

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – MESTRADO EM
ENFERMAGEM**

*Sobre tecnologias e desumanização – Um estudo sobre a emergência
do discurso de descuidado na assistência de enfermagem em terapia
intensiva*

THIAGO QUINELLATO LOURO

RIO DE JANEIRO

NOVEMBRO, 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – MESTRADO EM
ENFERMAGEM

***SOBRE TECNOLOGIAS E DESUMANIZAÇÃO – UM
ESTUDO SOBRE A EMERGÊNCIA DO DISCURSO DE
DESCUIDADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
TERAPIA INTENSIVA***

THIAGO QUINELLATO LOURO

Estudo apresentado na Defesa de dissertação junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro - UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva

Rio de Janeiro

Novembro, 2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Louro, Thiago Quinellato.

L123 Sobre tecnologias e desumanização : um estudo sobre a emergência do discurso de descuidado na assistência de enfermagem em terapia intensiva / Thiago Quinellato Louro, 2010.
123f.

Orientador: Roberto Carlos Lyra da Silva.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Enfermagem de tratamento intensivo. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Cuidados em enfermagem – Planejamento. 4. Tecnologia médica. I. Silva, Roberto Carlos Lyra da. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.7361

*Sobre tecnologias e desumanização – Um estudo sobre a emergência
do discurso de descuidado na assistência de enfermagem em terapia
intensiva*

Aprovada por:

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
PRESIDENTE

Profa. Dra. Isaura Setenta Porto
1ª. EXAMINADORA

Profa. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
2º. EXAMINADOR

Suplentes:

Profa. Dra. Vivian Shutz

Profa. Dra. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

RIO DE JANEIRO

Novembro, 2010

DEDICATÓRIAS

Inicialmente dedico este trabalho e esta conquista a DEUS, nosso criador, aquele a quem recorria nos momentos de cansaço, para que me abençoasse e desse a força necessária para continuar batalhando e vencendo meus desafios.

Ao amor da minha vida, minha noiva LIDIANE, que me deu todo apoio, força, dedicação e amor ao longo desta jornada. A pessoa que me motiva a continuar sempre crescendo, tanto como profissional e principalmente como ser humano. Foi, é e sempre será meu porto seguro!

Aos meus pais RUBENS e LUZIA, que desde sempre acreditaram e investiram em mim, que nunca mediram esforços para que eu pudesse ter o que não tiveram a oportunidade. Pessoas que me ensinaram os princípios para ser uma pessoa digna e honrada, e ajudaram a me tornar quem sou hoje. Deram-me a melhor herança que poderia ter: a educação. Amo vocês!

A minha irmã, amiga e meu orgulho JULIANNE, por seu respeito, dedicação e incentivo ao longo de toda vida.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo a DEUS, por iluminar meus caminhos por toda minha vida!

Agradeço a minha noiva, meus pais, minha irmã, por serem tão presentes e da mesma forma, importantes na minha vida. Vocês são meu chão!

Aos meus familiares, que mesmo estando presentes ou nem tanto, sempre torceram por mim!

Meus amigos-irmãos THIAGO e DIEGO, que mesmo com a distância estão sempre presentes em minha vida!

Ao meu orientador PROF. ROBERTO CARLOS pela amizade, oportunidade da realização do mestrado, pelas orientações, e principalmente por compartilhar uma parte de seus ricos conhecimentos, realmente uma oportunidade para poucos!

A PROF. KANEJI SHIRATORI, uma pessoa especial em minha vida, quem orientou meus primeiros passos na iniciação científica. Obrigado por sua amizade!

Aos professores CARLOS ROBERTO LYRA DA SILVA, ISAURA SETENTA PORTO, VIVIAN SHUTZ e SILVIA TEREZA CARVALHO DE ARAÚJO, por suas contribuições a minha pesquisa, que possibilitou enorme enriquecimento em minhas discussões.

Ao Programa de Mestrado em Enfermagem da UNIRIO, seu corpo docente, as secretárias MÁRCIA e RAQUEL, por me possibilitarem dar mais um importante passo em minha trajetória acadêmica.

Sumário

Apêndice 1 – Lista de gráficos	VIII
Resumo	X
Abstract	XI
1. Considerações Iniciais	12
2. Questões Norteadoras	16
3. Objetivos	16
4. Justificativa	17
5. Metodologia	21
6. Referencial Teórico	26
6.1 – O início do discurso do descuidado: construindo uma linha de pesquisa	26
6.2 - Os princípios de Florence Nightingale	27
6.3 – O desenvolvimento técnico-científico	29
6.4 – Sobre as tecnologias	30
6.5 – A tecnologia na assistência de enfermagem	31
6.6 – A assistência de enfermagem em terapia intensiva	32
6.7 – A humanização na assistência de enfermagem	34
6.8 - A incorporação das tecnologias duras e suas implicações no cuidado de enfermagem	36
7. Resultados e discussão	42
7.1 - O perfil sócio-demográfico	43
7.1.1 - Distribuição dos sujeitos segundo o Gênero	44
7.1.2 - Distribuição dos sujeitos segundo a categoria profissional	48
7.1.3 - Distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária	49
7.1.4 - Distribuição segundo o tempo de atuação profissional na enfermagem	51
7.1.5 - Distribuição segundo tempo de atuação profissional na enfermagem em terapia intensiva	52
7.2 - Reflexões a respeito dos discursos dos sujeitos	54
7.2.1 - 1° Categoria: A terapia intensiva e as tecnologias como marca registrada	55
7.2.2 - 2° Categoria: Sobre desumanização e descuidado em terapia intensiva	77
8. Considerações Finais	108
9. Cronograma	110
10. Referências	111
Apêndices 2	119

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos segundo sexo	44
Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos segundo categoria profissional	48
Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos segundo faixa etária	50
Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos segundo tempo de experiência profissional em enfermagem	51
Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos segundo tempo de experiência profissional em UTI	53
Gráfico 6 – Entendimento dos sujeitos acerca da UTI	56
Gráfico 7 – Entendimento dos sujeitos acerca da UTI segundo categoria profissional	66
Gráfico 8 – Entendimento dos sujeitos acerca das máquinas e equipamentos na UTI	69
Gráfico 9 – Entendimento dos sujeitos acerca das máquinas e equipamentos na UTI segundo categoria profissional	75
Gráfico 10 – Entendimento dos sujeitos acerca do cuidado desumano na UTI	78
Gráfico 11 – Entendimento dos sujeitos acerca do cuidado desumano na UTI segundo categoria profissional	85
Gráfico 12 – Entendimento dos sujeitos acerca do cuidado desumano na UTI segundo tempo de trabalho na UTI	87
Gráfico 13 – Entendimento dos sujeitos acerca do cuidado desumano na UTI segundo sexo	88
Gráfico 14 – Situações vivenciadas como desumanas na UTI	91
Gráfico 15 – Situações vivenciadas como desumanas na UTI segundo categoria profissional	93

Gráfico 16 – Entendimento dos sujeitos acerca do descuidado na UTI	95
Gráfico 17 – Entendimento dos sujeitos acerca do descuidado na UTI segundo categoria profissional	99
Gráfico 18 – Entendimento dos sujeitos acerca do descuidado na UTI segundo tempo de trabalho na UTI	100
Gráfico 19 – Entendimento dos sujeitos acerca do descuidado na UTI segundo sexo	101
Gráfico 20 – Situações vivenciadas como descuidado na UTI	103
Gráfico 21– Situações vivenciadas como descuidado na UTI segundo categoria profissional	106

Resumo

O presente estudo possui como objeto de pesquisa “Implicações do uso de tecnologias duras no discurso de humanização em terapia intensiva”. Teve como objetivos: descrever a contribuição do uso de tecnologias duras para o discurso de desumanização em terapia intensiva; caracterizar como descuidado as situações apontadas pelos profissionais de enfermagem como desumanas; analisar as implicações do uso de tecnologias duras como origem de um descuido de clientes críticos em terapia intensiva. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. O cenário foi compreendido em 02 UTIs, uma Pública e uma outra privada, ambas situadas no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 27 profissionais de enfermagem, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalhavam em CTI, que autorizaram suas participações conforme a Resolução 196/96, que foram divididos de maneira aleatória em dois grupos onde um grupo respondeu questões sobre cuidado desumano, enquanto o outro respondeu a perguntas sobre descuidado. A coleta dos dados foi a entrevista com a utilização de roteiro estruturado contendo perguntas abertas. Os relatos dos nossos sujeitos nos revelam sua preocupação a todo instante com os aspectos subjetivos que permeiam a assistência de enfermagem em UTI, embora o cuidado com as tecnologias tenha emergido nos discursos, os mesmos não foram supervalorizados. Através dos depoimentos dos sujeitos conseguimos constatar como ocorre a utilização das máquinas e equipamentos e suas implicações no assistir de enfermagem nas UTIs, como instrumentos do cuidado, não como foco de atenção. Da mesma forma ficou evidente a caracterização do cuidado desumano como descuidado, através da congruência dos relatos dos grupos dos sujeitos questionados sobre cuidado desumano, com aqueles que responderam as questões sobre descuidado, o que demonstra o equívoco na utilização dos termos, e a conseqüente disseminação dos discursos sobre humanização.

Descritores: Enfermagem, cuidados intensivos, tecnologia, humanização da assistência, assistência de enfermagem.

Abstract

The present study has as object of research “Implications on the use of hard technologies in the speech of humanization in intensive therapy”. It has as objectives: to describe the contribution of the use of hard technologies in the speech of inhumanization on intensive therapy; to characterize as carelessness the situations pointed by nursing professionals as inhuman; to analyze the implications of the use of hard technologies as the origin of carelessness with critical clients in intensive therapy. This is a descriptive and exploratory study, with a quanti-qualitative approach. The set up comprehended 02 Intense Therapy Units, a Public and a Private one, both situated in the city of the Rio de Janeiro. The subjects were 27 nursing professionals, comprised of nurses and nursing technicians who were working in ICU, that authorized his participations in accordance to the Resolution 196/96 and were divided randomly in two groups. One group answered questions on inhuman care, while the other responded to questions on carelessness. The study's collected data were the interviews, which was made of a structured script containing open questions. The reports of our subjects revealed us their preoccupation with the subjective aspects that permeate the nursing assistance in ICU, and although the concern about the technologies has surfaced in the speeches, they were not overvalued. Through the testimonies of the subjects we managed to observe the use of machines and equipments and its implications in nursing assistance as instruments of care in the UTIs, and not as focus of attention. Likewise it was obvious the characterization of the inhuman care as carelessness, through the congruence of the reports of the groups of subjects questioned on inhuman care, with the ones that answered the questions on carelessness, which demonstrates the mistake on the use of the terms, and the consequent dissemination of the speeches on humanization.

Descriptors: Nursing; intensive care; technology; humanization of assistance; nursing care.

1. Considerações Iniciais

A apropriação de tecnologias para cuidar, tem sido nos últimos anos, cada vez mais, objeto de investigação entre os profissionais de enfermagem. O uso de tecnologias duras na terapia intensiva e a relação do profissional de enfermagem com elas na prestação de cuidados ao cliente crítico me pareceu um tema bem atual para investigação, um momento de reflexão e questionamentos com vistas a delimitação de um objeto de estudo passível de ser investigado em plano de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem.

O interesse pelo tema surgiu no decorrer de minha prática profissional cuidando de clientes em Unidade de Terapia Intensiva – UTI, onde vivenciei situações nas quais o cliente dependia de tecnologias duras para a manutenção da vida, na oportunidade pude constatar o quanto essas tecnologias são manipuladas pela equipe de enfermagem, o que me levava a pensar que esses profissionais estão muito mais preocupados com elas do que com os clientes propriamente dito; talvez por entenderem, assim como Silva (2000) que essas tecnologias passam a ser extensão do corpo do cliente, como no caso das próteses ventilatórias.

Para subsidiar melhor nosso estudo, cabe destacar o que e como compreendo tecnologias duras; nesse sentido Merhy (2002) merece um destaque quando considera que as tecnologias poderão ser classificadas como leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são aquelas de relações, do tipo produção de vínculo, acolhimento; as leve-duras são os saberes estruturados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica, o taylorismo; e as tecnologias duras, que são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais, que nesse estudo, são objeto de minhas reflexões.

Com fulcro em Merhy, as tecnologias duras a que me refiro, em unidades de terapia intensiva, são todas as máquinas e equipamentos, mecânicos, eletroeletrônicos ou microprocessados utilizadas tanto para monitorização, como na oferta de suporte básico ou avançado de vida a clientes criticamente enfermos. Desse modo, sempre que utilizar os termos máquina ou equipamentos, estarei nesse estudo me referindo as tecnologias duras.

Os constantes avanços tecnológicos e a incorporação e apropriação de tecnologias duras na terapia intensiva, sobretudo aquelas voltadas para o suporte avançado de vida, tem trazido para os profissionais de enfermagem alguns desafios, questionamentos e reflexões. Sobretudo no que diz respeito ao modo como cuidamos e assistimos esses doentes e, como nos relacionamos com essas máquinas, ainda que pese o fato de que o modelo de enfermagem continua sendo o nightingaleano.

Nesse processo, considerando a complexidade cada vez mais crescente de determinadas máquinas, e a sua inexorável incorporação pelo organismo humano, cuidar das máquinas tem sido uma necessidade cada vez maior, tendo em vista que nossos clientes do futuro não serão mais organismos puramente biológicos, mas híbridos, um misto de componentes biológicos e máquinas.

Em uma época em que o desenvolvimento tecnológico e a incorporação dessas tecnologias, não somente pelo organismo humano, mas em nosso cotidiano, e na prática de cuidar em enfermagem, tem sofrido inúmeras críticas, inclusive entre os pensadores e pesquisadores das diferentes áreas do conhecimento, o que me parece um importante problema de investigação a qual esta propositura irá abordar, uma vez que os profissionais de enfermagem talvez ainda não se deram conta dessa situação, que já é uma realidade em nosso meio, ou mesmo se dando conta, ainda não deram a devida atenção em plano de investigação.

Não é raro nos depararmos com clientes internados na terapia intensiva, cujos organismos são híbridos. Essa hibridização dos corpos já está muito bem caracterizada pela presença no organismo, por exemplo, de Stents coronarianos, marcapasso/desfibrilador totalmente implantável, válvulas cardíacas mecânicas, o próprio coração mecânico, os braços, mãos e pernas mecânicos, sem falar nas máquinas, que embora ainda não estejam implantadas internamente no corpo humano, já fazem parte dele e são fundamentais para sobrevivência de alguns clientes, como as máquinas de diálise, os ventiladores artificiais...

Este quadro de hibridização dos corpos exige da equipe de enfermagem um (re)pensar a respeito da assistência e do cuidado de enfermagem, de modo que seja possível oferecer a sua clientela, um cuidado capaz de atender, ainda que parcialmente, as necessidades dos clientes que dependem de tecnologias duras para se manter vivos.

A sociedade contemporânea vem passando por um momento de grande conflito conceitual e estrutural, no tocante ao comportamento humano, onde podemos evidenciar o desenrolar de difíceis e conflituosas relações sociais entre os povos, motivadas pela gana e pela busca incessante de poder, que fizeram com que o ser humano trouxesse para o centro das discussões, o quanto suas praticas tem se tornado cada vez mais “desumanas”.

Especificamente na área de assistência a saúde, os avanços da engenharia genética, a partir do momento em que o código genético foi decifrado, e os constantes avanços tecnológicos na área da saúde, ao mesmo tempo em que possibilitaram uma significativa, porém questionada melhoria da qualidade de vida dos seres humanos e consequente aumento na expectativa de vida da sociedade contemporânea, permitiram que aflorasse e fomentasse um debate acerca das implicações e do impacto da incorporação de tecnologias duras na atenção a saúde da população. Sobretudo quando existe um prolongamento da vida, como é o caso daqueles clientes, entendidos pelo modelo biomédico como “Fora de Possibilidades Terapêuticas” (FTP), mas que continuam utilizando tecnologias que os mantém vivos.

Castiel (1999) ao refletir acerca das descobertas da genética afirma que tal situação gera uma espécie de desconforto na população, uma vez que os cientistas se comportam como uma espécie de aprendizes de feiticeiro, pois realizam suas pesquisas de modo inadvertido com descuido pelos possíveis efeitos de seus experimentos.

É possível constatar atualmente que não são raros os questionamentos acerca da utilização de máquinas e equipamentos para cuidar e assistir clientes críticos em terapia intensiva, mais por aqueles que não atuam em terapia intensiva, tanto do ponto de vista de sua indicação, eficiência, resolutividade e possibilidade de ocorrência de iatrogenias.

Embora possa parecer estar preocupado com a possibilidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva se tornarem desumanos, o que não penso que possa acontecer, minha preocupação reside mesmo no descuido que porventura possa estar denotado a partir do discurso de desumanização, o que de fato poderá comprometer a eficiência e a capacidade de resolutividade das máquinas, sendo assim parto do pressuposto teórico de que aquilo que é entendido como

desumanização em unidades de terapia intensiva pode ser entendido como descuido.

Em estudo que procurou compreender a UTI sob o ponto de vista da Enfermagem, Spíndola (1993, p. 65), ao analisar as falas dos sujeitos acerca do ambiente em que atuam, chegou a conclusão que existe uma ambigüidade entre “a demonstração de sua característica humana e, portanto, sensível e emotiva, e o autocontrole que é exigido do profissional.” Ela ainda afirma que:

Esse autocontrole, como foi verbalizado, pode ser interpretado pelas demais pessoas como frieza e distanciamento da dor alheia. Entretanto, é uma atitude da qual lançam mão para ajudar melhor o doente, aos familiares deste e ao próximo grupo de trabalho. É, portanto, apenas frieza aparente, uma vez que compreendem a dor do outro e procuram auxiliá-lo a suportá-la.

Hoje, além da necessidade de um maior autocontrole no ambiente de UTI, os profissionais de Enfermagem precisam aprender a conviver e dividir espaços nestas unidades, não somente com outros profissionais. Clientes e família, mas principalmente com as novas ferramentas tecnológicas, o que já se tornou uma espécie de segundo cliente, pois assim como os seres humanos, as máquinas precisam ser assistidas, tocadas e cuidadas para que se possa extrair delas o melhor desempenho possível. Basta pensar em uma tecnologia dura que não tem a devida atenção, o devido cuidado, como por exemplo, os respiradores artificiais, que quando são mal cuidados (higienizados, calibrados, etc), podem oferecer riscos aos clientes sob sua utilização.

Isto tem exigido destes profissionais, novas habilidades, novas destrezas e novas formas de pensar o cuidado, seus doentes e o ambiente e as relações que se estabelecem no cotidiano de cuidar quando seres humanos e máquinas se encontram envolvidos. Contudo, não se pode deixar de considerar que, na nova configuração do ser humano, as máquinas tornar-se-ão partes integrantes dos organismos humanos, como Sibília (2002) destaca, guardando às suas devidas particularidades.

Diante do exposto, emergem algumas questões problematizadoras, tais como: É possível que haja de fato desumanização no cuidado de enfermagem? Se é mesmo possível, como essa desumanização se manifesta na prática de cuidar em

terapia intensiva? Qual a origem do discurso de desumanização e como ele se difundiu entre os profissionais de enfermagem de terapia intensiva? É possível atribuir ao modo como o profissional de enfermagem lida com as máquinas em terapia intensiva, alguma responsabilidade pela emergência do discurso de humanização? As situações que hoje são apontadas pelos profissionais de enfermagem como desumanizadoras do cuidado em terapia intensiva podem ser consideradas como negligência, imperícia ou imprudência, e por isso, à luz da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem? As práticas que hoje são por muitos consideradas como desumanas, poderiam ser consideradas como descuidado? Que implicações essas práticas poderiam trazer para o cotidiano de cuidar e para os clientes que são cuidados na terapia intensiva.

Assim, acredito ser oportuno delimitar como objeto de estudo para essa investigação “Implicações do uso de tecnologias duras no discurso de humanização em terapia intensiva”.

2. Questões Norteadoras

- Quais as possíveis implicações para o cuidado de enfermagem para o cliente dependente de tecnologia dura?
- Essas implicações conferem com o discurso de desumanização?
- É possível caracterizar como descuidado as situações consideradas como desumanas no cotidiano da prática de cuidar em enfermagem junto a clientes dependentes de tecnologias duras?

3. Objetivos

- Descrever a contribuição do uso de tecnologias duras para o discurso de desumanização em terapia intensiva;
- Caracterizar como descuidado as situações apontadas pelos profissionais de enfermagem como desumanas;
- Analisar as implicações do uso de tecnologias duras como origem de um descuido de clientes críticos em terapia intensiva.

4. Justificativa

O presente estudo justifica-se perante o quadro que podemos observar com o passar dos anos, no Brasil, do crescimento no números de leitos de Unidade de Terapia Intensiva, resultante do aumento da demanda populacional, que a cada vez mais solicita atendimento nos serviços de saúde, elevando o número de internações hospitalares, conseqüentemente acarretando uma procura maior por leitos de UTIs.

De acordo com o censo quantitativo 2010 da AMIB (Associação Brasileira de Terapia Intensiva) no Brasil existem atualmente 25.367 leitos de terapia intensiva distribuídos por todo território nacional, que se compararmos com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHS) de julho de 2003, onde existiam apenas 11.889 leitos de UTI existentes à época, evidenciamos um aumento de aproximadamente 113% no número de leitos existentes em UTI, o que retrata o acréscimo substancial na procura por internação em unidades de atendimento à pacientes críticos nas unidades hospitalares em todo o Brasil.

Da mesma forma convém ressaltar que se fazem ausentes nas literaturas de enfermagem discussões a respeito da temática do descuidado na assistência de enfermagem, da forma abordada no presente estudo, onde até então a expressão “descuidado ou descuido”, vêm sendo utilizado nos estudos sobre desumanização da assistência, como sinônimo de algo que fora comumente despercebido.

Justifica-se também através da situação que vem se desenvolvendo no atendimento à pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensiva, decorrente da criação e utilização de tecnologias duras na assistência em saúde, juntamente com discussões a respeito do cuidado de enfermagem a esta mesma clientela e a humanização do atendimento nos serviços de saúde.

Perante os apontamentos supracitados partimos do pressuposto de que aquilo discutido como desumanização, na verdade trata-se de descuidado, para tal nos apoiamos em teóricos que já vem pesquisando esta temática, assim como Silva (2006), cujos resultados de sua Tese de doutoramento, apontam nesta perspectiva.

A discussão sobre o impacto das tecnologias para e na prática de cuidar, embora ainda muito incipiente, precisa ser fomentada, não somente na academia, mas também nos espaços onde elas são freqüentemente utilizadas para manterem a vida. Assim, por se tratar de uma realidade da qual a enfermagem não poderá se

esquivar, sob o risco de permitir que outros profissionais passem a ocupar o espaço que antes era nosso, precisamos buscar soluções rápidas para a minimização das dificuldades e dos problemas que ainda temos com as tecnologias duras, do ponto de vista conceitual e técnico-operacional.

As inovações tecnológicas favorecem o aprimoramento do cuidado, porém não podemos esquecer que é o cuidado que utiliza a tecnologia, e quando há tal compreensão apontamos em direção a um cuidado de enfermagem mais eficiente, eficaz e convergente as necessidades do ser cuidado. Assim, o cuidado e a tecnologia possuem aproximações que fazem com que o cuidado de enfermagem, resultante de um trabalho vivo em ato sistematizado e organizado cientificamente, favoreça a manutenção da vida, proporcione conforto e bem estar e contribua com uma vida saudável ou uma morte tranqüila. (ROCHA *et al*, 2007).

Os profissionais de saúde, sobretudo os da equipe de enfermagem, que serão os sujeitos de nosso estudo, vêm se defrontando com o desenvolvimento constante de tecnologias duras em seu cotidiano de trabalho, principalmente em setores de alta complexidade, como os CTIs, fato que requer destes profissionais um constante processo de atualização, com vistas ao acompanhamento dos avanços tecnológicos, mas também induzem aos cuidadores um constante repensar a respeito de suas condutas, constituindo assim um importante desafio para seu fazer profissional.

Sobre o processo de reciclagem profissional, Dal Sasso e Barbosa (2000) afirmam que o crescente avanço científico e tecnológico na área da saúde cria a necessidade dos profissionais dessa área buscarem intensa atualização, utilizando-se neste processo uso da informática na Enfermagem, a qual se constitui num importante suporte, tendo em vista que impulsiona o rápido acesso às informações e ao conhecimento expandido mundialmente.

O espaço social da terapia intensiva parece criar uma oportunidade ímpar não somente de discutir dialeticamente as práticas de saúde a partir dos saberes operantes dos sujeitos que as prestam, mas de compreender como essa prática - e seus instrumentos adequados - produzem e reproduzem efeitos e deslocamentos no cotidiano assistencial dos serviços e nas relações entre os sujeitos (PINHO *et al*, 2007).

Segundo Shiratori *et al*. (2004) existe a necessidade de questionar o significado que tem o homem e a pessoa na atualidade, com vistas à proteção de sua

dignidade, à efetivação de um cuidado de enfermagem com qualidade, promovendo o bem-estar daquele com quem se quer estabelecer uma relação terapêutica. Isto, inclusive, quando é necessário o uso de determinados complexos tecnológicos, quando não se pode perder de vista seu verdadeiro objetivo sem dominar a natureza de algo, mas o bem de, para e com alguém.

O profissional de enfermagem no decorrer de seu cotidiano de trabalho assistencial se defronta com diversas situações, estas embasadas por todo um arcabouço teórico – conceitual e principalmente jurídico - legal, onde o incidir sobre alguma destas, pode vir caracterizar crime, cabendo ao responsável pelo ato responder judicialmente pelo ocorrido.

O texto do Novo Código Civil (NCC) brasileiro classifica as formas de manifestação da inobservância do cuidado necessário - falta de cuidado objetivo, como: Negligência, Imprudência ou Imperícia.

No artigo 186 NCC, antigo artigo 159 Código Civil consta que: *“Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.”*

No Código Penal, artigo 18, inciso II – “Diz-se o crime: culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.”

Em seu parágrafo Único “- *Salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando o pratica dolosamente.*”

Segundo a resolução de nº 311/2007 que aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de Enfermagem, é uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem “Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.”

Segundo o dicionário eletrônico Michaelis negligência significa: *“Descuido, desleixo; incúria, preguiça; desatenção, menosprezo”*. Sobre incúria encontramos: *“falta de cuidado”*.

Ou seja, o profissional de enfermagem torna-se negligente quando exerce a profissão com descuido e apatia. Embora seja o profissional douto e capaz, executa seu trabalho com desatenção, omissão de precauções, desinteresse, enfim, não age como deveria agir. É a ausência de precaução ou indiferença em relação ao ato realizado.

Sobre imprudência foi encontrado no mesmo dicionário: “Qualidade de imprudente, ato contrário à prudência”. E prudência significa: “*Virtude que nos leva a conhecer e praticar o que nos convém. 2. Cautela, precaução. 3. Circunspeção, tino. 4. Moderação*”.

A imprudência é a atuação intempestiva do profissional agente, ao realizar um agir precipitado, sem precaução, cautela ou prudência.

No tocante à imperícia consta: “*1. Qualidade de imperito. 2. Ato de imperito; inexperiência*”.

A imperícia é a inaptidão, ignorância, falta qualificação técnica, ausência de conhecimentos elementares e básicos. É a falta de aptidão para o exercício da arte ou profissão. O enfermeiro, e as demais profissões, necessitam de aptidão teórica e prática para o exercício de suas atividades. É possível que, em face de ausência de conhecimento técnico ou de prática, essas pessoas, no desempenho de suas atividades, venha a causar dano a interesses jurídicos de terceiros. Fala-se então em imperícia. A imperícia não se confunde com erro profissional.

Faz-se urgente desenvolver as discussões a respeito das práticas de enfermagem em terapia intensiva, tendo em vistas a necessidade de caracterizar como descuidado as situações que até então tem sido consideradas como desumanas, de modo que seja possível repensar e refletir sobre essas práticas, cujas implicações, são, sobretudo, de ético-legais.

5. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. De acordo com Minayo (2000), “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage, dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.”

No tocante a abordagem qualitativa Minayo (2000), afirma que "a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas".

Justifica-se a utilização da abordagem qualitativa, juntamente com a quantitativa, por entendermos que a perspectiva da investigação qualitativa se centra no modo como os seres humanos interpretam e atribuem sentido à sua realidade, dotada de subjetividade e, por consequência, pode explorar o mundo das pessoas na globalidade do seu contexto de vida cotidiana, a partir da qual elaboram o significado para tudo (BRUIJNE, HERMAN e SCHOUTHEETE, 2001).

Considerando as inúmeras possibilidades do método qualitativo no processo de busca de resultados que transcendam a simples compreensão do fenômeno, Richardson (1985), ressalta que a utilização da complementação entre os dados quantitativos e qualitativos, proporciona um maior nível de integração e da mesma forma permite um maior aprofundamento na análise.

Desta forma, o processo de análise dos dados qualitativos foi enriquecido com os quantitativos, tratados pela determinação da frequência simples, nos permitindo uma visão mais ampla do fenômeno e do objeto estudado, além de ter facilitado a maneira pela qual os dados foram interpretados e analisados à luz do referencial teórico proposto para discutir o que pensam os profissionais de Enfermagem, acerca das tecnologias duras, assistência de enfermagem em terapia intensiva, cuidado desumano e descuidado.

Polit e Hungler (1995, p277) salientam que a opção pelo método qualitativo com complementação de dados quantitativos deve-se à busca da complementaridade entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Ressaltam que os pesquisadores qualitativos coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos. Por isso, foi oportuna e relevante a utilização de dados quantitativos como complementares aos

qualitativos, sobretudo no que se refere a determinação do perfil sócio-demográfico dos sujeitos do estudo e o cruzamento das variáveis que compuseram esse perfil e a falas dos sujeitos .

