₅)

Os trabalhadores do hospital são contratados mediante a abertura de concurso público para o preenchimento de vagas. Normalmente, os editais de convocação são liberados de dois em dois anos e as provas contemplam conhecimentos específicos e práticos.

Os funcionários, após serem aprovados e empossados, são admitidos no serviço público pelo Regime Jurídico Único dos Servidores Federais (RJU – Lei 8112/1990) e regidos por este sistema. O RJU vem sendo constantemente modificado através da edição de Medidas Provisórias (MP), sendo a MP 1595-14/1997 uma das que trouxe re-elaborações mais significativas, no que tange aos itens de nomeação e constituição dos concursos públicos. Por meio deste sistema, o funcionário passa a acumular vantagens pessoais, bem como obrigações diferenciadas no ambiente de trabalho.

O RJU admite os profissionais no serviço público, garantindo-lhes uma estabilidade empregatícia que pouco é vista no setor privado, após este mesmo funcionário ser aprovado em avaliação de estágio probatório (normalmente dois anos). Depois desse período, o funcionário é reconduzido ao cargo de origem para o qual foi contratado, mantendo emprego e salário vitalícios. Segundo o RJU, o servidor estável só poderá perder o cargo mediante sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar, no qual lhe seja assegurada ampla defesa (BRASIL, 1990).

É com relação a esse fato, em especial, que se concentra uma das maiores queixas dos enfermeiros e que tem conseqüências diretas no cuidado de enfermagem. O RJU é claro no que diz respeito às penalidades a que os funcionários estão expostos, mas elas nem sempre são cumpridas e, quando cumpridas, são muito burocráticas, levando anos para serem efetivamente reconhecidas:

Em termos da equipe, claro a gente tem faltas, atestados, em geral, e essas faltas se relacionam direto com a qualidade do cuidado e com a qualidade de satisfação do cliente. Porque a partir do momento que falta alguém, o restante da equipe tem que se organizar diferente e trabalhar mais, principalmente quando essa falta é uma justificativa não plausível com a opinião do pessoal, então o nível de insatisfação aumenta. Aí começam as fofocas, as discussões, as intrigas. (E₆)

[...] às vezes com os funcionários eu tenho que intimar, sabe? Ele sabe que tem que fazer, que está prescrito, mas como tem um longo tempo de casa, tem todos os direitos já garantidos, aí tem muita dificuldade. O atestado tu não podes questionar, se tem o direito legal e o indivíduo usa, quem é o responsável não sou eu, é quem instituiu isso. (E₃)

[...] as dificuldades do serviço público, por exemplo, o funcionário falta, não existe uma punição adequada pra isso, não é eficaz. Eu tenho dificuldades de me adaptar ao hospital, sabe? Poxa, o cara não veio trabalhar e dá uma desculpa. Aqui isso acontece freqüentemente e me deixa bastante chateada, prejudica a assistência. Isso é complicado, Leandro, o funcionário falta, falta, desconta, mas nem sempre tem um seguimento, no estágio probatório ainda tem como, mas se ela é efetiva não tem como. (E₄)

Tem alguns funcionários também que querem tirar a autoridade do enfermeiro. Já tive algumas incomodações por causa disso, ah, eu tenho 20 anos aqui dentro e sei mais que o enfermeiro, mando mais, essas coisas. Isso eu não sofria lá. Eu tive problemas com dois funcionários que acabaram sendo demitidos, mas aqui já tive esses problemas e nada aconteceu... eu acho que a punição tem que ser mais rigorosa, tem que haver outra forma de avaliação. (E₄)

[...] as dificuldades que a gente tem aqui são de ordem trabalhista. A maior dificuldade que a gente vê é o descontentamento do pessoal, uma em relação a salários, um tempão sem aumento, né? Fica ruim tu gerenciar uma pessoa descontente. (E₇)

Uma coisa é tu não estar parado e ver o teu colega ali que não faz nada e chega no final do mês acaba ganhando a mesma coisa que tu, isso desmotiva, ele começa a não fazer mais aquilo pelos pacientes, pelos familiares, pelo ambiente em geral. (F₅)

E₅ comentou sobre um funcionário que vive de atestado médico e isso prejudica os colegas e a credibilidade dele junto à equipe. Pior que os outros profissionais não podem fazer nada, pois ele é concursado. O assunto começou quando uma mulher ligou cobrando dele uma dívida. (N.O)

O setor público possui uma longa tradição em reformas administrativas desencadeadas, geralmente, no início de uma nova gestão política, como possibilidade de prover adequação da máquina pública aos planos de governo. As referidas reformas parecem marcar um processo de remodelamento sucessivo do Estado, tendo sido implementadas na Era Vargas, nos anos 30, e continuando inclusive no período da ditadura militar, para re-alinhar as estruturas administrativas para o exercício do poder centralizado e organizador dos interesses da sociedade. Além do aparelho administrativo, como, por exemplo, o Departamento de Administração do Serviço Público e os planos de carreiras, foram criados importantes instrumentos de viabilidade de políticas sociais da previdência social, trabalhista, econômica, fiscal, entre outras (PIERANTONI, 2001).

