

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO - UNICAP  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
LABORATÓRIO DE CLÍNICA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL - LACLIFE**

**JOSEMARY KARLLA CHAVES DA COSTA**

**A EQUIPE DE SAÚDE EM UMA UTI GERAL/ADULTO: A EXPERIÊNCIA DE  
CUIDAR DA VIDA E DA MORTE**

**RECIFE/2012**

**JOSEMARY KARLLA CHAVES DA COSTA**

**A EQUIPE DE SAÚDE EM UMA UTI GERAL/ADULTO: A EXPERIÊNCIA DE  
CUIDAR DA VIDA E DA MORTE**

**Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado em Psicologia Clínica, linha  
de Práticas Psicológicas em  
Instituições da Universidade Católica  
de Pernambuco, como requisito para a  
obtenção do título de Mestre em  
Psicologia Clínica.**

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DRA. CARMEM LÚCIA T. BRITO BARRETO**

**RECIFE/2012**

C837e

Costa, Josemary Karlla Chaves da

A equipe de saúde em uma UTI geral/adulto : a experiência de cuidar da vida e da morte / Josemary Karlla Chaves da Costa ; orientador Carmem Lúcia T. Brito Barreto, 2012.

117 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, 2012.

1. Psicologia clínica. 2. Psicologia clínica da saúde. 3. Fenomenologia existencial. 4. Psicólogos clínicos. 5. Morte - Aspectos psicológicos. 6. Unidade de terapia intensiva. 7. Psicólogo e paciente. 8. Psicólogos clínicos. 9. Pacientes hospitalizados - Psicologia.

I. Título.

CDU 159.9:61

**JOSEMARY KARLLA CHAVES DA COSTA**

**A EQUIPE DE SAÚDE EM UMA UTI GERAL/ADULTO: A EXPERIÊNCIA DE  
CUIDAR DA VIDA E DA MORTE**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Carmem Lúcia Tavares Brito Barreto**  
(Orientadora – Universidade Católica de Pernambuco)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas**  
(Avaliadora interna – Universidade Católica de Pernambuco)

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Henriette Tognetti Penha Morato**  
(Avaliadora externa – Universidade de São Paulo)

**RECIFE/2012**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, energia primeira de todas as coisas.

À minha família, pela torcida e amoroso apoio, em especial minha irmã Jô, pelas palavras de incentivo e amparo nos momentos mais difíceis dessa jornada.

À minha madrinha querida, pelo afeto e pelo cuidado essenciais nesse percurso.

À Juliana Muniz, pelo carinho, confiança e incentivo na minha prática clínica em hospitais.

A Paulo Muniz Filho e Everton Guimarães, pelo apoio na realização desta pesquisa e confiança no meu trabalho, imprescindíveis para a condução e conclusão desta árdua tarefa.

Às minhas colegas de trabalho, em especial Lú, Karina, Dilma, Andréa, Amanda, Anna e Elis, pelo carinho e encorajamento recebido ao longo desses dois anos de pesquisa. Cada uma, a seu modo, ofereceu indispensável contribuição.

A toda minha equipe de trabalho da UTI.

Aos meus queridos amigos Karla, Lorena, Fátima e Marcos, pelo carinho, pela torcida e também pelos encontros estimulantes, que possibilitaram muito aprendizado e grandes debates acerca do nosso ofício.

À querida amiga Kathia, por compartilhar comigo um pouco das suas inquietações e questionamentos no exercício da medicina intensiva, o que me possibilitou significativo aprendizado.

A todos os colegas de turma, em especial Waleska, Eugênia, Pácifer, Fátima Castelo Branco e Aninha Lisboa, pelas interlocuções, divagações, amizade e maravilhosa convivência.

Ao professor Marcus Túlio, supervisor do meu estágio em docência, pelo acolhimento e generosidade ao compartilhar seus conhecimentos.

A todos os professores do mestrado, em especial Cristina Brito que mesmo sem ter sido minha professora, muito me ensinou através das suas atitudes e olhar sempre atencioso.

A todo o pessoal da Secretaria, em especial Sérgio, pela disponibilidade e atitude sempre cortês.

À Dani, pela sua disponibilidade, leveza e abertura para dialogar, enriquecedora parceria no fechamento deste trabalho.

Às participantes da pesquisa, pela disponibilidade em compartilhar um pouco das suas ricas experiências como profissionais de saúde em UTI.

À minha orientadora Carmem, pela paciência e acolhimento, especialmente nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

À Cristina Amazonas e Henriette Morato, pela leitura atenta e cuidadosa do meu texto, quando se desdobraram em sugestões significativamente enriquecedoras.

À CAPES e a Coordenação do Programa de Pós-graduação da UNICAP.

## RESUMO

Esta pesquisa é fruto de inquietações e questionamentos da pesquisadora em uma UTI geral/adulto, seu campo de ação clínica. A questão que norteou a pesquisa buscou compreender a experiência de uma equipe de saúde em uma UTI/geral adulto. A interrogação inicial desdobrou-se em novas perguntas: como as ações da equipe podem ser complementares no contexto da UTI, cuja prioridade é salvar a vida do paciente, considerando, também, o cuidado integral do paciente. Como a equipe lida com as questões da morte e do morrer em seu cotidiano de trabalho, e quais as repercussões dessa experiência no modo como acontecem as intervenções junto ao paciente e familiares? Quais os prejuízos decorrentes da fragmentação do saber na modernidade, nas ações da equipe de saúde na situação de intervenção em uma UTI geral/adulto. E quais as possíveis contribuições da ação clínica do psicólogo, fundada numa perspectiva fenomenológica existencial, no modo de funcionar da equipe de saúde. A dissertação está organizada em três artigos: dois teóricos e um empírico. O primeiro artigo teórico, trata da ação de uma equipe de saúde em UTI, teve como metodologia a pesquisa bibliográfica. Em seu desenvolvimento, busca traçar o surgimento da UTI e a evolução da assistência hospitalar ao doente grave, ressaltando os eminentes personagens da história do intensivismo; caracteriza o modelo atual de UTI no Brasil e descreve como a equipe multiprofissional foi se estabelecendo neste contexto de ação; apresenta, ainda, o cotidiano de trabalho da equipe e o quanto sua rotina é atravessada pelas questões da vida e da morte. O segundo artigo, também com metodologia bibliográfica, enfoca o acontecer da equipe de saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. Para tanto, aborda a fragmentação do saber na modernidade e sua ressonância na prática do profissional de saúde, delineando o fenômeno da hiperespecialização e as relações disciplinares; além disso, demarca a ação do psicólogo na equipe da UTI, numa perspectiva da fenomenologia existencial. Por fim, o terceiro artigo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa qualitativa de cunho fenomenológico. A questão da pesquisa, vinculada aos objetivos da dissertação, foi trabalhada em um encontro com seis profissionais de saúde que fazem parte de equipes multidisciplinares em um Centro de Terapia Intensiva de um hospital da rede privada na cidade de Recife, cujos dados foram analisados a partir da Analítica de Sentido de Critelli. Como resultado observou-se que uma única área de conhecimento não pode dar conta da complexidade do fenômeno do adoecimento; que o trabalho em equipe exige colaboração, de modo que as ações no campo possam revelar uma “fusão de horizontes”, com possibilidades para o iniciar de uma outra/nova compreensão da ação em con-junto.