A opção por essa estratégia metodológica deve-se ao fato de não quisermos nos limitar apenas a compreensão do fenômeno estudado, mas procurar, dentro das possibilidades reais e concretas, avançar em busca de possíveis explicações a partir da geometrização dos dados produzidos.

Quanto às abordagens metodológicas entendidas nesse estudo como quantitativa e qualitativa, sua contribuição segundo Deslandes (2004), refere-se ao fato de que as duas possibilitam uma aproximação entre as diferenças. Para elas, qualitativo e o quantitativo traduzem cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual, e o coletivo, presentes nos processos de saúde-doença.

Nesta perspectiva, as autoras sugerem cautela quando optamos por estudos quantitativos e qualitativos, porque apenas nomear pode não significar absolutamente nada ou muito pouco a respeito de seu método em construção. Chamam a atenção para o fato de que ao determinarmos o tipo de abordagem metodológica, estamos dando pistas sobre o tipo de estudo ou as técnicas utilizadas o que exige dizer, que tipo de estudo é. Deve-se evitar acreditar, a priori, que os dados “falam” por si só e que basta repetir longamente os trechos das entrevistas feitas ou do diário de campo, pretensamente substituindo o trabalho teórico de interpretação do pesquisador.

Entendemos também que é de fundamental importância a escolha de apoio de quadros teóricos de disciplinas diferenciadas na construção do escopo desta pesquisa, sobretudo por tratar de um tema ou de um objeto que envolve muito mais a subjetividade. Por esta razão, como se trata de um objeto que tem a ver com fenômenos humanos cognoscíveis, produto de processos subjetivos e objetivos e abstratos e concretos, acreditamos mais apropriadamente a partir da multireferencialidade conseguiríamos encontrar o apoio teórico necessário capaz de dar conta da complexidade do objeto investigado. A este respeito, mais rica do que a unicidade de qualquer teoria e pensamento, a multireferencialidade nos permitiu analisar mais adequadamente, o que pensam os profissionais de enfermagem acerca do uso das tecnologias duras nas UTIs, assistência de enfermagem em UTI e a sua interface com o discurso de humanização.

Apoiando-nos nas idéias de Ardoíno (1993), encontramos na multireferencialidade, a possibilidade de se trabalhar com diferentes idéias, teóricos e disciplinas na análise e discussão dos dados produzidos. Para ele, a multireferencialidade combina-se plenamente com a complexidade e até mesmo com a hipercomplexidade da realidade, a propósito da qual interrogamos. Sua abordagem propõe uma leitura plural de seus objetos, sejam eles, práticos ou teóricos, sob diferentes ângulos, que envolvem olhares específicos e linguagens apropriadas às descrições necessárias. Nesta perspectiva, ela pode ser considerada em termos de diferenças e sempre será “ex-plicativa”, não bastando para excluir a esperança de um retorno ulterior a uma homogeneidade. Assim, a multireferencialidade tenta trazer uma resposta para a complexidade atribuída a certos objetos, os quais não poderiam de outra forma permitir sua compreensão.

Sabendo que a multireferencialidade é um método de análise e de leitura aplicada a situações relacionais, destacamos uma posição de Ardoíno (1993) para uma reflexão metodológica. Ele afirma que ela ocasiona o assenhoramento de numerosos dados, nos quais a complexidade da situação a ser tratada solicita a indispensável pluralidade da leitura, destinada a fazer o objeto falar, a fim de que o olhar torne-se um saber para a reaproximação de toda a experiência.

O cenário foi composto por 02 Unidades de Terapia Intensiva, uma em instituição Pública de atendimento em Saúde, e outra de assistência em saúde privada, ambas situadas no município do Rio de Janeiro.

Os sujeitos foram Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que desenvolviam atividades assistenciais nos Centros de Terapia Intensiva (CTI), das respectivas instituições, que autorizaram suas participações conforme a Resolução 196/96 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com base nos princípios da autonomia, circunscrita à dignidade humana, da não-maleficência, da beneficência e da justiça, quais sejam: garantia do anonimato; subscrição do termo de consentimento livre e esclarecido, ausência de ônus ou bônus, direito à desistência a qualquer momento da pesquisa, etc. Dessa forma serão atendidos os preceitos éticos e legais que circunscrevem a pesquisa que envolve seres humanos.

Vale destacar que esta pesquisa foi devidamente submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de

Janeiro - UNIRIO, obtendo aprovação através do parecer com nº 36/2009, cuja cópia pode ser observada em anexo.

O princípio da autonomia consiste na premissa de que toda pessoa é responsável pelos seus atos, e que a sua vontade e o seu consentimento devem prevalecer, tendo o direito de querer ou não participar da pesquisa, e a existência da possibilidade de desistir de participar em qualquer momento que desejar. O princípio da não-maleficência consiste no sentido de que a pesquisa não cause qualquer tipo de dano. O princípio da beneficência refere-se à obrigatoriedade da promoção do bem-estar do cliente, garantindo o máximo de benefícios e o mínimo de danos. O princípio da justiça remete à equidade, no sentido de garantir a divisão justa, igualitária e universal dos benefícios que a pesquisa proporcionar. (SHIRATORI, TEIXEIRA, SILVA, *et al*, 2004).

A coleta dos dados ocorreu através de questionários com a utilização de roteiro estruturado contendo perguntas abertas.

Com vistas a atender aos objetivos da pesquisa, cabe ressaltar que os sujeitos escolhidos de maneira aleatória, com total de 27, foram divididos em dois diferentes grupos, onde 01(um) grupo respondeu às questões acerca da assistência de enfermagem desumana, e o segundo grupo respondeu às questões relativas ao descuido.

Como optamos por esta estratégia metodológica, entendemos que deveríamos organizar as informações dos questionários em dois momentos a fim de que contemplássemos os dados qualitativos e os quantitativos. Assim, utilizamos uma técnica específica para análise dos dados qualitativos, e outra para a análise dos dados quantitativos. Para organização, tratamento e análise dos dados qualitativos, optamos pela Análise de Conteúdo, modalidade análise temática. Para os dados quantitativos, utilizamos a estatística a fim de identificarmos apenas a frequência simples. Cabe ressaltar que a escolha por esses métodos de análise deve-se a sua adequação ao desenho do estudo, a abordagem metodológica utilizada, o objeto estudado e os objetivos a serem alcançados.

Sobre a estatística, Castro (1998), ressaltar que ela baseia-se na premissa de que, ao observarmos o resultado de uma pesquisa, existem duas explicações possíveis para os resultados encontrados: um motivo, que é a causa da diferença entre os grupos para os quais foi planejada a pesquisa; e o acaso, que é a ausência de uma causa para explicar a diferença, sendo esta devida à casualidade ou azar.

Assim, sempre que uma aumenta a outra diminui.

Para a análise foi utilizada a análise temática que segundo Bardin (1979) trata-se de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados. A análise temática consiste em buscar núcleos de sentidos que estão inseridos em uma comunicação e cuja presença ou freqüência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 1996).

Os dados produzidos foram assim organizados:

A) A organização dos dados se deu após a leitura dos registros nos questionários. Foram organizadas caixas de textos e posterior construção de quadros e tabelas. Neste momento agrupamos separadamente os dados qualitativos em quadros e os dados quantitativos em tabelas.

B) A partir dos dados quantitativos foi possível estabelecer o perfil sócio-demográfico dos sujeitos que participaram do estudo, utilizando-se as variáveis, sexo categoria profissional, faixa etária, tempo de experiência profissional e tempo de atuação em terapia intensiva.

C) A ordenação e organização dos dados qualitativos se deu após exaustivas e repetidas leituras das respostas dos sujeitos a cada uma das perguntas formuladas. Neste momento foram constituídos vários *corpus* com posterior detecção dos núcleos de sentido e categorização temática.

D) Os dados qualitativos, uma vez categorizados tematicamente foram geometrizados a partir da determinação da frequência simples dos núcleos de sentido identificados nas falas dos sujeitos e organizados em forma de gráficos.

E) As unidades de sentido, após geometrizados, foram cruzados com as variáveis quantitativas utilizadas na determinação do perfil sócio-demográfico dos sujeitos.

F) Por fim, deu-se a análise e discussão dos dados produzidos, com base no multireferencial escolhido.

6. Referencial teórico

6.1 – O início do discurso do descuidado: construindo uma linha de pesquisa

Antes de iniciarmos a discorrer acerca do nosso referencial teórico, vale lembrar que nosso estudo participa de uma linha de pesquisa que se propõem investigar uma temática até então não abordada pelos pesquisadores em enfermagem, o descuidado.

O marco inicial no desenvolver desta nova linha de pesquisa, foi o estudo desenvolvido pelo professor Roberto Carlos Lyra da Silva, orientador da presente pesquisa, que resultou em sua tese de doutoramento intitulada “O significado do cuidado em terapia intensiva e a (des) construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas”.

Como já relatado anteriormente, questões referentes à subjetividade inerente a assistência em saúde, principalmente naquela realizada em setores que assistem clientes críticos, se fazem presentes nas discussões em eventos científicos e conseqüentemente nas produções científicas atuais, entretanto, corriqueiramente tais discussões tendem a afirmar que o uso das tecnologias-duras nos levam ao desenvolver de práticas ditas “desumanas”, provavelmente influenciados pelo discurso do censo comum.

No estudo supracitado o autor buscou compreender sob a ótica dos sujeitos de seu estudo, o verdadeiro significado do cuidado prestado em unidades de terapia intensiva.

Com os resultados da referida pesquisa o autor pode afirmar que o uso das tecnologias no cuidado aos clientes críticos poderá estar relacionado com o desenvolvimento do discurso de cuidado desumano; no tocante às máquinas, identificou que as mesmas são instrumentos imprescindíveis para a assistência de pacientes críticos, entretanto, não invalidam o entendimento que o cuidado é uma ação iminentemente humana; e que os discursos em prol da humanização da assistência se originam em situações presentes nas práticas de enfermagem desenvolvidas em unidades tecnológicas.

Através deste estudo podemos perceber inúmeras situações oriundas do cuidado prestado nas UTIs, tanto por parte dos profissionais, quanto dos clientes. Da mesma forma vislumbramos que assistir ao cliente, sua família, as tecnologias e máquinas, são situações que necessitam de reflexões mais aprofundadas.

6.2 – Os princípios de Florence Nightingale

Ao discursar acerca da assistência de enfermagem em qualquer setor que seja, com o aparato tecnológico qualquer, torna-se impossível não nos remetermos aos princípios de Florence Nightingale, o marco referencial da enfermagem moderna, seus relatos, que mesmo escritos no século XIX, abordam questões que ainda são bastante discutidas na atualidade.

As discussões sobre ambiente, saúde e doença já eram desde então abordadas por Florence. Segundo Tomey e Alligood (2004) a teoria de Nightingale tinha como foco o ambiente, mesmo nunca tendo utilizado especificamente este termo em seus escritos.

Para Murray e Zenther apud Tomey e Alligood (2004) ambiente é definido como todas as condições e influências que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, que são capazes de impedir, reprimir ou contribuir para a doença, acidentes ou morte.

Nightingale não dividiu o ambiente do doente em aspectos físicos, emocionais ou sociais, tratava todos estes fatores como componentes do ambiente, e acreditava que um ambiente saudável era extremamente importante para o desenvolver de um cuidado de enfermagem adequado. (*op cit*)

Acreditava que o ambiente era o principal fator de criação de doença na pessoa, e considerava a doença como “reações da amiga natureza contra situações em que nos colocamos”

Para Florence cabia a enfermeira a execução de inúmeras tarefas, para e pelo doente, questionar o paciente sobre suas preferências, e sobretudo o controle do ambiente tendo em vistas o apressar de sua recuperação. Neste contexto descreveu os conceitos sobre ventilação, luz, calor, dieta, limpeza e barulho como componentes do ambiente.

Ao analisar estes conceitos podemos concluir o quão atuais ainda são os preceitos de Florence, e suas implicações na assistência de enfermagem. Tanto que ao refletir acerca das máquinas e sua participação no cuidado de enfermagem, umas das idéias que inicialmente nos remetemos são aquelas a respeito dos sons por elas emitidos durante seu funcionamento.

E neste aspecto vale ressaltar que Nightingale (1989) e seu livro Notas de Enfermagem, já abordava a questão do barulho e da intervenção da enfermeira no controle deste barulho.

Outro aspecto discutido veementemente por Florence foi a observação, ferramenta fundamental da enfermeira no decorrer de seu fazer cotidiano assistencial. Tanto que em seu mais famoso livro relatou:

A lição prática mais importante que pode ser dada as enfermeiras é ensinar-lhes o que observar, como observar, os sintomas que indicam melhora no estado do doente, os que indicam o contrário, quais são os de importância, os de nenhuma importância, quais as evidências de negligência e que tipo de negligência. (NIGHTINGALE, 1989:119)

Da mesma forma discorreu também acerca da observação minuciosa, e a importância da correlação entre os inúmeros dados obtidos desta observação tendo em vistas a melhoria da assistência dispensada:

Ao tratar da vital importância da observação minuciosa, nunca se pode perder da vista o seu valor intrínseco. Não é para coletar uma pilha de informações variadas ou de fatos curiosos, mas para salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto. (op cit: 137)

Em síntese, ao articular questões referentes ao uso de máquinas na enfermagem, o barulho delas oriundos e os princípios da observação, realizamos apenas um repensar acerca dos escritos de Florence Nightingale, onde vislumbramos a grandiosidade de sua obra, uma vez que estes assuntos que constituem problemas de pesquisa na atualidade, foram retratados por ela em suas cartas antes mesmo do desenvolvimento dos princípios da microbiologia.

6.3 – O desenvolvimento técnico-científico

Refletir acerca do cuidado na perspectiva da tecnologia nos leva a repensar a inerente capacidade do ser humano em buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, visando uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal.

Sobre a construção do espírito científico, Bachelar (1996) em seu livro “A formação do espírito científico”, afirma que este deverá ser constantemente reconstruído, onde as demonstrações epistemológicas só tem a acrescentar se forem desenvolvidas no âmbito dos problemas particulares, sem preocupação com a ordem histórica.

No livro supracitado, o autor aborda questões referentes aos obstáculos epistemológicos existentes na produção de conhecimento científico, e da mesma forma afirma que o desenvolvimento da ciência ocorre diariamente, pela superação de “obstáculos”, sendo estes as causas de estagnação e até mesmo de regressão do espírito científico.

Para podermos entender o contexto atual que reflete a arte do cuidado inserida num mundo tecnológico, é necessário compreender o desenvolvimento histórico e cultural da sociedade, e não obstante, aventurar-se em recorrências epistemológicas capazes de sustentar em no mínimo amparar as nossas concepções.

Segundo Nietzsche *et al.* (1999) a primeira revolução técnico-científica pode ser situada entre o final do século XVIII e o início do século XIX, cujas transformações tiveram mérito de substituir na produção, a força física do homem pela energia das máquinas, primeiramente pelo vapor e após, pela eletricidade. A tecnologia passa a ser compreendida como o estudo ou a atividade da utilização de teorias, métodos e processos científicos, para solução de problemas técnicos.

No campo da saúde a introdução de instrumentos para o ato cirúrgico e o surgimento de equipamentos diagnósticos foram os movimentos mais evidentes da tecnologização da terapêutica. A Revolução Industrial e a Segunda Guerra Mundial proporcionaram a união da ciência à tecnologia, adequando-a aos princípios científicos, passando a utilização dos equipamentos mais simples aos mais sofisticados(*op cit*).

No Brasil, no final da década de 60 a investigação sistematizada em busca de um corpo de conhecimentos específicos de Enfermagem e também a construção de modelos conceituais para a sua prática começaram a tomar destaque. A construção do conhecimento da Enfermagem teve suas primeiras tentativas quando surgiu a sistematização das técnicas e, mais tarde, com a preocupação em organizar princípios científicos para nortear a sua prática (PAIM, 1998).

Em alguns momentos o ser humano, no desenvolvimento de seu saber científico, se vê diante de algumas alterações, que geram uma espécie de crise do crescimento do pensamento, e são nestes momentos que os conhecimentos até então dominantes precisam ser revistos, pois não são suficientes para a resolução dos problemas existentes.

O desenvolvimento da ciência se faz através dos questionamentos e não como se poderia pensar das respostas. Neste processo de reconstrução do conhecimento as ciências, através de um pensamento inquieto, desconfiam das identidades mais ou menos aparentes e exigem sem cessar mais precisão e, por conseguinte, mais ocasiões a distinguir.

Precisar, retificar, diversificar são tipos de pensamento dinâmico que fogem da certeza e da unidade, e que encontram nos sistemas homogêneos mais obstáculos do que estímulo. Em resumo, o homem movido pelo espírito científico deseja saber, mas para, imediatamente, melhor questionar (BACHELARD, 1996)

6.4 – Sobre as tecnologias

Embora que corriqueiramente quando nos utilizamos da expressão tecnologia estamos nos referindo à setores de tratamento de alta complexidade, podemos identificar que existem três classificações para esta expressão no tocante ao atendimento em saúde, as quais são classificadas como: leves, leve-duras e duras.

Para Merhy (2002) as tecnologias podem ser classificadas em leve quando falamos de relações, acolhimento, gestão de serviços; em leve-dura quando nos referimos aos saberes bem estruturados, como o processo de enfermagem; e dura quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, as normas.

Ao dissertar acerca do trabalho e suas tecnologias, Merhy & Franco (2008)

afirmam que o trabalho em saúde pode ser percebido a partir da existência de três valises, como forma de ilustrar o arsenal tecnológico utilizado na assistência. Na primeira valise se encontram os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves).

Podemos identificar que a equipe de enfermagem na produção cotidiana do cuidado em um CTI, também utiliza-se destas três valises, organizando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, dos processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras.

Quanto à questão da tecnologia associada à dimensão humana do cuidado, as discussões levaram a algumas divergências, quais sejam: enquanto para alguns a tecnologia pode ultrapassar a dimensão humana, para outros, há uma interligação entre tecnologia e evolução humana. De outro modo, ficou explicitada a preocupação com a forma de utilização das tecnologias, ou seja, como um fim em si mesmo ao invés de um meio para assegurar a qualidade da assistência (KOERICH *et al*, 2006).

6.5 – A tecnologia na assistência de enfermagem

Com o advento da fundamentação científica do cuidado de enfermagem houve o reconhecimento da expressão tecnológica do cuidado, tanto como processo, quanto como produto. Assim, percebemos que na história da civilização a tecnologia e o cuidado estão fortemente relacionados.

A sociedade contemporânea vem vivendo um período que é conhecido como “sociedade do conhecimento”, isto devido aos avanços tecnológicos obtidos nas mais diversas áreas, dentre elas telefonia, automobilísticas, informática. O setor saúde, enquanto setor fundamental da economia mundial, não poderia estar de fora deste processo, pois é uma peça fundamental na dinâmica humana, tendo em vistas que atua diretamente sobre as pessoas. Podemos presenciar inovações tecnológicas em termos de aparelhos e pesquisas que lidam diretamente com tecidos vivos e também as pesquisas de DNA.

Perante este quadro, o cuidado de enfermagem também vem sofrendo alterações no intuito de se adequar as novas tecnologias duras e procedimentos no atendimento em saúde, porém sem nunca peder de vistas o seu foco de atuação que é o cuidado ao ser humano.

No tocante a assistência de enfermagem intra-hospitalar em setores de alta complexidade, aqueles que fazem uso constante de tecnologias duras, tais quais respiradores, monitores, bombas infusoras entre outros, são aqueles que mais sofrem com estes constantes avanços tecnológicos, pois exigem atualização constante e atenção incessante por parte do profissional prestador da assistência.

Falar acerca da temática tecnologia de cuidado é preciso rever e questionar a utilização do termo “tecnologia” que, na contemporaneidade, parece conduzir a reflexão para uma conotação contraditória e dicotômica, quando associada ao termo “cuidado”.

A expressão tecnologia nos remete, freqüentemente, ao aspecto trabalho-intervenção-produção-máquina, logo, nos mantém reféns do mundo das máquinas produtivas, escravos de uma lógica reducionista e dissociada das interações entre cuidado e trabalho. Esse termo também nos remete aos centros especializados tais como os de terapia intensiva, nos quais o ser humano permanece exposto a todo um aparato tecnológico, ou seja, a uma multiplicidade de aparelhos sofisticados e complexos que podem determinar, por exemplo: os padrões ventilatórios, identificar os sinais vitais e controlar os valores hemodinâmicos. Assim, como em outras situações, são as técnicas e procedimentos invasivos que definem a complexidade do tratamento (KOERICH *et al*, 2006).

6.6 – O cuidado de enfermagem em terapia intensiva

A internação em unidade de terapia intensiva decorre de comprometimentos orgânicos, presentes ou em vias de se fazer, que colocam em risco a vida do ser doente. Tal fato tem contribuído incisivamente para que a assistência de enfermagem, nessa unidade, seja norteadada pelo modelo biomédico.

As insatisfações acerca do modo de cuidar em UTI, já existentes nas décadas de 70 e 80, fizeram com que Espírito Santo (1985) e Galiza (1985), estudiosas de enfermagem nessa área, a alertar para que seja considerada a existência de outras

necessidades tão importantes quanto aquelas pertinentes à esfera física, quando da implementação da assistência.

Hycner (1995) se reportando a teoria de Martin Buber, judeu existencialista, principal filósofo expositor da filosofia dialógica, no século XX. Para ele, todo o momento da existência do ser humano é carregado de significado. Ele tinha consciência de que a ênfase tecnocrática da sociedade moderna provocava um distanciamento maior entre as pessoas. Esse fato é constatado nas UTIs, visto que os profissionais, muitas vezes, relacionam-se mais com as máquinas do que com as pessoas que compõem o cenário nessa unidade.

Entretanto ao longo de nossa experiência profissional nessas unidades, temos percebido que, embora seja iminente a necessidade de focalizar o sensível, ainda predomina o cuidado voltado para os aspectos físicos, como controle e manutenção das funções vitais.

Neste bojo vêm sendo desenvolvidas reflexões a respeito do cuidado realizado nos CTIs e as tecnologias duras, como estas têm sido utilizadas como instrumentos no processo de alienação da assistência prestada, e a consequente coisificação da clientela atendida.

Segundo Vila & Rossi (2002) o cuidar na UTI é tecnicista e mecânico, desprovido, muitas vezes de atenção dos sentimentos do doente e de seus familiares.

Para Nascimento & Trentini (2004) o cuidado de enfermagem ocorre num cenário conturbado onde pode-se visualizar aparelhagens diversas, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia e isolamento social.

Os mesmos autores afirmam que o CTI é totalmente diferente de outras unidades de internação e, sobretudo, do ambiente residencial do sujeito doente e seus familiares. O cuidado ainda é orientado pelo modelo biomédico, cuja atenção está voltada principalmente para o órgão doente, para a patologia e para os procedimentos técnicos, em detrimento dos sentimentos, dos receios do sujeito doente e seus familiares e da forma como vivenciam a situação saúde-doença.

A assistência prestada nos CTIs é pautada pelo paradigma positivista. Este que dentre outras características assume que existe uma realidade que pode ser apreendida por meio de leis e mecanismos naturais imutáveis. A postura básica é

reducionista e determinista. O todo é a soma das suas partes; visa ao relacionamento de causa-efeito, sem que seja valorizado o diálogo, a presença; o tipo de abordagem utilizada é a quantitativa (NASCIMENTO & TRENTINI, 2004).

Neste processo de isolamento e destituição de seus direitos, a pessoa deixa de ser reconhecida como um ser complexo, se tornando apenas uma patologia, ou seja uma “coisa”. Corroborando com esta linha de pensamento Marsden (1992, p.350), descreve o processo de coisificação do paciente quando internado nestes setores:

“(...) são vistos como objetos ou máquinas inanimadas, sem sentimentos, a serem manipulados, que sofrem experimentos, são fragmentados em problemas e tratados com imparcialidade. Em casos mais extremos, são isolados, alienados, despojados de sua dignidade, com pouca oportunidade de escapar do ambiente estático, estéril e degradante em que estão emaranhados”.

Baseado neste contexto de total desrespeito ao ser humano e práticas assistenciais mecânicas e distorcidas, emergiram debates acerca da humanização nas práticas em saúde, sobretudo naquela prestada em Unidades de Terapia Intensiva, e a participação da equipe de enfermagem neste processo de ressignificação do ser humano e reavaliação das práticas empregadas.

6.7 – A humanização na assistência de enfermagem

O tema humanização da assistência emergiu na área da enfermagem em meados da década de 1970, período que foi marcado por grande avanço tecnológico e progresso científico, com a mecanização, mudanças nas características do trabalho, valorização da especialização e o domínio da racionalidade, que no setor saúde foi caracterizado pelo modelo biomédico de assistência, e a instituição de práticas curativas, o que se configurou como intimidação aos princípios que norteavam a profissão de enfermagem, que na ânsia de adequar-se ao novo modelo, instrumentalizou-se profissionalmente, o que teria desviado a atenção do paciente, perdendo os aspectos tradicionais da profissão, tornando o cuidado desumanizado (MARCH, 1973).

A enfermagem era considerada o centro da assistência humanizada, o que era encarado como algo natural, inerente à profissão, já que ela englobava atributos como amor, compaixão, tolerância, benevolência, dedicação, compreensão, respeito ao próximo, valorização do homem, de seus problemas e aspirações e, principalmente atenção ao elemento espiritual (OLIVEIRA & KRUSE, 2006).

Perante todas estas discussões, faz-se necessário refletir acerca do significado do cuidado de enfermagem, tendo em vistas que o desenvolvimento do mesmo encontra-se deturpado.

Segundo a teoria de Watson, o cuidado é apresentado como a essência de enfermagem, sendo o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade, conotando a sensibilidade entre a enfermeira e a pessoa, devendo aquela co-participar com esta. Para esta teórica, a enfermeira precisa explorar a necessidade de começar a sentir emoção quando se faz presente, pois, para ele, é através do desenvolvimento do próprio sentimento que alguém pode, realmente, e de modo sensível, interagir com os outros (TALENTO, 1993). Desta maneira, quando a enfermeira tenta aumentar sua sensibilidade, torna-se, conseqüentemente, mais autêntica.

O cuidado de enfermagem, na concepção de Watson, pode ser, e é, físico, processual e real, mas no mais alto nível da enfermagem, as respostas ao cuidado humano, suas transações e a presença das enfermeiras na relação, transcendem o mundo físico e material, presos no tempo e no espaço, e fazem contato com um mundo emocional e subjetivo da pessoa. Esta concepção enseja algumas premissas básicas para a ciência do cuidado em enfermagem, quais sejam: o cuidado é demonstrado de maneira interpessoal; consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação das necessidades humanas; quando eficiente, promove saúde e crescimento individual; as respostas do cuidado aceitam as pessoas como ela é e como pode vir a ser; o ambiente do cuidado deve proporcionar o desenvolvimento do potencial humano, ao mesmo tempo que deve permitir suas escolhas; o cuidado é mais gerador de saúde do que curativo; e a prática do cuidado é fundamental à enfermagem. Para ela, o cuidado deve proteger, engrandecer e preservar a dignidade humana (op cit.).

Segundo Boff (1999) a prática de enfermagem abarca o amplo universo da subjetividade humana, tanto de quem cuida, quanto de quem participa e necessita

de cuidado. Nesta dimensão é que se dão, fundamentalmente, as repercussões do agir interpessoal dos profissionais de enfermagem.

Torna-se necessário que reflitamos seriamente acerca de nossas ações e interações no contexto dos serviços de saúde: o que, como e quando falar; o que, como e quando olhar; como se posicionar; o ato de tocar, não apenas manusear o outro; procurar compreender atentamente a mensagem que o outro tenta transmitir, verbal ou não-verbalmente, atendendo suas necessidades enquanto pessoa, não de uma simples patologia. Esta é, em nosso entendimento, a contribuição maior que este princípio nos traz: o resgate necessário do humano no dia-a-dia.

6.8 - A incorporação das tecnologias duras e suas implicações no cuidado de enfermagem

A aplicação e o uso de todo o aparato tecnológico nas UTIs é indiscutível, neste sentido cabe salientar as implicações da incorporação de novas tecnologias no processo de cuidar. Embora este questionamento não tenha sido realizado aos sujeitos da pesquisa, se torna indispensável não pensarmos neste processo, que compõem o mecanismo natural de evolução do conhecimento científico, da evolução das práticas em saúde e suas implicações na prática assistencial de enfermagem inclusive em alta complexidade. Vale destacar que este processo de incorporação pode ser discutido sob diversas nuances principalmente aquelas de cunho político e econômico, entretanto, nossa discussão terá como foco as implicações nas práticas assistenciais em UTI a partir da incorporação de máquinas e equipamentos neste modelo de assistência.

Nós seres humanos profissionais da saúde ou não, estamos a todo momento nos defrontando com as evoluções tecnológicas que vão ocorrendo no meio em que nos cerca, pois desde os primórdios da humanidade o homem vai criando instrumentos que lhe possibilitem uma melhor adaptação ao meio em que vivem, e da mesma forma elaboram possibilidades de se obter melhores resultados nas atividades que executam, por exemplo a roda, hoje em dia objeto tão comum em nosso cotidiano, representou um grande marco evolutivo para a humanidade; posteriormente as máquinas a vapor que impulsionaram a produção, a economia e sobretudo o pensamento no século XVIII; a criação do avião; e num período de

tempo mais próximo os avanços da informática, e sua utilização em quase todas as partes pelos seres humanos, criando uma espécie de dependência por parte do homem a respeito da máquina (o computador).

Cabe ressaltar que estas evoluções trazem em seu bojo a evolução do conhecimento por parte dos seres humanos, inicialmente no tocante a criação, e posteriormente no lidar com estas tecnologias, onde os indivíduos necessitam adquirir um conhecimento de forma a poderem utilizar-se da melhor maneira possível destas ferramentas e/ou instrumentos.

O setor saúde não obstante de outras áreas do conhecimento também se encontra neste meio permeado de descobertas científicas, inovações tecnológicas.

