

Online Brazilian Journal of Nursing
E-ISSN: 1676-4285
objn@enf.uff.br
Universidade Federal Fluminense
Brasil

Barbosa de Pinho, Leandro; Azevedo dos Santos, Silvia Maria
Fragilidades e potencialidades no processo de humanização do atendimento na unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo de abordagem dialética
Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 6, núm. 1, 2007, pp. 64-74
Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453974008

Como citar este artigo
Número completo
Mais artigos
Home da revista no Redalyc

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

ISSN: 1676-4285



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais

Fragilidades e potencialidades no processo de humanização do atendimento na unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo de abordagem dialética

Leandro Barbosa de Pinho[1],
Silvia Maria Azevedo dos Santos[2]

[1] *Universidade de São Paulo*
[2] *Universidade Federal de Santa Catarina*

RESUMO

Este estudo pretende desvelar dificuldades e potencialidades que influenciam no processo de humanização do atendimento em uma unidade de terapia intensiva, a partir do discurso do enfermeiro intensivista, da percepção de familiares acompanhantes e de pacientes internados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de orientação dialética, realizada com 07 (sete) enfermeiros, 05 (cinco) familiares e 01 (um) paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva de adultos de um Hospital Universitário do Estado de Santa Catarina, Brasil. Constatamos que as fragilidades e potencialidades no processo de humanização do cuidado na UTI envolvem um conjunto de premissas e fatores, que se relacionam dialeticamente, indo desde as necessidades mais subjetivas do cuidador e do ser cuidado, até dimensões mais estruturais, que se localizam ao redor do contexto e dos espaços de atuação. Pensamos que a candente reflexão sobre o contexto de atendimento intensivo possa ajudar na transformação da realidade, em que profissionais que cuidam e pessoas cuidadas estejam em sintonia, compartilhem experiências e limitações e, mais do que isso, valorizem os potenciais humanos.

Palavras-Chave: Cuidados Intensivos, Humanização da Assistência, Saúde do Adulto.

Pinho LB, Santos SMA. Fragilities and potentialities in the humanization attendance process in the intensive care unit: a qualitative and dialectic based-study. Online braz j nurs [internet]. 2007 Jul [cited month day year]; 6 (1):64-74. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5399

INTRODUÇÃO

Algumas pessoas são mais sensíveis que outras diante do processo de adoecimento. Para aquelas que vivenciam a gravidade do quadro clínico, bem como aquelas que sofrem um procedimento cirúrgico menos complexo e eletivo, todo um rol de possibilidades surge quando se trata de "mexer" com algo tão complexo e tênue, como a vida humana. Além disso, ou talvez até mais importante ainda, as relações inter-humanas, nas quais se manifestam diferentes variáveis, como as necessidades imediatas e mediatas do sujeito, suas expectativas, suas dúvidas, seus laços afetivos, sua proximidade, suas demandas externas e internas.

O termo "humanização" vem sendo usado amplamente na área da saúde, constituindo-se num conjunto de iniciativas que se caracterizam pela qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento do ser humano 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, pois pode subentender que as práticas em saúde seriam desumanizadas ou não feitas para seres humanos [1].

Entendemos que as preocupações com o termo humanização são pertinentes e necessárias. No entanto, é importante salientar que, no caso das unidades de terapia intensiva, objeto de nosso estudo, a concepção de cuidado humanizado tende a ser exaustivamente discutida, porém pouco praticada em sua integralidade. Tudo porque o processo saúde-doença na unidade tende a acompanhar a evolução dos conhecimentos da ciência médica, altamente tecnologizada e impessoalizante, não obstante deslocada teórico-conceitualmente, e por vezes se esquece que, por trás da máquina e da quantidade de aparelhos que mantém os pacientes vivos, há um sujeito, que vivencia uma condição de adoecimento e que lhe causa sofrimento, tanto físico como psíquico.

Nesse sentido, a humanização que pretendemos estudar e que pouco praticamos (salvo algumas e importantes exceções), é aquela que resgata o valor do sujeito-doente, em uma condição de compreensão à sua demanda emocional, ao seu sofrimento, à sua complexidade biopsicossocial [2-4]. Para isso, é importante acolhê-lo, refletir sobre seu sofrimento, praticar a escuta atenta e a comunicação sensível, para, a partir daí, perceber como, por que e qual o sentido desse sofrimento para o sujeito para promover (ou intervir) efetivamente "cuidando".