A partir da crise econômica internacional, em meados da década de 70, houve uma tentativa de reestruturar a economia em curso, tornando-a mundialmente difundida e inserindo-a no processo de globalização. Esta, por sua vez, gerou efeitos no decorrer do período, em função de estimular a concorrência entre os mercados, em um processo ascendente de acumulação de capital. Nessa fase, o Brasil, mais do que enfrentar uma dificuldade conjuntural, teve que lidar com as amarras da urbanização e da industrialização, além de tentar reverter a fragilização de sua economia pelas crises mundiais. No entanto, o país, em déficit crescente, acabou incapaz de realizar investimentos necessários para o seu crescimento, tanto no que tange à definição de políticas públicas, quanto ao funcionamento da máquina administrativa, tornando-se refém dos órgãos fomentadores internacionais para tal feito (BULHÕES, 2004).

Pierantoni (2001) acrescenta que o processo de reestruturação da máquina pública seguiu, na década de 90, uma expansão com vistas à inserção do país no mercado externo, como uma nova forma de reorientar as esferas públicas e adaptá-las às tendências internacionais de uma nova economia política. Toda essa realidade veio acompanhada, na prática, de um profundo processo de privatização, aliado a uma flexibilização das relações de trabalho nem sempre conduzida com bom senso. A autonomia financeira e administrativa alcançada pela modalidade da gestão poderia romper com a estabilidade fornecida pelo Regime Jurídico Único, possibilitando a contratação e as dispensas em benefício da maior eficiência. Mas foi no governo Collor, conforme o autor, que o descrédito no funcionalismo público

esteve no seu ápice, o que neutralizou os próprios profissionais na busca de seus direitos e desvalorizou as reivindicações em busca de melhores salários e condições de trabalho.

Com relação ao hospital e às políticas de saúde, o hospital é conveniado com o SUS e os funcionários convivem, dia-a-dia, com a precariedade das condições de trabalho, além das questões de ordem trabalhista, que são muito burocráticas e que nem sempre correspondem à agilidade que parece prevalecer no setor privado de atendimento. Embora eles trabalhem em uma realidade assistencial em que tudo é providenciado para evitar a falta de fornecimento e não prejudicar a qualidade dos cuidados intensivos, as dificuldades no gerenciamento do cuidado de enfermagem aparentam ter uma estreita vinculação com as políticas estatais de burocratização do serviço público, como também com as políticas sociais que nem sempre contemplam as inquietações dos funcionários.

O que se vê atualmente é a manutenção de um governo neoliberal que se preocupa mais com a continuidade dos financiamentos externos para o desenvolvimento econômico e com a inserção do Brasil na concorrência externa. Parece que as políticas de emergência da economia brasileira têm destinado atenção especial ao mercado externo, por vezes diminuindo os investimentos para a melhoria das condições internas. Isso vem sendo, mesmo que indiretamente, uma influência negativa no gerenciamento e na qualidade das atividades de cuidado do hospital.

Barreto Júnior e Silva (2004) citam que o processo de reestruturação do Estado e suas implicações na saúde tiveram, como marco teórico, a constituição do Sistema Único de Saúde. Promulgado com a Constituição de 1988, o SUS passou por constantes reformas e rearranjos, no que tange à questão do financiamento dos serviços e da descentralização da gestão. A ideologia que buscou integrar Estado e sociedade civil na conquista de um controle exercido através da mobilização de todos não seria fonte de combate às desigualdades, uma vez que as restrições orçamentárias para a intervenção pública e a oferta dos serviços destinaram uma parcela de financiamentos para políticas voltadas aos segmentos mais pobres da sociedade, como o programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família.

Os mesmos autores, apoiados nas concepções de Braga e Santos e Silva

(2001), citam que a política econômica de contenção dos gastos públicos, marca da década de 90, aliada à priorização do lançamento do país no mercado internacional não parecem possuir perspectivas de alteração mais recentes. Segundo os autores, as freqüentes reformas liberalizantes e desreguladoras não têm contemplado a construção de uma política social mais rigorosa, no que tange à estabilidade dos financiamentos, à remuneração adequada dos serviços públicos e dos profissionais, à manutenção de investimentos na oferta, bem como à inovação dos aparatos públicos.

A atividade do funcionalismo público é primordial para o funcionamento do Estado e para a re-definição das políticas públicas, para qualquer finalidade. Dentro da realidade da promoção de saúde nos serviços assistenciais, entendo que a práxis do enfermeiro está inserida em um *locus* social complexo, mediado pela estrutural estatal, pelas condições de trabalho, pela política econômica, inclusive pelas relações de poder que se estabelecem entre os próprios profissionais. No entanto, a possível “desmotivação” dos profissionais da UTI do hospital parece ter uma relação estreitamente vinculada às origens do funcionalismo público federal e de sua constante desacreditação pelos governos subseqüentes.

Ademais, acredito que esse contexto de “descrédito” no trabalho do funcionário público vem acompanhado *pari passu* das crescentes condições insalubres de trabalho, que se revelam na insuficiência de investimentos administrativos, bem como nas políticas de reajuste salarial que pouco contemplam, muitas vezes, o interesse dos trabalhadores, além das instabilidades na política econômica brasileira que interferem nesses interesses. Dentro do contexto de trabalho na UTI do hospital, um exemplo dessa preocupante realidade se concentra na luta pela adoção da jornada de 30 horas, como exposto a seguir:

[...] eu tenho cobrado as 30 horas porque, na verdade, embora não seja oficial, outras áreas fazem dentro da UTI e a gente que luta pelas 30 horas não está conseguindo fazer. Eu sou de cobrar mesmo, porque outras áreas que não são tão exigidas, como é a enfermagem em uma instituição hospitalar, fazem 30 horas [...] acho que tem má-vontade da gerência e a gerência atual está extremamente rígida nesse aspecto. Porque já existe um decreto, desde que a gente consiga se organizar. Assim é a vida, isso é política, enquanto a gente vê outros funcionários fazendo até menos e às vezes nem tão envolvidos diretamente com o doente [...] essa injustiça me incomoda muito. (E₃)

Gramsci (1995) compreende que o Estado seria o aparelho controlador dos modos de produção do homem, além de ser constituído de um aparato jurídico-ético-econômico que se manifesta na vida material, nas relações interpessoais, na política e na economia, inclusive coibindo manifestações através dos mecanismos de coerção social. Entretanto, o mesmo autor acrescenta que o homem, por mais que sufocado pelas condições regulatórias promovidas pelo Estado, nunca deve deixar de lutar. Ele deve sempre relativizar o seu mundo, a sua história, buscando nela a sua filosofia de vida, para que possa encontrar a sua individualidade, a sua consciência ético-moral e a sua concepção de mundo.

Observo que, por mais que se pense em um funcionalismo público desacreditado, além de desmotivado pelas constantes imposições do governo federal sobre a política de investimentos, de um plano de carreira que não vem contemplando a valorização do profissional, parece existir, na fala de E₃, um sentimento mobilizatório que se traduz na busca constante de seus direitos e das suas vantagens. A fala de E₃ parece ser uma tendência contra-ideológica à política de conformismo com a qual a enfermagem, ao longo de sua história, aprendeu a conviver – e a aceitar, pouco lutando, definitivamente, em prol da transformação da realidade. Tal sentimento de luta de E₃ é importante como um mecanismo de enfrentamento da inércia e como uma alternativa para resgatar uma nova relação hegemônica dentro de uma prática política de envolvimento com as condições de dignidade do valor do trabalho, na esfera pública.

Ao pensar em promoção de cuidado, é importante compreender que as suas dimensões envolvem mais que um simples “fazer”, tendo uma relação intrínseca com a natureza humana, com as suas necessidades, em conjunto com as determinações históricas, políticas e sociais do momento vivido. Mesmo sustentado pelo compromisso, pela responsabilidade e pela orientação técnico-científica, o cuidar da saúde implica conhecimento da realidade assistencial, do envolvimento político como sentimento de luta pelos seus direitos, além do envolvimento intersubjetivo para com o outro, para que se construa um cuidado centrado no resultado desejável e não-iatrogênico (MADALOSSO, 2000).

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e um olhar de intervenção sobre ele. Para que se possa cuidar, há que se considerar a construção de projetos, há que sustentar uma consonância entre a matéria e o espírito, o corpo

e a mente, moldados a partir da proposta de se opor à dissolução. A habilidade de cuidar, então, não pode resumir-se à atividade parcelar nas práticas de saúde. Deve englobar as dimensões das intersubjetividades, do controle técnico, da organização dos saberes e das práticas, da organização do processo produtivo, das políticas organizacionais, dos movimentos de luta pelas melhores condições técnicas e do tratamento para cuidar, expandindo-se para a totalidade das reflexões e das intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001).

A equipe multiprofissional, uma vez que pode ser um meio de emancipação dos sujeitos que a formam e um instrumento de revitalização do processo de trabalho, precisa adotar uma linha de frente capaz de reconhecer o caminho da construção das práticas de saúde e de cuidado. Por mais que a intenção de se constituir um ambiente seja positiva para com a esfera do objetivo de cuidar, não basta apenas pensarmos nas atividades parcelares da UTI como totalizadoras das ações em saúde. É importante que haja uma mobilização contínua e coletiva de todos os profissionais, já que, no cuidado, como se pôde perceber, também estão envolvidas a política, a organização institucional, a intersubjetividade, as relações de poder e as relações interprofissionais. A transformação do cuidado perpassa uma dialética intrigante, muitas vezes intermediada por um caminho tortuoso, mas deve-se lutar sempre por essa transformação, ressaltando o direito à dignidade da vida, às condições laborativas adequadas, aos direitos políticos, bem como ao valor do Ser humano, tanto cuidador, como o Ser cuidado, nessa complexidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações apresentadas neste trabalho refletem o quanto esse Mestrado foi importante, para que eu pudesse expandir a minha visão sobre a enfermagem e compreender algumas especificidades que se estabelecem no âmbito dos saberes e das práticas de cuidado.

Esse período de dois anos em Florianópolis revelou-se um aprendizado extra para mim, que, além de não conhecer a cidade, pouco sabia sobre a sua realidade assistencial quanto ao cuidado de enfermagem. Fui sempre bem-recebido por todos, que me ajudaram na construção deste trabalho e na elucidação de particularidades dessa realidade em especial.

Logo que terminei a graduação, minha maior preocupação era com relação ao que se diz e ao que se faz, efetivamente, na prática de enfermagem, tomando-se como referência o cuidado prestado ao indivíduo em sua integralidade, no que diz respeito à dimensão social-técnica da organização das práticas profissionais e do olhar para o ser por inteiro. Meu interesse nas unidades de cuidados intensivos tem sua justificativa. Por mais que eu pensasse no enfermeiro como um agente de transformação da realidade social de cuidados, às vezes notava, nesses setores, que esse profissional pouco conseguia exercer com afinco a sua pré-determinação. Em algumas situações, inclusive vivenciadas por mim, a lógica do cuidado integral esbarrava em características tão elementares que, por vezes, passavam despercebidas por todos, tornando-se contraditório, tanto no discurso, como na prática profissional do enfermeiro. Um exemplo disso era a constante rotina de cuidados parcelares, que tendiam à impessoalização.