De acordo com Barra, Nascimento, Martins, *et al.* (2006) a história da evolução tecnológica na área da saúde, ou seja, a tecnologia dura teve início na revolução industrial, o desenvolvimento de novas tecnologias em praticamente todas as áreas do saber. Neste contexto as máquinas e equipamentos substituíram e/ou minimizaram a necessidade da força humana física, a associação entre tecnologia e máquinas/equipamentos vem, provavelmente, dessa primeira revolução industrial.

No bojo da industrialização vieram os avanços tecnológicos e conseqüentemente a valorização da ciência em detrimento do homem e de seus valores. As evoluções tecnológicas também ocorreram no campo da saúde, onde a introdução da informática, o aparecimento de aparelhos modernos e sofisticados, trouxeram consigo inúmeros benefícios, rapidez e eficiência proporcionando melhorias na assistência prestada e da mesma forma na luta constante contra as doenças (*op cit*).

Juntamente com este cenário em constante evolução, a enfermagem cresceu e se desenvolveu. Tanto que aspectos como a triagem, a observação, utilização de conhecimentos oriundos da biologia, foram introduzidos por Florence Nigthingale, já no século XIX, que proporcionou a criação de um modelo de cuidado de enfermagem ao paciente criticamente enfermo, que atualmente se encontra concentrado em Unidades de Terapia Intensiva. A Enfermagem que atua nas UTI's acompanhou essa evolução tecnológica assumindo novas responsabilidades e, conseqüentemente, adquirindo maior respeito e autonomia (*op cit*).

Neste contexto os profissionais de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva que se defrontam a todo instante com as mais diversas tecnologias, da mesma forma lidam com as evoluções tecnológicas, pois com o passar do tempo novos aparelhos são criados, outros são aperfeiçoados, tudo no intuito de propiciar uma melhor assistência aos clientes. Atualmente, as transformações tecnológicas no setor saúde se encontram cada vez mais rápidas e a cada momento surgem novas técnicas diferentes e aparatos mais modernos no mercado (BARRA, NASCIMENTO, MARTINS, *et al*, 2006).

A maneira como as máquinas e equipamentos são criados e implementados não ocorrem de maneira aleatória, obedecem a uma lógica e um processo. Tal qual os seres humanos, as máquinas e equipamentos também possuem um “ciclo vital”.

O processo de criação e incorporação de uma tecnologia (inclusive as duras) tem seu início em algum problema que necessita ser solucionado, onde a partir deste criam-se possíveis métodos e formas de resolução (idealizando-se também as máquinas e equipamentos), posteriormente é realizado um estudo a respeito da utilidade prática, e sua derradeira construção. Na grande maioria das vezes novas máquinas e equipamentos são criados no intuito de sanar deficiências que aquelas que se encontram em uso não possuem recursos disponíveis para a realização das atividades demandadas.

A inovação tecnológica é definida como processo de concepção ou de agregação de novas funções ou características a um produto ou um método de produção, introdução de um produto, processo, método ou serviço novo, com base no conhecimento disponível, seja recente ou gerado no passado. Com o intuito de obtenção de mudanças na qualidade, ou na produtividade, capazes de adequar um negócio ou serviço à realidade do mercado. Ela pode ser classificada em inovação de produto, ao ser introduzida no mercado, ou inovação de processo, ao ser usada no processo de produção (BRASIL, 2009).

Após o processo de construção, esta tecnologia é difundida em boa parte dos serviços assistenciais que fazem uso da mesma, e incorporada ao serviço. Esta fase do processo é de fundamental importância, pois caso uma tecnologia não seja incorporada de maneira satisfatória, a mesma poderá não ser utilizada em sua plenitude, causando insatisfação com a mesma, o que fatalmente acarretará em rejeição por parte da equipe.

No período de pós incorporação, as tecnologias duras vão sendo utilizadas cotidianamente nos serviços, e da mesma forma que as tecnologias anteriores, começam a se defrontar com situações que já não possuem capacidade de resolução, fazendo que o processo de renovação tecnológica se reinicie, embora o mesmo nunca fique estagnado, ou seja, as máquinas vão sendo objeto de um processo contínuo de avaliação, denominado avaliação tecnológica em saúde (ATS).

De acordo com Banta e Luce (1993) a avaliação tecnológica em saúde se trata da síntese do conhecimento produzido sobre as implicações da utilização das tecnologias médicas e constitui subsídio técnico importante para a tomada de decisão sobre difusão e incorporação de tecnologias em saúde. Ou seja, a ATS consiste num embasamento técnico para mecanismos de regulação do ciclo de vida das tecnologias, em suas diferentes fases, através de atividades como as de registro e as associadas ao financiamento de sua utilização.

Juntamente com o processo de evolução das tecnologias ocorre a evolução do conhecimento, na verdade o conhecimento evolui antes e posteriormente ocorre o desenvolver tecnológico.

O processo de incorporação das máquinas e equipamentos no assistir assistencial em saúde, e sobretudo, na terapia intensiva traz consigo, o conjunto de conhecimentos gerados pelo aparato tecnológico a ser utilizado, os conhecimentos necessários à utilização destes aparelhos no lidar cotidiano de trabalho, e da mesma maneira à adequação das práticas de saúde dispensadas a esta tecnologia dura, com fim de propiciar uma total incorporação destes equipamentos à assistência propriamente dita.

Uma das questões que mais tem merecido estudos a respeito da avaliação tecnológica se refere a assistência intensiva hospitalar, carecendo de pesquisas sobre a incorporação dos conceitos tecnológicos envolvidos, pessoas e equipamentos especializados. As habilidades necessárias incluem não só o uso do equipamento, mas sua regulagem, reconhecimento de defeitos no funcionamento, emprego de técnicas adequadas para a desinfecção, bem como a definição e validação de protocolos de uso na busca de uma qualidade cada vez mais apurada na assistência prestada ao paciente, visando não só melhorar a relação custo-

eficiência- benefício do trabalho implementando, mas principalmente preocupando-se com a qualidade da assistência e serviços prestados (BRASIL, 1998).

Entretanto o processo de inovação tecnológica tem se constituído ao mesmo tempo num problema considerável para os sistemas de saúde e para as instituições hospitalares, tendo em vistas o aumento dos custos com formação e atualização de sua mão de obra, a necessidade de atualização de instrumentos de regulamentação e certificação de produtos, assim como investimentos na infra - estrutura física (*op cit.*).

O que vivenciamos na verdade conforme dito anteriormente é o decorrer de um verdadeiro ciclo evolutivo, não somente das máquinas em si, mas sobretudo do conhecimento científico, o que ao nos remetermos as UTIs que já são setores altamente especializados, numa maior especialização, o que exige dos profissionais um constante processo de atualização de forma a poder propiciar a sua clientela um cuidado intensivo, especializado, completo, seguro e livre de iatrogenias.

Os desafios para melhorar a vida das pessoas são grandes e diversificados, e não são possíveis sem a contribuição do conhecimento científico e de tecnologias inovadoras.

Neste cenário em constante atualização e cada vez mais competitivo a enfermagem como um grupo profissional expressivo, tanto no quantitativo de pessoas envolvidas, quanto na importância e participação nos processos, sofre diretamente o impacto dessas transformações. Portanto faz-se urgente que seus profissionais acompanhem essas tendências incorporando tais mudanças e inovações através da criação de novas maneiras de ser, pensar, fazer e transformar-se, enquanto produtora de saber, quando realiza o seu próprio trabalho (MAGALHÃES E DUARTE, 2004).

Este contexto requer do enfermeiro um permanente preparo técnico, para aprender e pesquisar sobre a atualização tecnológica conceitual, além de competência para a integração e aplicação de seus conhecimentos, no processo de incorporação, utilização e avaliação tecnológica dos equipamentos utilizados em sua área de atuação (MENDES, LEITE, TREVISAN, et al, 2002).

Compete ao enfermeiro além de entender a tecnologia, seu envolvimento direto em cada uma das fases do ciclo de vida de um equipamento, desde o

planejamento estratégico, onde participa interpretando os resultados da avaliação tecnológica na determinação da necessidade real; na fase de seleção e aquisição, através da especificação dos requisitos clínicos e de qualidade; na fase de aplicação clínica, quando determina com o médico, o uso apropriado de cada tecnologia, otimiza a sua utilização e interage com os engenheiros clínicos para garantir uma manutenção preventiva e corretiva efetiva, e finalmente, opina na fase de substituição de uma tecnologia obsoleta ou insegura, devido à sua experiência e conhecimentos clínicos (ERDMANN, MELLO, MEIRELLES, et al, 2004).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme descrito anteriormente na metodologia, os sujeitos, durante o processo de entrevista para a produção de dados, foram divididos de maneira aleatória em 02 grupos. O grupo denominado “grupo 01” composto por 14 profissionais, foi questionado acerca do que entendem por cuidado desumano de enfermagem. O grupo denominado “grupo 02” formado por 13 profissionais, foi questionado sobre o que entendem como descuidado na prática de enfermagem.

Cabe destacar que o roteiro elaborado para as entrevistas continha 04 questões para cada grupo. Duas dessas questões, a de número 1 e 2 foram apresentadas para ambos os grupos responderem. As questões 3 e 4, como tratavam de questões específicas acerca do que os profissionais entendiam por desumanização e por descuidado, deveriam ser respondidas pelos mesmos, de acordo com os grupos que integravam. Desse modo, só responderam sobre desumanização os profissionais que compuseram o grupo que deveria responder sobre essa questão especificamente, da mesma forma que responderam sobre descuidado, apenas os integrantes do outro grupo que tratou especificamente acerca da temática descuidado.

Ao final das entrevistas obtivemos uma amostragem total de 27 sujeitos, dos quais todos exercem suas atividades profissionais cuidando de clientes críticos em unidades de terapia intensiva. Vale ressaltar que foram distribuídos 50 questionários, sendo 25 sobre descuidado, e outros 25 sobre cuidado desumano. Entretanto, só obtivemos o retorno positivo e a participação de 27 profissionais.

O único critério de inclusão dos indivíduos à pesquisa foi a necessidade dos sujeitos trabalharem em unidades de terapia intensiva, independente da instituição ser pública ou privada.

Para análise e discussão, organizamos os dados produzidos, em dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos nos permitiram, entre outras coisas, identificar e descrever o perfil sócio-demográfico dos sujeitos que participaram do estudo. Já os dados qualitativos, nos permitiram conhecer um pouco mais a fundo o que pensam os profissionais de enfermagem que cuidam de doentes críticos em unidades de terapia intensiva o que pensam a respeito do discurso de humanização e do descuidado na prática de enfermagem nessas unidades.

Como forma de buscar uma maior possibilidade de generalização dos resultados encontrados no estudo, sobretudo considerando a pequena amostra conseguida, optamos pela estratégia de geometrização dos dados, tanto os quantitativos como os qualitativos, também. Por isso nos utilizamos da estatística, a fim de obtermos a frequência simples das variáveis estudadas de modo a facilitar o processo de nucleamento, sobretudo das falas dos sujeitos sobre o que entendem por desumanização e por descuidado. Os dados quantitativos e sua frequência simples serviram ainda como complementação dos dados qualitativos, possibilitando maior aprofundamento na análise e nas discussões.

Após o processo de geometrização foram elaborados gráficos, como forma de apresentação dos dados, com colunas coloridas, onde cada categoria encontrava-se representada por uma coluna colorida, com o intuito de possibilitar uma melhor visualização dos dados, o entendimento produzido e os resultados encontrados.

Optamos ainda, após a análise estatística e descrição da frequência simples das variáveis desse estudo, apresentar fragmentos dos discursos acerca do que pensam os profissionais de enfermagem acerca da desumanização e do descuidado, no intuito de se extrair os aspectos qualitativos dos mesmos, aspectos não mensuráveis por meio de equações e fórmulas, considerando que esta pesquisa possui o viés quanti-qualitativo, onde a partir de então são realizadas as discussões com os pesquisadores que abordam também o cuidado de enfermagem em terapia intensiva.

Vale salientar que a utilização da análise frequencial juntamente apresentada na forma de gráficos, foi uma importante ferramenta que nos possibilitou realizar diferentes cruzamentos entre as variáveis do estudo, e desse modo, permitiu relacionar entre si, dados quantitativos e qualitativos, enriquecendo e reforçando a apresentação, análise e discussão dos resultados.

7.1 - O PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

A fim de caracterizar os sujeitos de nosso estudo foram criados questionamentos de forma que pudessemos identificar o perfil sócio-demográfico desses profissionais.

As variáveis utilizadas neste primeiro momento da pesquisa foram: sexo, categoria profissional, idade, tempo de trabalho em enfermagem e tempo de trabalho em terapia intensiva. Pois consideramos que essas são algumas das diversas variáveis que poderão influenciar direta ou indiretamente na forma como os sujeitos interpretam o mundo que os cerca, suas atitudes, sua postura perante o fazer e lidar no cotidiano de trabalho em unidades de assistência à pacientes de alta complexidade, e principalmente seu enfrentamento em relação à clientela que na grande maioria das vezes encontram-se numa situação entre vida e morte.

7.1.1 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO O GÊNERO

A primeira variável do perfil sócio-demográfico analisada foi referente ao gênero (masculino ou feminino), onde os resultados podem ser vislumbrados no gráfico a seguir.

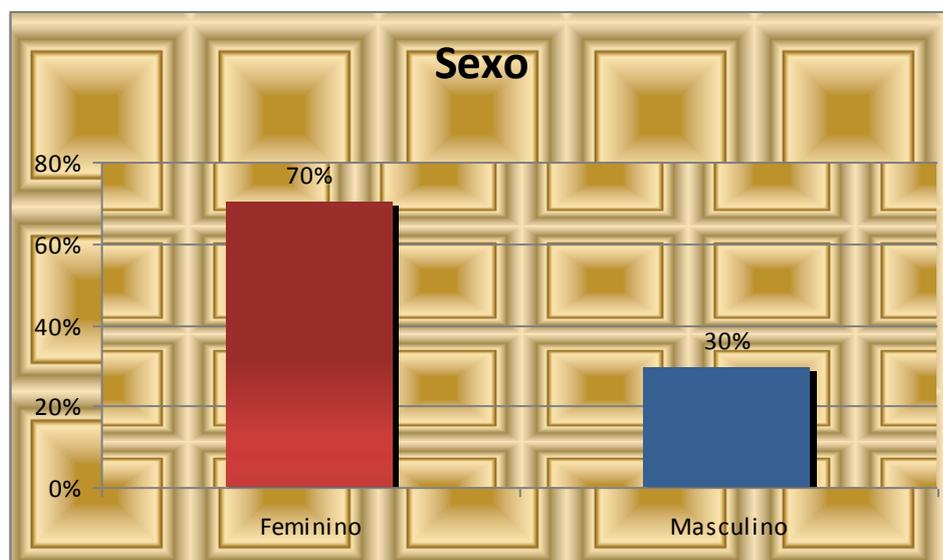


Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos segundo sexo

No tocante ao sexo podemos observar que nossa amostra foi constituída por 70% de pessoas de sexo feminino, e conseqüentemente os 30% restantes dos sujeitos eram do sexo masculino.

Tal amostra retrata exatamente a constituição da força de trabalho da enfermagem, onde embora atualmente o número de profissionais do sexo masculino

tenha aumentado substancialmente, ainda existe um predomínio de profissionais do sexo feminino.

A distribuição dos sujeitos segundo gênero no presente estudo foi compatível, com o perfil identificado por Guerrer e Bianchi (2008), em seu estudo acerca da caracterização do estresse dos enfermeiros na UTI, onde obtiveram uma amostragem de aproximadamente de 92% dos sujeitos de sexo feminino.

O fato de termos na enfermagem um elevado percentual de profissionais do sexo feminino, pode possuir relação direta com o nível de estresse identificado nestes profissionais por diversos fatores, um deles diz respeito ao fato das mulheres na grande maioria das vezes realizarem dupla jornada de trabalho acumulando as atribuições do trabalho na esfera profissional na enfermagem, juntamente com aquelas de cunho doméstico no cuidado do lar e mãe.

De acordo com Spíndola e Santos (2003) as profissionais de enfermagem convivem com o desenvolvimento de suas atividades laborais, ao mesmo tempo em que executam suas atribuições pessoais como esposas e mães. Tal situação também pode gerar estresse já que essas mulheres além de trabalharem fora do ambiente familiar, pensam em seus filhos e se preocupam com os cuidados domiciliares.

As variações hormonais também podem influenciar os seres humanos do sexo feminino, no aspecto emocional, e físico, o que pode possuir relação com o nível de estresse na enfermagem, considerando sua constituição predominantemente feminina, afetando sua capacidade de produção e de trabalho, esta famosa variação hormonal é chamada de tensão pré-menstrual - TPM, ou síndrome pré-menstrual - SPM.

De acordo com Muramatsu, Vieira, Simões, et. Al (2001) a síndrome da tensão pré-menstrual atinge a mulher na fase reprodutiva provocando alterações físicas, psíquicas e sociais, comprometendo o relacionamento e afetando a produtividade no ambiente familiar, social, escolar e profissional.

De acordo com Cavalcanti e Vitiello (1987) a síndrome pré-menstrual é diferente dos demais acometimentos médicos, pelo fato de não se restringir apenas ao indivíduo consigo mesmo, mas, por influir também no relacionamento interpessoal, seja promovendo uma deterioração transitória nos contatos familiares,

seja predispondo ao número de incidência de delitos, acidentes e baixa produtividade no trabalho.

No tocante às alterações físicas que as profissionais de enfermagem podem vir a sofrer durante a TPM, Mattia, Telles, Santos, et al. (2008) informam que os mesmos são muitos e variados, podendo a mulher apresentar, por exemplo: cefaléia tensional, enxaqueca, mastalgias, aumento do volume abdominal, aumento do peso. Da mesma forma as mulheres estão sujeitas também a mudanças comportamentais o que comumente acarreta na não participação em atividades sociais e profissionais e o aumento ou a diminuição da libido.

A intensidade dos sintomas da TPM pode incomodar a mulher de diversas formas, podendo até mesmo causar danos em seus relacionamentos interpessoais. Diminuição em sua eficiência no decorrer de suas atividades profissionais, nos estudos ou competições esportivas, pode fazer com que a mulher se sinta insegura e vir a ter perdas importantes. A possibilidade de conflitos conjugais, agressividade dirigida a filhos, colegas e amigos, implica atos injustos, desatenções, acarretando sérios prejuízos psicológicos, familiares, sociais e profissionais (FERREIRA e FERREIRA, 2001).

Muramatsu, Vieira, Simões, et al. (2001) puderam verificar entre os sujeitos de seu estudo (43 mulheres, com idade situada entre 18 e 40 anos), que ao descreverem a incidência das consequências da TPM em suas atividades no trabalho e na escola, destacaram dentre as principais conseqüências: 53,49%, responderam quietude, 48,84% respostas hostis às pessoas e 30,23% desorganização no e estudo/trabalho, dentre outros.

Podemos observar nestes dados que as mulheres em seu cotidiano, se defrontam com situações em que reagem com atitudes de isolamento e da mesma forma com a diminuição da produtividade.

Sabemos que a TPM não causa as alterações relacionadas acima, entretanto podem as acentuar, podendo levar a mulher ao descontrole de suas ações, culminando com interferências negativas nas relações interpessoais, no trabalho ou escola.

Esta situação se constitui num problema aflitivo para as enfermeiras, considerando que são mulheres que exercem cargo de comando, uma vez que

todos os sintomas descritos anteriormente contribuem para influenciar negativamente seu desempenho profissional, podendo afetar o processo de tomada de decisões e o equilíbrio necessário para o enfrentamento de situações difíceis (MATTIA, TELLES, SANTOS, et al., 2008).

Outra questão referente ao gênero debatido frequentemente pela enfermagem é o processo gradual de inserção de homens nas equipes de enfermagem, sejam enfermeiros ou técnicos de enfermagem. Segundo Pereira (2008) a constituição da enfermagem como uma profissão de caráter feminino encontra-se enraizado por toda uma perspectiva histórica que vem desde o cuidado maternal da antiguidade, passando pelo cuidado Nightingaleano que foi adotado como padrão pela cultura ocidental, e a implementação da enfermagem como profissão legitimada no Brasil.

O autor supracitado articula que mesmo atualmente, devido aos fatores históricos, a inserção dos homens na enfermagem ainda é permeada de conflitos de gênero devido aos padrões sócio-culturais predeterminados de masculinidade, nos quais as ações de enfermagem ainda são atribuídas ao gênero feminino.

Estas discussões de gênero são relevantes em todos os contextos da sociedade, pois os indivíduos se defrontam com uma infinidade de problemas oriundos de questões de gênero (masculino e feminino), a enfermagem principalmente por ser uma profissão predominantemente feminina não está livre destas discussões que permeiam o ambiente de trabalho, por exemplo: enfermeiras x médicos, os homens na enfermagem, entre outras.

De acordo com Moreira (2009) com certa freqüência escutamos depoimentos acerca de situações referentes às dificuldades decorrentes do encontro do mundo público (do trabalho) com as relações domésticas e familiares. Inúmeras vezes o discurso da obrigatoriedade e necessidade de “deixar do lado de fora da porta do trabalho o mundo de problemas de casa” comparece ao cenário das relações entre sujeito e produção. Neste contexto homens e mulheres sofrem os efeitos deste processo de forma desigual: tornam-se atributos masculinos as funções relativas ao trabalho e sustento, enquanto à mulher fica restrita ao mundo da família, com a responsabilidade de cuidar das crianças e da reprodução da força de trabalho masculina.

Na literatura que aborda questões sobre gênero feminino e trabalho são enormes as referências sobre a separação entre esfera pública e privada, durante o desenvolvimento da sociedade. A modernidade graduou tal separação através dos gêneros, onde algumas profissões ocupadas por mulheres produziram um terceiro universo de características singulares. Neste universo encontra-se a enfermagem, como se o hospital, ganhasse características de uma grande casa cuja demanda de gestão e organização recaísse sobre a enfermeira: misto de mãe e profissional. (MOREIRA, 2009).

7.1.2 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL

Outra variável utilizada na caracterização do perfil profissional da amostra estudada foi a categoria profissional. Consideramos que esta variável pode ter relação ou trazer implicações na maneira de interpretação do sujeito acerca de seu ambiente de trabalho e as situações por ele vivenciadas, embora entendemos que essa variável não deve ser considerada de maneira isolada das demais variáveis, como o gênero, por exemplo. A distribuição dos sujeitos quanto a categoria profissional pode ser observado no gráfico a seguir.

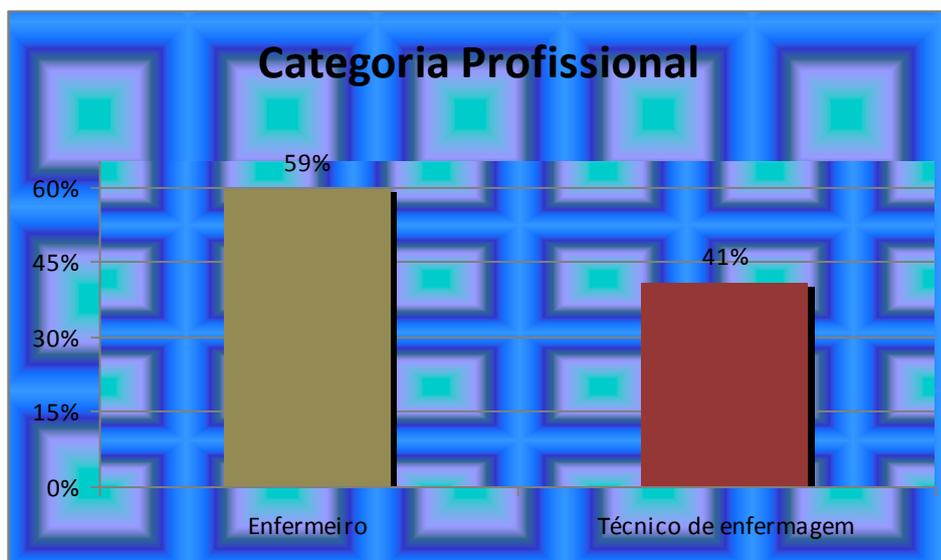


Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos segundo categoria profissional

Conforme se pode observar no gráfico acima 59% do total dos nossos entrevistados constituíram-se de profissionais enfermeiros, e 49% de técnicos de enfermagem, cabe ressaltar que não existiam profissionais auxiliares de enfermagem, o que retrata uma evolução na qualificação profissional do quadro de enfermagem.

Tal fato explica-se pelo contexto assistencial da terapia intensiva que exige um profissional de enfermagem mais qualificado e especializado, com uma demanda maior de conhecimento científico, exigindo assim um número maior de enfermeiros na constituição da equipe multiprofissional de assistência em saúde.

Segundo dados do IBGE, em 2003 do total de empregos existentes na área da enfermagem, os enfermeiros ocupavam aproximadamente apenas 14% dos postos de trabalho, os técnicos 19%, os atendentes 5%, os auxiliares 63% e as parteiras ainda existentes, entretanto apresentaram freqüência menor que 1% da população da enfermagem.

Embasado em dados obtidos através do Conselho Regional de Enfermagem - RJ, os resultados de sua estatística do total de inscritos até a data de 01/04/2010, demonstrava que os profissionais inscritos eram constituídos de 15% enfermeiros, 50% técnicos e 35% de auxiliares de enfermagem.

Silva (2006) em sua tese de doutoramento ao se defrontar com a escassez de auxiliares de enfermagem atuando nas unidades de terapia intensiva onde trabalhavam os sujeitos de seu estudo, utilizou como argumento para tentar explicar tal fato o disposto na Lei do Exercício Profissional que proíbe a atuação de auxiliares de Enfermagem prestando cuidados em unidades de alta complexidade técnica.

7.1.3 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

A variável faixa etária também é de fundamental inter-relação com o modo de ver das pessoas em sua vida e conseqüentemente em seu fazer cotidiano profissional, assim sendo, a distribuição etária de nossos entrevistados podem ser visualizadas no gráfico a seguir. Cabe destacar que optamos por agrupar as idades em períodos, sendo estes de 21 a 30 anos, de 31 a 40 anos, 41 a 50 anos e 51 anos ou mais.

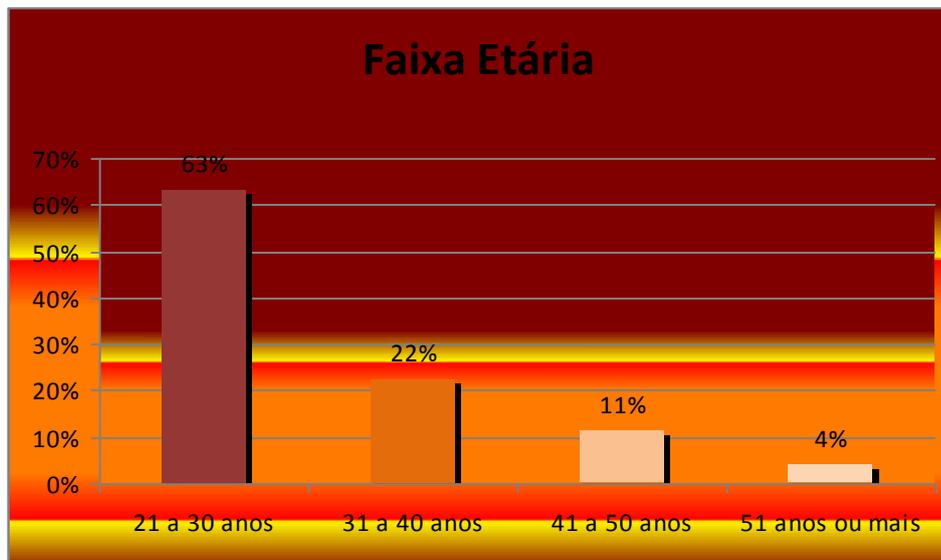


Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos segundo faixa etária

Conforme pode ser observado no gráfico acima, a distribuição dos sujeitos do estudo no tocante a faixa etária se constituiu da seguinte maneira: 63% dos indivíduos possuem idade compreendida entre 21 a 30 anos, 22% com idade entre 31 a 40 anos, 11% entre 41 a 50 anos e 4% com 51 anos ou mais.

Após rápida análise podemos concluir que trata-se de uma amostragem com uma faixa etária bastante jovem, onde aproximadamente 2/3 do total dos entrevistados (63%) possuem menos que 30 anos, e se considerarmos o total dos indivíduos com menos de 41 anos, iremos nos deparar com um valor ainda mais representativo (85%).

Da mesma forma, também merece destaque a proporção em nossa amostra de indivíduos com faixa etária superior à 40 anos, onde ao somarmos os intervalos de 41 a 50 anos, com o de 51 anos ou mais, obtemos um total de 15% dos sujeitos participantes do estudo. Tal apontamento também merece destaque, considerando sua representatividade na amostragem, e principalmente devido às características da assistência de enfermagem em UTI, que exigem em demasiado esforço físico e mental de seus profissionais.

Guerrer e Bianchi (2008) em seu estudo, anteriormente citado, no tocante à faixa etária identificaram uma população de enfermeiros jovens, onde aproximadamente 80% da amostra possuíam menos de 40 anos.

Tais amostras se justificam pelo fato que durante a execução de seus cursos de preparação profissional, os indivíduos são motivados à prestação de assistência a pacientes críticos, além, desta clientela requerer maior tempo de cuidado e também pelo aparato tecnológico utilizado nos ambientes de terapia intensiva que possibilitam uma oportunidade de enriquecimento de conhecimento enorme em termos práticos e teóricos.

Considerando que na terapia intensiva, por ser uma unidade cujo trabalho é intenso, árduo e estressante, a permanência do profissional de Enfermagem durante longos períodos atuando nestas unidades, não é tão comum, reduzindo significativamente a média de idade de seus profissionais. (SILVA, 2006)

7.1.4 - DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM

A respeito do tempo de atuação na enfermagem, optamos por agrupar as respostas encontradas em períodos de tempo, estes que poderiam variar entre a faixa de tempo menor que 1 ano, 1 a 5 anos, 5 a 10 anos e maior que 10 anos.