Sendo assim, humanizar o atendimento é valorizar o significado atribuído pelo ser humano à sua experiência de adoecimento, ao seu sofrimento, reconhecendo as relações interpessoais como um processo, que permeia a organização produtiva do trabalho e suas dimensões técnico-assistenciais. Resgatar o espaço do acolhimento, da escuta atenta e interessada nas necessidades e expectativas das pessoas pode ser um estímulo à transformação das práticas em saúde, em que a clínica não é ignorada, mas associada ao conhecimento de mundo daqueles que procuram diariamente um serviço de saúde [5].

É importante ressaltar que acolher a dor e o sofrimento é extremamente necessário no contexto das ações em saúde com vistas à humanização do atendimento hospitalar. Entretanto, o processo de humanizar não deve ser reduzido à compreensão do contexto de vida dos indivíduos e de suas relações sociais. Ele também está relacionado à dinâmica do processo de trabalho, à organização dos saberes e das práticas, aos mecanismos gestórios, à flexibilização administrativa e à própria política institucional que regulamenta as ações de cuidado no ambiente hospitalar.

Portanto, este estudo pretende desvelar di-

ficuldades e potencialidades que influenciam no processo de humanização do atendimento em uma unidade de terapia intensiva, a partir do discurso do enfermeiro intensivista, da percepção de familiares acompanhantes e de pacientes internados. Interessa-nos apontar fatores, situações, cotidianos e singularidades que potencializam ou prejudicam o processo de humanizar o cuidado diante da situação que exige atendimento mediato/imediato.

MÉTODO

Por se tratar da investigação das particularizações, demandas e singularidades do contexto cotidiano do atendimento, optou-se pela pesquisa qualitativa, de orientação dialética. Essa associação pode dar conta de evidenciar as relações no mundo do trabalho na UTI, enquanto produção-reprodução das condições materiais da existência humana e das relações sociais. A dialética, usada aqui como abordagem metodológica, permite a discussão dos resultados a partir da negação dos mesmos, num movimento de teses-antíteses-sínteses, porém não com exclusão total nem parcial dos achados, porque fazem parte da construção do objeto cognoscente como um todo e da transformação da realidade social [6-7].

A pesquisa foi realizada com 07 (sete) enfermeiros, 05 (cinco) familiares e 01 (um) paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva de adultos de um Hospital Universitário do Estado de Santa Catarina, Brasil. Os dados que subsidiaram a discussão partiram da análise de entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos sujeitos. Construímos um roteiro específico para enfermeiros e outro para os familiares acompanhantes e para o paciente internado. Para a análise, fizemos leituras e re-leituras dos textos gerados pelas entrevistas, até chegar às categorias que mais apontassem o que estava sendo dito pelos informantes. Na etapa seguinte, quando já iniciávamos a fazer inferências e interpretações, construímos os eixos de discussão, sendo, neste estudo, abordada a questão das vulnerabilidades e potencialidades no processo de humanização do atendimento na UTI.

Foi encaminhado um documento, juntamente com o projeto, para o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, e recebemos o parecer favorável ao desenvolvimento do estudo. Foi também garantido o anonimato dos sujeitos investigados, assim como respeitada a decisão de desistência por parte dos pesquisados, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Para tanto, os enfermeiros foram identificados com a letra "E" seguida de sua ordem na entrevista (por exemplo, E_2), os familiares, da mesma forma, com a letra "F" e o paciente com a letra "P".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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 [8].

Abordando o ambiente de UTI, as pessoas que, por algum motivo, precisam de atendimento especializado nessa unidade, carecem de atenção integral. Quando falamos em atendimento integral, entendemos dessa forma a

Pinho LB, Santos SMA. Fragilities and potentialities in the humanization attendance process in the intensive care unit: a qualitative and dialectic based-study. Online braz j nurs [internet]. 2007 Jul [cited month day year]; 6 (1):64-74. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5399

interlocução de cuidados curativos e solidários, com vistas à minimização das tensões e inseguranças emocionais que esses ambientes geram. Nesse sentido, a equipe de saúde necessita trabalhar com o ser humano, reconhecendo-o em sua complexidade, tratando-o de sua condição de incapacidade física, mas incorporando o atendimento às famílias, enquanto extensão da vida social do paciente e de seus vínculos interpessoais.