Palavras chave: Unidade de terapia Intensiva; equipe de saúde, fusão de horizontes, Fenomenologia Existencial.

## ABSTRACT

This research is the result of concerns and questions of the researcher in a general ICU / adult, in his field of clinical action. The question that guided the research sought to understand the experience of a team of health care at ICU / general adult. The paper is organized into three parts: two theoretical papers and empirical one. The initial interrogation lead us to new questions: how the team's actions may be complementary in the context of the ICU, whose priority is to save the patient's life, considering also the holistic care of the patient. As the team deals with issues of death and dying in their daily work, and what the repercussions of this experience happen in the way the interventions with the patient and family? What are the negative effects of fragmentation of knowledge in modernity, the actions of the health team in a position to intervene at the ICU / general adult. And what are the possible contributions of the psychologist's clinical action based on an existential phenomenological perspective, mode of functioning of the health team. The first theoretical paper deals with the action of a health team in the ICU, had the methodology literature. About the development outlines around the emergence of the historical evolution of the ICU and hospital care to the ill person, emphasizing the prominent characters in the history of intensive care. It also aims to characterize the current model of ICU in Brazil and it describes how the multidisciplinary team was establishing itself in this context of action. It also displays the daily work of the team and how your routine is crossed by the issues of life and death. The second article, also with the methodology literature, focuses on the happening of the health team at intensive care unit. To do so, addresses the fragmentation of knowledge in modernity and resonances in the practice of health professionals outlining the phenomenon of hyper-disciplinary and relationships. Moreover, the action marks the psychologist in ICU team perspective of existential phenomenology. Finally, the third article was developed from a qualitative study of a phenomenological. The question of research, linked to the aims of the dissertation, was crafted in a meeting with six health professionals who are part of multidisciplinary teams in the intensive care unit of a private hospital network in the City of Recife and the data were analyzed from the Analytical Sense Critelli. As a result it was observed that a single area of knowledge does not account for the complexity of the phenomenon of illness that requires teamwork, collaboration, so that the actions in the field may prove a "fusion of horizons" with possibility to start another /new understanding of action in a set.

Keywords: the Intensive Care Unit; health team, fusions of orizons, Existential Phenomenology.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>ARTIGO TEÓRICO – A AÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE EM UTI: “ENTRE MORTOS E FERIDOS”</b>	
Resumo.....	16
Abstract.....	17
Introdução.....	18
O surgimento do Hospital e os princípios básicos para a assistência ao paciente grave.....	20
A evolução do intensivismo no Brasil e o modelo atual de Unidade de Terapia Intensiva.....	27
O fazer cotidiano da equipe de saúde em UTI atravessado pelo cuidar da vida e da morte.....	34
Considerações Finais.....	38
Referências.....	39
<b>ARTIGO TEÓRICO – O ACONTECER DA EQUIPE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA</b>	
Resumo.....	42
Abstract.....	43
Introdução.....	44

A fragmentação do saber na modernidade e as ressonâncias na prática do profissional de saúde.....	47
A especialização e as relações disciplinares.....	51
A prática clínica do psicólogo no contexto da Unidade de Terapia Intensiva numa perspectiva fenomenológica existencial.....	58
A ação de uma equipe de saúde em UTI: narrativa de ações compartilhadas.....	66
Considerações Finais.....	72
Referências.....	74

## **ARTIGO EMPÍRICO: COM A PALAVRA, AS INTENSIVISTAS...**

Resumo.....	77
Abstract.....	78
Introdução.....	79
Percorrendo o caminho.....	84
Com a palavra, as intensivistas.....	90
Considerações Finais.....	105
Referências.....	106

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS.....108**

## **REFERÊNCIAS.....110**

## **ANEXOS**

Anexo A – Termo de consentimento Livre Esclarecido.....	116
---------------------------------------------------------	-----

## INTRODUÇÃO

Quando dei meus primeiros passos profissionais no hospital, estava em busca de novas experiências que ampliassem o meu olhar sobre o ser humano em situação de sofrimento. Durante a graduação, nunca me interessei pelo exercício clínico da Psicologia no Hospital; eu considerava essa possibilidade de trabalho algo muito difícil e assustador. O hospital - até aquele momento - era para mim um lugar de mistério e horrores... Após concluir a minha formação, segui com a prática clínica no consultório. Tinha, nesse período, muitas inquietações acerca dos possíveis encaminhamentos profissionais e muito desejo de ampliar o meu campo de ação - queria descobrir novos caminhos... Foi nesse momento de desassossego que surgiu a oportunidade de entrar no hospital: a proposta consistia em passar um período como voluntária no maior hospital geral da rede pública do Estado de Pernambuco.