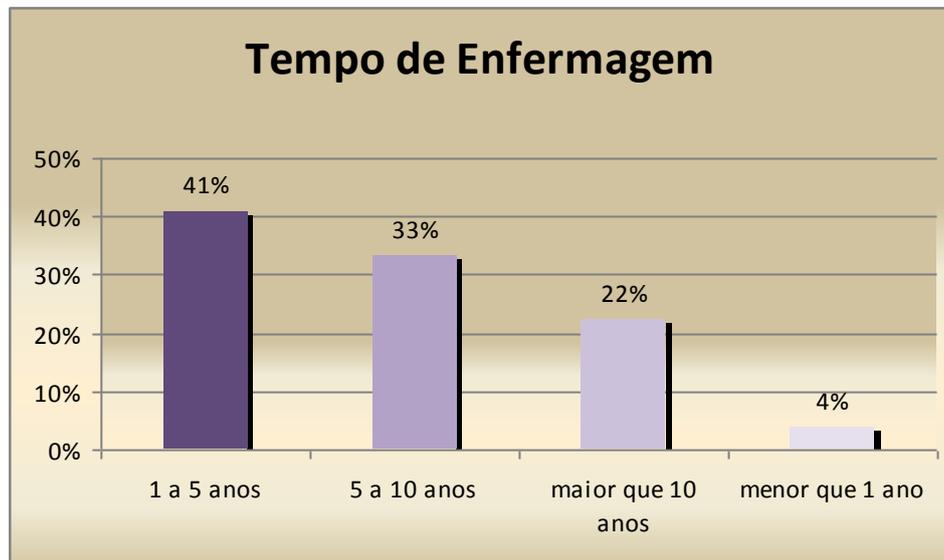


Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos segundo tempo de experiência profissional em enfermagem

Os resultados obtidos foram: 41% dos sujeitos possuem tempo de atuação na enfermagem no período correspondente entre 1 a 5 anos, 33% atuam na

enfermagem entre 5 a 10 anos, 22% maior que 10 anos, enquanto somente 4% possuem período menor que 1 ano.

A partir destes dados pode-se concluir que nossa amostragem é prioritariamente constituída de indivíduos jovens, com curto período de atuação profissional, o que corrobora com dados obtidos por Balsaneli, Cunha e Whitaker (2009), onde ao descrever o perfil da equipe de enfermagem abordada em seu estudo sobre o perfil de liderança de enfermeiros em UTIs, que identificou uma equipe (tanto enfermeiros, quanto técnicos de enfermagem) com relação ao tempo de trabalho, uma média de 2,4 anos, com mínimo de 6 meses, e máximo de 5,3 anos.

Silva (2006) ao apresentar em sua pesquisa, nos quais os sujeitos se tratavam e profissionais da equipe de enfermagem em assistência de alta complexidade, a distribuição dos entrevistados segundo o tempo de formação profissional, constatou que 50% do total de sua amostra era composta por profissionais que possuíam mais de 05 anos de formado.

O quadro encontrado pelo autor supracitado vai diretamente de encontro ao encontrado na presente pesquisa onde evidenciamos que 55% do total dos nossos entrevistados, da mesma maneira possuem mais que 5 anos de atuação em enfermagem.

A preocupação com o tempo de experiência dos sujeitos fundamenta-se no fato de que esta experiência poderá influenciar significativamente no entendimento das relações que se estabelecem no cotidiano das práticas de cuidar em Enfermagem na terapia intensiva, e do mesmo modo, na reflexão acerca do significado dos cuidados que são prestados e do ambiente dessas unidades (SILVA 2006).

7.1.5 - DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA

Outra característica de caracterização dos entrevistados foi a de identificar e classificar os indivíduos quanto ao tempo de atuação em terapia intensiva, sendo os resultados ordenados por categorias determinadas pelos intervalos de 1 a 5 anos, 5 a 10 anos, maior que 10 anos e menor que 1 ano.

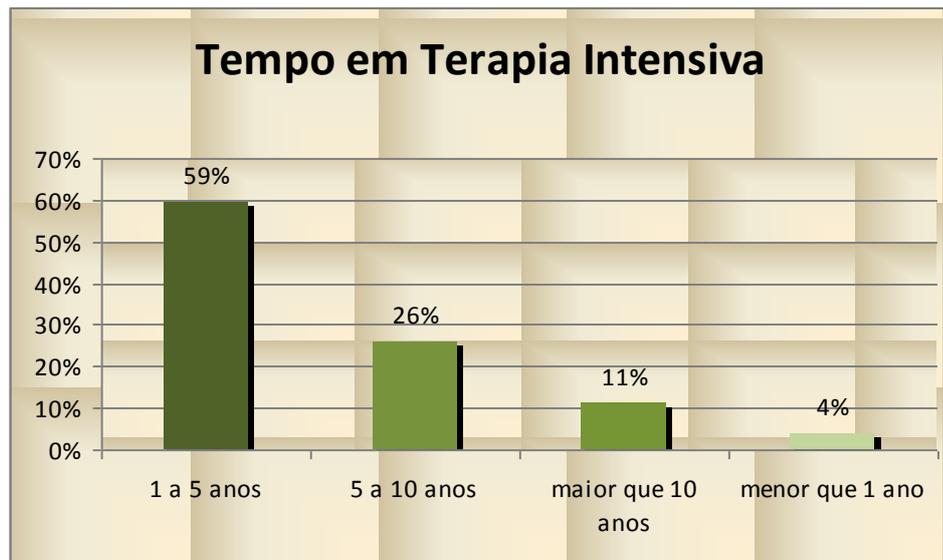


Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos segundo tempo de experiência profissional em UTI

O resultado obtido foi: 59% dos entrevistados atuam em terapia intensiva num período de tempo contido entre 1 a 5 anos, 26% entre 5 a 10 anos, 11% a mais de 10 anos, e 4% a menos de 1 ano.

Assim como a variável tempo de trabalho na enfermagem, 85% de nossos sujeitos, que em grande maioria são indivíduos jovens com menos de 40 anos, possuem tempo de trabalho em UTI menor que 10 anos.

Na pesquisa de Silva (2006) tal qual em nossa pesquisa, predominaram os profissionais com tempo de experiência entre 01 e 05 anos, com aproximadamente 48%, seguido dos profissionais com tempo de experiência entre 05 e 10 anos, correspondente a 23%. Os profissionais com tempo de experiência em terapia intensiva, superior a 10 anos, representaram 20% de toda a amostra.

Há existência nas unidades de terapia intensiva, de uma equipe de enfermagem de variado perfil profissional, onde alguns podem ser recém formados com pouca experiência na área assistencial, outros já possuem habilidades práticas, mas ainda não estão preparados para executar ações de enfermagem complexas, ao passo que outros profissionais já se encontram capacitados para realizar as intervenções prescritas (BALSANELLI, CUNHA, WHITAKER, 2009).

Para os mesmos autores maturidade da equipe se relaciona diretamente com a capacidade e a disposição dos indivíduos em dirigir suas próprias atitudes. Neste contexto 02(duas) dimensões devem ser consideradas em relação a uma tarefa

específica a ser realizada: maturidade de trabalho que se centra nas habilidades técnicas e a maturidade psicológica que indica a motivação para fazer alguma coisa.

O tempo de experiência dos sujeitos poderá influenciar significativamente no entendimento das relações que se estabelecem no cotidiano das práticas de cuidar em Enfermagem na terapia intensiva, e do mesmo modo, na reflexão acerca do significado dos cuidados que são prestados e do ambiente dessas unidades (SILVA, 2006).

A este respeito, Santos, Jarufe e Amorim (1991) salientam que além das características individuais, como o tempo de experiência profissional, as diferenças de formação profissional também leva o trabalhador a enfrentar de forma diferente seu trabalho. Ressaltam também que a qualificação profissional leva o indivíduo a enfrentar a situação de trabalho de maneira diferente, pois a especialidade ajuda a reduzir a carga mental e diminui a possibilidade de erro.

7.2 - REFLEXÕES A RESPEITO DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS

Após breve análise e discussão a respeito do perfil dos sujeitos do estudo, suas possíveis implicações com o modo de fazer e vivenciar em ambientes de assistência de saúde em alta complexidade iniciaremos a análise e discussão dos resultados obtidos a partir das perguntas abertas.

Esta etapa dos instrumentos de coleta de dados foi contida de perguntas abertas, com fim que os sujeitos pudessem expressar em palavras sua percepção a respeito do fenômeno estudado. Cabe destacar que cada sujeito possuía a liberdade de evidenciar em cada questionamento o número de idéias e/ou sentimentos que lhe considerasse oportuno, não ocorrendo intromissão alguma por parte dos pesquisadores.

A discussão resultante das respostas obtidas nas perguntas abertas nos possibilitou a criação de 02 categorias, estas contidas de dados qualitativos, tais categorias encontram-se explicitadas a seguir.

7.2.1 - 1º CATEGORIA: A TERAPIA INTENSIVA E AS TECNOLOGIAS COMO MARCA REGISTRADA

A primeira categoria qualitativa a ser explorada neste estudo confere com a caracterização do ambiente da terapia intensiva como ambiente tecnológico, considerando que se trata do cenário onde se desenvolve o processo de trabalho dos sujeitos/objeto deste estudo tal como uma característica que consistiu o critério de inclusão e exclusão dos respondentes do estudo.

O cenário hospitalar é dotado de diversos ambientes de assistência, compartimentadas e organizadas, pelo nível de complexidade a que o quadro clínico do paciente se encontra, sendo cada unidade contida de um perfil de atendimento, de profissional específico e estrutura característica.

Neste contexto encontram-se as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou Centros de Terapia Intensiva (CTI), unidades especializadas de atendimento, que assistem a pacientes criticamente enfermos, podendo estar com risco iminente de morte, munidas de todo um aparato tecnológico que possibilitam uma precisão maior no controle do quadro clínico dos pacientes.

Peça fundamental na construção desta pesquisa, e pré-requisito para a participação dos sujeitos no estudo, a terapia intensiva constitui-se num ambiente permeado de significados para clientes, familiares e até mesmo profissionais de enfermagem.

Com o propósito de identificarmos a percepção da equipe de enfermagem acerca do cenário onde desenvolvem suas atividades laborais, foi realizado um questionamento com os entrevistados, a respeito de sua ótica sobre as unidades de terapia intensiva, para que possamos refletir a partir destas, o processo de incorporação e utilização de tecnologias duras na assistência de enfermagem, e a disseminação do discurso da humanização na enfermagem.

Os resultados obtidos através deste questionamento estão apresentados no gráfico a seguir.

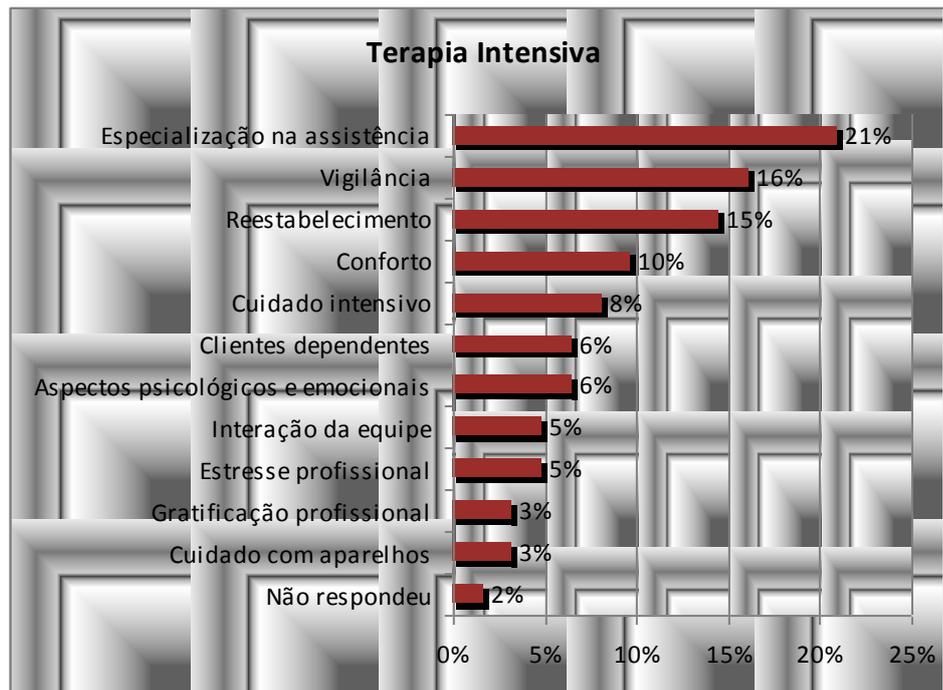


Gráfico 6 – Entendimento dos sujeitos acerca da UTI

Ao observarmos o gráfico 6 podemos identificar a presença de 11 núcleos temáticos diferentes, sendo a característica mais atribuída as UTI's aquela referente a especialização na assistência, citado por 21% dos entrevistados, o segundo item com maior freqüência nos discursos foi a vigilância com 16%, seguido pelo restabelecimento da clientela com 15% das referências, o conforto aos clientes com 10%, cuidado intensivo 8% , clientes dependentes, os aspectos psicológicos e emocionais 6% , interação da equipe e estresse profissional, ambos com 5%, gratificação profissional e cuidado com aparelhos 3%, e 2% dos entrevistados não responderam ou responderam de forma equivocada ao questionamento apresentado.

Perante estes resultados podemos visualizar que nossos sujeitos embora sejam indivíduos jovens e com curto tempo tanto de atuação em enfermagem e principalmente em terapia intensiva, possuem um conhecimento bastante significativo a respeito do complexo ambiente das UTIs, suas interfaces, os aspectos objetivos e subjetivos da assistência de enfermagem, estes que encontram-se descritos e discutidos a seguir.

Algumas das reflexões dos entrevistados a respeito da especialização atribuída a terapia intensiva podem ser identificadas nos depoimentos a seguir:

“É uma assistência altamente especializada, que requer profissionais qualificados e comprometidos com o cuidado do cliente.” E4

“O enfermeiro cuida integralmente do paciente. O mesmo necessita de cuidado crítico e especializado.” E5

“... é muito complexa, necessitando de cuidados específicos e especializados...”E6

“É uma assistência diferenciada, onde o profissional deve ter um olhar crítico, onde podemos evitar intercorrências...”E8

“Nesta unidade os clientes possuem necessidades especiais (alta complexidade) para manter em equilíbrio o seu quadro hemodinâmico, portanto a assistência de enfermagem é especializada, requer do profissional um perfil diferenciado (dinâmico)” E10

“..requer do enfermeiro muito conhecimento técnico-científico, a fim de reconhecer precocemente sinais e sintomas apresentados pelo paciente... ”E23

“Assistência dotada de um maior nível de complexidade... quando comparada a outros ambientes do cenário hospitalar.”E25

“Assistência complexa do cliente gravemente adoecido, com necessidades orgânicas debilitadas. Cabe ao profissional de enfermagem conhecimento técnico e científico para promover o cuidado...”E26

Conforme pode ser observado, a especialização da assistência foi a característica mais atribuída pelos sujeitos do estudo às unidades de terapia intensiva, tal fato se explica pela própria situação da clientela que nestes setores se encontram, muitas das vezes com quadros clínicos altamente complexos, com necessidades de uso de tecnologias avançadas de suporte de vida, necessitam de intervenção imediata e atenção constante para todos os tipos de sinais e sintomas que este cliente possa vir apresentar durante seu período de internação, esta

situação exige dos profissionais um perfil diferenciado tanto em termos de atitude profissional, quanto principalmente a conhecimento técnico-científico especializado de modo que se tenha uma assistência completa, segura e livre de iatrogenias.

A respeito da UTI Villa e Rossi (2002) afirmam que esta é uma unidade de atendimento em saúde com infra-estrutura especializada, onde a assistência médica e de enfermagem são disponibilizadas de forma ininterruptas, com equipamentos específicos, recursos humanos extremamente qualificados e acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas sofisticadas.

A UTI é um local de grande especialização e tecnologia, identificado como espaço destinado a profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, possuidores de grande de conhecimento técnico-científico, habilidades e destreza para a realização de procedimentos. Nesse sentido, os profissionais que atuam nessas unidades, necessitam de muito preparo, pois invariavelmente, podem se defrontar com situações cujas decisões definem o limite entre a vida ou a morte das pessoas (BRASIL, 2005).

A segunda característica mais evidenciada pelos entrevistados a aquela que diz respeito à vigilância, tais explicitações podem ser vistas a seguir:

“São pacientes que precisam ser observados com mais frequência...” E1

“...onde podemos evitar intercorrências através dos parâmetros, dos monitores, muitas das vezes antes dos médicos” E8

“Paciente monitorizado durante 24 horas tendo seus sinais vitais verificados de 1 em 1 hora, diurese horária...” E17

“ Assistência que descreve um paciente mais grave,... com maior tempo de vigilância a esse paciente...” E19

“A assistência de enfermagem em terapia intensiva é uma observação rigorosa... a fim de reconhecer precocemente sinais e sintomas apresentados pelo paciente, possibilitando diagnóstico precoce e intervenções imediatas” E23

Conforme explicitado, a vigilância foi a segunda característica mais citada pelos sujeitos ao refletirem acerca da terapia intensiva.

Oriunda do verbo vigiar que significa estar atento, observar, observar atentamente, tomar cuidado, a vigilância que é o estado de quem vigia, precaução, cuidado, atenção desvelada (Michaelis, 1998).

Segundo Balsanelli, Cunha e Whitaker (2009) as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), são destinadas aos clientes criticamente acometidos de enfermidades que necessitam de terapêutica especializada e vigilância constante para o restabelecimento da saúde.

Permeada de materiais e equipamentos com esse fim, juntamente com o olhar diferenciado da equipe de enfermagem atuante nestas unidades, a vigilância é peça fundamental nesta abordagem de cuidado, tendo em vistas que os quadros clínicos dos clientes ali internados requerem acompanhamento rigoroso dos padrões hemodinâmicos, a fim de se evitar intercorrências, e possibilitando intervenção imediata em casos de anormalidades.

Segundo Silva, Silva e Francisco (2006, p:153):

“É fundamental que o profissional fique atento a todo instante, observando sinais, sintomas e signos no corpo do cliente de UTI, que pode passar de uma situação estável para mais grave e vice-versa, pois o cliente é um corpo que, apesar de sua gravidade e sua dependência em relação as tecnologias, se expressa de diversas formas e qualquer expressão é indicativa de melhora ou piora é um dado importante que deve ser considerado.”

Segundo Betinelli, Pomatti e Brock (2010) o paciente na UTI necessita de vigilância constante, devido a necessidade eminente de manuseio rápido do corpo para a manutenção hemodinâmica, para o manuseio de materiais/equipamentos e administração de medicamentos em casos de intercorrências. Pois neste setor, a prioridade é o restabelecimento e manutenção das funções vitais do paciente.

O restabelecimento, objetivo da assistência em saúde não somente em terapia intensiva, mas em todo contexto hospitalar, também foi citado incisivamente pelos sujeitos, pois o porquê de tamanha especialização, atenção, vigilância,

aparato tecnológico, senão para a garantia de vida e principalmente o restabelecimento completo do individuo cuidado.

Algumas passagens dos depoimentos dos sujeitos encontram-se destacadas a seguir:

“...visando conforto e melhora do quadro clínico e/ou cirúrgico.”E2

“O enfermeiro cuidar integralmente do paciente... para garantir sua vida...”E5

“É uma assistência fundamental, essencial à melhora do quadro clínico do paciente...”E6

“...visando primariamente o restabelecimento físico do doente...”E7

Todo profissional de saúde, não somente o de enfermagem, durante o decorrer de suas atividades cotidianas profissionais, deve ter por si só como premissa maior o restabelecimento e conseqüentemente a garantia de vida do paciente.

De acordo com Severo e Girardon (2005) após viver o impacto de estar internado em uma UTI, os pacientes começam a perceber este lugar como um ambiente para recuperar a saúde e reencontrar a vida, pois ao pesquisarem o significado da UTI para os pacientes num período pós alta destes setores, identificaram que para os sujeitos de seu estudo, estar na UTI passa a significar para o paciente uma possibilidade de recuperar-se e não morrer. Sendo a UTI então percebida como um local que se opõe à morte e se apresenta como fonte de esperança, onde há recursos e pessoal capaz de reverter uma situação mais complicada.

No estudo realizado por Bettinelli(1998) esta percepção também foi evidenciada onde os pacientes perceberam as UTIs como espaços para melhora o mais rápido possível, sendo que após esta experiência passaram a dar importância e valor à vida, apesar de seus problemas de saúde.

Juntamente com o restabelecimento, o conforto também deve nortear a assistência dispensada aos indivíduos durante a internação hospitalar, principalmente pela enfermagem, possibilitando assim o desenvolvimento de um cuidado integral, seguro e digno.

Alguns depoimentos a respeito do conforto na terapia intensiva encontram-se descritos a seguir:

“A enfermagem tem como objetivo trazer conforto e segurança ao cliente...” E11

“... apoio psicológico para seu conforto...” E16

“Prestar assistência de saúde com segurança e qualidade.” E18

“... atuando para as necessidades particulares de cada cliente promovendo conforto e bem estar até a melhora do quadro...” E26

Segundo Apóstolo (2009) o termo conforto é, habitualmente, empregado nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual da equipe de enfermagem, aparecendo muitas vezes relacionado com a dimensão física da pessoa. Entretanto o consenso sobre a sua centralidade na e para a enfermagem, extrapola esta dimensão.

Existem várias teorias de enfermagem a respeito das perspectivas do conforto, mas este encontra maior expressão dentro das teorias de Leininger, de Watson e de Kolcaba. Leininger e Watson consideram o conforto como um componente do cuidar. Kolcaba concorda que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. Enquanto Morse centrou o seu trabalho no processo de conforto, ou seja, nas ações da enfermagem, Kolcaba considera que estudar o processo do conforto sem a avaliação dos resultados, é um exercício incompleto (*op cit*).

Outra característica que também emergiu dos depoimentos dos sujeitos, o cuidado intensivo, conforme já discutido anteriormente, é inerente as UTIs, tendo em vistas que a complexidade do quadro clínicos dos pacientes, necessitando de um cuidado especializado, com acompanhamento rigoroso de seus padrões

hemodinâmicos, uma equipe atuante, com a presença e uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeiros, médicos, técnicos e enfermagem, e fisioterapeutas entre outros, que se utilizam de máquinas e equipamentos no cotidiano de assistência nestes setores das mais variadas maneiras.

A dependência dos clientes característica marcante nas UTIs, também foi lembrada pelos sujeitos, uma vez que os clientes assistidos em terapia intensiva, devido seu quadro clínico, na grande maioria das vezes restritos ao leito, sendo uma parcela destes sedados, em uso de próteses ventilatória, estando totalmente dependentes da equipe de enfermagem para qualquer tipo de ação, até mesmo uma simples mudança de decúbito.

Tal quadro de dependência, perda de autonomia, privacidade, constituem fatores que podem vir a desencadear ansiedade e estresse em pacientes lúcidos, o que pode vir a desenvolver alterações em seu quadro clínico e conseqüentemente prolongar sua internação.

Para Betinelli, Pomatti e Brock (2010) nas situações de internações em UTI, os pacientes ficam expostos sobre o leito, imobilizados, sem qualquer ação e totalmente dependentes dos profissionais. O que contribui para alterar a percepção do paciente, dificultando o seu relacionamento com os profissionais, comprometendo sua recuperação e, até mesmo, aumentando o seu estresse e sofrimento.

Souza (2004) comenta que estes pacientes, comumente dependentes, sentem-se impotentes com a falta de autonomia, isolamento e controle de si mesmos, ficando cercados de pessoas ativas e ocupadas, o que freqüentemente, pode ser um coadjuvante para a instalação da ansiedade, estresse, etc.

A internação de um paciente em UTI é precedida de condições críticas, presentes e potenciais, que colocam em risco a vida do ser. Por isso, o cuidado é voltado para os aspectos físicos, orgânicos e biológicos, como controle e manutenção das funções vitais, com ênfase no uso de tecnologias e aplicação de conhecimento técnico-científico, visando à manutenção da vida, onde muitas vezes se ignora os sentimentos dos seres que vivenciam a internação e a condição de doente. (NASCIMENTO E TRENTINI, 2004)

Neste contexto, os fatores psicológicos e emocionais também foram lembrados por nossos entrevistados como sendo fundamentais para uma recuperação plena dos pacientes assistidos nas unidades de terapia intensiva.

Cabe à equipe multiprofissional de saúde, responsável pela assistência em UTI, disporem, durante seu fazer cotidiano profissional, aos clientes um suporte psicológico e emocional, uma vez que conforme discutido anteriormente o ambiente da terapia intensiva constitui-se num fator altamente estressante ao paciente, podendo levar à complicações em seu quadro clínico, ou seja, estes aspectos já devem fazer parte de suas ações de trabalho, que em se tratando da enfermagem especificamente, devem compor o cuidado de enfermagem prestado constantemente.

Neste contexto encontram-se também os familiares dos clientes, que também devem ser contemplados com este suporte emocional, uma vez que também mesmo não estando fisicamente 24 horas do dia ao lado dos pacientes, estes são partes primordiais no processo de recuperação.

Aspectos relacionados à equipe propriamente dita também foram abordados nos depoimentos pelos entrevistados, quais sejam: interação da equipe, o estresse profissional e a gratificação profissional.

O ser humano é um ser de sociedade, portanto ele não sobrevive sozinho. A enfermagem enquanto profissão é composta por uma equipe de profissionais que durante suas atividades laborais interagem o tempo todo, seja com os profissionais da equipe e enfermagem, profissionais de outras profissões e principalmente o cliente.

Este processo de comunicação com todos estes atores constituintes do cenário da UTI foi evidenciado pelos sujeitos, como fator de suma importância para o bom andamento do trabalho, a troca de saberes e conseqüentemente a recuperação do cliente.

De acordo com Souza (2004) é importante que a equipe esteja atenta ao trabalho interativo, colaborando para o saber interdisciplinar e facilitando o processo de comunicação.

Para Orlando (2002) sobre o processo de comunicação o resultado das ações desenvolvidas pela equipe estará vinculado a compreensão de seus objetivos, a

colaboração entre os vários membros da equipe multidisciplinar, e a percepção dos próprios papéis e a habilidade de comunicação entre os diferentes membros.

O profissional de enfermagem de UTI como ser humano por mais tempo de experiência profissional e tentativa de distanciamento emocional referente à situação dos pacientes, também é influenciado pelo contexto conflituoso que envolve o cuidar em terapia intensiva, o que gera uma sobrecarga de trabalho característica do setor e da mesma forma uma carga psicológica enorme.

A enfermagem é uma profissão que exige bastante dedicação, pois envolve atividades estressantes, num ambiente onde frequentemente as pessoas estão enfermas ou debilitadas.

Isso tudo reflete num elevado índice de estressores no ambiente de trabalho. Cada profissional trás consigo influências culturais, familiares, convívios diferentes que precisam ser levados em conta e devem ser analisados para entender o comportamento humano no trabalho.

Segundo Cecagno, Cecagno e Siqueira (2003) vários são os danos acarretados ao ser humano e seu comportamento, devido às tensões no ambiente de trabalho, condições negativas, levando ao estresse profissional, conseqüente da insatisfação profissional, excitação, depressão, perda do interesse, desmotivação, podendo culminar em uma baixa qualidade nos serviços prestados.

Neste sentido Delgado e Oliveira (2005), traçou o perfil epidemiológico do adoecer da equipe de enfermagem de um hospital universitário, sendo os setores onde ocorrem maior índice de ausência no trabalho foram as UTI. Nestes setores a rotina pesada, cansativa, ambiente fechado, gravidade dos pacientes, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração e o fato de estarem lidando com o sofrimento, a dor, morte todos os dias contribuem para o adoecimento destes profissionais.

Entretanto não somente fatores desmotivadores foram lembrados, a gratificação dos profissionais por participarem do processo de recuperação do cliente, a possibilidade de fazer o bem neste ambiente complexo, também emergiu no decorrer dos depoimentos.

O trabalho da equipe de enfermagem é muitas vezes dividido e submetido a uma diversidade de situações que são geradoras de grande desgaste. Em contrapartida, o trabalho também se constitui em fonte de prazer e satisfação para

os profissionais, pelo fato destas serem potencializadoras das capacidades humanas, contribuindo na recuperação da saúde, em sua promoção e vida. (TAKAHASHI, 1991)

Para Pizzoli (2004) o orgulho do trabalho executado pela enfermagem se conflitua com uma remuneração considerada injusta e má condições de trabalho, e sobrecarga de tarefas. Segundo o autor a produtividade da equipe de enfermagem não pode ser medida por quantidade de procedimento e economia de materiais, pois os resultados de sua atuação nem sempre serão visíveis, palpáveis ou mensuráveis. O cuidado em enfermagem encontra-se diretamente ligado ao comprometimento do profissional com seu cliente e sua profissão.

O cuidado dispensado pelos profissionais aos materiais e equipamentos também foi citado nas entrevistas. Característica marcante nas UTIs, os monitores dos padrões hemodinâmicos, fazem parte do cenário básico destes setores, sendo impossível descrever e falar de terapia intensiva sem realizar menção a estes aparelhos.

Qualquer individuo, profissional da saúde ou não, ao adentrar numa UTI, se defronta com um emaranhado de aparelhos, que emitem sons e números a todo instante, que possuem um papel de extrema importância na assistência ali desempenhada, pois em algumas situações podem se considerados até mesmo uma extensão do corpo do cliente e como tal também deverá ser foco das ações de enfermagem.