Os enfermeiros parecem estar atentos às dimensões relacionais de seus pacientes, como componente essencial do planejamento terapêutico e com vistas à humanização hospitalar. Tanto que em seu discurso acerca do cuidado no *setting* de atendimento intensivo, fica característica a presença da família, conforme os relatos abaixo:

> "Na parte religiosa, a gente procura dar espaço e liberdade pra família trazer pastor, padre, fazer extrema unção, trazer o pessoal da macumba, então a gente procura dar liberdade religiosa também pra eles. Acho que a gente trabalha muito pouco a questão da sexualidade, mas é uma coisa que tem que ser a longo prazo e trabalhar com a equipe." (E_2)

> "E essa parte da família, a gente tem mais envolvimento, como notícias de óbito, contato com a família, pedir para que ela venha, por exemplo, porque o paciente está chamando... a gente assume mais isso, até mais que a medicina, até mais de informação, o familiar vem aqui na porta e o médico não quer falar, então a gente fica conversando". (E_5)

Compreendendo a dimensão relacional dos pacientes, ainda é possível notar que os enfermeiros se inquietam em oferecer explicações diante das solicitações e necessidades dos familiares, já que estes acompanham a transitoriedade do processo de recuperação/reabilitação do indivíduo na maior parte do tempo do lado de fora da unidade. Assim, quando é possível o acesso ao setor, mais do que reunir forçar para conscientizar-se da situação e esperar uma notícia que nem sempre é positiva sobre o quadro clínico, eles esperam ser acolhidos durante o horário restrito das visitas à UTI, dentro das possibilidades imediatas e dos profissionais. Os relatos dos familiares a seguir mencionam essa situação:

> "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..." (F_1)

> "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 [...]" (F_4)

> "Eles põem o humano no lado da máquina... assim como foi muito importante pro [nome do paciente] a nossa presença, da família, a gente vive muito família aqui em casa, e a gente

> sabia que isso seria muito importante pra ele, mesmo que das primeiras vezes quando a porta se fechava atrás de nós e a gente se desabava a chorar. Nisso eu vi assim essa parte importantíssima dos enfermeiros. Eu acho que eles foram muito humanos... porque eu via que eles colocavam mais que a parte profissional, eu realmente posso dizer que eu constatei isso. Eles fazem aquela liga, entre a máquina que é fria e o paciente que é a pessoa que você ama..." (F_2)

O grupo familial compreende a base do convívio das pessoas. Necessariamente, é ele que educa, que fornece subsídios para viver e estar no mundo, assim como constitui-se num todo único, capaz de singularizar o contexto de vida do sujeito e de sua maneira de manifestar e entender o que se passa no decorrer de seu processo de viver. Mais do que analisar o mundo e fornecer elementos para o desenvolvimento biopsicossocial do ser, é através dele que o homem se verdadeiramente humaniza, desenvolve sua consciência e compartilha, com o mundo, as suas experiências vivenciais [9-11].

Nos diversos espaços e contextos, a enfermagem da UTI parece absorver para si parte da demanda psicoemocional da família, como extensão da rede de relações do paciente internado e como dimensão operante no processo de trabalho. Conforme os relatos, os enfermeiros intensivistas tendem a valorizar os significados e as expectativas de seus clientes, visando ao redimensionamento do senso comum do grupo familial. Toda essa oportunidade de estabelecer novos conhecimentos e relações pouco parece comprometer a execução das técnicas e procedimentos – pelo menos para a enfermagem, como inclusive possibilita romper com o senso comum da UTI, enquanto ambiente altamente tecnologizante, frio e "mortificador". A premissa de que no contexto social de atendimento intensivo também tenha espaço para o acolhimento do sofrimento do paciente e da sua família torna-se fundamental para a produção de saúde e de cuidado humanizado nesses espaços sociais.