Decidida a enfrentar o desafio, e sabendo que seria por um curto período de tempo, considerei essa experiência como uma possibilidade de iluminar os meus anseios naquele momento. Antes de inicia-lo eu sentia medo. Perguntava-me como seria lidar com a morte dos pacientes, como seria ver sangue, feridas e procedimentos dolorosos e invasivos. Mas, ao mesmo tempo em que sentia medo, também sentia que algo em mim apontava na direção daquele lugar tão assustador e até então, pouco conhecido. Fui escalada para trabalhar na Clínica Cirúrgica. Nessa época, eu sabia muito pouco das especificidades de cada setor de um hospital. Cheguei às enfermarias da Clínica Cirúrgica sem saber muito bem o que iria encontrar. No início, foi muito difícil assimilar a realidade daquelas enfermarias, pois eu nunca tinha visto nada parecido antes... O cenário era composto por pacientes com corpos sofridos, retalhados e feridos... Doenças graves e em estado avançado... Idosos esquecidos por seus familiares, moradores de rua, pessoas do interior do estado, longe da família e de suas referências... Vítimas e agressores com ferimentos causados por armas de fogo, armas brancas, espancamento... Famílias em desespero, desnorteadas... Havia, ainda, estudantes de medicina e enfermagem que, com algumas exceções, pareciam se especializar em

brutalidade, desrespeito e arrogância. Com tudo isso, e muito mais, bem diante dos meus olhos, fiquei chocada...

Durante a minha estreia no pavoroso cenário do hospital, senti-me profundamente tocada pelas situações de extremo sofrimento e pelo acontecer da morte. Senti também as limitações da minha formação acadêmica; muitas das recomendações e propostas de ação eram discrepantes dessa nova realidade de trabalho. Fui, também, arrebatada pela vontade de compreender as possibilidades do trabalho em equipe, nesse contexto especial. Tive que aprender a ser equipe, a inserir-me nos processos da linha de frente da assistência aos pacientes e familiares. Precisei também aprender a lidar com as tensões que só descobrimos quando estamos no campo de ação. Eu sabia que havia muito a aprender no convívio com os colegas. Enfim, em algum momento do caminho, percebi que o hospital não assustava mais como antes, pois eu estava escolhendo estar ali. Mesmo sabendo o quanto a rotina se mostrava árdua e difícil, eu queria aprender mais, eu queria ajudar mais... Então percebi de que estava apaixonada por aquele trabalho. Foi uma estreia de fato impactante. Um contraste enorme em relação à dinâmica de atendimento individual do consultório, que, até então, era a realidade que conhecia.

Após o trabalho voluntário, fui chamada para trabalhar em um hospital da rede privada, especializado em assistência domiciliar, com foco na atenção a pacientes portadores de doenças crônicas. Ao aceitar o desafio, estava, mais uma vez, diante de outra grande novidade, que era atender os pacientes internados em suas residências. Em cada atendimento, um novo cenário, pessoas novas, costumes e rotinas próprios de cada família, tudo muito diferente da assistência realizada no hospital convencional. O contato com a equipe de trabalho era mais limitado; a comunicação acontecia predominantemente por telefone. Na rotina da empresa, os profissionais se deslocavam individualmente para realizar suas visitas, cada um com sua programação e roteiro geográfico, tendo como ponto de referência os prontuários disponíveis na base administrativa da empresa. A realidade de sofrimento humano não se diferenciava daquela que eu havia conhecido no ambiente hospitalar, mas a dinâmica de trabalho junto à equipe se mostrou

completamente diferente. Mesmo com a dispersão própria da rotina de atendimentos, o elo da equipe mantinha-se forte e as intervenções, bastante afinadas, mesmo que por contatos telefônicos. A distância física impulsionava a equipe a se comunicar. Falar - mesmo que por telefone - foi se apresentando como uma necessidade premente, já que o acompanhamento ao paciente e à família exigia uma ação integrada. A equipe precisava relatar os procedimentos executados individualmente, para que a atenção ao paciente pudesse acontecer de modo mais integrado. Pude aprender muito com a minha nova equipe, pois tive o privilégio de trabalhar com profissionais, em sua maioria, comprometidos com a assistência aos pacientes. Os colegas conheciam as questões mais relevantes do adoecimento de cada paciente, sabiam das suas necessidades, preferências e até o modo como cada família funcionava, seus impasses, conflitos e sofrimentos. É certo que o acesso ao espaço doméstico e o longo período de internamento na residência, próprios do doente crônico, favoreciam o aprendizado sobre cada paciente. Mas, além disso, havia grande disponibilidade da equipe em compartilhar os muitos problemas da rotina assistencial e bastante interesse em desenvolver, conjuntamente, alternativas em prol do bem-estar dos pacientes.

A convivência com essa equipe de saúde foi um “divisor de águas” no meu caminho profissional. As reflexões decorrentes dessa experiência sugerem que a disponibilidade e o interesse pelo cuidado com o paciente podem ser o fio condutor para a convergência das ações da equipe. A partir daí, o meu interesse pelo trabalho interdisciplinar cresceu, motivando-me a buscar outras experiências no âmbito hospitalar.

Ainda trabalhando para o mesmo grupo, fui indicada para participar de um novo empreendimento dos diretores da empresa - a implantação de uma unidade hospitalar com ênfase em Terapia Intensiva. Aceitei o desafio e iniciei o novo percurso cheia de expectativas, agora com algumas experiências na bagagem. O cenário foi então descortinado: deparei-me com novas especificidades, novas doenças e uma equipe com outro jeito de funcionar. Novamente precisei aprender a ser equipe. Precisei também aprender mais sobre o que acontece dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, quais são suas prioridades e como é sua rotina. Precisei, sobretudo, aprender a trabalhar

em equipe, pois descobri que havia diversas possibilidades de ação e notei as diferenças entre essas possibilidades e as reverberações de cada modo de agir nas relações disciplinares. Já integrada com a equipe, e participando dos processos assistenciais ao paciente, senti reacender as minhas inquietações acerca das possibilidades de convergência nas ações interventivas da equipe. Era intrigante perceber, mais uma vez, como as ações específicas em determinados momentos do trabalho transcendiam, de certa forma, as especialidades técnicas de cada profissional envolvido na ação. Cada vez mais eu queria compreender como acontece a atenção e cuidado da equipe de saúde em uma UTI, composta por profissionais de formações distintas.