O próximo passo foi relacionar o discurso sobre a terapia intensiva com a categoria profissional, tendo em vistas que a perspectiva deste complexo ambiente pode ser influenciada pelo nível de qualificação profissional do indivíduo, as freqüências dos depoimentos podem ser visualizadas no gráfico a seguir:

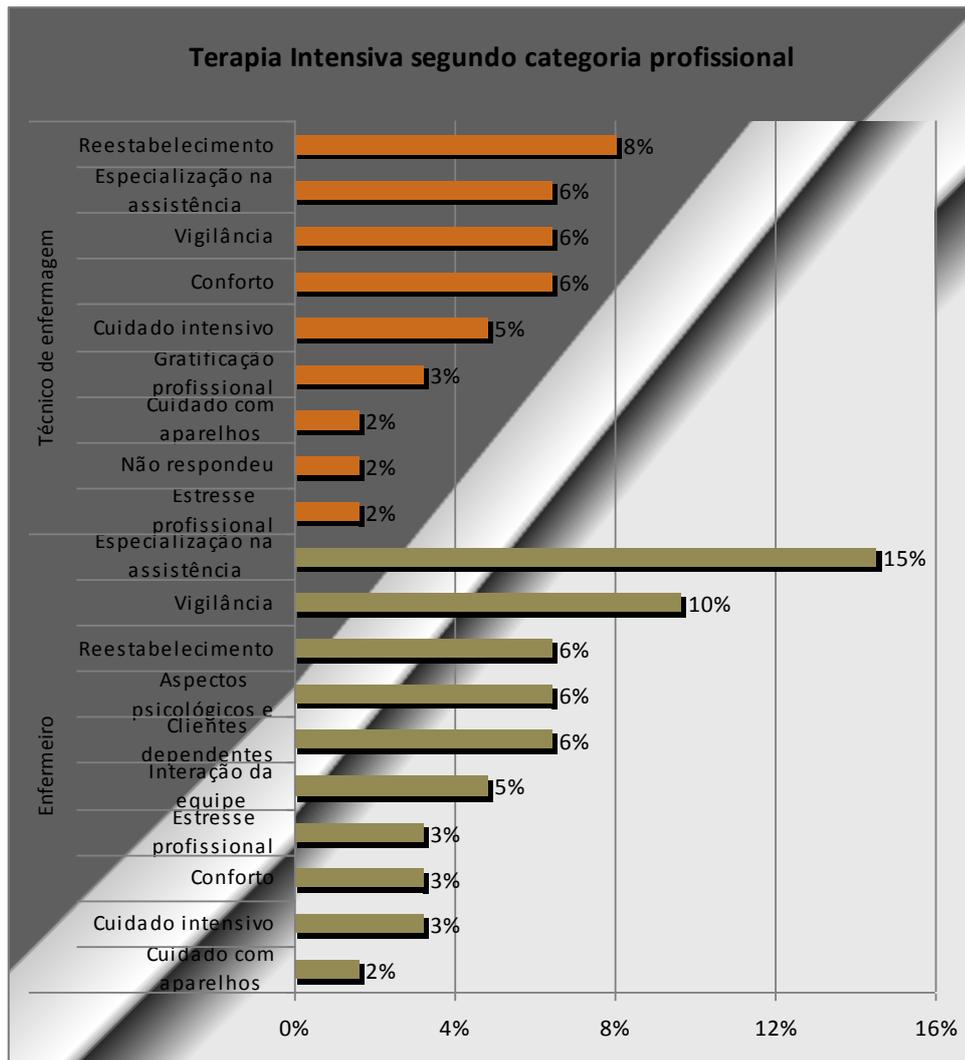


Gráfico 7 – Entendimento dos sujeitos acerca da UTI segundo categoria profissional

Conforme podemos observar no gráfico acima encontra-se com a divisão das freqüências dos depoimentos entre enfermeiros e técnicos, com a porcentagem sendo expressa do total, ou seja, os dados do gráfico 6, foram apenas desmembrados e resultaram no gráfico 7.

Entre os técnicos de enfermagem a categoria mais citada foi aquela acerca do restabelecimento da clientela com 8% (oito) dos depoimentos, seguido por especialização na assistência, vigilância e conforto estes com representação de 6% (seis) dos depoimentos, o cuidado intensivo 5% (cinco), gratificação profissional 3% (três), cuidados com aparelhos, estresse profissional e não respondeu 2% (dois).

A respeito dos depoimentos entre os enfermeiros obtivemos os seguintes resultados: a especialização na assistência emergiu em 15% (quinze) dos

depoimentos; a vigilância 10% (dez); o restabelecimento, os aspectos psicológicos e emocionais, e clientes dependentes 6% (seis); a interação da equipe 5% (cinco); o estresse profissional, conforto, e cuidado intensivo 3% (três); e o cuidado com aparelhos em apenas 2% (dois).

Podemos concluir ao relacionarmos os dados acima apresentados que os mesmos seguem um padrão entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, onde o entendimento dos sujeitos que foram observados encontram-se mais fortemente relacionados com cuidado especializado, vigilância, restabelecimento e conforto e menos relacionados com cuidados com aparelhos.

Cabe ressaltar que nossa amostra é basicamente formada por jovens profissionais, que embora possam se fascinar com a tecnologia e com os aparelhos da terapia intensiva, conseguem perceber que a terapia intensiva não se resume apenas as máquinas. De acordo com os depoimentos dos entrevistados há espaço para se pensar em conforto, mesmo diante de uma prática que exige sólidos conhecimentos científicos e especialização profissional, de modo a se garantir a possibilidade de maior vigilância, inclusive com melhor interpretação dos dados oferecidos pelos equipamentos de monitorização existentes na terapia intensiva, de modo a se aumentar a possibilidade de restabelecimento dos clientes que são atendidos nessas unidades.

Aos analisar estes resultados em conjunto, vislumbramos que os mesmos nos descrevem de maneira geral o verdadeiro padrão de assistência em saúde a ser empregado nas UTIs, local onde deve ser realizada uma assistência em saúde altamente especializada, amparada na vigilância através da monitorização constante dos padrões hemodinâmicos, com vistas ao restabelecimento da clientela. Sendo este cuidado intensivo, confortável, a clientes com elevado grau de dependência, levando-se sempre em consideração os aspectos psicológicos e emocionais da clientela assistida.

No tocante aos profissionais, a interação entre a equipe multiprofissional se faz ferramenta primordial, neste ambiente onde além dos cuidados aos pacientes, as máquinas também são objetos da assistência implementada, o que faz deste ambiente ao mesmo tempo altamente estressante para a equipe prestadora dos cuidados e gratificante pela realização de um trabalho bem realizado, evidenciado com o restabelecimento dos pacientes.

As máquinas e equipamentos compõem o cenário da terapia intensiva, e da mesma forma o imaginário popular sobre este setor, assim sendo, se questionarmos uma pessoa, mesmo aquela que jamais tenha tido a oportunidade de visitar um setor de assistência em alta complexidade, umas das primeiras características por ela destacada certamente será a existência de tecnologia e/ou aparelhos.

De acordo com Silva (2006) esta maneira de pensar a tecnologia na UTI, possivelmente esteja relacionada às inúmeras máquinas que são utilizadas, como por exemplo as bombas de infusão, os monitores cardíacos, as camas eletrônicas, os ventiladores mecânicos e muitas outras, estas que encontram-se bem integradas e incorporadas nesses ambientes.

As máquinas e equipamentos parecem dar sentido a terapia intensiva, são um marco referencial, de tal forma que se tornou impossível pensar nessas unidades sem a presença delas. Em decorrência disso a enfermagem foi em busca cada vez maior de novos conhecimentos técnicos, associados à fundamentação teórica de base científica, extremamente necessários para o desenvolvimento das suas atividades assistenciais.

Neste contexto foram realizados questionamentos aos sujeitos, acerca de suas percepções em relação à utilização das máquinas e equipamentos durante seu cotidiano de fazer profissional em unidades de terapia intensiva, no intuito de identificar como a equipe de enfermagem, que convive neste ambiente, e mais ainda, lida diretamente com estas máquinas e equipamentos, interpreta este processo de cuidar de seres humanos e ao mesmo tempo das máquinas e equipamentos.

Desta forma pode ser visualizado em seguida um gráfico, construído a partir dos depoimentos dos sujeitos constituintes da pesquisa, com as variáveis obtidas e a frequência dos depoimentos.

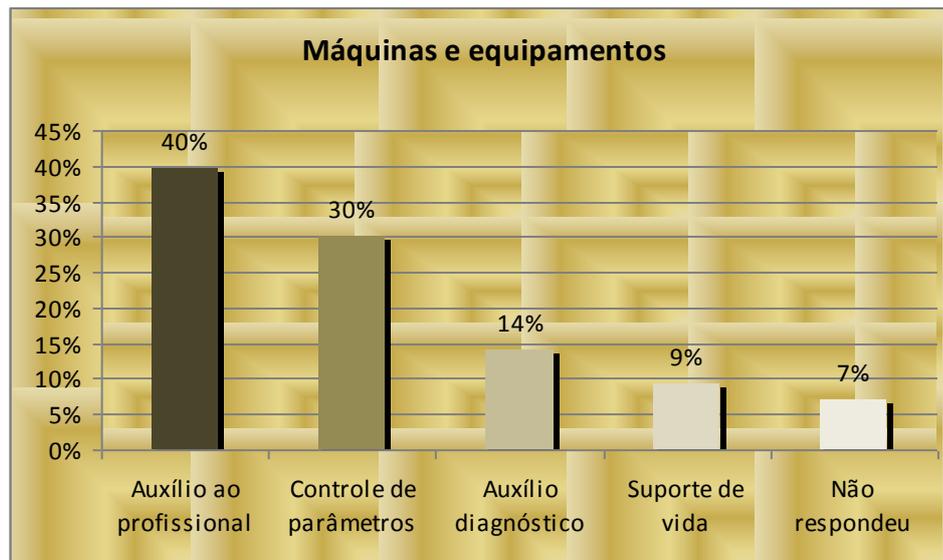


Gráfico 8 – Entendimento dos sujeitos acerca das máquinas e equipamentos na UTI

Conforme se pode observar no gráfico 8, dos depoimentos dos sujeitos emergiram 4 variáveis, sendo que existiram pessoas que não responderam de maneira adequada, onde a seqüência das categorias mais citadas, para aquelas com menor representação respectivamente, encontram-se a seguir: auxílio profissional 40%, controle de parâmetros 30%, auxílio diagnóstico 14%, suporte de vida 9% e 7% não souberam responder, ou responderam de maneira equivocada.

A representação mais citada pelos sujeitos a respeito das máquinas e equipamentos foi o auxílio profissional que estes aparelhos propiciam as equipes de assistência em alta complexidade, principalmente no que se refere a equipe de enfermagem.

As citações dos sujeitos encontram-se apresentadas nos fragmentos dos depoimentos a seguir:

“Não é único mais auxilia. Deve ser checado sua confiabilidade.” E3

“...facilitam o trabalho da equipe” E6

“...auxílio no controle de infusões...” E9

“As máquinas e os equipamentos na UTI auxiliam no cuidado ao cliente com graves enfermidades, porém não substituem o olhar especializado e atendido da equipe” E10

“...facilitar a vida do profissional com cálculos e programações...” E13

“É muito importante para o nosso trabalho e para o paciente, pois através deles podemos exercer nossas funções e acompanhar melhor a recuperação do paciente.” E20

“O papel das máquinas... é nos auxiliar, para chegarmos a uma qualidade de assistência.” E24

A utilização das máquinas e equipamentos pode ocorrer das mais variadas formas numa unidade de terapia intensiva, tendo em vistas a existência de diversos aparelhos, suas funções, cada qual com uma utilidade específica, por exemplo: os monitores multiparâmetros, as bombas infusoras, os respiradores artificiais, os compressores de membros inferiores, entre outros, até mesmo as camas elétricas são também um exemplo de equipamento com fundamental relevância para a execução de uma assistência bem sucedida em terapia intensiva. Onde pensar sobre as tecnologias, sobretudo as duras, é pensar que tarefas que até então eram executadas diretamente pelo homem, agora são executados pelas máquinas (SILVA, 2006).

Os monitores multiparâmetros são ferramentas de suma importância no auxílio ao profissional na realização de suas atividades laborais, pois o controle dos sinais vitais são também cuidados realizados pela enfermagem, cabe destacar que não realizaremos maiores discussões a respeito destes equipamentos neste momento pois o mesmo será abordado com maior riqueza na discussão a seguir.

Outro equipamento bastante evidenciado foram as bombas infusoras, e sua capacidade de controle minucioso das infusões e dos cálculos, o que facilita extremamente o trabalho da enfermagem nesta abordagem de assistência, pois na grande maioria das vezes encontram-se prescritos fármacos que exigem um controle muito rigoroso os quais desempenham papel determinante para a condição clínica da clientela (entrevistados 9 e 13).

De acordo com Silva (2006) com a utilização das bombas de infusoras, se constituíram numa importante ferramenta no auxílio ao profissional de enfermagem, tendo em vistas que aprimorou a técnica de administração intravenosa e se transformou num dos recursos tecnológicos mais empregados na administração de

medicamentos para o doente crítico, substituindo desta forma, a ação direta do homem.

Entretanto deve-se levar em consideração que, embora a bomba infusora possa controlar com precisão o fluxo e o volume a serem infundidos, ela como qualquer outra máquina, não possui a sensibilidade para detectar, quando algo não está bem com o doente ou com ela mesma, ainda que possa usar sistema de alarme. Tal fato reforça a idéia que o uso de máquinas para cuidar representa, que a ação humana se torne desnecessária, ela se faz extremamente necessária no manuseio e supervisão do aparelho eletrônico. E somente desta forma, as tecnologias duras poderão de fato garantir a segurança e a qualidade na assistência ao doente crítico, evitando maiores complicações (*op cit.*).

Embora as tecnologias tenham possibilitado a transferência de algumas tarefas humanas para as máquinas, o que não significa dizer que a responsabilidade pelo cliente também tenha sido transferida para elas, no que diz respeito ao atendimento em saúde e, sobretudo na prática da Enfermagem, é necessário ressaltar que nenhum equipamento poderá substituir o afeto, o toque e o apoio, bem como o olhar vigilante e constante da equipe, com o objetivo de atender qualquer tipo de intercorrências, em que pese a eficiência dos sistemas de monitorização utilizados atualmente em UTI.

Uma outra variável que emergiu a partir do questionamento da concepção dos sujeitos acerca da utilização das máquinas e equipamentos no modelo de assistência realizado na UTI foi o controle de parâmetros vitais dos pacientes, os quais os fragmentos dos depoimentos podem ser visualizados a seguir:

“As máquinas e equipamentos têm o papel importante para o controle dos parâmetros vitais ”E2

“Vem ajudar o profissional na vigilância do paciente.” E5

“É de grande importância, pois, hoje encontramos máquinas que monitora sinais vitais, monitora níveis de sedação...” E16

“Através delas somos capazes de identificar alguma anormalidade com o paciente...” E21

“O papel das máquinas e equipamentos é auxiliar a monitorar os parâmetros hemodinâmicos...” E23

“As máquinas e equipamentos permitem maior exatidão e segurança quanto a condição clínica do paciente, tornando possível uma ampliação da percepção do que outrora não seria mensurável ou realizável pelo homem.” E25

Os monitores multiparâmetros dentre todos os aparelhos, são os componentes de maior visibilidade ao adentrarmos no universo da UTI, pois, inicialmente são estes, que desde o momento da admissão de um paciente nestas unidades, os primeiros itens a serem conectados ao indivíduo assistido, possuem diversos números, alarmes, com o intuito de sinalizar qualquer alteração dos padrões de vigilância pré-determinados.

A monitorização constante dos padrões hemodinâmicos constitui elemento essencial na assistência em terapia intensiva, neste contexto os monitores são de extrema importância para a equipe de enfermagem, que é a equipe na qual possui a responsabilidade de realizar os registros destes padrões durante todo o seu turno de trabalho, pois através da utilização dos monitores torna-se viável o acompanhamento e o registro dos índices de maneira mais rápida e dinâmica, tal qual se exige neste setor dotado de uma clientela altamente complexa, pois a verificação destes índices sem a utilização destes equipamentos se faria de uma forma extremamente demorada inviabilizando o trabalho.

Os sistemas de monitorização são fundamentais na observação do cliente criticamente enfermo, fornecendo informações sobre as variáveis biológicas, com exatidão e precisão adequada, permitindo o acompanhamento e a tomada de decisões necessárias em tempo hábil (SILVA, 2006).

A utilização de aparelhos de monitorização nas UTI atribui a estes setores uma maior visibilidade em termos de qualidade, pois de acordo com Silva (2006) poucas são as unidades que conseguem monitorar com maior precisão o cliente criticamente enfermo, e da mesma forma, fornecer informações tão fidedignas e contínuas sobre suas variáveis fisiológicas, em tão curto instante de tempo e com tamanha precisão como a UTI. Tal fato somente se faz possível, devido ao enorme aparato tecnológico disponível nessas unidades.

Entretanto os profissionais não devem se utilizar somente dos valores registrados nos monitores, pois conforme explicitamos, estes são somente ferramentas, e como tal são passíveis de erros, cabendo ao profissional uma análise criteriosa do cliente embasado em seu conhecimento especializado.

Dentre as inúmeras atribuições associadas às máquinas e equipamentos utilizados na dinâmica da UTI, o auxílio diagnóstico também emergiu nas falas dos sujeitos, os quais encontram-se evidenciados a seguir:

“... ajudam em algumas condutas a serem tomadas, porém a avaliação clínica ainda é a grande tomada de decisão.” E2

“Fundamental na assistência do cliente, possibilitando maior precisão no diagnóstico e tratamento da doença.” E11

“Auxiliar num melhor diagnóstico, mais preciso e eficaz, agilizando assim o atendimento ao cliente.” E12

“... realização de exames para diagnósticos de doenças.” E15

“... auxilia no diagnóstico de certas patologias.” E16

Destacado em 14% dos depoimentos, o auxílio diagnóstico constituiu a terceira variável com maior representação no questionamento acerca da representação das máquinas e equipamentos no modelo de assistência empregado nas UTIs.

Por se tratarem também de importantes aparatos tecnológicos na dinâmica hospitalar, existem uma infinidade de equipamentos com a função de auxílio diagnóstico, onde ao serem agrupados os laudos após a realização de diversos exames sejam eles laboratoriais (que também são realizados por aparelhos), os de imagem, por exemplo: tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia, raio-x, dentre outros, juntamente com os dados evidência da avaliação constante do quadro clínico, se chega a uma hipótese diagnóstica, a qual serão traçadas condutas com o fim de tratamento do quadro evidenciado.

“No cotidiano das unidades de cuidados intensivos, a “tecnologia dura” também tem sido utilizada no diagnóstico e terapêutica de Enfermagem. À exemplo das bombas de infusão, para não citar outros dispositivos, os glicosímetros

digitais portáteis têm facilitado sobremaneira a implementação dos cuidados de Enfermagem, com segurança e conforto para o doente crítico. Estes equipamentos são freqüentemente utilizados para a imediata e precisa determinação da glicemia capilar em doentes com distúrbios glicêmicos, que carecem de monitorização constante (SILVA, 2006: 31).”

Conforme viemos abordando, as máquinas e equipamentos realizam inúmeras funções no cotidiano de assistência hospitalar e sobretudo na terapia intensiva, os depoimentos em que as mesmas foram evidenciadas como instrumentos de suporte de vida encontram-se destacados a seguir:

“As máquinas funcionam como suporte o paciente, ex: respirador, monitor, bomba...” E1

“Fundamental. O paciente em estado crítico depende de suporte ventilatório,... entre outros suportes essenciais à sua recuperação.” E7

“... pode fazer o papel de um órgão vital...” E13

“... as próteses ventilatórias, que mantém o paciente vivo algum tempo ou somente expandindo o pulmão...” E17

A equipe de enfermagem atuante nas UTI, rotineiramente se defronta durante a realização do cuidar dispensado à clientela assistida com uma situação onde as máquinas tornam-se efetivamente uma extensão dos corpos dos indivíduos ali assistidos. Pois como considerar os respiradores artificiais senão como os pulmões dos pacientes? Ou então os aparelhos de hemodiálise serão seus rins? Até mesmo as bombas infusoras com a infusão de fármacos que regulam a pressão arterial, ou a frequência cardíaca?

Neste ambiente complexo é que se desenvolve o cuidar em UTI, no qual os questionamentos levantados anteriormente são realizados todos os dias pelos profissionais destes setores, este lidar com máquinas que realizam as funções vitais dos indivíduos, e como tal, também dispendem de bastante tempo dos profissionais, pois ao mesmo tempo em que elas funcionam como elementos facilitadores do trabalho, o fazer laboral na inexistência delas seria quase que impossível, ou pelo menos ocorreria de maneira muito mais trabalhosa.

Segundo Toffoletto, Zanei e Hora *et al.* (2005) a utilização de recursos tecnológicos e medicamentos potentes para suporte hemodinâmico, ventilatório, renal, ou ainda para a reanimação cardiorrespiratória, compõem o cotidiano assistencial em terapia intensiva. Onde todo este aparato, utilizado de maneira funcional, se destina ao atendimento de pacientes graves ou em risco de morte, que exigem, além de equipamentos, assistência médica e de enfermagem ininterruptas e especializadas.

Neste sentido, as unidades de terapia intensiva se tornaram alvo de constantes questionamentos e enfrentamentos de cunho bioéticos, através de discussões a respeito de conflitos éticos que se referem à crescente utilização de tecnologias no tratamento de pacientes que não mais respondem aos tratamentos disponíveis, com conseqüente prolongamento do processo de morte (*op cit.*).

Neste contexto poderemos visualizar no gráfico a seguir a maneira em que os técnicos de enfermagem e os enfermeiros interpretam a utilização das máquinas e equipamentos nas unidades de terapia intensiva.

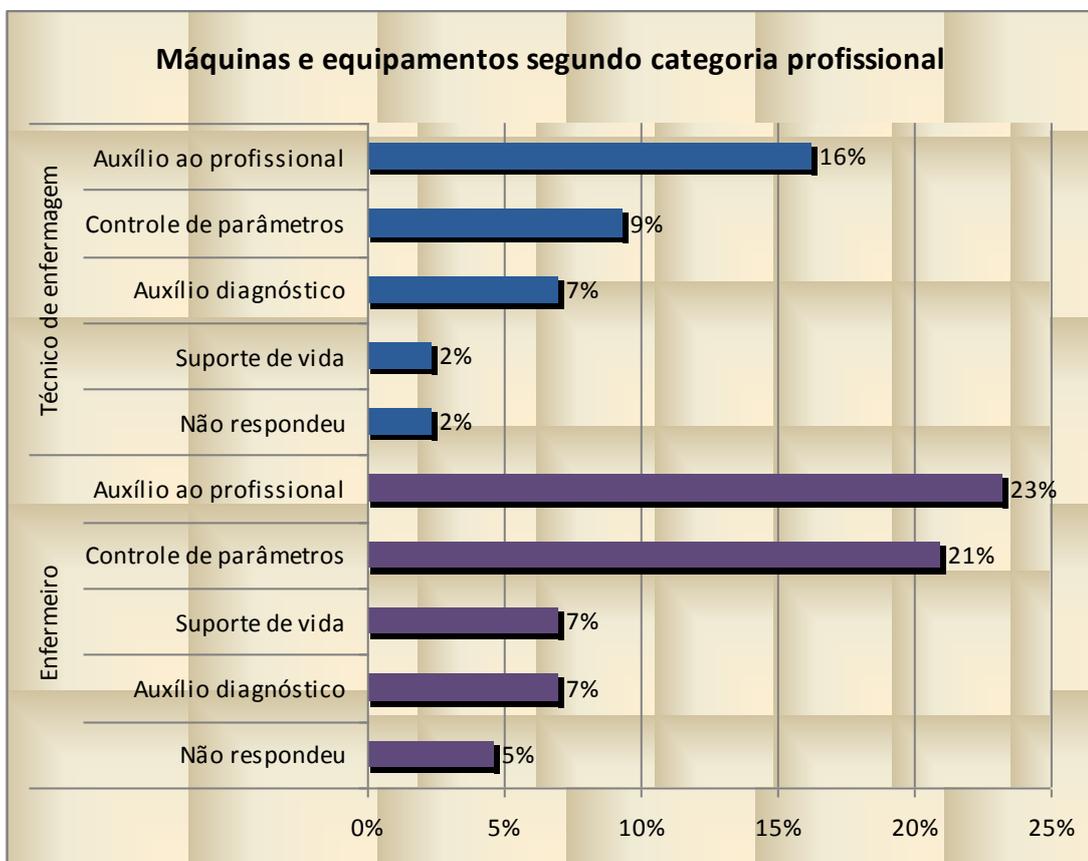


Gráfico 9 – Entendimento dos sujeitos acerca das máquinas e equipamentos na UTI segundo categoria profissional

No gráfico acima encontram-se identificadas a subdivisão dos depoimentos acerca do entendimento dos sujeitos a respeito das máquinas e equipamentos na UTI, segundo a categoria profissional (técnicos de enfermagem e enfermeiros). Cabe ressaltar que a organização dos dados demonstrados são um desmembramento do gráfico 8.

Entre os técnicos de enfermagem, a característica mais citada foi o auxílio ao profissional em 16% dos discursos, em seguida o controle de parâmetros 9%, após auxílio diagnóstico 7%, e por último o suporte de vida 2%.

Já entre os enfermeiros, a frequência das citações foram: auxílio ao profissional 23%, o controle de parâmetros 21%, o suporte de vida 7%, e o auxílio diagnóstico 7%.

Como neste questionamento não emergiram um número maior de variáveis, foram somente um total de 4, podemos identificar que a representação tanto para os enfermeiros, quanto para os técnicos de enfermagem seguiram o mesmo padrão nos apontamentos. O que nos leva a crer que estas características referidas são realmente muito marcantes, que de certa forma limitou os entrevistados a realizarem outros apontamentos.

A variável que apresentou maior discrepância nos depoimentos de enfermeiros e técnicos de enfermagem foi aquela que apontou as máquinas e equipamentos como importantes ferramentas no controle de parâmetros, apresentando entre os enfermeiros a frequência de 21% das citações, e entre os técnicos de enfermagem 9%. Tal apontamento nos permite afirmar que os enfermeiros, dada sua formação e atribuição/responsabilidade técnica, mostram o quanto os equipamentos eletromédicos podem contribuir para o controle e monitorização dos parâmetros hemodinâmicos dos pacientes.

Outra característica que também apresentou discrepância ao defrontarmos os discursos entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, foi aquela em que as máquinas, foram apontadas como suporte de vida, onde entre os enfermeiros esta variável obteve frequência de 7% nas citações, enquanto para os técnicos apenas 2%. Tal fato é embasado novamente, na maior qualificação profissional dos enfermeiros, que lhes permite perceber este aspecto mais subjetivo na assistência

em UTI, onde o aparato tecnológico exerce de maneira bastante presente o papel de suporte de vida da clientela, conforme discutido anteriormente.

7.2.2 - 2º CATEGORIA: SOBRE DESUMANIZAÇÃO E DESCUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA

A segunda categoria qualitativa a ser apresentada neste estudo é aquela desenvolvida no intuito de caracterizar o cuidado em terapia intensiva e os nexos com o discurso da humanização e a emergência da idéia do descuidado no cotidiano de cuidar em ambientes marcadamente tecnológicos.

O termo cuidado desumano advém das discussões acerca da humanização da assistência em saúde, que conforme já apresentado no tópico de contextualização desta dissertação, trata-se de um tema que ganhou foco e se tornou amplamente discutido desde a década de 70, a partir da incorporação das máquinas e equipamentos no ambiente hospitalar, reflexo dos avanços tecnológicos ocorridos no campo de conhecimento em saúde desde aquela época, e que ainda se encontra presente atualmente nos debates sobre assistência em saúde.

Desde então, são realizadas reflexões e discussões no intuito que estes instrumentos tão importantes na assistência em saúde, sobretudo no cuidado prestado em terapia intensiva, não se tornem ferramentas de alienação dos indivíduos, tendo em vistas que estes são o foco da assistência em saúde, e da mesma forma da enfermagem, pois não existe assistência de enfermagem se não existem pessoas a serem assistidas.

O resultado encontrado nos depoimentos dos nossos sujeitos questionados acerca do cuidado desumano, encontram-se ilustrados no gráfico a seguir:



Gráfico 10 – Entendimento dos sujeitos acerca do cuidado desumano na UTI

No gráfico 10 podemos visualizar as variáveis que emergiram dos depoimentos dos sujeitos questionados acerca de sua concepção sobre cuidado desumano, onde as características levantadas foram por ordem de frequência nos depoimentos, respectivamente: maus tratos 32%, descaso 23%, desrespeito ao paciente 18%, erros de aplicação da técnica 14%, e falta de informação, falta de ética e dar importância às máquinas ambos com 5%.

Podemos identificar através dos resultados acima descritos que existe por parte de nossos sujeitos uma valorização dos aspectos psicológicos e subjetivos sobre aqueles de cunho prático, tal afirmação pode ser realizada considerando as três variáveis que emergiram com maior frequência nos depoimentos, quais sejam: maus tratos, descaso e desrespeito ao paciente, que juntas totalizaram aproximadamente 73% das citações obtidas, e caso considerarmos ainda a falta de ética iremos obter um total aproximado de 78%.

A partir do momento em que incitamos os entrevistados a assinalarem sua concepção sobre cuidado desumano, acreditamos que da mesma maneira os mesmos poderiam expor suas próprias inquietações sobre situações vivenciadas ao mesmo tempo em que estavam expondo suas opiniões acerca da temática abordada.

O fato dos sujeitos terem referido os aspectos subjetivos com maior proporção nos mostrou que mesmo sendo indivíduos predominantemente de faixa

etária reduzida demonstram preocupação com os indivíduos assistidos e seus sentimentos, o que não significa que desconsiderem os aspectos práticos relacionados as máquinas, mas que para esta parcela dos sujeitos os focos de sua assistência são as pessoas.

Como forma de analisarmos com maiores detalhes os aspectos sinalizados pelos entrevistados em cada categoria, iremos agora discutir cada variável relacionada ao cuidado desumano separadamente.