No entanto, algumas considerações precisam ser apontadas diante do processo de relacionamento com o grupo familial. Não se pode negar a importância da flexibilização do espaço social de atendimento intensivo para a inclusão da família como co-partícipe do processo terapêutico. Como se pôde notar, os enfermeiros tendem a abrir espaços para a incorporação da família na UTI, porém isso não particulariza, necessariamente, que o enfermeiro esteja voltado totalmente ao estabelecimento de vínculos interpessoais com ela. O acolhimento, embora se desenvolva no decorrer do cotidiano de cuidados com sensibilidade e atenção às dúvidas e anseios dos familiares, ele ocorre com limitado envolvimento emocional, já que o processo comunicacional estabelecido tende a se concentrar apenas no esclarecimento das queixas e solicitações da família:

> 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... acho que falta avançar algumas coisas, como a UTI como um todo, por exemplo, acompanhante para idoso na UTI, embora apareça na lei, na UTI a gente nem conversa sobre isso ainda (E_3).

... o boletim é dado ali na porta, de pé. Esses dias uns familiares comentaram comigo que parecia que estão mandando a gente embora. Quando é o Dr [nome do médico] ele senta lá na salinha, o familiar senta, relaxa e ele fala. Às vezes é coisa de 2 min, mas o familiar se sentiu mais valorizado. Ali na porta parece que "vamos rápido que eu tenho o que fazer". Às vezes entram 2, 3 familiares, ficam todos de olho na porta, aí alguém entra, sai, acho que essas informações são importantes e o familiar tem que prestar atenção (F_5)

Acho muito difícil a equipe da UTI se envolver mais com os doentes, mas a gente precisa trabalhar nessa direção, acho que a maquinização do ser humano é um problema... Lembro de quando eu tinha que colher sangue, de manhã, aquele pessoal faz aquilo com uma naturalidade tão grande, assim como quando eu vou na padaria comprar pão... 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 (P_1).

Então sempre que possível e que os familiares podem, essa é uma das coisas que eu tento fazer: deixar o familiar mais perto do paciente. E quando está saindo da sedação eu procuro conversar mais com ele, explicando o que está acontecendo... porque ele está com aquele tubo, porque ele está com um monte de fios grudados nele, então eu procuro estar orientando nos momentos em que ele está acordando. Eu acho que isso é um cuidado que muitas vezes é esquecido aqui dentro, então eu procuro fazer. Acho que tem muitas pessoas que fazem aqui dentro, porque tem alguns momentos em que você está mais disposto a fazer, e tem alguns momentos que está um pouco menos disposto a fazer a conversa com os familiares e essa conversa com o próprio paciente (E_2).

Os questionamentos e o saneamento das dúvidas de familiares acompanhantes são relevantes e precisam ser levados em consideração dentro do contexto de atendimento intensivo, que se quer humanizado, ainda mais quando envolve instabilidade e risco de morte com freqüência. Entretanto, compreendemos que a humanização do atendimento vai além da descomplexificação das solicitações da família ou da situação em que se encontra o próprio doente, que necessita, realmente, de uma quantidade enorme de aparelhos, tubos e que nem sempre a família está preparada ou compreende o processo. A concentração de esforços pessoais dos enfermeiros diante da responsividade às solicitações do outro pode ser uma justificativa interessante e com certeza pertinente para desvelar parte do fazer humanizado em saúde, mas continua sendo limitante frente ao olhar que queremos desenvolver hoje sobre o cuidado ao ser por inteiro, considerando não somente suas dúvidas e expectativas, mas relacionando-se comprometidamente com ele, fornecendo-lhe um espaço de escuta e comunicação atenta, sensível e inter-humana.

O relacionamento humano é complexo, mas condiciona a presença, o olhar e a neces-

sidade de conhecer e reconhecer simultaneamente. O homem se difere das outras espécies de seres vivos, justamente por possuir essa capacidade de entender o outro, a partir de uma autoconsciência, ou seja, de ver e se ver a si mesmo, sendo uma faculdade que lhe confere o mais alto grau de qualidade humana. Ter autoconsciência 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 [12].

As relações humanas são estabelecidas dentro de um contexto relacional e dialógico, que permita o autoconhecimento e o hétero-conhecimento. Na medida em que o "eu" se encontra com o "tu", há uma troca de experiências, um contato, um diálogo, uma relação, uma reciprocidade. É assim que o homem se entende como homem, transmite-se como homem, consolida-se como homem. O relacionamento inter-humano é uma construção onto-epistemológica que consiste numa presentificação do eu e do outro, que nesse caso é o "tu". É nesse encontro em que a palavra, a relação e a reciprocidade, que são atos humanos, e exclusivamente humanos, se evidenciam [13].