No convívio com as equipes, o meu fazer ganhou novos sentidos, abrindo-se para outras possibilidades de compreensão acerca da ação clínica, pois, no espaço coletivo e dinâmico das instituições de saúde, somos levados a dialogar com diversos profissionais e diferentes saberes frente a uma demanda que, frequentemente, exige intervenções imediatas. Nesse exercício diário de aprendizagem - agora no contexto da UTI - começaram a brotar perguntas a respeito das ações da equipe nesse campo tão hostil e adverso. À medida que exercia minha tarefa, observava, também, e com especial atenção, o modo como a equipe se conduzia no plantão, o modo como se comunicava e como eram engendradas as atitudes diante dos desafios cotidianos, envolvendo sempre questões de vida e morte. Olhando para eles eu também me olhava...

Como psicóloga, sou também equipe dentro da UTI: faço parte dos bastidores, acompanho o que acontece com o paciente e com o seu entorno. Observo todo o manejo da equipe e os encaminhamentos possíveis na busca do resgate da vida, objetivo primeiro da assistência na UTI, procurando intervir e colaborar no sentido de atenção e cuidado ao paciente. Acompanho, do modo que se apresenta possível, os procedimentos realizados, tentando intervir, quando não junto ao paciente, junto à família. Importa ressaltar que, apesar de não participar de procedimentos eminentemente técnicos, procuro refletir, com a equipe, as repercussões das decisões tomadas na vida e possível morte do paciente. Quanto ao paciente que se encontra em condições de se comunicar, disponibilizo-me a acompanhá-lo em sua jornada na Unidade de Terapia Intensiva, escutando seus medos, suas expectativas, suas

preocupações com os procedimentos médicos e as questões relacionadas com a família, entre outros. Em tais intervenções, busco viabilizar a elaboração dessas experiências com o objetivo de conseguir enfrentar as dificuldades próprias do tratamento e os encaminhamentos decorrentes de sua situação.

Além das portas fechadas da UTI, existe a sala de espera e, por que não dizer, de esperança. Ali estão familiares e amigos aguardando notícias. Nessas situações, busco compartilhar, escutar e fazer as intervenções indicadas e necessárias para que possam enfrentar as dificuldades vividas em decorrência da situação do familiar internado - incertezas apresentadas diante de cada diagnóstico, as expectativas diante dos procedimentos a serem realizados, a sombra irremediável diante da possibilidade da morte. Sou equipe junto aos meus colegas, dividindo responsabilidades e preocupações, e também junto ao paciente e seus familiares, empreendendo ações de cuidado enquanto atenção psicológica. Este é meu campo de trabalho, e nele não sou apenas testemunha, sou também participante.

Dentro desse contexto, retomo à questão inicial que norteou a pesquisa e percebo seu desdobramento em outras novas perguntas. Interessa-me compreender como acontece o atravessamento das intervenções da equipe de saúde na UTI. Interrogo, ainda, como as ações da equipe podem ser complementares no contexto da UTI, cuja prioridade é salvar a vida do paciente, considerando, também, o seu cuidado integral do paciente? Como a equipe lida com as questões da morte e do morrer em seu cotidiano de trabalho e quais as repercussões dessa experiência no modo intervém junto ao paciente e seus familiares? Quais os prejuízos, decorrentes da fragmentação do saber na modernidade, nas ações da equipe de saúde em uma UTI/geral adulto? Quais as possíveis contribuições da ação clínica do psicólogo, fundada em uma perspectiva fenomenológica existencial, no modo de funcionar da equipe de saúde?

Fui-me deixando levar pelos caminhos que se abriram no processo de tematização das minhas inquietações, e, diante dos novos questionamentos, senti-me muitas vezes surpreendida pela intensidade da minha própria experiência nesse campo de trabalho. A prática habitual passou a ser estranha

e surpreendente quando busquei tematizar a compreensão acerca daquilo que me inquietava. A experiência na pesquisa possibilitou reflexão sobre os modos de ação clínica do psicólogo numa equipe de saúde em UTI, abrindo-se para outras possibilidades compreensivas norteadas pela perspectiva fenomenológica existencial. Noto que passei a questionar o meu modo de estar em equipe e como as minhas intervenções poderiam ser ampliadas. Nesse percurso, o meu olhar foi se renovando, deslocando-se... À medida que perguntava sobre o trabalho em equipe, percebia que estava indagando sobre o sentido da minha própria prática nesse contexto...

Mergulhada nas questões, comecei a escrever a dissertação, a qual foi desenvolvida em artigos, que, apesar de se apresentarem independentes, seguiram um eixo norteador, expresso nos objetivos/questões da proposta de pesquisa, e apontaram para possibilidades compreensivas da experiência da equipe da saúde em UTI ao cuidar da vida e da morte.

O primeiro artigo trata da ação de uma equipe de saúde na UTI, e teve como metodologia a pesquisa bibliográfica. Em seu desenvolvimento, busca traçar o surgimento da UTI e a evolução da assistência hospitalar ao doente grave, ressaltando os eminentes personagens da história do intensivismo. Busca caracterizar o modelo atual de UTI no Brasil e descrever como a equipe multiprofissional foi se estabelecendo nesse contexto de ação. Apresenta, ainda, o cotidiano de trabalho da equipe e o quanto sua rotina é atravessada pelas questões da vida e da morte.

O segundo artigo, também com metodologia bibliográfica, enfoca o acontecer da equipe de saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. Para tanto, aborda a fragmentação do saber na modernidade e sua ressonância na prática do profissional de saúde, delineando o fenômeno da hiperespecialização e as relações disciplinares. Além disso, demarca a ação do psicólogo na UTI numa perspectiva da fenomenologia existencial.

Por fim, o terceiro artigo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa qualitativa de cunho fenomenológico. A questão da pesquisa, vinculada aos objetivos da dissertação, foi trabalhada em um encontro com seis profissionais de saúde que fazem parte de equipes multidisciplinares em um Centro de

Terapia Intensiva de um hospital da rede privada na cidade de Recife, cujos dados foram analisados a partir da Analítica de Sentido de Critelli. A pesquisa apontou que o trabalho em equipe exige diálogo e colaboração, de modo que as ações no campo possam revelar uma “fusão de horizontes”, com possibilidades para o iniciar de uma outra/nova compreensão da ação em conjunto.

A partir das observações realizadas na pesquisa, almejo contribuir para a construção de novos conhecimentos a respeito da ação de equipes de saúde no campo da assistência ao paciente de alta complexidade, além de apresentar uma proposta interventiva junto às equipes de saúde da instituição pesquisada.