A variável com maior representatividade dentre as referidas pelos sujeitos foi aquela onde os mesmos referiram os maus tratos como representação de cuidado desumano, e os fragmentos de seus depoimentos poderão ser visualizados a seguir.

“É quando as pessoas são maltratadas fisicamente ou verbalmente...”E1

“... quando os profissionais de saúde se esquecem do carinho, atenção, conforto ao paciente...”E2

“Quando o cuidado é prestado se utilizando de palavras ásperas e/ou quando o profissional não tem condições de oferecer conforto ao paciente...”E3

“É o cuidado prestado ao cliente que de alguma forma produz uma injúria”E4

“É desumano também a ação que cause sofrimento imediato ou tardio.”E5

A situação de maus tratos pode vir a se configurar por meio de atos, omissão, abuso psicológico, violência psicológica, e violência física, que podem vir a ocorrer dano ou incômodo a qualquer pessoa no decorrer de sua vida.

Os maus tratos constam no código penal brasileiro, que traz disposto em seu artigo 136:

“Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a

trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina.”

Nas instituições hospitalares, os maus tratos podem ocorrer decorrente de uma administração deficiente, pessoal desqualificado, supervisão de enfermagem deficiente, número insuficiente de pessoal, dentre outros fatores que podem vir a gerar situações e/ou atos que ocasionem os maus tratos.

De acordo com Deslandes (2004) em seu artigo que discutia o discurso do governo a respeito do programa nacional de humanização, afirmou que este teve seu início a partir de queixas por parte dos usuários de maus tratos físicos e psicológicos, vivenciados no momento em que necessitavam de atendimento em saúde, e recorriam as instituições públicas assistenciais para atenuar seus problemas, onde o eixo central de discussão e elaboração do programa abordava a humanização como oposição a violência.

Podemos concluir que esta questão que envolve os maus tratos é muito ampla e com a possibilidade de avaliação sobre vários pontos de vista, uma vez que a violência não se encontra delimitada apenas em agressões físicas propriamente ditas, aborda questões subjetivas inerentes a cada indivíduo e suas especificidades que lhes são peculiares, tal qual deverá ser a assistência que lhe é oferecida.

Outra variável que emergiu dos depoimentos dos entrevistados foi o descaso, vejamos a seguir os fragmentos que trouxeram estas considerações:

“... descaso com pessoas que não podem se defender, com idoso e pessoa com problema...”E1

“É o cuidado prestado sem o devido compromisso com o paciente... um simples atendimento não é realizado...”E6

“É a assistência prestada ao paciente sem consciência de quem recebe este cuidado é outro ser idem.”E7

“A ausência do comprometimento com cuidados considerados básicos subentendidos pelos profissionais envolvidos...”E9

“Considero cuidado desumano como sendo o descaso...”E12

O descaso que de acordo com o dicionário Michaelis(1998) significa desatenção, desprezo, descortesia, pouco-caso, é exatamente o que os sujeitos

trouxeram em seus depoimentos, cabe destacar as palavras do entrevistado 7 “*É a assistência prestada ao paciente sem consciência de quem recebe este cuidado é outro ser idem*”, ou seja, trata-se da total desconsideração por parte do profissional, para com seu semelhante, este que encontra-se em situação de dependência daquele que lhe presta atendimento, pois encontra-se acometido por uma enfermidade e em boa parte das vezes totalmente dependente daqueles que os assistem.

Tal situação nos faz defrontar com o seguinte questionamento: poderia o descaso também ser considerado como maus tratos?

Se considerarmos que também constitui-se numa situação de violência, que pode ocasionar alguma injúria poderia sim estar englobado na categoria maus tratos, entretanto, fizemos questão de criar uma categoria analítica específica para o descaso, por considerarmos que se trata de uma situação mais grave que não pode ser apenas observada pelas implicações legais, mais sim de um problema ético-moral que assola a humanidade como um todo, uma sociedade ausente de valores, movida pelo dinheiro e pela cobiça, e movida pelos interesses próprios, questões estas que necessitam de maiores discussões e que ultrapassam os objetivos de nosso estudo.

Na seqüência das variáveis que emergiram dos depoimentos dos sujeitos ao se referirem ao cuidado desumano, vem aquela onde foi destacado por pelos entrevistados o desrespeito ao paciente.

“O que não respeita a individualidade do paciente, suas necessidades únicas...”E5

“... o não respeito ao pudor do próximo.”E9

“É um tratamento sem levar em conta o sentimento e a dignidade do cliente.”E11

Podemos visualizar nos fragmentos dos depoimentos dos nossos sujeitos que ao refletirem sobre cuidado desumano, os mesmos consideram que esta situação encontra-se configurada na ocorrência do desrespeito ao paciente, ocasionado pela desconsideração de sua individualidade, o não respeito ao seu pudor e da mesma forma sua dignidade.

Este processo pode ser potencializado nas UTI, pois de acordo com Bettinelli, Pomati e Brock (2010) a experiência da internação em ambiente intensivo, em razão das suas características e rotinas, muitas vezes rígidas e inflexíveis, pode gerar ao paciente desconforto, impessoalidade, isolamento social, falta de privacidade, perda de identidade e autonomia. Nesse processo o paciente encontra-se aviltado do processo de escolha, ou até mesmo de se expressar sobre sua higiene, alimentação e até mesmo sobre sua eliminação.

Entretanto de acordo com os mesmos autores não há situação que mais fragilize os indivíduos que se encontram submetidos aos cuidados nas UTIs, que a exposição corporal, pois já desde o início os mesmos são obrigados a ficarem vestidos com camisolas hospitalares, o que é compreensível pela condição clínica dos clientes, onde a camisola facilita a intervenção imediata caso necessário, e da mesma forma devemos considerar a ocorrência da exposição no momento do banho, a realização de outros procedimentos, ou seja, o indivíduo assistido encontra-se com sua privacidade invadida a todo instante.

Os erros de aplicação da técnica também foram ressaltados pelos sujeitos do estudo como situações de cuidado desumano.

“... quando não se aplica a técnica necessária”E6

“... quando um cuidado é mal planejado, mal executado, com um resultado ruim.”E10

Todo profissional no desenvolvimento de suas atividades de trabalho encontram-se na possibilidade da incidência de cometer algum tipo de erro, podendo este ter diversas proporções, o que exige do profissional extrema atenção, destreza e perícia na realização de seu trabalho.

Abordar a temática do erro nos induz automaticamente a uma outra questão, que não pode deixar de ser discutida, que é a intencionalidade no erro, pois uma série de fatores podem levar o profissional a incidir num erro técnico, fatores materiais (falta de condições de trabalho), e psíquicas inerentes ao sujeito (estresse, pressão dos superiores, dos familiares, do próprio paciente), entretanto o erro não pode ocorrer de natureza consciente e intencional, pois dessa forma configura-se numa situação de violência.

De acordo com Chianca (2006) as ações que resultam em erro podem ser intencionais ou involuntárias (não intencionais). As ações involuntárias decorrem normalmente de momentos onde houve falta de atenção, são os enganos decorrentes da execução de tarefas muito automatizadas. Os lapsos também são formas de erros não intencionais, normalmente oriundos de falhas de memória que não se manifestam em comportamento real.

Neste contexto o profissional de enfermagem, por ter como foco de atuação o cuidado ao ser humano, ao desenvolver suas atividades assistenciais de trabalho, deve garantir a sua clientela a execução de um cuidado, seguro, e isento de erros, principalmente em unidades de terapia intensiva, onde as pessoas ali assistidas encontram-se em condições clínicas altamente delicadas, onde um mínimo erro pode colocar em risco a vida do indivíduo cuidado.

As variáveis que afloraram com menor frequência dos depoimentos dos sujeitos, encontram-se agrupadas neste momento da discussão como forma de facilitar a visualização dos depoimentos, os mesmos podem ser encontrados a seguir:

“... dão importância as máquinas e equipamentos.”E2

“... o não esclarecimento da real situação do doente para com os familiares...”E9

“... a falta de ética para com o paciente por toda a equipe multidisciplinar...”E12

Neste momento da discussão encontram-se variáveis, que conforme já dito anteriormente emergiram em menor frequência nos depoimentos dos entrevistados, porém não se tratam de elementos de menor importância neste estudo, uma vez que representam também inquietações destes profissionais, e que podem representar situações que geram transtornos em muitos outros profissionais.

No primeiro fragmento de discurso apresentado, trazemos aquele que se refere a característica que relaciona o cuidado desumano com dar importância as máquinas e equipamentos por parte dos profissionais atuantes nas UTIs, cabe destacar que o discurso da humanização da assistência se originou a partir da implementação do maquinário na assistência em saúde, e desde então esta

preocupação com a supervalorização dos equipamentos se faz presente na enfermagem.

Entretanto esta pontuação feita pelos sujeitos nos leva a acreditar que trata-se de uma questão ainda não totalmente resolvida pela enfermagem atualmente, o que conseqüentemente nos faz refletir sobre que tipo de assistência tem sido dispensada no cotidiano de cuidar em terapia intensiva, uma vez que os equipamentos são instrumentos de grande importância no cenário das UTIs, porém jamais deverão ser o foco do cuidado praticado.

Outra variável destacada foi aquela que se referiu a questão da falta de informação por parte da equipe para com o cliente e da mesma forma com a família. Esta situação se origina pelo fato do paciente ser considerado na grande maioria das vezes figura passiva no processo da assistência. Tal fato se configura numa barreira na assistência de enfermagem, uma vez que não favorece a criação de um vínculo de confiança entre equipe e cliente.

De acordo com Silva, Cassiani, Miaso, et al (2007) uma das exigências para uma assistência de enfermagem de qualidade e segura é a existência de um canal de comunicação eficaz entre equipe e paciente, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta.

A falta de ética também emergiu como variável nos depoimentos dos entrevistados, entretanto o fato assinalado no depoimento do entrevistado 12, não se refere exclusivamente a questões éticas envolvendo a equipe de enfermagem e seus clientes, mas a questões maiores que abrangem toda a equipe assistencial presente nas UTIs, normalmente composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, dentre outros.

A ética profissional, assunto bastante discutido nas unidades de saúde, é tema que compõe a grade curricular de todas as profissões desta área, uma vez que no decorrer de suas atividades laborais, o profissional de saúde se defronta a todo instante com situações que necessitam de um arcabouço ético-legal para determinar seus atos, uma vez que a assistência em saúde envolve a manipulação de vidas humanas, e em se tratando das unidades de terapia intensiva, os profissionais se defrontam com pacientes situações de risco de morte.

Após estas discussões e reflexões acerca dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, que compunham o grupo questionado sobre cuidado desumano, vamos analisar a frequência dos depoimentos, relacionando com algumas características do perfil sócio-demográfico, que consideramos que possam vir a influenciar as formas com que os indivíduos percebem o mundo a sua volta e as situações por eles vivenciadas.

Pode ser visualizado a seguir o gráfico onde relacionamos as características encontradas sobre cuidado desumano e a categoria profissional (técnicos e enfermeiros).

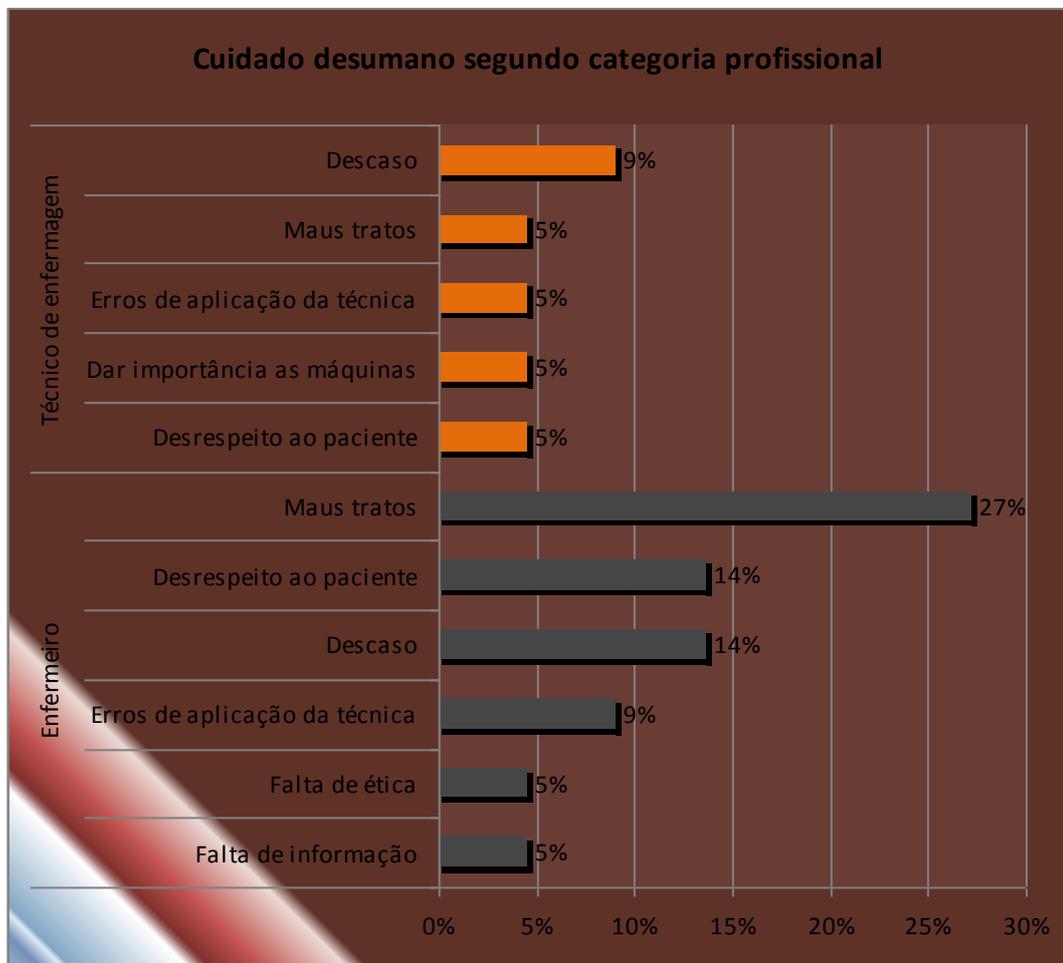


Gráfico 11 – Entendimento dos sujeitos acerca do cuidado desumano na UTI segundo categoria profissional

A distribuição dos entendimentos sobre cuidado desumano, dos sujeitos do estudo, segundo categoria profissional (gráfico 11) encontrada foi, entre os técnicos de enfermagem: descaso 9%, enquanto, maus tratos, erros de aplicação da técnica,

dar importância às máquinas e desrespeito ao paciente 5%, cabe destacar que as o total de características evidenciadas pelos técnicos de enfermagem, totalizaram apenas 29% do total das variáveis, enquanto dos depoimentos dos enfermeiros obtivemos 71% das citações.

Entre os enfermeiros a distribuição encontrada foi: maus tratos 27%, desrespeito ao paciente 14%, descaso 14%, erros de aplicação da técnica 9%, falta de ética e falta de informação 5%.

Ao observarmos o gráfico 11 podemos identificar que de uma maneira geral as respostas seguiram um padrão, em termos da citação das variáveis, pois pelo menos 4 delas encontram-se em ambos grupos, embora com diferentes proporções. Neste sentido merece destaque, que três variáveis foram evidenciadas nos depoimentos de apenas um grupo profissional não sendo destacadas pelo outro grupo, quais sejam: aquela sobre dar importância às máquinas e equipamentos, descritas apenas pelos técnicos de enfermagem, enquanto a falta de ética e a falta de informação foram encontradas apenas nos depoimentos dos enfermeiros.

As discrepâncias quanto à frequência das variáveis entre os depoimentos de técnicos de enfermagem e enfermeiros, ficaram por parte do maus-tratos, onde evidenciamos a maior delas, 27% nos enfermeiros, enquanto 5% nos técnicos de enfermagem; a segunda maior variação ocorreu na variável desrespeito ao paciente, sendo 14% enfermeiros, e 5% técnicos; a terceira maior discrepância que merece destaque é aquela referente ao descaso, citado na frequência de 14% entre os enfermeiros, e 9% entre os técnicos. Tais dados evidenciam o quanto pode ser diferente as opiniões entre sujeitos de acordo com sua formação profissional, embora possuam o mesmo cenário de atuação.

O próximo gráfico relaciona as variáveis emergidas nos depoimentos sobre cuidado desumano, com o tempo de trabalho em terapia intensiva.

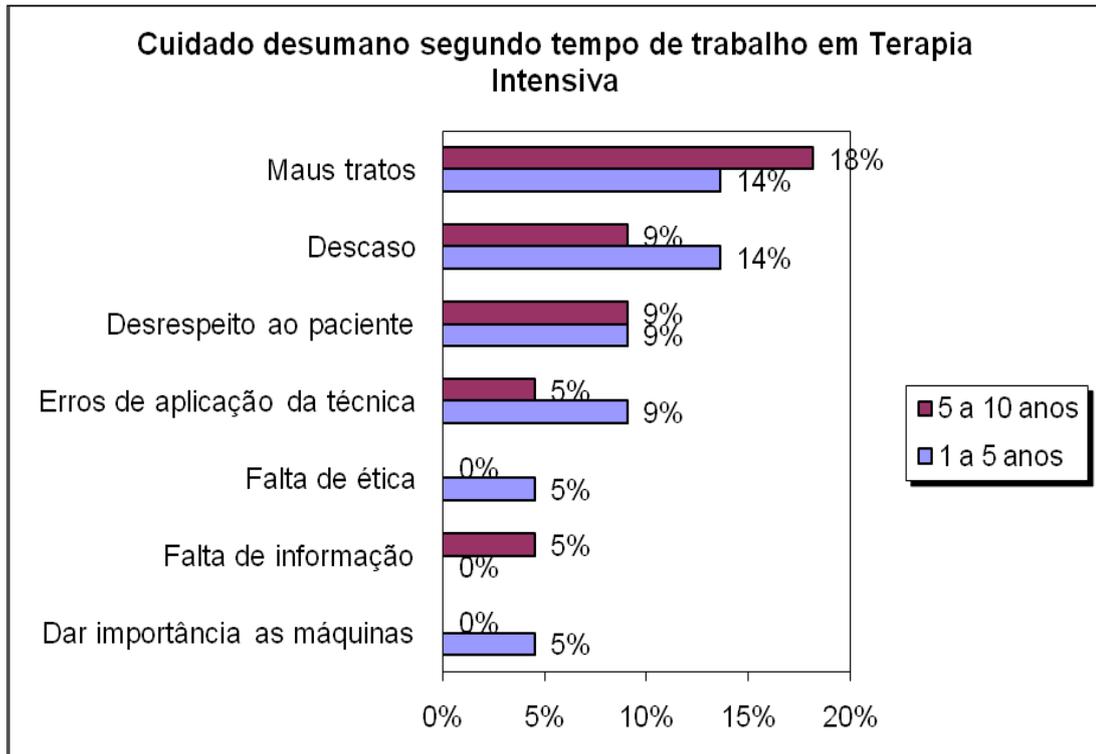


Gráfico 12 – Entendimento dos sujeitos acerca do cuidado desumano na UTI segundo tempo de trabalho na UTI

No gráfico 12 pode-se visualizar a frequência das citações dos entrevistados acerca do cuidado desumano segundo o tempo de trabalho em terapia intensiva, onde podemos visualizar que este tópico foi respondido somente por profissionais que exercem suas atividades profissionais em UTI nos períodos compreendidos entre 1 a 5 anos e 5 a 10 anos.

Iniciaremos então a descrição das frequências emergidas dos indivíduos com experiência em UTI no período de 1 a 5 anos: maus tratos e descaso 14%, desrespeito ao paciente e erros de aplicação da técnica 9%, falta e ética e dar importância as máquinas 5%. Enquanto os profissionais com período de experiência entre 5 e 10 anos encontramos: maus tratos 18%, descaso e desrespeito ao paciente 9%, erros de aplicação da técnica e falta de informação 5%.

Ao observarmos estes resultados percebemos que quanto maior a experiência profissional, menor é a preocupação com a máquina, enquanto, que os menos experientes apresentam maior preocupação em relação ao domínio da tecnologia em detrimento do corpo assistido, embora em seus depoimentos os mesmos também façam referência aos aspectos subjetivos do cuidado.

Podemos perceber mais uma vez que os dados obtidos no gráfico 12, da mesma forma que aqueles observados no gráfico 11, não tiveram grandes discrepâncias, e as pequenas divergências foram por conta das variáveis: dar importância as máquinas e equipamentos, falta de informação e falta de ética. As demais características foram lembradas pelos sujeitos dos dois grupos de tempo de trabalho em UTI.

Conforme já discutido anteriormente as discussões sobre as questões de gênero permeiam a enfermagem, dessa forma seria impossível imaginar que as mesmas não fizessem parte desta discussão, portanto, pode ser visualizada a seguir no gráfico 13, a relação do discurso sobre cuidado desumano com a variável do perfil sócio-demográfico sexo. Cabe destacar que diferentemente dos gráficos anteriores, no gráfico 13, as frequências apresentadas são relativas a cada grupo, ou seja, para o grupo dos homens teremos da soma um total de 100%, e da mesma forma encontra-se a apresentação do grupo das mulheres.

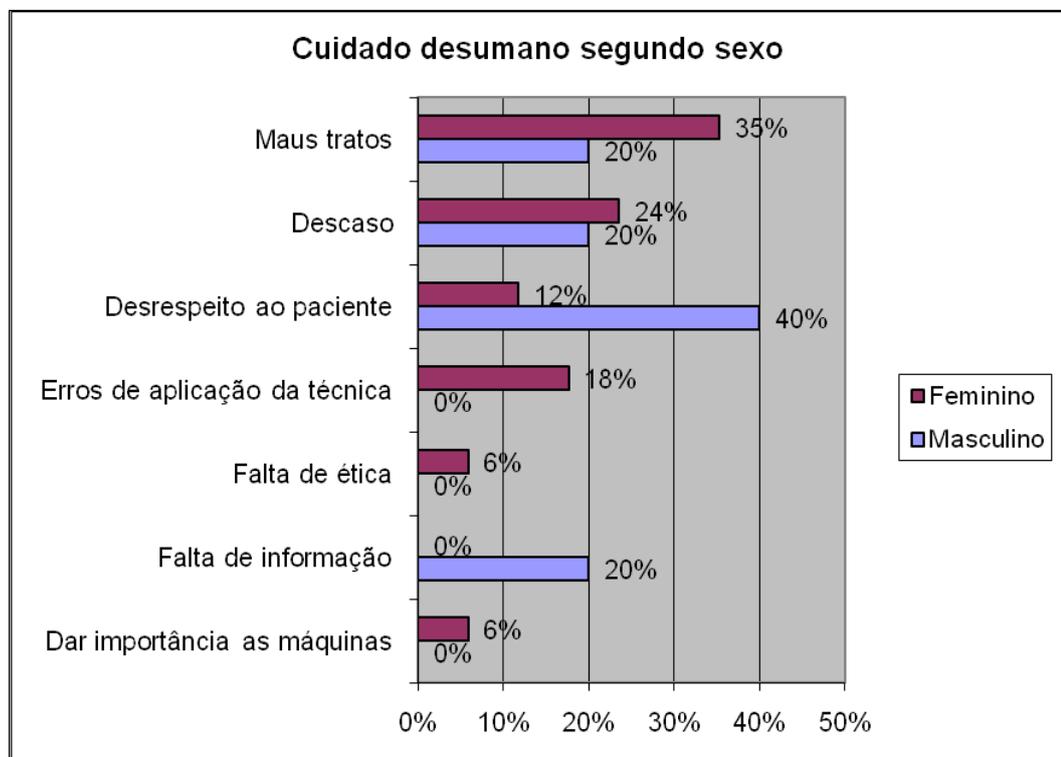


Gráfico 13 – Entendimento dos sujeitos acerca do cuidado desumano na UTI segundo sexo

O gráfico acima ilustra a frequência dos depoimentos obtidos segundo o sexo (masculino e feminino), onde podemos identificar que do total dos indivíduos do sexo masculino 40% entendem o desrespeito ao paciente como cuidado desumano, enquanto maus tratos, a falta de informação e o descaso foram citados ambos por 20% dos indivíduos homens.

No tocante às mulheres identificamos: maus tratos 35%, descaso 24%, erros de aplicação da técnica 18%, desrespeito ao paciente 12%, falta de ética e dar importância as máquinas ambos com 6%.

A análise do gráfico 13 nos possibilitou a determinação de um perfil dos nossos entrevistados, onde os sujeitos do sexo masculino, tratam-se de indivíduos com grande preocupação no que se refere ao respeito com o paciente, mas que também se importam com os maus tratos, com a falta de informação aos pacientes e o descaso.

Fato altamente relevante foi frequência de 40% nos depoimentos dos homens sobre o desrespeito ao paciente, embora também tenha sido citado pelas mulheres, porém em frequência menor (12%), o que nos faz remeter as barreiras e resistências ainda enfrentadas pelos homens que exercem a enfermagem, sejam enfermeiros ou técnicos de enfermagem, principalmente no lidar com a clientela do sexo feminino, onde em situações de exposição corporal, por exemplo: banho e higiene íntima, e procedimentos que envolvem manipulação de partes íntimas, por exemplo: os cateterismos vesicais, são preteridos pelas pacientes em relação as profissionais do sexo feminino, causando situação constrangedora tanto para os profissionais, quanto para as clientes.

Sobre o perfil de nossas profissionais podemos afirmar que relacionam mais características ao cuidado do que os homens, pois citaram ao total 6 categorias, enquanto os homens se referiram somente a 4. As mulheres que exercem a enfermagem demonstram forte preocupação com os maus tratos e o descaso, lembraram também do desrespeito ao paciente, e diferentemente dos sujeitos do sexo masculino citaram os erros de aplicação da técnica, falta de ética e dar importância as máquinas.

Ao compararmos os dois perfis podemos constatar que os homens ao discursarem sobre cuidado desumano fizeram menção apenas aos aspectos

subjetivos, enquanto as mulheres citaram tanto aspectos subjetivos quanto objetivos.

Após o término da análise e discussão dos gráficos 11, 12 e 13, seus dados nos permitem a realização de uma re-análise dos mesmos em conjunto, como forma de elucidarmos novas discussões a partir dos resultados visualizados nestes.

Uma questão que emana ao relacionarmos os 3 gráficos anteriormente discutidos é aquela que configura uma situação onde as profissionais técnicas de enfermagem, com tempo de trabalho em terapia intensiva de 1 a 5 anos, dão importância as máquinas durante o decorrer do processo de cuidar.

Consideramos que este apontamento ocorreu pelo deslumbramento destas profissionais para com o ambiente da UTI, e o receio destas perante o enfrentamento e o manuseio de todos os recursos tecnológicos durante a realização dos cuidados de enfermagem, algo considerado novo em sua rotina de trabalho, pois no contexto da assistência hospitalar é somente nas UTIs onde os profissionais de enfermagem manipulam cotidianamente com os mais diversos tipos de máquinas e equipamentos durante o desenvolver de suas atividades de trabalho.

Outra questão que surge diz respeito as enfermeiras, com tempo de trabalho em UTI de 1 a 5 anos, que se referem a falta de ética como cuidado desumano.

Como já dito anteriormente grande parcela dos profissionais atuantes nas UTIs, são indivíduos jovens, muitas das vezes recém - formados, repletos de ideologias e se intitulando “defensores da ética”, situação não encontrada nos profissionais com tempo maior de formação profissional, não que a ética profissional seja irrelevante para esta parcela dos sujeitos, muito pelo contrário, entretanto, nos parece que a concepção de ética entre estes profissionais se divergem.

Uma terceira situação que nos desperta atenção se refere aos enfermeiros, com tempo de experiência em UTI de 5 a 10 anos, que fizeram menção a falta de informação.

O processo do cuidado de enfermagem gira em torno de dois sujeitos, o cuidador e aquele que é cuidado, esta relação só se estabelece com o desenvolvimento de uma comunicação eficaz, podendo ser verbal e não verbal, e as informações que emergem neste processo são primordiais para a implementação de uma boa assistência terapêutica. Entretanto cabe destacar que deve existir um canal

de troca de informações, este de mão dupla, tanto profissional-cliente, quanto cliente-profissional, onde o não estabelecimento deste institui uma barreira no processo assistencial.

De acordo com Deslandes (2004) a deficiência do diálogo, a debilidade da comunicação entre profissionais e usuários, repercute de forma negativa no cuidado prestado. O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo comprometem a qualidade do atendimento em saúde.