É possível perceber, aproveitando o fragmento de E_2 e de P_1, descritos acima, que o envolvimento emocional com pacientes e familiares é uma preocupação crescente no ambiente de trabalho intensivo, tanto que E_2 cita as condições emocionais do próprio trabalhador como "barreiras psicológicas" para não se envolver na relação interpessoal. É importante não apenas condená-los por isso, mas destacar que relações humanas são complexas, desgastantes, exigem tempo, disponibilidade e paciência, nem sempre possíveis no atendimento intensivo.

Compreendemos que para um profissional, que mais do que tudo é um ser humano, trabalhar diariamente com o sofrimento do outro é viver sob um dilema dialético: de um lado a necessidade do envolvimento intersubjetivo – que aproxima o *setting* de cuidados da humanização que se pretende, mas o desgasta emocionalmente – e de outro, o afastamento da realidade dos pacientes e familiares acompanhantes – concentrando-se excessivamente no mecânico, na técnica, no procedimento, ou, conforme P_1, se "maquinizando".

A complexidade do atendimento crítico que se movimenta na dialeticidade do vivido e do experimentado, tende a mobilizar reflexões sobre as possíveis vulnerabilidades no processo de cuidar, tanto pelos enfermeiros como pelos familiares que percebem as rotinas e o cotidiano de trabalho dos profissionais. Os enfermeiros parecem conhecer suas dificuldades e as de sua equipe diante do relacionamento com pacientes e familiares acompanhantes, mas levantam outro questionamento, que se relaciona ao empenho da própria equipe com o trabalho na unidade. No contexto de atendimento crítico, eles são obrigados a conviver também com a falta de comprometimento, que, muitas vezes, quando não afeta diretamente a organização das práticas de cuidado, influencia na dinâmica das relações interprofissionais:

> "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 trabalha 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." (E_2)

Pinho LB, Santos SMA. Fragilities and potentialities in the humanization attendance process in the intensive care unit: a qualitative and dialectic based-study. Online braz j nurs [internet]. 2007 Jul [cited month day year]; 6 (1):64-74. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5399

"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." (F_5)

"Você tem um que não é amigo do outro, tem um que não colabora com o outro... em UTI o paciente é muito dependente, é um paciente que requer ajuda, né? Você não tem como virar o paciente sozinho, você não tem como massagear o paciente sozinho, é difícil dar o banho do paciente sozinho, às vezes são muitas medicações..." (E_3)

"Na maioria das vezes, eu tento não ter problema de relacionamento com os outros, mas às vezes tem... porque a gente pra tornar o serviço bem encaminhado, cada um tem que fazer a sua parte, e tem vezes que tem alguém no grupo que desvia daquele caminho, a gente não sabe por que razão, aquilo dificulta um pouquinho o relacionamento... Teve épocas de dificuldades, problemas de relacionamentos sérios aqui, e como a UTI é um local fechado, às vezes é conflitante e às vezes torna um pouco pesado o relacionamento... as pessoas que saíram e as pessoas que entraram fizeram muito bem pro ambiente e isso facilita bastante o trabalho." (E_6)

Em um estudo com uma equipe de saúde de uma UTI, constatou-se que as relações interprofissionais são fatores que interferem diretamente na prestação de cuidados na UTI, tanto positivamente, quando o grupo é coeso e objetivo, como negativamente, quando existem atritos e falta de compromisso no trabalho. Os profissionais entendem que a unidade já é estressante por natureza, já que convivem diariamente com as incertezas do processo de trabalho e com as inseguranças dos próprios colegas. Nesse sentido, o grupo que não se relaciona harmoniosamente, tende a padecer, gerando um ambiente de trabalho desmotivante, além de prejudicar a qualificação do cuidado e da humanização a pacientes e familiares acompanhantes [14].

A complexidade das relações humanas comporta uma série de planejamentos e estratégias que busquem identificar e incorporar demandas antevistas de rotina (dos pacientes cuidados), mas incorporando também as demandas dos colegas de trabalho. Visando à construção de um plano terapêutico, toda e qualquer intervenção necessita ser articulada na esfera do cuidado ao outro, com o reconhecimento e o aprofundamento das dimensões comunicativas entre os sujeitos envolvidos no processo de trabalho, ou seja, nas relações trabalhador-trabalhador e nas relações trabalhador-usuário[15].