Foi assim que o objeto de estudo desta dissertação de Mestrado teve origem, e concretizou-se buscando re-conhecer esse contexto, baseado na tese de que a influência dessa realidade pode trazer conseqüências imediatas/mediatas para o cuidado de enfermagem hospitalar, sendo isso vivenciado/experenciado por pacientes e familiares acompanhantes, sujeitos estes para os quais é prestado o referido cuidado.

Assim, este trabalho buscou conhecer as maneiras como as contradições se revelam na prática assistencial do enfermeiro e as que possuem relações diretas com a prestação do cuidado na UTI. Para tanto, adotei o método de pesquisa com orientação dialética que, com a sua riqueza de detalhes na investigação, mostrou-me essa realidade em sua plenitude, de maneira aberta, sem perder de vista a crítica e a contextualização. Embasei-me, também, em leituras marxistas e gramscianas, para compreender o valor do cuidado como um saber e uma prática permeados de significações construídas ao longo de uma realidade social. Essas leituras foram igualmente importantes para entender as formas com que esse mesmo cuidado, como um objeto do saber-fazer da enfermagem, se relaciona com uma multiplicidade de fatores, que vão desde a política institucional e a lógica do processo de trabalho parcelar, até as características mais subjetivas do indivíduo prestador desse cuidado.

Surgem, então, as duas principais temáticas de análise: uma que contextualiza o cuidado humanizado como um movimento dialético de aproximações e distanciamentos no trabalho do enfermeiro e, a outra, que diz respeito à lógica da produção de saúde na UTI, com base nas experiências dos sujeitos, na realidade institucional, na política organizativa, bem como na formação das equipes multiprofissionais para o cuidado.

Sobre o cuidado humanizado, o estudo constatou que o enfermeiro compreende o cuidado como um mecanismo de interações sucessivas, que contemplam o “fazer pelo outro”, centrado nas subjetividades das pessoas, para que se possa lidar com os encargos da dor e do sofrimento diante do processo de internamento na UTI. Para o enfermeiro, o cuidado não deve ser focalizado apenas nas características parcelares, “tarefistas”, mas devem somar-se às vertentes humanas, sociais e psicológicas das pessoas. Para ele, o cuidado é um veículo de transformação inter e intrapessoal, pelo qual perpassam o acolhimento, o vínculo para com o outro e o relacionamento terapêutico, como dispositivos para que esse cuidado ocorra em sua complexidade biopsicossocial.

As considerações dos enfermeiros sobre o objetivo do cuidado têm um papel importante no redimensionamento do senso comum que permeia a realidade social dos cuidados intensivos, já que, no discurso dos sujeitos que os experienciaram, a UTI apresenta-se como um ambiente hostil, que pouco produz saúde, onde

predomina o imaginário negativista da dor, da morte e do sofrimento. Embora pacientes e familiares acompanhantes considerem que a unidade fornece subsídios para o amadurecimento pessoal, o distanciamento para com seu parente internado pode produzir sofrimento, desespero e ambivalência.

Dentro da realidade de promoção de cuidado na UTI, os enfermeiros convivem no dia-a-dia com as demandas psicossociais de pacientes e familiares acompanhantes, associando o seu discurso com a concretude do saber-fazer cuidado integral. A função de gerente do cuidado de enfermagem na UTI lhe confere uma possibilidade de revitalizar a prática de enfermagem centrada no acolhimento do outro por meio da flexibilização das rotinas institucionais. Penso que tal atitude seja extremamente importante para estimular o contato entre pacientes e familiares, afastados pela condição de adoecimento grave.

No entanto, no que tange ao cuidado humanizado, a contradição entre o “saber cuidado” e o “fazer cuidado” se revela em fatores, já discutidos anteriormente. Entre eles, pode-se citar a lógica da sobrecarga de atividades, o despreparo do enfermeiro para lidar com os encargos do sofrimento, os mecanismos de defesa que impessoalizam o cuidado, as relações de poder introduzidas nos espaços sociais de atendimento intensivo, além da rotina de atividades que nem sempre se centraliza nesse contato interpessoal. O cuidado, ao mesmo tempo em que aproxima o discurso da prática profissional, através da flexibilização das rotinas, por outro lado parece distanciá-los, quando esbarra nas considerações apresentadas, gerando um movimento de tensão.

No que se refere ao conjunto do processo de trabalho do enfermeiro na UTI, a análise das falas e da prática profissional convergiu para o destaque de duas subcategorias de análise: uma diz respeito aos registros de enfermagem e as suas inter-relações com as práticas de enfermagem; a outra trata das questões que envolvem as políticas institucionais, as relações entre os sujeitos que compõem as equipes e as suas influências na implementação do cuidado.

Com relação aos registros, pôde-se notar que o HU segue a metodologia proposta por Wanda Horta, como o referencial teórico escolhido pela enfermagem do hospital. A análise desses registros revelou que os enfermeiros parecem estar mais imbuídos em seguir as rotinas de cuidados propostas pelo método em questão, do que em levantar as inquietações e divergências perante o grupo de enfermeiros,

face à multiplicidade de formas de redação encontradas no levantamento dos registros de enfermagem. Alguns enfermeiros, além disso, destacam que essa pouca coerência entre os registros, mesmo que não interfira diretamente no objetivo do cuidado, atrapalha o entendimento da sua visão de conjunto.