Da mesma maneira que foram questionados sobre sua percepção sobre cuidado desumano, os entrevistados foram estimulados a citar as situações presenciadas pelos mesmos, que poderiam ser consideradas como cuidado desumano, pois desta maneira consideramos que complementaria os depoimentos anteriormente abordados. Os resultados obtidos encontram-se expressos no gráfico a seguir:

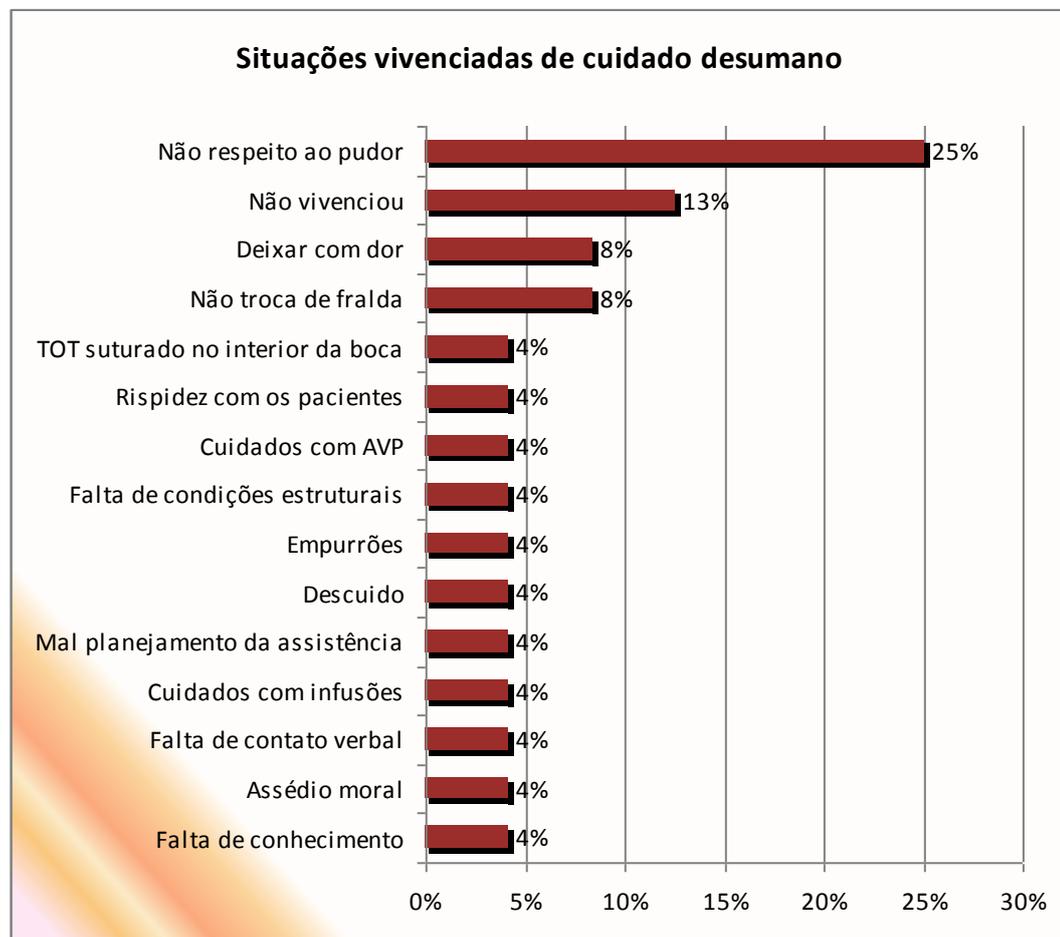


Gráfico 14 – Situações vivenciadas como desumanas na UTI

O gráfico 14 ilustra a frequência das situações vivenciadas pelos sujeitos de cuidado desumano, onde podemos visualizar respectivamente: não respeito ao pudor 25%, não vivenciou 13%, deixar com dor e não realizar a troca da fralda 8%, enquanto TOT (tubo orotraqueal) suturado no interior da boca, rispidez com os pacientes, cuidados com AVP (acesso vascular periférico), falta de condições estruturais, empurrões, descuido, mal planejamento da assistência, cuidados com as infusões, falta de contato verbal, assédio moral, e falta de conhecimento, todos estes com 4%.

Pode-se perceber a presença de uma grande quantidade de situações referidas, o que ocasionou uma frequência pequena de cada situação separadamente. Apenas 3 situações foram citadas com maior porcentagem, são estas: não respeito ao pudor, deixar com dor e não troca de fralda.

Cabe destacar o fato de a situação de não ter vivenciado o cuidado desumano ser referida em 13% das citações. Entretanto todos os sujeitos demonstraram algum tipo de percepção sobre o assunto questionado.

Ao visualizarmos e analisarmos os dados explicitados no gráfico 14, podemos concluir que todas as situações citadas tratam-se de situações resultantes de procedimentos corriqueiros na atuação profissional da equipe de enfermagem, por exemplo, a troca de fraldas, a questão do respeito ao pudor, o cuidado com as infusões, e a manipulação dos acessos venosos periféricos, entre outros, oriundos do contato direto entre cuidador e indivíduo cuidado.

Vale ressaltar que os profissionais de enfermagem se defrontam ao todo momento no decorrer de suas atribuições profissionais, se defrontam com situações de cunho ético – moral, tanto que ao tratarmos as variáveis não respeito ao pudor, deixar com dor e a não troca de fralda, estas que podem ser consideradas como negligência, obtemos um total de 41% das citações dos sujeitos.

A única situação que não se resulta da relação dos indivíduos envolvidos no cuidado é a que foram citadas as situações estruturais, mas implica diretamente sobre a assistência, uma vez que as mesmas são primordiais para a realização de um cuidado adequado.

O próximo passo desenvolvido foi estratificar estas situações entre as categorias profissionais participantes do estudo: enfermeiros e técnicos de

enfermagem. Esta consideração foi realizada devido ao fato de embora todos os profissionais da equipe de enfermagem estejam embutidos no processo de assistência ao paciente, enfermeiros e técnicos de enfermagem, possuem formações e atribuições diferentes no decorrer de seu trabalho.

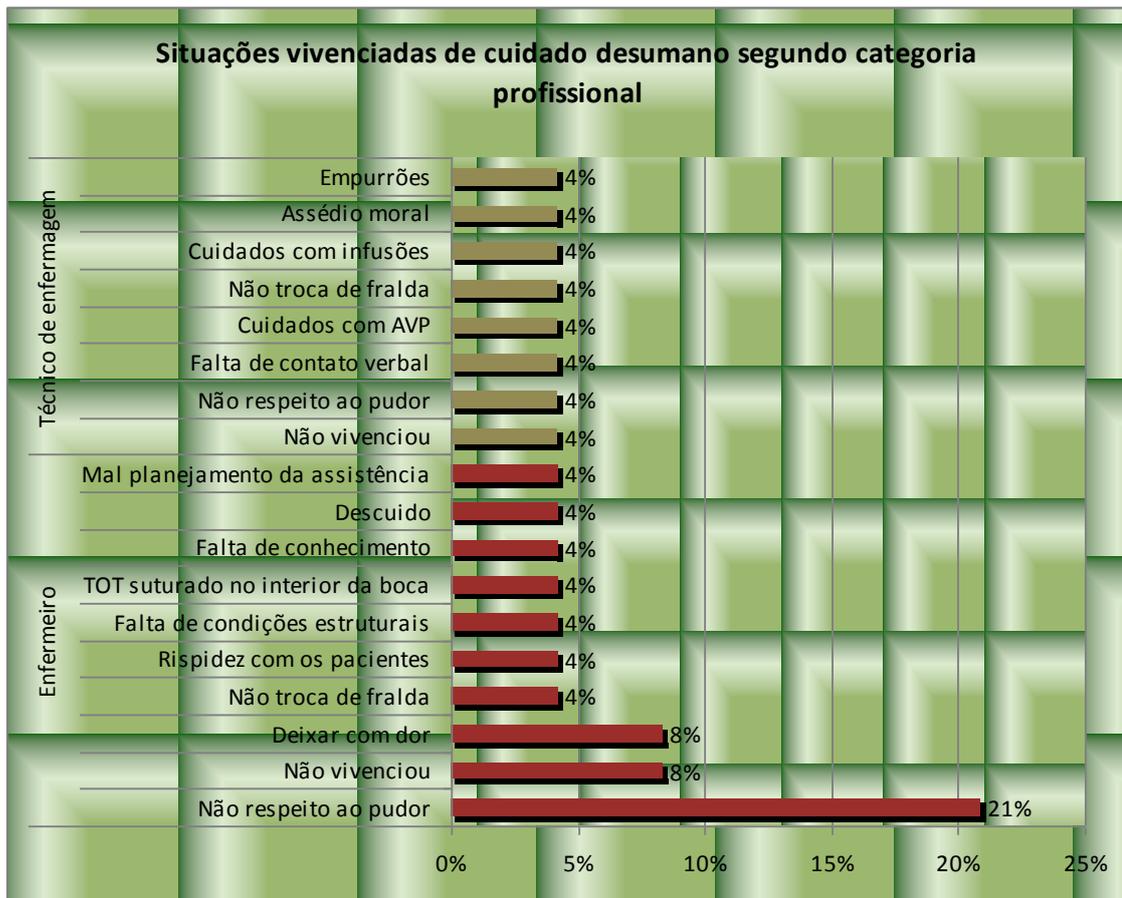


Gráfico 15 – Situações vivenciadas como desumanas na UTI segundo categoria profissional

No gráfico 15 encontramos as situações vivenciadas de cuidado desumano segundo divisão pelas categorias enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Entre os enfermeiros evidenciamos: não respeito ao pudor 21%, não vivenciou e deixar com dor 8%, não troca de fralda, rispidez com os pacientes, falta de condições estruturais, TOT suturado no interior da boca, falta de conhecimento, descuido e mal planejamento da assistência com 4%.

No tocante aos técnicos de enfermagem: não respeito ao pudor, não vivenciou, não realizar a troca da fralda, cuidados com AVP, empurrões, cuidados com as infusões, falta de contato verbal, assédio moral, todos com 4%.

Após analisarmos os dados descritos acima, nos permitimos construir a seguinte consideração: enquanto os técnicos de enfermagem descreveram situações oriundas do contato direto com os pacientes, muitas de cunho prático e técnico, os enfermeiros tiveram uma visão mais ampla, pois além de relatarem situações também oriundas do contato entre os indivíduos, evidenciaram também situações de aspectos subjetivos e estruturais, o que demonstra um maior conhecimento acerca do processo de assistir.

No contexto de cuidar em ambientes marcadamente tecnológicos emergem a todo instante, diversos questionamentos a respeito da prática assistencial ali empregada que nos levam a refletir se as situações onde o cuidado não ocorre da maneira satisfatória incidem em cuidado desumano ou descuidado.

Com vistas a complementar as discussões até o momento desenvolvidas, e da mesma forma nos possibilitar um melhor entendimento sobre estes questionamentos, iremos a partir de então apresentar as reflexões dos sujeitos sobre o descuidado nas práticas de enfermagem.

Antes de discutirmos o descuidado, cabe realizar uma breve reflexão sobre o cuidado, e principalmente o cuidado de enfermagem que é o foco de atuação da assistência de enfermagem.

O conceito de cuidar é extremamente discutido e varia conforme o autor, isto ocorre devido às diversas nuances de se observar questões envolvidas no cuidado: o cuidador, o ser cuidado e o entorno.

De acordo com Neves (2002) a história demonstra que o cuidar sempre esteve presente entre os seres humanos, em diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões.

O cuidado de enfermagem pode ser entendido como um processo que envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos que possuem como base o conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psico-espiritual, tendo em vista a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana (MAIA, ERDMANN, CARRARO, et al, 2003).

O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e

procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição (SOUZA, SARTOR, PADILHA, et al, 2005).

Os resultados e as variáveis obtidas após processo de análise dos resultados, podem ser visualizados no gráfico a seguir:

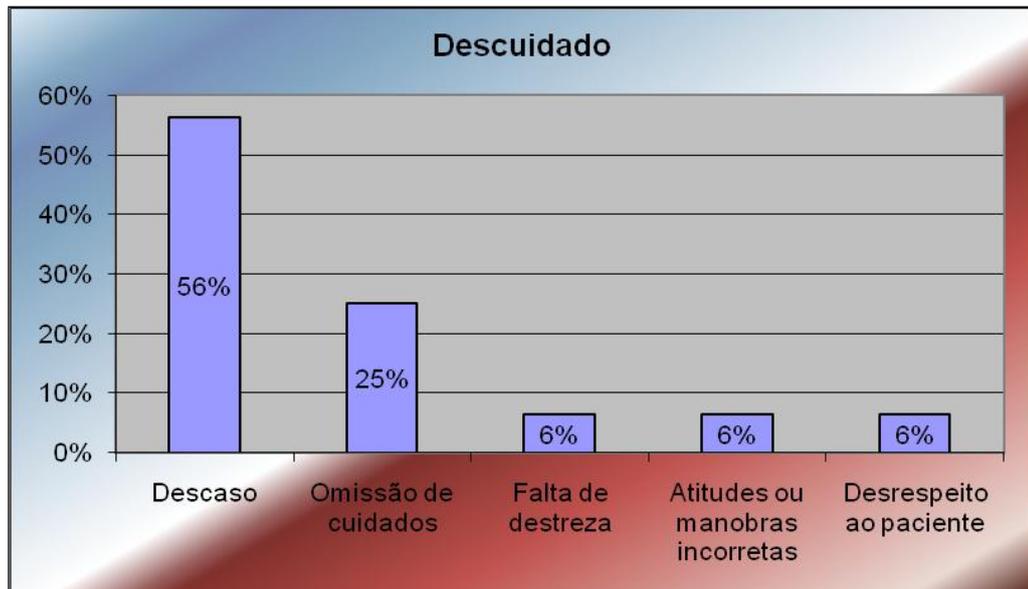


Gráfico 16 – Entendimento dos sujeitos acerca do descuidado na UTI

No gráfico 16 encontramos a distribuição dos entendimentos dos sujeitos acerca de descuido na UTI, onde as variáveis resultantes e suas respectivas frequências foram: o descaso em 56% das citações, a omissão de cuidados 25%, atitudes ou manobras incorretas, falta de destreza e desrespeito ao paciente 6%.

Ao visualizarmos o gráfico 16, nos parece muito evidente a existência de uma extrema preocupação acerca dos aspectos subjetivos componentes do cuidado de enfermagem, sobre os aspectos de origem prática. Tal fato retrata-se principalmente na variável falta de destreza, a única de caráter eminentemente técnico e prático, que obteve uma frequência nos depoimentos de apenas 6%, e da mesma maneira cabe destacar que não houve menção por parte dos sujeitos de aspectos relacionados às máquinas e equipamentos.

Ao compararmos os gráficos 10 (que ilustrava as variáveis sobre cuidado desumano) com o gráfico 16, podemos constatar que existe uma relação muito próxima entre os dois, pelo fato de algumas variáveis literalmente se encontrarem

expressas em ambos gráficos, por exemplo, a que se refere ao descaso e a que versa sobre o desrespeito aos pacientes, e outras que englobam características altamente parecidas, tal qual, a omissão de cuidados, que também pode ser considerada como maus tratos, a falta de destreza, que possui relação com erros de aplicação da técnica, e atitudes e manobras incorretas, que pode ter relação com a falta de ética.

Outra característica marcante que pode ser observada no gráfico 16 foi a frequência total obtida pela variável descaso, que esteve presente em mais da metade das citações sobre descuido. Com vistas a identificarmos o que os sujeitos relataram sobre o descaso, traremos os fragmentos dos depoimentos a seguir:

“... é tudo que fazemos sem atenção, descaso e irresponsabilidade, podendo causar uma fatalidade.”E16

“alguma coisa que você faz sem prestar muita atenção, ou não vê...”E 17

“É toda e qualquer situação que o profissional exerce sem atenção devida.”E20

“Tratar sem cuidado, sem atenção, agir de qualquer maneira...”E22

“... cuidar de qualquer maneira, ou seja, prestar uma assistência e forma inadequada...”E23

“Descuido é não estar atento para as necessidades do nosso cliente e do nosso serviço.”E24

“Fazer sem cuidado. Tratar o paciente sem atenção ou zelo...”E25

Após analisarmos os fragmentos dos depoimentos descritos acima, onde em praticamente todos estes expunham a situação do fazer sem atenção, o que caracteriza o descaso, que conforme já abordado anteriormente na discussão sobre cuidado desumano, trata-se da situação em que o cuidado é realizado sem a atenção necessária, ou então com desprezo da parte do profissional para com o cliente.

Uma reflexão que emerge dos depoimentos dos entrevistados 23 e 24, a partir da utilização em suas falas da expressão “de qualquer maneira”, é a questão sobre a intencionalidade do ato, o que no caso de uma ação realizada de maneira intencional pode ser caracterizada como maus tratos, e neste bojo, considerada um crime.

Compete ao profissional de enfermagem, ao exercer suas atividades assistenciais, principalmente aqueles atuantes nas UTIs, desenvolvê-la com o máximo de atenção possível, pois o mesmo encontra-se lidando a todo instante com vidas humanas onde a incidência num erro poderá expor o paciente a uma situação de risco de morte.

A segunda variável com maior índice de citação foi a que se refere à omissão de cuidados, e os fragmentos dos depoimentos encontram-se descritos a seguir:

“Omissão de cuidados de enfermagem que deveria ser intensiva e precisa...”E18

“Entendo como falta de cuidado, ou diminuição de cuidado; banalização de um determinado cuidado.”E19

“... ignorar a necessidade visível do paciente de forma consciente ...”E25

“Descuidado é deixar de cuidar...”E23

Para iniciar a análise sobre a omissão de cuidados, vale salientar o significado do verbo omitir, que segundo o dicionário Michaelis (1998) representa: “deixar de fazer ou dizer alguma coisa; não mencionar, deixar no esquecimento, de propósito ou não.

Os fragmentos descritos acima citam exatamente a atitude dos profissionais de não realizarem algo de maneira lúcida e consciente, o que descreveu em seu depoimento o entrevistado 25 “... ignorar a necessidade visível do paciente de forma consciente...”. Embora o verbo omitir também possa ser utilizado em referência a um ato ocorrido mesmo sem propósito, nossos sujeitos, abordam aquelas atitudes ocorridas de forma intencional, expressadas de maneira direta em seus depoimentos.

A omissão de cuidados quando realizada pela equipe de enfermagem, além consistir num problema ético-moral, representa, sobretudo uma situação que também pode ser analisada sob aspectos legais, pois a partir do momento que o profissional de enfermagem priva o cliente de algum cuidado, da mesma maneira que os maus tratos, realiza uma prática de trabalho criminosa, negligente, podendo o indivíduo ser julgado criminalmente pelos seus atos.

As demais variáveis evidenciadas nos depoimentos sobre descuidado, que emergiram em apenas 6% das citações cada uma delas, porém não menos relevantes são: atitudes ou manobras incorretas, falta de destreza e desrespeito ao paciente. As mesmas também evidenciadas nos depoimentos dos sujeitos questionados sobre cuidado desumano.

A única citação sobre máquinas e equipamentos encontrada nos discursos acerca do descuidado, esteve contida na categoria falta de destreza, mais especificamente no depoimento do entrevistado 21 onde o mesmo realizou a seguinte afirmação: *“Pode ser considerado descuidado a falta de destreza em algum procedimento ou para manipular algum equipamento...”E21*. Cabe destacar que esta menção demonstra a preocupação com a falta de destreza do profissional em qualquer situação, inclusive no manuseio das máquinas situação comum para a equipe de enfermagem atuante nas UTIs.

Com vistas a obtenção de uma maior riqueza nas discussões, da mesma forma que os dados sobre cuidado desumano, realizamos o cruzamento das variáveis sobre descuidado, com a categoria profissional, com vistas a determinarmos possíveis peculiaridades, este cruzamento pode ser visualizado no gráfico 17.

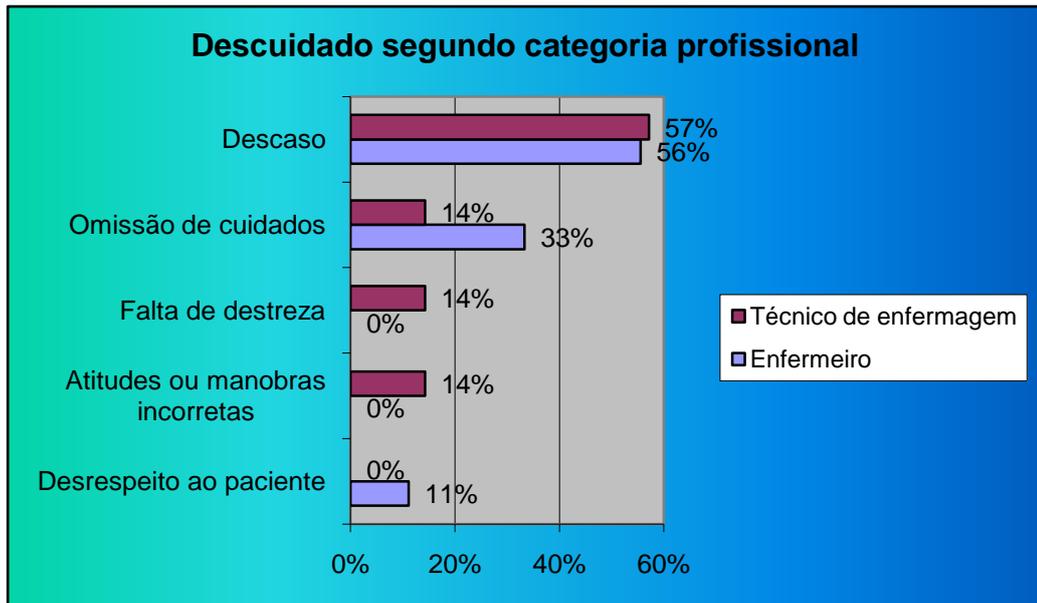


Gráfico 17 – Entendimento dos sujeitos acerca do descuido na UTI segundo categoria profissional

No gráfico 17 podemos identificar a distribuição dos entendimentos dos sujeitos acerca do descuido na UTI segundo categoria profissional. As frequências das citações encontradas entre os enfermeiros foram: descaso com 56%, a omissão de cuidados 33%, e o desrespeito ao paciente 11%.

Os resultados entre os técnicos de enfermagem foram: descaso 57%, omissão de cuidados, falta de destreza e atitudes ou manobras incorretas 14%.

Podemos destacar que tanto os enfermeiros, quanto os técnicos de enfermagem fizeram menção em seus depoimentos de variáveis relacionadas com aspectos subjetivos do cuidado, a única discrepância foi a variável falta de destreza lembrada em 14% dos depoimentos dos técnicos de enfermagem.

Ao analisarmos os resultados obtidos por categoria profissional podemos traçar um perfil dos sujeitos, onde os enfermeiros por conta de sua formação acadêmica, suas atribuições de líder de equipe, encontram-se preocupados com os aspectos subjetivos, situações que por vezes podem passar despercebidas pelos técnicos de enfermagem.

Ao traçarmos o perfil dos técnicos de enfermagem fica evidente sua preocupação com aspectos práticos que caracterizam o descuido, pois foram em seus depoimentos que emergiu a variável falta de destreza, o que não representa desconsideração dos aspectos subjetivos, mas é forma que se faz presente a

característica mais marcante de suas atribuições que são os aspectos práticos da assistência de enfermagem.

Da mesma forma que a estratificação por categoria profissional, o tempo de atuação em UTI, também se faz presente como fator de influência no entendimento dos sujeitos sobre as situações que vivenciam, neste bojo relacionamos os dados obtidos nos discursos sobre descuido com o tempo de atuação em UTI.

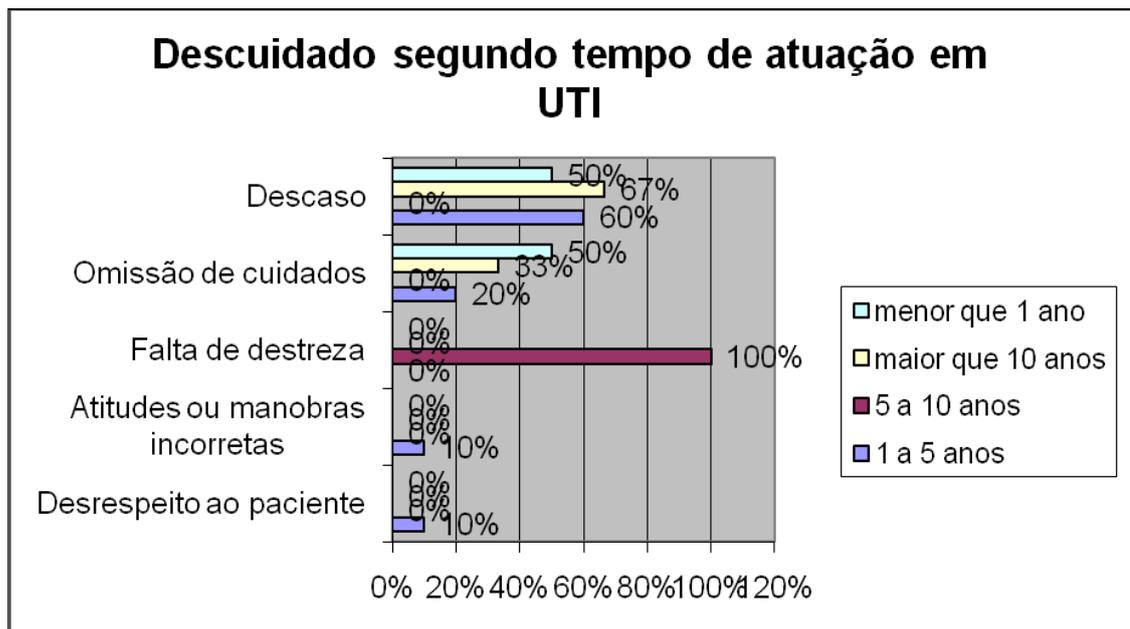


Gráfico 18 – Entendimento dos sujeitos acerca do descuido na UTI segundo tempo de atuação na UTI

As freqüências dos entendimentos dos sujeitos segundo tempo de trabalho na UTI foram: 1 a 5 anos, descaso 60%, omissão de cuidados 20%, atitudes e manobras incorretas e desrespeito ao paciente 10%; 5 a 10 anos, falta de destreza 100%; maior que 10 anos, descaso 67%, Omissão de cuidados 33%; menor que 1 ano, descaso e omissão de cuidados ambos com 50%.

Após avaliação dos dados descritos no gráfico 18, constatamos que os profissionais com tempo de atuação de 1 a 5 anos por comporem o grupo de profissionais de maior freqüência no presente estudo foram aqueles onde emergiram a maior número de variáveis, um total de quatro, todas estas de aspectos subjetivos, com maior proporção da variável descaso.

Os sujeitos com experiência profissional compreendida entre 5 e 10 anos, foram responsáveis pela totalidade dos depoimentos que compunham a variável falta de destreza.

Os depoimentos dos indivíduos com experiência menor que 1 ano, e aqueles com mais de 10 anos de atuação em UTI, por se tratarem de uma pequena parcela dos sujeitos da pesquisa, apresentaram o mesmo padrão das respostas, pontuando o descaso e a omissão de cuidados como características de descuidado.

Como discursar sobre a enfermagem e suas relações nos faz sempre incidir sobre questões de gênero, relacionamos as variáveis obtidas dos depoimentos sobre descuidado com a variável do perfil sócio-demográfico sexo.

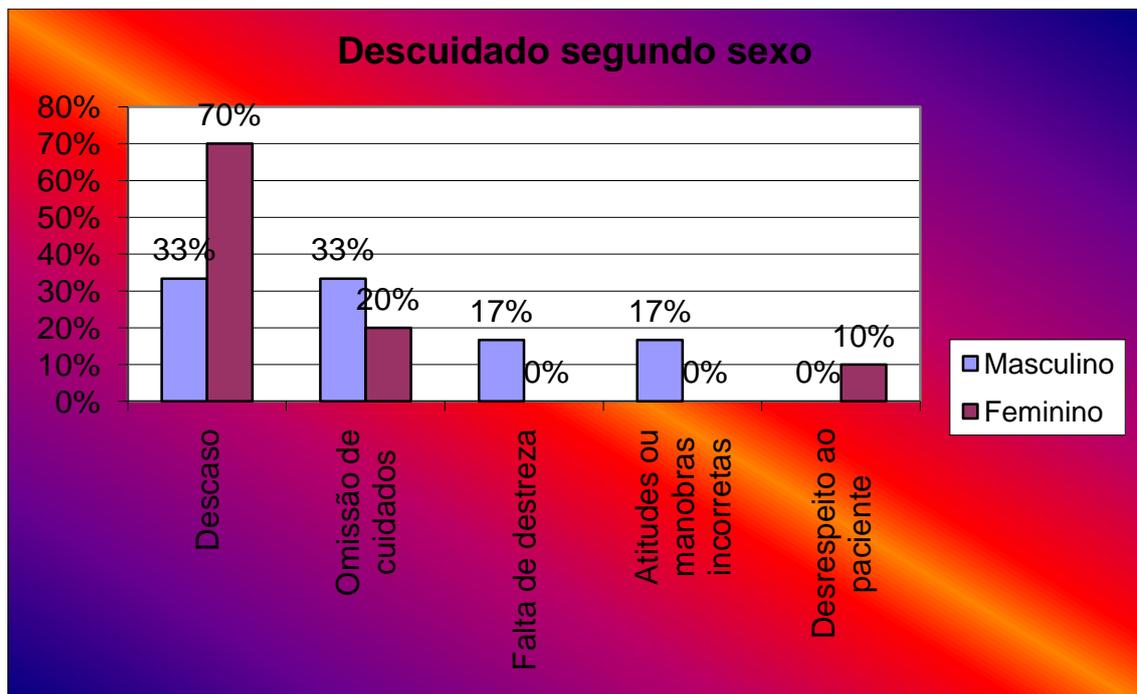


Gráfico 19 – Entendimento dos sujeitos acerca do descuidado na UTI segundo sexo

No gráfico 19 podemos visualizar que do total dos indivíduos do sexo feminino 70% pontuaram como descuidado o descaso, 20% a omissão de cuidados, e 10% como desrespeito ao paciente.

Entre os sujeitos do sexo masculino encontramos: descaso e omissão de cuidados 33%, atitudes ou manobras incorretas, falta de destreza e 17%.

A variável descaso e suas discrepâncias, conforme apresentada no gráfico 19, quais sejam: 70% entre as profissionais de sexo feminino, para 33% no sexo masculino, merece destaque pois reforça a idéia acerca do quanto estão aguçadas as profissionais de enfermagem para os aspectos subjetivos do cuidado, não que os homens não os percebam, entretanto, dão menor enfoque.

O dados apresentados no gráfico 19, ao nos reportarmos aos profissionais do sexo feminino, por serem o maior grupo dos entrevistados, refletem de maneira aproximada aqueles apresentados no gráfico 16, que demonstrou a frequência geral e das categorias surgidas dos depoimentos, com predomínio da variável descaso, seguido pela omissão de cuidados, e a variável desrespeito ao paciente, esta citada apenas pelas profissionais enfermeiras, com atuação em UTI de 1 a 5 anos.

Os profissionais do sexo masculino, ao discursarem sobre descuido, relataram questões que compuseram 4 variáveis, sendo que duas delas: atitudes ou manobras incorretas e falta de destreza, foram evidenciadas somente por este grupo dos entrevistados.