Para que exista a convivência adequada entre os profissionais de saúde na UTI, os enfermeiros tentam provocar a mobilização dos colegas, utilizando-se de estratégias como o incentivo, a motivação, o trabalho direto ao paciente juntamente com o funcionário e também a preservação deste quando a situação de trabalho tende a ser mais sofrida do que prazerosa:

"Eu sempre tento chamar o grupo pra trabalhar, eu acho que tu passares 6h, 12h aqui no plantão e tu não vê que o grupo não está colaborando, tu vais passar esse tempo trabalhando sozinho, fazendo o que outros não querem, ajudando um que o outro não quis

ajudar, então acho que tem que trazer sempre o grupo contigo..." (E_3)

"É fazer com que as pessoas que trabalham contigo se sintam bem. Eu prefiro trabalhar com uma pessoa a menos, mas que não reclame. Uma laranja podre, apodrece o resto, né? Não é por aí criticar, a assistência de enfermagem é contínua, se está faltando vai lá e complementa. Claro que todo mundo deixa furo, eu também deixo, às vezes passa uma coisa desapercebida, pode ocorrer, mas a enfermagem é continuidade. É estudo é principalmente integração. É simples na enfermagem: não tem que inventar a roda, é só fazer ela girar, né?" (E_7)

"Acho que, em relação a cuidado, o enfermeiro tem que ter uma visão da equipe também, que é uma coisa que às vezes a gente fala, mas não acaba fazendo, porque você cuida de pessoas, mas as pessoas que trabalham contigo muitas vezes não estão bem, estão tendo sentimentos contraditórios em relação ao paciente, então a gente tenta estar resgatando isso. A gente teve um funcionário que perdeu a mãe queimada e ela morreu. Então pacientes com queimaduras, graves, a gente procurava deixar ele fora do cuidado desses pacientes pra preservar." (E_2)

O cuidado de si constitui-se em condição de parar quando for necessário, de ter espaço para atingir um nível de reflexão sobre a sua própria vida, permitir pensar sobre a sua condição de consciência, para que não se perca a motivação pelo trabalho e que se possa preservar a si mesmo durante suas atividades profissionais. Para que a equipe de enfermagem possa reconhecer o cliente como um ser humano que precisa ser cuidado, antes disso necessita cuidar-se de si e reconhecer-se enquanto ser humano, que possui limitações, potencialidades e dificuldades [16].

O enfermeiro parece constituir, juntamente com seus colegas, espaços para a problematização e alívio do sofrimento gerado pelos encargos de seu trabalho. Essa estratégia tende a ser relevante no sentido de poupar psiquicamente o profissional de enfrentar as adversidades do processo de adoecer a que todos estão sujeitos e das instabilidades clínicas encontradas em UTI. Exemplos dessas estratégias estão na fala de E_2, quando menciona a ocasião de um colega de trabalho que vivenciou a morte de sua mãe com queimaduras graves e que, desde então, não atende situações desse tipo.

Entendemos que a contemplação desses ambientes permite pensar na possibilidade de resgatar, dentro da profissão de enfermagem, os sentimentos da solidariedade e da civilidade para com a limitação do outro, fundamental para o processo de trabalho e para a prestação de cuidado na UTI. Humanizar o atendimento ao outro é olhar para dentro do paciente e entender seu problema, mas, antes disso, olhar para dentro de si mesmo e reconhecer-se como co-partícipe do processo, intervir, mas saber recuar quando for preciso. Isso auxilia na valorização da amizade do grupo, do coleguismo e do trabalho em equipe. A gerência do cuidado, que cabe ao enfermeiro, compreende a manutenção equilibrada dessas relações, tanto com pacientes e familiares, que vivenciam o sofrimento causado pelo processo de adoecimento, como com os próprios colegas de trabalho, que, muitas vezes possuem sentimentos contraditórios, mobilizam mecanismos de defesa para evitar a

Pinho LB, Santos SMA. Fragilities and potentialities in the humanization attendance process in the intensive care unit: a qualitative and dialectic based-study. Online braz j nurs [internet]. 2007 Jul [cited month day year]; 6 (1):64-74. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5399

aproximação emocional com os clientes, estão sobrecarregados de atividades diretas e exercem suas habilidades profissionais em um contexto extremamente estressante e ansiogênico.