Sobre as influências da constituição do trabalho de enfermagem na UTI, as relações entre os sujeitos e a organização institucional parecem revelar, ainda, uma lógica de atividade parcelar que envolve, em um ritmo dialético, autonomia profissional, dependência e co-responsabilização para o cuidado.

Sobre o sentimento de co-responsabilização para o cuidado, encontrei uma das maiores dificuldades no que tange à implementação das ações de enfermagem, representada pelo desinteresse e a desmotivação profissional da categoria em geral. Os enfermeiros colocam que a freqüente combinação de faltas, de atestados médicos e de desafios perante à autoridade do enfermeiro podem prejudicar a manutenção das relações interprofissionais, refletindo-se no cuidado prestado aos pacientes e aos familiares acompanhantes. Tal situação tem sua origem transparecida na crescente conjuntura política de desacreditação do serviço público federal, onde também está envolvida a reestruturação administrativa do Estado, a priorização de investimentos externos e o lançamento do Brasil no mercado econômico internacional, em detrimento de uma política social que possa contemplar a valorização dos interesses do funcionalismo público no geral.

Como visto, a contextualização dialética evidenciou uma multiplicidade de fatores que podem otimizar as práticas de cuidado dos enfermeiros da UTI, assim como interferir, prejudicar ou, até mesmo, inviabilizar ações. Toda essa conjuntura não foi fácil de ser elucidada, pois demandou tempo, disponibilidade e leituras minuciosas acerca de assuntos com que tampouco tive contato durante a minha trajetória acadêmico-profissional.

No entanto, penso que a realidade circunstanciada produzida pelos sujeitos – e apresentada neste estudo – pode possibilitar a reflexão mais aprimorada do contexto de cuidados na UTI que, pelo que se pôde notar, é preenchido de potencialidades, de possibilidades e de limitações. Minha vontade de “ir além” daquele cuidado centrado no outro, compreendendo-o em sua inteireza, parecia não ser completo, pois faltava aquele *feeling* para buscar o “algo mais”, ou seja, buscar nas raízes do próprio trabalho do profissional, os encargos e as

facilidades/dificuldades para a implementação desse cuidado. Creio que tenha conseguido.

De minha parte, estes achados não se encerram por aqui, pois outras contradições já se mostram evidentes no interior do trabalho do enfermeiro, que pretendo seguir investigando nos meus estudos de doutoramento. Contudo, espero que este trabalho sirva de substrato teórico para outros estudos na área, além de contribuir para a reflexão conjunta dos enfermeiros sobre a sua realidade assistencial, já que foi para eles construído. Nada que foi colocado aqui está perto de ser uma totalização do conhecimento do *setting* de cuidados intensivos. Dizer isso seria ir contra a maneira dialética de pensar e de encarar a vida. Coerentemente com esta visão, o que está apresentado compreende um recorte desta realidade, que carecerá sempre de novas interpretações, para promover a constante construção/reconstrução da profissão de enfermagem em termos de suas práticas, saberes e relações.

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, M.B.C; CABRAL, M.S.R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.01, p.3-10, 2003.
- ALBÍSTUR, M.C. et al. La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. **Revista Médica del Uruguay**, v.16, p.243-56, 2000.
- ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, R.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed, São Paulo: Cortez, 1989.
- ARAÚJO, A.D; SANTOS, J.O; PEREIRA, L.V. Trabalho no centro de terapia intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte – MG, v.09, n.01, p. 20-8, 2005.
- ARRUDA, M. **Humanizar o infra-humano: a formação do ser humano integral: homo evolutivo, práxis e economia solidária**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- AYRES, J.R.C.M; Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- BARREIRA, I.A. Contribuição da história da enfermagem brasileira para o desenvolvimento da profissão. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.125-41, 1999.
- BARRETO JÚNIOR, I.F; SILVA, Z.P. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.03, p.47-56, 2004.
- BETTINELLI, L.A; WASKIEVICZ, J; ERDMANN, A.L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004, p.87-100.
- BOEHS, A.E. O sistema profissional de cuidado e a família: os movimentos de aproximação e distanciamento. In: ELSEN, I; MARCON, S.S; SANTOS, M.R.S. (Orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002, p.247-68.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BRASIL. Ministério da Casa Civil. **Lei 8112/90**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. 1990. Disponível por [www planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm). Acesso em 25/09/2005.
- BRITO, C.M. O tempo do enfermeiro com a família na unidade de terapia intensiva. In: SILVA, M.J.P. (org). **Qual é o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2004, p.51-9.

BUBER, M. **Eu e Tu**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. **Do diálogo e do dialógico**. São Paulo: Perspectiva; 1982.

BULHÕES, M.G.P. Plano nacional de qualificação do trabalhador – PLANFOR: acertos, limites e desafios vistos no extremo sul. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.04, p.39-49, 2004.

CAMON, V.A.A. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In: CAMON, V.A.A. (Org). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002, p.41-60.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org). **Reinventando a mudança na saúde**. Saúde em Debate – Série Didática, 1997, p.29-87.

CAMPOS, C.M.S; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.34, n.3, p.271-6, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5 Ed, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CASSEL, J. Stories, moral judgment, and medical care in an intensive care unit. **Qualitative Health Research**, v.14, n.5, 2004, p.663-74.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COIMBRA, V.C.C. **O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de direito aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

D'ANTONIO, P. Relationships, reality, and reciprocity with therapeutic environments: a historical case study. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 18, n.1, p.11-6, 2004.