# **A AÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE EM UTI: “ENTRE MORTOS E FERIDOS”**

Josemary Karlla C. Costa<sup>1</sup>

Carmem Lúcia T. Brito Barreto<sup>2</sup>

## **RESUMO**

O presente artigo traça o percurso da assistência ao paciente grave, descrevendo o surgimento do hospital como instrumento terapêutico; as ações que fundaram o conceito de assistência de alta complexidade e os eminentes personagens da história do intensivismo. Caracteriza também o modelo atual de Unidade de Terapia Intensiva no Brasil, com base na RDC N°7 2010 – Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – que define os requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs da rede de saúde pública e privada no Brasil, descrevendo o modo como ocorreu a constituição das equipes de saúde em UTI. Apresenta o cotidiano da equipe de saúde e o modo como este é atravessado pelas questões da vida e da morte. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, que contempla um olhar histórico permeado por informações encontradas na literatura especializada, cotejada por observações advindas da experiência da pesquisadora. Como resultado, observa-se que toda a ação da equipe de saúde em uma UTI está em íntima relação com as questões da vida e da morte, sendo exposta a altos níveis de tensão decorrentes do próprio cotidiano de trabalho. Percebe-se a importância de lançar mão de recursos e propostas que possibilitem um convívio mais sereno com as questões da finitude, promovendo momentos de reflexão conjunta na equipe em torno das questões da vida e da morte que ainda habitam a dimensão do interdito.

Palavras chave: UTI, paciente grave, equipe de saúde, morte.

---

1 Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP.

2 Professora adjunta do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP, orientadora da pesquisa.

## ABSTRACT

Josemary Karlla C. Costa<sup>3</sup>

Carmem Lúcia T. Brito Barreto<sup>4</sup>

This article traces the course of patient care severe, describing the emergence of the hospital as a therapeutic tool, the actions that founded the concept of support of high complexity and eminent figures in the history of the Intensive. It also features the current model of the Intensive Care Unit in Brazil, based on RDC No. 7 2010 - Board Resolution ANVISA - that defines the minimum requirements for the operation of the ICUs of public and private sectors in Brazil. It describes how was the formation of the health teams in the ICU and the inclusion of a psychologist in this context. The methodology used was literature that includes a historical look permeated by information found in the literature collated by observations arising from the experience of the researcher. As results shows that all the action from the health team in an ICU is in close relation with the questions of life and death, being exposed to high levels of stress arising from their own daily work realizes the importance of utilizing resources and proposals to enable peaceful coexistence with the issues of finite moments of promoting joint reflection on staff around the issues of life and death that still inhabit the dimension of 'interdict.

Keywords: ICU, critically ill patients, health professionals, death.

---

<sup>3</sup> Master's program of Graduate studies in Clinical psychology UNICAP.

<sup>4</sup> Associate professor of the Graduate Program in Clinical Psychology UNICAP, the research orienting.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor especial dentro do hospital, campo das intervenções de alta complexidade e grande aparato tecnológico. O internamento nessa unidade é destinado ao paciente grave ou potencialmente grave, com chances de recuperação, que necessita de atenção contínua e assistência altamente especializada. Durante o internamento na UTI, o paciente fica restrito ao leito, dependente de cuidados de toda ordem - dos mais simples como alimentação e higiene pessoal aos mais complexos, relacionados a exames e procedimentos - recebe visitas em horários predeterminados e pouco ou nada decide acerca do seu tratamento.

A rotina da equipe de saúde que aí trabalha é frequentemente marcada por bruscas alterações no decurso da assistência. O ritmo acelerado dos acontecimentos e a tensão frente à tomada de decisões implica constante aproximação com situações de morte iminente. Assim, paciente e equipe são submetidos a altos níveis de *stress*.

Em seu surgimento, a UTI não dispunha de aparelhos e equipamentos para suporte à vida do doente grave. Inicialmente, as condições eram precárias, quando comparadas com a atual disponibilidade de recursos medicamentosos e tecnológicos que dão apoio à vida do doente. Nas primeiras experiências em ambientes que se prestavam à assistência dos pacientes gravemente enfermos, ainda com rudimentares conhecimentos sobre o que hoje se denomina terapia intensiva, a morte era evento ainda mais frequente do que é hoje em nossas modernas unidades.

O conceito de assistência intensiva foi burilado através de experimentações ao estilo ensaio e erro. Ao passo que os pioneiros na arte do intensivismo no Brasil e no mundo descobriam recursos e manobras mais eficazes para manutenção da vida, a morte imperava quase que absoluta como desfecho das ações empreendidas. Neste contexto, a morte deu e dá

oportunidade ao aprendizado necessário para avanços nesse campo de intervenções, não no sentido de eliminá-la ou extingui-la, mas de melhor assistir ao paciente em suas possibilidades de vida, pois, embora a UTI ainda seja vista como o lugar da morte e do morrer, hoje se morre muito menos do que antes. O trabalho dos profissionais que compõem a equipe de saúde da UTI é, de fato, marcado pelos limites entre a vida e a morte. Em sua rude jornada, a equipe enfrenta desafios que colocam à prova seus conhecimentos e habilidades técnicas e, acima de tudo, sua capacidade de suportar tensões, perdas e frustrações.

Nesta pesquisa, foi lançado o olhar para as pessoas que estão na UTI por escolha, para os profissionais de saúde que exercem seu ofício nesse ambiente insalubre e hostil, precisando lidar com muitas situações incômodas e fortemente impactantes.

Para compreensão das questões aqui assinaladas, buscou-se traçar um breve percurso histórico, enfatizando o surgimento do hospital em sua transição de lugar de caridade e exclusão social para instrumento de tratamento e reabilitação; a nova estruturação hospitalar, com base na disciplina e medicalização; e a constituição inicial da equipe de saúde, com destaque para a figura do médico e do enfermeiro, primeiros participantes desse momento histórico. Para tanto, serviram de apoio os estudos de Forte & Mota (2010), Foucault (2007) e Lisboa (2002). Foram resgatadas experiências que se tornaram referência para a assistência aos pacientes graves, ressaltando as contribuições de alguns personagens notáveis da história, com referência em Siqueira, Cecagno & Pereira (2009), Site do Intensivista (2011), Site PUCRS (2011), Bolina Grupo Editorial (2011) e Knobel, Kuhl, Lopes, Gould & Beer (2006).