Como se pôde perceber, a humanização do cuidado na UTI envolve um conjunto de premissas e fatores, que vão desde as necessidades mais subjetivas do cuidador e do ser cuidado, até dimensões mais estruturais, que se localizam ao redor do contexto e dos espaços de atuação. As potencialidades e vulnerabilidades se articulam dialeticamente, em um processo que não tende a acabar, nem a se totalizar, já que faz parte do cotidiano assistencial, mas representa apenas um recorte dele, bem mais complexo do que se imagina. Pensamos que a candente reflexão sobre o contexto de atendimento intensivo possa ajudar na transformação da realidade, em que profissionais que cuidam e pessoas cuidadas estejam em sintonia, compartilhem experiências e limitações e, mais do que isso, valorizem os potenciais humanos.

CONCLUSÃO

Conforme apontado no estudo, a humanização na UTI é um processo mediado por dificuldades subjetivas, estruturais, assim como por facilidades e potencialidades que se articulam no contexto micro e macro-estrutural de atendimento crítico.

As condições de produção do trabalho humanizado e de cuidado nas unidades de terapia intensiva tendem a se desenvolver num ritmo dialético, quando uma contradição se revela diante da possibilidade de aproximação da enfermagem a pacientes e familiares frente às suas dúvidas e solicitações, mas ao mesmo tempo contrasta com o distanciamento imposto pelo contextos estruturais, intersubjetivos e interprofissionais, que compreendem o ambiente de atendimento, a necessidade de evitação do envolvimento emocional, o trabalho em equipe e a cooperação técnica (ou a falta dela).

Finalmente, compreendemos que as potencialidades e dificuldades na prestação do cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva precisam ser constantemente repensadas pelos profissionais, já que fazem parte de um universo complementar de ações em saúde e de cuidado não menos complexo, que se pretende efetivo e transparente, mas sobretudo acolhedor, sensível e atento aos problemas do outro, de si mesmo e do contexto onde se promove o referido cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Deslandes S. Análise sobre o discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciên. Saúde Colet. 2004; 9(1):7-14.
2. Boff L. Saber cuidar – ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
3. Pauli MC, Bousso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva. Rev Lat Am Enferm. 2003; 11(3):280-6.
4. Waldow V. Cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.
5. Baremblitt G. Que se entende por humanidade e humanização? Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari-Fundação Gregório F. Baremblitt; [s.d.].
6. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 1991.
7. Giovanni G. O método dialético. In: Anais do 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1984 3-6 abr; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1984. p.161-71.
8. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 1996.
9. Albístur MC, Bacigalupo JC, Gerez J, Uzal M, Ebeid A, Maciel M, et al. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Med Uruguay. 2000; 16:243-56.
10. Waidman MAP, Rocha AF, Páschoa ARZ, Radova-

novic CAT. Vivenciando problemas de saúde em família: a implementação de uma proposta teórico-metodológica de cuidado. Online Brazilian J Nurs [internet] 2007 Jan [cited Mar 2007]; 6(1). Available from: http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=882&layout=html

11. Pinho LB, Santos SMA. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Index Enferm. 2006; 54:20-4.
12. Buber M. Eu e tu. São Paulo: Perspectiva; 1974.
13. May R. O homem à procura de si mesmo. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
14. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. Rev Lat Am Enferm. 2005; 13(2):145-50.
15. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/AIDS. Rev Saúde Pública. 2002; 36 suppl 4: 108-16.
16. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. Rev Lat Enferm. 2004; 12(6):933-9.

Contribuição dos autores: Concepção e desenho: 1,2; Análise e interpretação: 1,2; Escrita do artigo: 1; Revisão crítica do artigo: 2; Aprovação final do artigo: 1,2; Colheita de dados: 1; Provisão de pacientes, materiais e recursos: 1; Obtenção de suporte financeiro: 1; Pesquisa bibliográfica: 1

Nota: Recorte da Dissertação de Mestrado intitulada "O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: contradições entre o discurso e a prática profissional", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em dezembro de 2005, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Recebido: 03/03/2007
Aprovado: 04/03/2007