DESLANDES, S. Análise sobre o discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.09, n.01, p.7-14, 2004.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, I; PENNA, C.M.M; ALTHOFF, C.R; BUB, L.I.R; PATRÍCIO, Z.M. (Orgs). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994, p.61-77.

ENGELS, F. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. 1952. Disponível por www em jarh.org. Acesso em 17/07/2005.

FELTZ-CORNELIS, C.M. van der. The impact of factitious disorder on the physician-patient relationship - an epistemological model. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v.5, p.253-61, 2002.

FRAGA, M.N; DAMASCENO, R; CALIXTO, M.L. Ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica dificuldades e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.39, n.2/3, p.94-102, 1986.

FRAENKEL, E. A enfermagem no Brasil. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.2, n.1/2, p.14-8, 1998.

FRANCO, M.C; JORGE, M.S.B. Sofrimento do familiar frente à hospitalização. In: ELSEN, I; MARCON, S.S; SANTOS, M.R.S. (Orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002, p.181-98.

FUREGATO, A.R.F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Escala, 1999.

GARCÍA, J.C. Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E.D. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989, p.68-99.

GASTALDO, D.M.M; MEYER, D.E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.42, n.1, 2, 3/4, p.7-13, 1989.

GELBCKE, F.L. Processo saúde-doença: à procura da essência. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.1, n.2, p.4-19, 1992.

GIOVANNI, G. O método dialético. In: 3º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 1984, Florianópolis – SC. **Anais**, 1984, v.01, n.01, p.161-71.

GOODELL, T.T; HANSON, S.M.H. Nurse-family interactions in adult critical care: a bowen family systems perspective. **Journal of Family Nursing**, v.5, n.1, p.72-91, 1999.

GONZALES, R.M.B. A auto-percepção – um trajeto vivenciado por enfermeiras. In: GONZALES, R.M.B; BECK, C.L.C; DENARDIN, M.L. (Orgs.). **Cenários de cuidado: Aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999, p.15-60.

GRANDESSO, M.A. **Sobre a reconstrução do significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. 10 ed, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

_____. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 7 ed, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENCKEMAIER, L. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: ELSEN, I; MARCON, S.S; SANTOS, M.R.S. (Orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002, p.403-19.

KANTORSKI, L.P; PINHO, L.B; SCHRANK, G. O relacionamento terapêutico e o cuidado em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.12, n.2, p.201-7, 2003.

KOHLRAUSCH, E. O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.especial, p.70-85, 1999.

KONDER, L. **O que é dialética**. 4 ed. São Paulo: Brasiliense (Coleção Primeiros Passos), 2003.

LAUTERT, L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n.2, p. 50-64, 1999.

LEMOS, R.C.A; ROSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.3, p.345-57, 2002.

LEOPARDI, M.T. Ciência e arte: um diálogo possível. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v.5, n.1, p.11-7, 1996.

_____. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed, Florianópolis: UFSC, 2002.

LEPARGNEUR, H. Procurando fundamentação para a humanização hospitalar. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. (org). **Humanização e cuidados paliativos**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004, p.51-70.

LUNARDI FILHO, W.D; LUNARDI, V.L, SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.09, n.02, p.91-6, 2001.

MADALOSSO, A.R.M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.08, n.03, p.11-7, 2000.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 1989. Disponível por www em jarh.org. Acesso em 17/07/2005.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 2001. Disponível por www em lappis.org.br. Acesso em 12/09/2005.

MAY, R. **O homem à procura de si mesmo**. Tradução de Aurea Brito Weissenberg.

29 Ed, Petrópolis: Vozes, 2002.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org). **Reinventando a mudança na saúde**. Saúde em Debate – Série Didática, 1997, p.117-60.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed, São Paulo: Hucitec, 2004.

MOCHCOVITCH, L.G. **Gramsci e a escola**. São Paulo: Ática, 1992.

MORSE, J.M. Qualitative nursing research: a free-for-all? In: _____. **Qualitative nursing research – a contemporary dialogue**. USA: Sage Publications, 1991, p.14-24.

NASCIMENTO, E.R.P. **Acolhimento no espaço das relações na unidade de terapia intensiva**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, UFSC.

NAZÁRIO, N.O. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência / urgência**. Florianópolis: Insular, 1999.

NORDENFELT, L. **Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico**. Tradução de Maria Bettina Bub e Theo Bub. Florianópolis: Bernúncia, 2000, p.15-69.

OGUISSO, T. A enfermagem no mundo atual e projeções para o futuro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.especial, p.44-52, 2000.

O´GARA, P; FAINHURST, W. Therapeutic communication part 1: general approaches that enhance the quality of the consultation. **Accident and Emergency Nursing**, v.12, p.166-72, 2004.

_____. Therapeutic communication part 2: strategies that can enhance the quality of the emergency care consultation. **Accident and Emergency Nursing**, v.12, p.201-7, 2004.

OLIVEIRA, M.M.B; JORGE, M.S.B. Doente mental e sua relação com a família. In: V ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL E IV ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, Ribeirão Preto – SP. 1998. **Anais**, p.379-88.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5 ed, Rio de Janeiro: Júlio Reis – Livraria, 1979.