Ao relacionarmos os gráficos 17, 18 e 19, evidenciamos algumas situações que somente se tornam visíveis após a realização deste processo, sendo uma delas que a variável falta de destreza foi constituída em sua totalidade pelos depoimentos dos profissionais técnicos de enfermagem do sexo masculino, com atuação em UTI compreendida entre 5 a 10 anos.

Outra questão que se faz presente do cruzamento destes gráficos foi a constituição da variável atitudes e manobras incorretas, que foi formada pelas citações dos profissionais técnicos de enfermagem, do sexo masculino, que atuam nas UTIs pelo período entre 1 a 5 anos.

Da mesma forma que os entrevistados que apresentaram seus depoimentos sobre cuidado desumano, estes que foram estimulados a refletir sobre o descuido realizaram suas citações sobre as situações vivenciadas de descuido. Tais situações encontram-se expressas no gráfico a seguir:



Gráfico 20 – Situações vivenciadas como descuido na UTI

No tocante as situações vivenciadas como descuido na UTI, temos: os cuidados com infusões 22%, a não realização a mudança de decúbito 17%, os cuidados com AVP (acesso vascular periférico), a sobrecarga de trabalho, deixar com dor e a banalização da informação, todos com 9%, a queda, a exteriorização de catéter, o silenciar dos alarmes, o não respeito a intimidade do paciente com 4%.

Embora as variáveis resultantes dos depoimentos sobre descuido sejam predominantemente subjetivas, contraditoriamente os sujeitos ao relatarem as situações vivenciadas que consideraram como descuido, os mesmos descrevem situações eminentemente práticas, que poderão vir a ocorrer no exercer das atividades assistenciais de enfermagem no contexto hospitalar, principalmente em setores fechados, por exemplo as UTIs.

As situações mais destacadas pelos sujeitos como descuido representam itens básicos da assistência de enfermagem, principalmente aquela realizada na UTI, onde das 5 situações que surgiram com maior freqüência nos depoimentos, apenas uma delas não se trata de um cuidado ou uma situação que exija um cuidado de enfermagem imediato.

Ao considerarmos em conjunto os cuidados com as infusões, não realização da mudança de decúbito, cuidados com AVP e falta de técnica, que são situações que podem ser entendidas como imperícia, iremos obter um total de 52% da frequência das citações, o que retrata o quanto os profissionais se defrontam com situações que possam vir a gerar implicações de natureza ético-legais.

O cuidado com as infusões trata-se de uma situação altamente discutida pela enfermagem, sendo objeto de diversas pesquisas, uma vez que, a equipe de enfermagem no decorrer de seu trabalho manipula praticamente a todo instante infusões, sejam elas medicações, soroterapia, ou até mesmo sangue e seus derivados, que são administrados diretamente na corrente sanguínea dos pacientes, por isso requerem enorme atenção, e mesmo assim são as situações onde se observa o maior índice de erros da enfermagem.

Tal qual o cuidado com as infusões, a equipe de enfermagem deve dispensar enorme atenção as vias de acesso das infusões, neste sentido os cuidados com acessos venosos periféricos (AVP) são primordiais para que se tenham sempre uma via de infusão pérvia, principalmente na assistência de pacientes graves encontrados nas UTIs. Da mesma forma esta atenção também deve ser realizada com a intenção de se evitar as flebites e os infiltrados nos acessos, uma vez que estas situações podem ser consideradas como lesão corporal e se enquadrarem como maus tratos, podendo o profissional responder processo judicial decorrente deste fato.

A mudança de decúbito dos pacientes trata-se da principal ferramenta no combate às úlceras de pressão, devendo estas serem realizadas em períodos regulares de 2 em 2 horas.

A dor é uma das principais causas da procura por parte dos clientes ao atendimento em saúde, pois se trata de uma das primeiras manifestações apresentadas pelo organismo do indivíduo quando este não se encontra em perfeitas condições. Ela permeia da mesma forma por todo processo de internação hospitalar, devendo seu combate ser também meta da enfermagem, onde deixar o paciente com dor consiste num erro muito grave.

A assistência em terapia intensiva é muito rica de informações, onde o profissional de enfermagem é o principal receptor destas, pois atua diretamente

sobre a clientela, competindo a este profissional analisá-las e repassá-las aos demais membros da equipe multiprofissional de assistência da UTI. Toda e qualquer informação expressa pelo paciente, seu corpo, pelos equipamentos, pelos familiares e pelos demais membros da equipe são de enorme relevância para a recuperação do paciente, onde a banalização de qualquer informação pode vir a constituir uma situação de risco de morte para a pessoa assistida.

A única característica subjetiva relacionada aos clientes, foi o não respeito a intimidade do paciente.

As condições estruturais emergiram nos relatos dos indivíduos sobre cuidado desumano, e neste contexto, a única característica evidenciada nos depoimentos sobre descuido que não aborda a assistência ao paciente propriamente dita, e que da mesma forma retrata as condições estruturais, diz respeito a sobrecarga de trabalho. Esta que pode ser resultante tanto das condições materiais de trabalho, quanto, principalmente do número de profissionais nos setores, em especial nas instituições de caráter privado, onde os profissionais são obrigados a trabalharem com número reduzido de funcionários, o que os sobrecarregam, principalmente nas unidades de terapia intensiva, que consta com pacientes complexos e altamente dependentes dos profissionais, sobretudo os componentes da equipe de enfermagem.

Ao procedermos com a comparação entre as situações evidenciadas nos depoimentos dos dois grupos estudados (gráficos 14 e 20), podemos concluir que as respostas apresentaram um mesmo padrão, tendo em vista que mais de 50% das situações encontram-se em ambos os gráficos, e o maior destaque para as situações decorrentes de ações práticas.

Entretanto, vale destacar que muito embora o descuido e o cuidado desumano possam gerar o desconforto, o descuido encontra-se, na opinião dos sujeitos, mais relacionado a procedimentos técnicos, enquanto o cuidado desumano se relaciona com aspectos subjetivos e relacionais da assistência de enfermagem em terapia intensiva, ou seja, com a essência do cuidado de enfermagem.

A seguir traremos a estratificação das situações por categoria profissional:

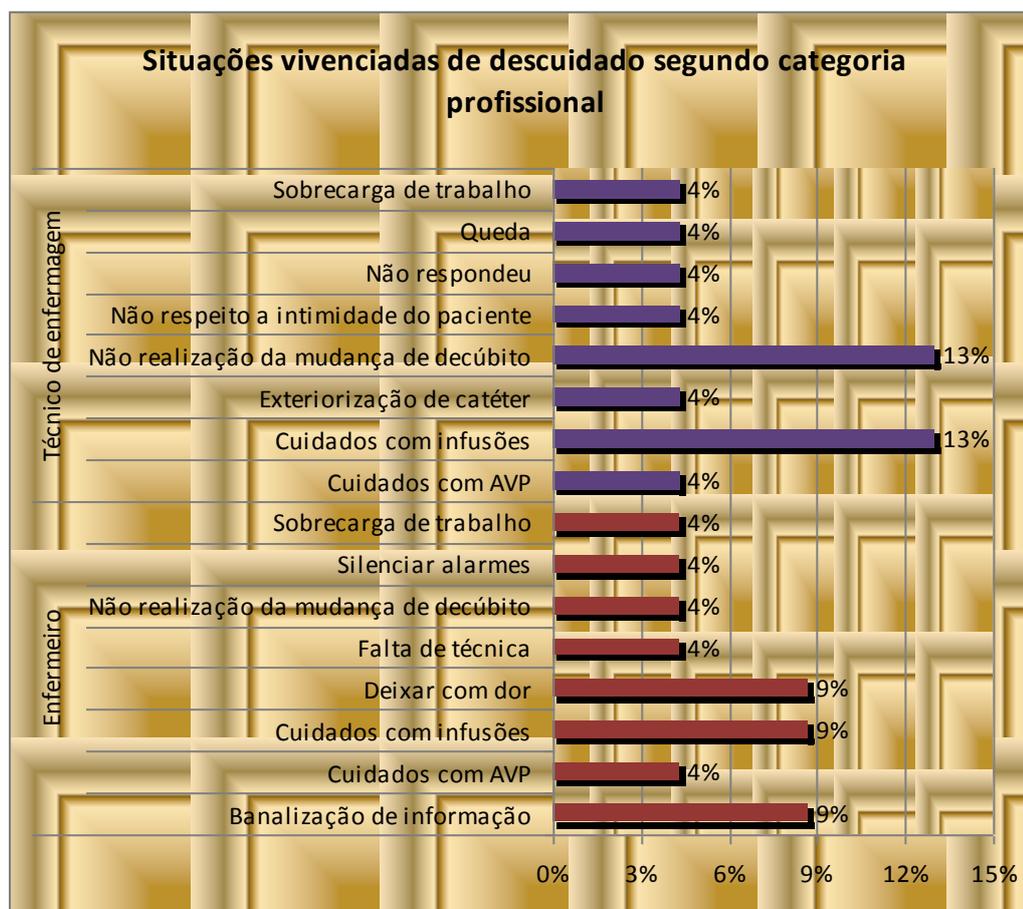


Gráfico 21 – Situações vivenciadas como descuido na UTI segundo categoria profissional

O gráfico 21 traz os dados do gráfico 20, separados por categoria profissional, onde os técnicos de enfermagem citaram: cuidados com infusões e não realização da mudança de decúbito 13%, a exteriorização de cateter, não respeito a intimidade do paciente, queda, sobrecarga no trabalho, e não respondeu 4%.

Entre os enfermeiros: banalização de informação, cuidados com infusões e deixar com dor 9%, enquanto cuidados com AVP, falta de técnica, não realização da mudança de decúbito, silenciar alarmes e sobrecarga de trabalho 4%.

Dentre os técnicos de enfermagem, as situações que obtiveram maior frequência nas citações foram: o cuidado com as infusões e a não realização da mudança de decúbito. Estes dados justificam-se devido ao fato de que normalmente nas UTIs estas ações ficam sob responsabilidade destes profissionais da equipe de enfermagem, sendo portanto aquelas que os mesmos possuem maior domínio em sua execução.

Já os enfermeiros apontam com maior freqüência para situações um pouco mais amplas, pois embora da mesma forma que os técnicos de enfermagem citem o cuidado com as infusões, estes profissionais abordam a banalização da informação e o deixar com dor, situações que podem ser analisadas em conjunto. Pois o relato de dor, algumas vezes, é a informação apresentada pelo paciente, onde sua resolução depende em grande parte da prescrição de algum medicamento, o que não se constitui numa atribuição da enfermagem.

Podemos concluir de acordo com os relatos dos enfermeiros que as situações de descuido podem ser realizadas não somente pela equipe de enfermagem, mas por todos os membros da equipe multiprofissional que compõem as UTIs, pois duas das três situações evidenciadas com maior freqüência não dependem exclusivamente da enfermagem para sua resolução, pois envolvem a atuação de outras categorias profissionais, entretanto, a enfermagem é elemento fundamental neste processo, pois conforme já dito anteriormente, atua diretamente em contato com os clientes, e necessita estar muito atenta a todas as informações que emanam do ser assistido.

8. Considerações Finais

Inicialmente convém ressaltar que esta pesquisa trata-se de uma experiência primeira, necessitando de outros estudos, com outros sujeitos, com fim de desenvolver ainda mais o conhecimento acerca da temática abordada.

Após a apresentação de todos os dados analisados e discutidos anteriormente, constatamos que nossos objetivos foram plenamente alcançados, pois conseguimos visualizar a implicação do uso das tecnologias duras no cotidiano assistencial em unidades de terapia intensiva, e principalmente estabelecer uma relação entre as situações até então consideradas como de cuidado desumano com o descuidado.

Em seus relatos, os nossos sujeitos, estes com perfil predominantemente composto por indivíduos do sexo feminino, de reduzida faixa etária, em grande parte enfermeiras, com experiência profissional e em UTI até 10 anos, nos revelam sua preocupação a todo instante com os aspectos subjetivos que permeiam a assistência de enfermagem em UTI, embora o cuidado com as tecnologias tenha emergido nos discursos, os mesmos não foram supervalorizados.

Através dos depoimentos dos sujeitos conseguimos constatar como ocorre a utilização das máquinas e equipamentos e suas implicações no assistir de enfermagem nas UTIs, como instrumentos do cuidado, não como foco de atenção. Evidenciamos também que o uso das tecnologias duras na assistência de enfermagem em terapia intensiva trazem implicações sobretudo, no que se refere ao modo como os profissionais entendem estas unidades.

Foi-nos possível realizar a caracterização do cuidado desumano como descuidado, através da congruência dos relatos dos grupos dos sujeitos questionados sobre cuidado desumano, com aqueles que responderam as questões sobre descuidado, o que demonstra o equívoco na utilização dos termos, e a consequente disseminação dos discursos sobre desumanização em enfermagem. No mesmo sentido evidenciamos que o descuidado ou o cuidado desumano não se relacionam com a utilização das máquinas nas unidades de terapia intensiva.

Pode-se entender a disseminação do termo desumanização na assistência em saúde, e da mesma forma na de enfermagem, pelo fato do termo se fazer presente nas discussões sobre saúde desde o início da incorporação e utilização

das tecnologias duras na assistência ao ser humano, onde o cuidar de seres humanos realizado por outros seres humanos com o auxílio das tecnologias sempre foi objeto de preocupação entre os profissionais de saúde.

Neste contexto emerge o termo descuidado, ainda em fase inicial, pois embora este termo sempre estivesse presente nas discussões anteriores sobre as situações até então ditas desumanas, era considerado como mera desatenção, jamais tendo sido outrora abordado como o grande processo a ser estudado. Pois não há como considerar como desumana uma relação que somente poderá ocorrer com a presença de pelo menos dois seres humanos, tal qual a assistência de enfermagem.

A enfermagem possui como foco de atuação o cuidado ao ser humano, conseqüentemente o que se há de estudar é o cuidado de enfermagem dispensado a clientela assistida, onde a ocorrência de qualquer situação em que este cuidado não se desenvolva da maneira satisfatória, incide diretamente numa situação de descuidado.

O que se faz de urgente em toda esta discussão, independentemente do termo utilizado (cuidado desumano ou descuidado) é o cuidado dispensado a clientela que se encontra dependente da enfermagem, sobretudo aquela parcela que se encontra nas UTIs, em todos seus aspectos, tanto biológicos, quanto psicológicos e espirituais, para tanto se faz necessário um constante repensar sobre seus atos e atitudes, de forma que o profissional jamais se esqueça que aquele indivíduo que se encontra sob seus cuidados também é um ser humano com sua história, suas angústias e problemas, como ele próprio, sendo ambos seres humanos por essência.

9. Cronograma

Atividades	Mar/2009 a Ago/2009	Set/2009 a Jan/2010	Fev/2010 a Ago/2010	Set/2010 a Fev/2011
Levantamento e Revisão de Bibliografia	XXX			
Revisão do Anteprojeto	XXX			
Elaboração do Projeto		XXXXXX		
Qualificação do Projeto		X		
Construção dos Dados			XXXXX	
Elaboração da Dissertação				XXX
Relatório Final				XXX

10. Referências

AMIB, Associação de Medicina Intensiva do Brasil. Censo AMIB 2010. Disponível em: <http://www.amib.org.br/pdf/CensoAMIB2010.pdf>. Acesso em: 20/01/2011.

APÓSTOLO, J. L. A. O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência - II - n.º9 – 2009.

ARDOÍNO, J. L'approche multiférentielle (plurielle) dès situations éducatives et formatives. In Pratiques de Formation (ANALYSES) L'approche multiférentielle, Univesité de Paris: VIII, n. 25-26, p. 15-34, avril, 1993.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O.; WHITAKER, I.Y. Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. Rev Latino-am Enfermagem. 2009, janeiro-fevereiro; 17(1).

BANTA, H.D.; LUCE, B.R. *Health care technology and its assessment: an international perspective*. Oxford University Press. Nova York. 1993.

BARCHELARD, Gastón. A formação do espírito científico. Tradução: Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro. Ed. Contraponto. 1996.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa, 1979.

BARRA, D.C.C.; NASCIMENTO, E.R.P.; MARTINS, J.J.; et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(3):422-30. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm.

BETTINELLI, L. A.; POMATTI, D. M.; BROCK, J. Invasão da privacidade em pacientes de uti: percepções de profissionais. Revista bioethikos - Centro Universitário São Camilo - 2010;4(1):44-50.

BETTINELLI, L.A. Cuidado solidário. Passo Fundo: Pe. Berthier; 1998.

BOFF, L. Saber Cuidar – Ética do humano – Compaixão pela Terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Avaliação tecnológica em saúde: subsidiando a melhoria da qualidade e eficiência do SUS (Reforsus). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. In: Consulta Pública nº 03. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-03-CONS.htm>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAUDE. Estatística da disponibilidade de leitos UTI – 2003. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/leitos-uti.htm>. Acesso em: 20/01/2011.

BRASIL, Ministério de Ciência e Tecnologia. Programa juro zero. Brasília. acesso em: 05 junho 2010. Disponível em: http://www.jurozero.finep.gov.br/jurozero_prod/autenticar.

BRASIL, MS/CNS. *Resolução* n. 196: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 10/05/2004.

BRASIL. LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm. Acesso em: 08/07/2009.

BRASIL. LEI Nº 7.209, DE 11 DE JULHO DE 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm#art18. Acesso em: 08/07/2009.

BRUIJNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. *Dinâmica da pesquisa em ciências Sociais: Os polos da prática metodológica*. RJ: Livraria Francisco Alves, 2001, 402 p.

CASTIEL, Luis David. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 1999.

CASTRO, A.A. Medicina Baseada em Evidências. São Paulo: Lemos-Editorial; 1998.

CAVALCANTI, S.M.O.; VITIELLO, N. Síndrome da tensão pré-menstrual. *Femina* 1987; 15:776-80.

CECAGNO, D.; CECAGNO, S.; CIQUEIRA, H.C.H. Satisfação de uma equipe de enfermagem quanto a profissão e emprego num hospital do sul do estado do Rio Grande do Sul. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v.8, n.1, p.34-38. janeiro/junho 2003.

CHIANCA, T. C. M. Falhas de enfermagem no pós-operatório imediato de pacientes cirúrgicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.14 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2006.

COFEN. Resolução 311/2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: http://www.abmes.org.br/_download/Associados/Legislacao/2007/Resolucao/Res_Cofen_311_2007_2_13.doc. Acesso em: 01/07/2009.

DAL SASSO, G.T.M., BARBOSA, S.F.F. Perspectivas futuras à informática em enfermagem: aplicabilidade dos ambientes hipermídia no processo ensino-aprendizagem. *Texto Contexto Enferm*. 2000 Jan- Abr; 9 (1): 79-92.

DELGADO, L.M; OLIVEIRA, B.R.G. Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de um hospital universitário. *Nursing*. São Paulo, v. 87, 2005.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e saúde coletiva* 9(1): 7-14, 2004.

ERDMANN, A.L.; MELLO, A.L.S.F.; MEIRELLES, B.H.S.; *et al.* As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidados. *Rev Bras Enferm* 2004; 57: 467-71.

ESPIRITO SANTO, T.J.M. Segurança emocional como necessidade humana básica – atuação do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. *Rev Brás Enfermagem* 1985 julho/dezembro; 38(3/4):231-7.

FERREIRA, C.R.C.; FERREIRA, D.C. Tensão pré-menstrual. In: CAMARGOS, A.F.; MELO, V.H. Ginecologia ambulatorial. Belo Horizonte: Coopmed; 2001.

GALIZA, M.C. Estudo das necessidades dos clientes internados em UTI. Enfoque 1985 dezembro; 13(2):29-32.

GASTALDO, D.M.; MEYER, D.E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. In: Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, 42, jan/dez 1989.

GUATTARRI, Felix. As três ecologias. Tradução: Maria Cristina F. Bittencourt. 6º Ed. Campinas. Ed. Papirus. 1997.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. São Paulo. Rev. esc. enferm. USP. vol.42 no.2. June, 2008.

HYCNER, R. De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica. São Paulo (SP): Summus; 1995.

KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; SCORTEGAGNA, H.M.; WALL, M.L.; VERONESE, A.M.; ZEFERINO, M.T, et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 178-85.

MAGALHÃES, A.M.M.; DUARTE, E.R.M. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. Rev Bras Enferm 2004; 57: 408-11.

MAIA, A.R.; ERDMANN, A.L.; CARRARO, T.E.; et al. Princípios do Cuidar. In: O Processo de Cuidar, Ensinar e Aprender o Fenômeno das Drogas: A redução das demanda. Módulo 04. Curso de Especialização no Fenômeno das Drogas. Florianópolis (SC): UFSC - Departamento de Enfermagem; 2003.

MARCH, M.; BORGES, L.M.; BONFIM, M.E.S. Humanização da enfermagem. Rev Bras Enferm 1973; 26(6): 508-13.

MARSDEN, C. An ethical assessment of intensive care. Technol Assessment Health Care 1992; 8(3):408-18.

MATTIA, A. L.; TELLES, B.; SANTOS, C. A. M.; et al. Síndrome pré-menstrual: influências na equipe de enfermagem de centro cirúrgico. São Paulo. O Mundo da Saúde. 2008; 32(4):495-505.

MENDES, I.A.C.; LEITE, J.L.; TREVISAN, M.A.; et al. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. Rev Brás Enferm 2002; 55: 556-61.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. *O Trabalho em Saúde. Disponível em:..... Acesso em: 25/09/2008.*

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R.; (org). Agir em Saúde: um desafio para o público. 2a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. p. 113 - 150.

MERHY, E.E. Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

MICHAELIS: pequeno dicionário da língua portuguesa - São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed., São Paulo: Hucitec, 1996.

MOREIRA, M.C.N. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 55-65, janeiro 1999.

MURAMATSU, C.H.; VIEIRA, O.C.S.; SIMÕES, C.C.; et al. Consequências da síndrome de tensão pré-menstrual na vida da mulher. Rev Esc Enferm USP 2001; 35(3):205-13.

NASCIMENTO, E.R.P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. Rev Latino-am enfermagem 2004 março-abril; 12(2):250-7.

NEVES, E.P. As Dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. Escola Anna Nery Rev Enferm 2002 dez; 6(1): 79-92.

NIETSCHE, E.A.; DIAS, L.P.M.; LEOPARDI, M.T. Tecnologias em Enfermagem: um saber prático? In: Anais do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1999; Gramado (RS), Brasil.

NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução: Amália Correa de Carvalho. Ed. Cortez. São Paulo. 1989.

OLIVEIRA, C. P.; KRUSE, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos - análise a partir da REBEn. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006 jan-fev; 59(1): 78-83.

ORLANDO, J. M. UTI: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Ed. Atheneu, 2002.

PAIM, L. Conceitos e visões teóricas. Florianópolis (SC): Repensul/ Espensul; 1998.

PEREIRA, PF. Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional. Dissertação de mestrado. UFRGS. 2008.

PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A.; KANTORSKI, L.P. Análise do Processo de Trabalho Da Enfermagem Na Unidade De Terapia Intensiva. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 703-11.

PIZZOLI, L.M.L. Enfermeiras e qualidade de vida no trabalho. Nursing. São Paulo, v. 72, n.7, p. 42 – 47. Maio 2004.

POLIT, D. F & HUNGLER, B. P. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem, 3a. Edição, Porto Alegre: Artes Médicas Ed. 1995.

RICHARDSON. Pesquisa Social: Métodos e técnicas. São Paulo. Atlas, 1985.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; WAL, M. L.; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 113-6.

SANTOS, N.; JARUFE, M.S.; AMORIM, J.L. Saúde e trabalho dos operários da saúde: um diagnóstico da ergonomia. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 5. , 1991, São Paulo. Anais. São Paulo: Oboré, 1991. p. 199-200.

SEVERO, G. C.; GIRARDON, N. M. O. P. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 1, jan./mar. 2005.

SHIRATORI, K., TEIXEIRA, M.S., SILVA, S.A., et al. Bioética e tecnociência: reflexões para a enfermagem. In: FIGUEIREDO, N.M.A., (org). *Técnicas e tecnologias em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem*. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora; 2004. p.294-337.

SIBILIA, P. O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SILVA, A.E.B.C.; CASSIANI, S.H.B.; MIASSO, A.I.; et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta paul. enferm.* vol.20 no.3 São Paulo July/Sept. 2007.

SILVA, R.C; SILVA, C.R.; FRANCISCO, M.T.R. Unidades de cuidados intensivos. In: Fundamentos do uso de tecnologias na enfermagem. Org: FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L. São Caetano do Sul. São Paulo. Yendis editora. 2006, p:153.

SILVA, R. C. O Significado do Cuidado em Terapia Intensiva e a (DES) Construção do Discurso de Humanização em Unidades Tecnológicas. Tese de Doutorado, UFRJ, 2006.

SILVA, C.R. A Vida na Máquina: Humanização do Cuidado de Enfermagem ao Cliente Necessitado de Respirador Artificial. Dissertação de Mestrado, UNIRIO, 2000.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PADILHA, M.I.C.S.; et al. O Cuidado em Enfermagem: uma Aproximação Teórica. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(2): 266-70.

SOUZA, R. P. Manual rotinas de humanização em medicina intensiva. Curitiba (PR): Psicosáude, 2004.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R.S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(5):593-600.

TAKAHASHI, E.I.U. A emoção na prática de enfermagem: relatos de enfermeiros de UTI e UI [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1991.

TALENTO B. Jean Watson. *In: Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1993. p. 254-67.

TOFFOLETTO, M. C.; ZANEI, S.S. V.; HORA, E.C.; et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Revista Acta paulista enfermagem*. São Paulo. vol.18, no.3. July/Sept. 2005.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. p. 481-495. ISBN 972-8383-74-6

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002 março-abril; 10(2):137-44.

Apêndices 2

Apêndice I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado profissional de Enfermagem,

Venho por meio desta consultá-lo (a) a respeito da sua participação na pesquisa que se pretende desenvolver nesta Instituição de assistência à saúde e que tem por título: “*Sobre tecnologias e desumanização – Um estudo sobre a emergência do discurso de descuidado na assistência de enfermagem em terapia intensiva*”.

Os objetivos deste estudo são: Descrever como se dá o uso de tecnologias duras nas unidades de terapia intensiva; analisar as implicações deste uso para o cotidiano de cuidar de clientes críticos dependentes de suporte avançado de vida; discutir, na perspectiva do cuidado de enfermagem, como as situações originadas deste uso tem sido equivocadamente consideradas como desumanas pelo discurso de humanização difundido entre os profissionais de saúde; caracterizar como descuidado as situações apontadas pelos profissionais de enfermagem como desumanas.

A pesquisa será realizada através de entrevistas para as quais solicitamos sua autorização para sua posterior publicação e apresentação em eventos. Estas serão obtidas por meio do preenchimento de um instrumento de coleta de dados composto por perguntas semi-estruturadas.

Cabe destacar que buscarei atender fielmente os preceitos estabelecidos na Resolução 196/96 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, dentre outros.

Do mesmo modo, comprometo-me a esclarecer eventuais dúvidas que se fizerem presentes antes e durante o curso da pesquisa, e, no caso, quando assim decidir, em qualquer momento da pesquisa poderá desistir, sem qualquer risco ou dano decorrentes de sua desistência.

Informo que o anonimato e os fatos que porventura venham a identificá-lo serão preservados, assim como os dados confidenciais que possam trazer constrangimentos.

Desta forma, solicito a sua autorização para a utilização das informações concedidas para fins de utilização e apresentação em trabalhos divulgados em livros, periódicos e eventos estritamente científicos.

Atenciosamente, Thiago Quinellato Louro

Após o esclarecimento e entendimento dos procedimentos do estudo, autorizo nos termos previstos neste documento.

Profissional de Enfermagem

Email: thiagolouro@yahoo.com.br. Contato: 7699-4069

Apêndice II - Instrumento de coleta de dados

Codnome:

Sexo:

Idade:

Categoria profissional:

Tempo de trabalho:

Tempo de trabalho em terapia intensiva:

1. Descreva a assistência de enfermagem em terapia intensiva.

2. Qual o papel das máquinas e equipamentos neste modelo de assistência?

3. O que você entende por descuidado?

4. Você já vivenciou no seu trabalho situações que considera como descuidado? Quais?

Apêndice III - Instrumento de coleta de dados

Codnome:

Sexo:

Idade:

Categoria profissional:

Tempo de trabalho:

Tempo de trabalho em terapia intensiva:

1. Descreva a assistência de enfermagem em terapia intensiva.

2. Qual o papel das máquinas e equipamentos neste modelo de assistência?

3. O que você entende por cuidado desumano?

4. Você já vivenciou no seu trabalho situações que considera como cuidado desumano?

Quais?



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

ATA DE PARECER CONSUBSTANCIADO

FR 284619

36/2009

CAAE: 0027.0.313.000-09

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: THIAGOQUINELLATO LOURO

PROJETO: "A DIFUSÃO DO DISCURSO DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PARTIR DA INCORPORAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DURAS NO CORPO ASSISTIDO"

INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA : UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

DATA DE ENTRADA NO CEP: 25/08/2009.

O projeto de pesquisa intitulado "A DIFUSÃO DO DISCURSO DA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PARTIR DA INCORPORAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DURAS NO CORPO ASSISTIDO" foi avaliado e posteriormente **APROVADO** pelo CEP-UNIRIO em 02/10/2009.

Solicita-se ao pesquisador que envie a este CEP, anualmente, os relatórios parciais sobre o decurso do projeto, eventuais informações de alterações no encaminhamento e o relatório final em via escrita.



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2009.

Ricardo Silva Cardoso
 Ricardo Silva Cardoso
 Coordenador do CEP-UNIRIO

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
 Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
 Telefones: 21- 22295-5737, ramal 345 .E-mail: cep.unirio@gmail.com e cep-unirio@unirio.br

RICARDO CARDOSO
 COORDENADOR
 CEP - UNIRIO
 PROPG - DPO