Na sequência, delineou-se a evolução do intensivismo no Brasil e o modelo atual de UTI, a constituição da equipe multidisciplinar e as resoluções e portarias que passaram a regulamentar as UTIs no Brasil, tendo como base as publicações do Site do Hospital Sírio-Libanês (2011), Knobel (2010), ANVISA (1998); (2010) e SUS (1990), Nogaz & Souza (2004), Gadamer (2009), Cassorla (2009) e Nothen (2006).

Concluindo o percurso, é apresentado o cotidiano da equipe de saúde e o modo como este é atravessado pelas questões da vida e da morte, com subsídio nos estudos de: Pasqua (1993), Heidegger (2009) e Ariès (1977).

## **O surgimento do hospital e os princípios básicos para a assistência ao paciente grave**

Antes da criação do hospital - nos moldes que conhecemos hoje - a assistência aos doentes era realizada na residência do enfermo por uma espécie de médico da família. Havia um contato próximo com a realidade mais íntima da vida do doente, pois o clínico tinha acesso a informações de toda natureza em torno da história do adoecimento e, em certa medida, também participava dos acontecimentos mais significativos do núcleo familiar. Por volta de 1880, o perfil do clínico geral englobava a capacidade de ouvir o paciente e respeitar o tempo da sua fala, além de certa habilidade para ofertar conselhos, manifestando-se sobre a melhor forma de tratar seus problemas. Tudo isso apoiava-se na capacidade compreensiva do médico, que acabava por consistir em uma forma de tratamento (Forte e Mota, 2010). A prática do médico da família acontecia longe dos hospitais que existiam naquela época; o seu exercício clínico mantinha-se distante da nova visão científica, que começava a surgir com o avanço dos novos conhecimentos de anatomia e fisiologia.

O hospital, até então, era uma instituição que tinha objetivos caritativos e excludentes, tornando-se um instrumento terapêutico, de reabilitação ou cura apenas no final do século XVIII.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência, como doente, portador de doença e de possível contágio é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente

tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. [...] Dizia-se correntemente, nesta época que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. (Foucault, 2007, p. 101 - 102)

Nesse período, os cuidados realmente voltados à saúde do doente se restringiam ao espaço privado do domicílio. Somente após a implantação de mecanismos disciplinares e da medicalização a prática assistencial começou a se fundamentar em objetivos terapêuticos e de cura. O hospital começa a se transformar no lugar privilegiado para o exercício da Medicina. Ocorre, então, o deslocamento da intervenção médica do domicílio para o hospital e a regulamentação das práticas no espaço hospitalar, instituindo-se a vigilância e a disciplina no mundo do doente e da doença, transformando as condições do ambiente em que estes são alocados (Foucault, 2007).

O desenvolvimento da Medicina, em meados do século XIX, proporciona significativa diminuição do número de mortes por infecção. O modelo médico passa a ser influenciado pela Revolução Científica e começa a valorizar dados observáveis sobre a doença, em detrimento das informações sobre o doente. Os conhecimentos sobre bactérias são ampliados e procedimentos anestésicos possibilitam a realização de cirurgias sem dor (Lisboa, 2002). A imagem do hospital foi modificada e deixou de ser um lugar aonde os pobres iam para morrer. As possibilidades de cura foram ampliadas, mas ampliaram-se também as possibilidades de sofrimento com a ascensão do modelo científico - empirista e racionalista - o paciente passava a ser um objeto que era estudado e tratado (Forte & Mota, 2010).

A organização hospitalar, historicamente montada com propósito terapêutico e de cura, fundada na ideia de que era necessário controlar e disciplinar a vida do doente, acaba confiando um grande poder à equipe. O profissional de saúde assume posição de autoridade em relação ao doente, o que é justificado pelo privilégio dos seus conhecimentos acerca das doenças e

suposta capacidade de evitar a morte. Por ocasião do internamento no hospital, o doente perde quase que completamente sua autonomia e liberdade. A situação de adoecimento coloca-o em situação de fragilidade e submissão frente às regras e tratamento proposto, transferindo para os profissionais de saúde grande parte da sua esperança de recuperação. Ao mesmo tempo em que o paciente pode se beneficiar do tratamento dentro do hospital, sua passagem pela instituição também pode lhe trazer prejuízos. A disciplina imposta dentro do hospital determina regras e limites rígidos que precisam ser respeitados pelo paciente em nome da sua recuperação. Foucault (2007, p. 106) aponta que:

A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme à regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares.

A vida do doente no hospital fica exposta, sua privacidade comprometida e seu comportamento constantemente avaliado pela equipe que assume os seus cuidados. Não há muitos meios para preservar o universo íntimo do paciente nem o da sua família, que também passa a estar dentro do hospital; o *stress* é inevitável durante a hospitalização. A equipe espera obediência e colaboração dentro dos moldes que a disciplina hospitalar exige e o paciente, além de investir energia na sua convalescença, precisa, ainda, decifrar os códigos da instituição que o abriga e a linguagem das pessoas que agora o cercam e discorrem sobre a sua vida.

Junto com as novas finalidades do hospital surge a figura do novo médico, que se torna o principal responsável pela organização hospitalar. Sua presença passa a ser constante. Em torno de 1770, o hospital passa a ter um médico residindo em suas dependências, de modo que pudesse ser chamado a qualquer hora do dia ou da noite para intervir no que fosse necessário (Foucault, 2007). Desse modo, o médico vai se tornando o personagem de maior influência dentro da instituição hospitalar, tendo como marca maior, na

conquista do seu poder, o ritual da visita, descrito por Foucault (2007, p. 110) como:

[...] desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, que diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc.