PAULI, M.C; BOUSSO, R.S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.11, n.03, p.280-6, 2003.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L (org). **Humanização e cuidados paliativos**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola; 2004, p.11-30.

PIERANTONI, C.R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.06, n.02, p.341-60, 2001.

PINHO, L.B; KANTORSKI, L.P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Ciencia y enfermería**, v.10, n.1, p.67-77, 2004.

PITTA, A.M.F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 2 ed, São Paulo: Hucitec, 1996.
PUPULIM, J.S.L; SAWADA, N.O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.03, p.433-8, 2002.

RAMJAM, L.M. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. **Journal of Advanced Nursing**, v.45, n.5, p.495-503, 2003.

REDLEY, B; BEANLAND, C. Revising the critical care family needs inventory for the emergency department. **Journal of Advanced Nursing**, v.45, n.1, p.95-104, 2004.

REZENDE, A.L.M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986.

ROCHA, S.M.M; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.08, n.06, p.96-101, 2000.

ROGERS, C. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ROSA, L.C.N. **Epistemologia e ensino de ciências naturais: um resgate do marxismo historicista gramsciano**. 1995. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.

SALERNO, M.S. Da rotinização à flexibilização: ensaio sobre o pensamento crítico brasileiro de organização do trabalho. **Gestão & Produção**, v.11, n.01, p.21-32, 2004.

SANTOS, S.R; PAULA, A.F.A; LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.11, n.01, p.80-7.

SCHLESENER, A.H. **Hegemonia e cultura: Gramsci**. Curitiba: UFPR, 1992.

SEBASTIANI, R.W. Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In: CAMON, V.A.A. (Org). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002, p.29-71.

SILVA, G.B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Loyola, 1996.

SILVA, N.E.K et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/AIDS. **Revista de Saúde Pública**, v.36, supl 4, p.108-16, 2002.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, L.N.A. **A interface da comunicação entre enfermagem e as(os) clientes em uma unidade de terapia intensiva.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

STREUBERT, H.J. Philosophical dimensions of qualitative research. In: STREUBERT, H.J; CARPENTER, D.R. **Qualitative research in nursing – advancing the humanistic imperative.** USA: J.B. Lippincott Company, 1992. p.1-14.

_____. What is nursing knowledge?. In: STREUBERT, H.J; CARPENTER, D.R. **Qualitative research in nursing – advancing the humanistic imperative.** USA: J.B. Lippincott Company, 1992. p.15-28.

TARRIDE, M.I. **Saúde pública: uma complexidade anunciada.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

TEIXEIRA, S.F; MENDONÇA, M.H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S.F. (Org). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez Editora, 1989, p.193-232.

TOURAINÉ, A; KHOSROKHAVAR, F. **A busca de si: diálogo sobre o sujeito.** Tradução Caio Meira. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis: Vozes, 2003.

VILA, V.S.C; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.2, p.137-44, 2002.

WAIMAN, M.A.P. **Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental.** 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis: Vozes, 2004.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Convite para participar da pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Ilmo(a) Sr.(a): _____

Data: ____/____/____

Venho, mui respeitosamente, através do presente, convidar-lhe a participar da pesquisa que será por mim desenvolvida e orientada pela Profª Drª Sílvia Maria Azevedo dos Santos.

O objetivo do estudo é conhecer as contradições que se evidenciam nas práticas de cuidado realizadas por enfermeiros na unidade de terapia intensiva. Acrescento que esse estudo pode proporcionar uma reflexão acerca do atendimento prestado por esse profissional nessas unidades.

Entretanto, para que possa cumprir com meu objetivo, necessito de sua colaboração para que possa colher suas informações a respeito desse processo. Asseguro o compromisso com o sigilo e a ética neste trabalho, respeitando a privacidade de cada participante.

Sem mais para o momento e na expectativa do retorno positivo, subscrevo-me atenciosamente.

Leandro Barbosa de Pinho
Mestrando em Enfermagem – UFSC

Profa. Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos
Orientadora

Apêndice 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido do participante

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

Florianópolis, ____ de _____ de 2005.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Eu,..... declaro estar de acordo em participar como informante no projeto “O Cuidado de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva: Contradições entre o discurso e a prática profissional”, de autoria do mestrando Leandro Barbosa de Pinho, sob orientação da professora doutora Sílvia Maria Azevedo dos Santos. Uma vez que me foi afiançado que todas as informações obtidas seriam tratadas com o máximo respeito e, que o anonimato e sigilo seriam garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, relatório final e divulgação do trabalho no meio acadêmico e em publicações científicas.

Estou ciente de que os responsáveis pelo projeto estarão aptos a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho bem como poderei solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo material produzido em nossos encontros.

A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento.

Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa.

Assinatura do informante

Apêndice 3 - Instrumento de pesquisa: entrevista semi-estruturada - “enfermeiros”

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

INSTRUMENTO DE PESQUISA: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA “ENFERMEIROS”

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:

TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

PÓS-GRADUAÇÃO: () SIM () NÃO QUAL? _____

TEMPO DE SERVIÇO NA UTI:

IDENTIFICAÇÃO FICTÍCIA NO ESTUDO:

- 1) No seu entender o que é cuidar?

- 2) Como você cuida aqui nessa UTI? Fale-me um pouco sobre as ações de cuidado implementadas por você, o que seja mais significativo nessas ações, além dos referenciais teórico-filosóficos que você utiliza em suas atividades assistenciais.

- 3) Que facilidades você encontra na implementação de suas ações de cuidado? Comente.

- 4) Que dificuldades você encontra na implementação de suas ações de cuidado? O que você faz diante dessa situação? Comente.

- 5) Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Fique livre para expressar sua opinião.

Apêndice 4 - Instrumento de pesquisa: entrevista semi-estruturada - “familiares”

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

INSTRUMENTO DE PESQUISA: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA “FAMILIARES”

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:

IDADE:

GRAU DE FAMILIARIDADE COM O PACIENTE:

IDENTIFICAÇÃO FICTÍCIA NO ESTUDO:

1. Como você percebe o cuidado prestado pelo enfermeiro na unidade de terapia intensiva tanto a você, familiar, como ao seu parente internado?

2. Que tipo de necessidades (físicas, estruturais, materiais, etc.) você tem diante da internação de seu parente aqui na UTI? Fale-me um pouco sobre isso.

3. Como você consegue informações detalhadas sobre o estado de saúde do seu parente ou ter maior proximidade física com ele nessa UTI? Relate um pouco sobre isso.

4. Quais são as facilidades e dificuldades que você encontra para ter esse acesso? Como você procura resolver essas dificuldades?

5. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Fique livre para expressar sua opinião a respeito desta pesquisa ou do trabalho do enfermeiro na UTI.

Apêndice 5 – Parecer do comitê de ética

APÊNDICE 5 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS -CEPSH
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 200/05

I – Identificação:

Título do Projeto: ENTRE O SABER E O FAZER RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO: ESTUDO COM ENFERMEIROS INTENSIVISTAS.

Pesquisador Responsável: Sílvia Maria Azevedo dos Santos (Pós-Graduação em Enfermagem).

Pesquisador Principal: Leandro Barbosa de Pinho (Mestrando em Enfermagem).

Data Coleta dados: Julho a Setembro de 2005.

Local onde a pesquisa será conduzida: Unidade de Terapia Intensiva/HU/UFSC.

Data de apresentação ao CEP: 06/06/05.

II - Objetivos:

Geral: Conhecer as contradições teórico-práticas que emergem no processo de relacionamento terapêutico do enfermeiro com pacientes na unidade de terapia intensiva de adultos.

Específicos:

- Identificar as potencialidades e limitações que perpassam o processo de saber-fazer relacionamento terapêutico do enfermeiro com pacientes e familiares na unidade de terapia intensiva de adultos.
- Investigar as razões teóricas e práticas que aproximam/distanciam o enfermeiro do processo de relacionamento terapêutico com pacientes e familiares na unidade de terapia intensiva de adultos.
- Averiguar momentos, espaços e perspectivas que sirvam de antagonistas e/ou agonistas do processo de relacionamento terapêutico do enfermeiro com pacientes e familiares na unidade de terapia intensiva de adultos.

III - Sumário do Projeto

Estudo de cunho descritivo e qualitativo, “a ser desenvolvido com enfermeiros da UTI e familiares que acompanham pacientes internados na unidade”, em número aproximado de 20 participantes. A metodologia inclui observação participante e entrevista semi-estruturada e gravada, para posterior análise de conteúdo com definição de categorias formadas por elementos comuns e “que realmente apontem o que de mais significativo foi dito pelos informantes”, conforme palavras do pesquisador principal.

IV - Comentário

O tema do estudo é relevante e os pesquisadores demonstram, através de seus currículos, condições adequadas para sua realização. Seus resultados pretendem possibilitar reflexões críticas e discussões por parte dos enfermeiros com relação ao cuidado humanizado, preconizado atualmente, “possibilitando-lhes identificar as zonas de conflitos, os tensionamentos, as dificuldades e as potencialidades”.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está adequado a compreensão das pessoas leigas. Sugere-se que seja apresentado com letras maiores para facilitar a leitura e que o objetivo do estudo seja informado. Estes cuidados não eliminam a necessidade de que o TCLE seja exaustivamente explicado aos participantes para que os mesmos sintam-se a vontade

para participar ou não como sujeitos do estudo. Tais providências poderão ser tomadas encaminhadas ao CEPISH, sem prejuízo para início da coleta de dados.

V – Parecer CEP:

aprovado

aprovado ad-referendum

reprovado

com pendência

retirado

aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 27/06/05.



Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador em Exercício do Comitê
de Ética em Pesquisa - PRPe/UFSC.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

Apêndice 6 – Autorização da pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

Florianópolis, ____ de _____ de 2005.

À Diretoria de Enfermagem
Hospital Universitário da UFSC

Senhora Chefe

Venho por meio deste solicitar autorização para desenvolver um estudo nesse hospital com vistas à construção de minha Dissertação, requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sendo minha orientadora a Prof^a Dr^a Sílvia Maria Azevedo dos Santos.

O tema de meu estudo é conhecer diferentes momentos onde se revelam contradições nas práticas de cuidado dos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva de adultos do hospital. A pesquisa constará de uma observação participativa e de uma entrevista semi-estruturada com os enfermeiros e familiares na unidade de terapia intensiva, segundo alguns critérios previamente estabelecidos. Terei o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço pela oportunidade ao mesmo tempo em que me coloco à disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Leandro Barbosa de Pinho
Mestrando em Enfermagem – UFSC
Fone: 48-99162912

Profa. Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos
Orientadora do Estudo
Fone: 48-3319480

Ciente e de acordo.

Data: _____

Assinatura da Chefia