O ritual formal da visita médica, com a deferência e subserviência dos demais personagens do hospital, em especial as enfermeiras, descrito como uma cerimônia rotineira que se estabeleceu junto com a nova estruturação do hospital, não desapareceu por completo no correr do tempo. Nos hospitais do nosso tempo, e em nossa sociedade atual, ainda existe uma espécie de veneração relacionada à figura do médico. Esta continua sendo uma categoria profissional diferenciada, em que a profissão se antecipa à pessoa que a exerce; fantasias povoam o imaginário dos leigos e também dos demais profissionais de saúde que compartilham da assistência ao paciente. Além de ser o maior depositário das esperanças de cura por parte de pacientes e familiares, o fato de ser médico funciona como uma espécie de cartão de visitas, que assegura privilégios e regalias dentro e fora das instituições hospitalares.

Outro personagem que merece destaque na história do hospital é o enfermeiro, braço forte da assistência. Este profissional é responsável pela execução de um conjunto de tarefas fundamentais para a recuperação do doente. Na história dessa profissão, os cuidados de enfermagem tinham seu propósito de assistência fundado em princípios religiosos de caridade e amparo aos pobres e estropiados (Siqueira, Cecagno & Pereira, 2009). Essa marca deixou uma herança de certa forma “maldita”, pois, ainda hoje, seu exercício profissional é confundido com sacerdócio. Muitas vezes, espera-se do enfermeiro total abnegação e obediência. Isso o coloca também como um

profissional de saúde diferenciado; entretanto, diferentemente do médico, o enfermeiro é muito menos valorizado e respeitado pelo seu ofício, embora, curiosamente seja este mesmo profissional que acompanha o paciente, literalmente, do início ao fim do seu internamento. A marca do ranço histórico se apresenta não apenas no modo como o enfermeiro é visto pela sociedade, uma vez que essa categoria sofre com baixos salários e uma grande carga de exigências. Para conseguir obter uma remuneração condizente com suas necessidades, aumentam sua carga horária laborativa, não raro extrapolando os limites da exaustão, situação que o deixa mais suscetível e vulnerável no exercício de sua tarefa.

Ainda recorrendo a dados históricos para delinear a evolução da assistência ao paciente grave, marcam-se as contribuições de Florence Nightingale: pioneira das práticas de enfermagem, deixou importante legado ao estabelecer as bases para os serviços de enfermagem na assistência aos pacientes graves, com ações que reformaram o sistema de saúde de sua época (Site do Intensivista, 2011). Esta eminente personagem da história reconheceu as necessidades dos pacientes graves e empreendeu nova sistemática na assistência, agrupando-os em áreas diferentes e sob cuidados especiais. A experiência, que representou um marco dos cuidados especiais a pacientes graves, aconteceu durante a Guerra da Criméia, em 1854, época em que não existia nenhuma sistematização dos processos de atenção à saúde nem recursos materiais sofisticados.

Durante a Guerra da Criméia, Florence Nightingale foi oficialmente intitulada superintendente do estabelecimento de mulheres enfermeiras dos hospitais gerais na Turquia. Na atenção realizada aos feridos no campo de batalhas, ela constatou que a falta de higiene e as doenças matavam grande número de soldados hospitalizados por ferimentos. As condições da assistência eram precárias: os pacientes ficavam deitados no chão, cercados por insetos, ratos e excrementos; os procedimentos eram realizados sem nenhuma assepsia; não havia distinção entre os pacientes graves e menos graves. Diante deste cenário, desenvolveu um trabalho de assistência aos enfermos e de organização da infraestrutura hospitalar que a tornou conhecida em toda a frente de batalha, consagrando a assistência aos enfermos em hospitais de

campanha. Suas reformas reduziram a taxa de mortalidade em seu hospital militar de 42,7% para 2,2%. (Site PUCRS, 2011)

Dessa forma, as ações de Florence Nightingale traçaram os princípios básicos para o cuidado aos pacientes graves, que passaram a receber atenção adequada ao seu quadro clínico em ambiente estruturado. Suas contribuições fundamentam, até os dias de hoje, as práticas de atenção à saúde e o cuidado especializado na assistência aos doentes graves. A importância das suas contribuições não se restringem à ousadia da sua prática; os seus escritos redimensionaram o papel da enfermagem, que antes tinha apenas sentido de caridade e amor ao próximo (Siqueira *et al.*, 2009). Seu pioneirismo se estendeu à fundação da primeira escola de enfermagem no Hospital Saint Thomas, o que evidenciou sua preocupação com a profissionalização e capacitação técnica daqueles que se dedicavam à assistência dos doentes.

A evolução das técnicas e recursos assistenciais é composta por invenções e descobertas complementares. Em 1870, o médico Dominique Larrey, insatisfeito com o tratamento aos feridos nos campos de batalha, cria um sistema de remoção imediata, que permitia recolher o ferido durante a batalha. Tratava-se de uma estrutura arredondada, em material leve, com rodas amplas, puxado por dois cavalos; tinha compartimento com ventilação, macas retráteis e torniquetes. Seu invento foi batizado “Ambulance”. Na mesma época, Sidney Ringer cria a primeira solução endovenosa, e o médico Riva Rocci, o primeiro equipamento de leitura de pressão arterial, o esfigmomanômetro. Em 1900, Landstein dá início a transfusões sanguíneas seguras, determinando os grupos sanguíneos ABO, complementando em 1939 com o fator Rh. (Bolina Grupo Editorial, 2011)

O agrupamento de pacientes graves para assistência especializada foi-se constituindo como modelo terapêutico no período da Primeira Guerra Mundial, passando a ser o modelo que norteou a abertura de unidades especiais quando ocorriam calamidades públicas. Assim, os recursos assistenciais eram centralizados e otimizados.

As grandes epidemias de poliomielite desencadearam uma resposta semelhante e grandes unidades de

tratamento foram criadas quase que instantaneamente, como em Copenhague e na Califórnia, em 1952. (Knobel, Kuhl, Lopes, Gould & Beer, 2006, p. 1954).

Entre as unidades especiais criadas para assistência ao paciente em estado crítico, a sala de recuperação anestésica, que surge entre as duas guerras mundiais, pode ser considerada a precursora da UTI. A partir da dinâmica de cuidados empreendidos nesta sala - que tem o objetivo de acompanhar a fase de recuperação imediata anestésica e cirúrgica do paciente - os cirurgiões foram observando que esta área tinha condições mais adequadas para dar suporte ao paciente grave quando comparada a outros setores do hospital. Os pacientes mais graves passaram a permanecer mais tempo nestas salas de pós-operatório: com tal experiência, instituiu-se o conceito de UTI. (Knobel *et al.*, 2006).

O modelo de Unidade de Terapia Intensiva, nos moldes que conhecemos hoje, foi idealizado por Walter Dandy, em 1926, nos EUA. Inicialmente, ele criou 3 leitos para pacientes pós-cirúrgicos e neuropediátricos. Nessa experiência inaugural, a monitorização acontecia de modo ainda rudimentar, pois se observava os padrões fisiológicos e buscava-se intervir nas descompensações identificadas. Percebendo a importância destas unidades de vigilância, o Dr. Dandy as nomeou ICU (Intensive Care Unit): nascia a UTI. Em 1927, o fisiologista de Harvard, Philip Drinker, desenvolveu o primeiro equipamento capaz de efetuar a ventilação mecânica em pacientes portadores de Insuficiência Respiratória, o que contribuiu significativamente na formação do conceito de UTI moderna. No mesmo ano, o Dr. Hass efetua a primeira hemodiálise em paciente crítico e, em 1929, Dr. Fleming identifica o primeiro antibiótico, que recebe o nome comercial de penicilina. A eletrocardiografia também avança, tendo Claude Becker, em 1947, desenvolvido o primeiro desfibrilador e a realização da primeira desfibrilação em humano. Em 1950, Peter Safar, médico anestesista, amplia a sedação, a analgesia e a ventilação assistida, fundando, assim, o conceito de Suporte Avançado de Vida em Terapia Intensiva. (Bolina Grupo Editorial, 2011).

A era da Terapia Intensiva exigiu a formação especializada do profissional de saúde, tendo como desafio novos paradigmas bioéticos frente às questões de terminalidade e interrupção de métodos extraordinários de manutenção da vida. Ainda como desafio, em meio à alta tecnologia que compõe o cenário da UTI, técnicas e procedimentos que exigem grande habilidade com cálculos numéricos, manejo de máquinas, instrumentos de medição, preenchimento de formulários, protocolos e atualização de dados em prontuário, o profissional de saúde tem como tarefa não perder de vista o ser humano que está sob seus cuidados e que é motivo e razão de todo o empreendimento da Terapia Intensiva.

### **A evolução do intensivismo no Brasil e o modelo atual de Unidade de Terapia Intensiva**

No Brasil, as primeiras Unidades de Terapia Intensiva foram inauguradas em 1971, no Hospital Sírio Libanês, com três leitos. (Site do Hospital Sírio-Libanês, 2011), em 1972, no Hospital Albert Einstein, com quatro leitos, ambos na cidade de São Paulo. (Knobel, 2010)

Segundo o Dr. Elias Knobel (2010), um dos fundadores da UTI do Hospital Albert Einstein, a prática inicial foi marcada por ações intuitivas e muita criatividade, pois o conceito de UTI no Brasil era recente. A equipe de trabalho contava apenas com alguns médicos, que exerciam sua profissão de forma autônoma, e poucos enfermeiros, o que acarretava sobrecarga de trabalho e certos imprevistos. Além do que “[...] no Brasil, a praxe era tratar os enfermeiros como simples cuidadores de doentes. Eles eram ensinados a cumprir todas as ordens dos médicos sem discutir. Eram condicionados à passividade” (Knobel, p. 103, 2010). Ainda de acordo com o relato do Dr. Knobel, que muito cuidadosamente registrou a história de sua unidade - hoje referência no Brasil - é possível observar que, no decorrer dos anos, o trabalho nas UTIs evoluiu significativamente. A assistência foi-se estruturando de modo mais específico a partir das seguintes ações:

[...] elaboração de rotinas e protocolos, mensuração da eficiência dos procedimentos e condutas, implantação de novas tecnologias e promoção de conhecimento por meio de programas de ensino, pesquisa e realização de trabalhos científicos (Knobel, 2010, p. 107).

O desenvolvimento das UTIs no Brasil ocorreu em grande parte do seu decurso, sem regulamentação específica. Apenas em 1998 o Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), lança as portarias que passaram a regulamentar o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva no Brasil:

- Portaria 2918/GM de 09 de junho: trata da Importância da Assistência das Unidades e Estabelecimento de Critérios de Classificação (1998);

- Portaria [2919/GM de 09 de junho: trata da Redefinição dos Critérios de Classificação para UTIs \(1998\)](#);

- Portaria 3432 de 12 de agosto: dispõe sobre o Estabelecimento de Critérios de Classificação para UTIs (1998).

Apenas em 24 de fevereiro de 2010, doze anos após as primeiras diretrizes, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária lança nova resolução, que dispõe sobre os requisitos mínimos de funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, aplicáveis a todas as UTIs gerais do país, sejam públicas; privadas; filantrópicas; civis ou militares. Nas diretrizes da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC7, 2010), a UTI é definida como:

[...] área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

Essa regulamentação traça o modelo atual de UTI e legitima o trabalho multidisciplinar na assistência ao paciente grave. O artigo 18 desta resolução determina que o acesso a 28 serviços especializados devem ser assegurados à beira do leito, por meios próprios ou terceirizados, entre os quais se

destacam: assistência médica em diversas especialidades, assistência psicológica, apoio nutricional, atuação farmacêutica e assistência fonoaudiológica. No artigo 21, é determinado que: “Todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar”. Essa deliberação apoia-se em uma conquista anterior, que é apresentada na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da lei federal Nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

Antes da regulamentação estabelecida com a RDC7, a complexidade própria da situação clínica do paciente grave ou potencialmente grave já indicava necessidade de contribuições e intervenções que complementassem o trabalho do médico e do enfermeiro. Assim, gradativamente e de modo experimental, os demais profissionais de saúde começaram a entrar na UTI inicialmente, o fisioterapeuta, seguido pelo nutricionista e, por fim, pelos fonoaudiólogo e psicólogo (Knobel, 2010). A incipiente configuração profissional desta área de ações complementares foi enriquecida com a presença de novos campos do conhecimento, o que veio a permitir um olhar mais amplo para as necessidades do paciente e fortalecer a proposta de responsabilidades partilhadas. O agrupamento de novos profissionais na equipe de trabalho não trouxe apenas facilidades para a assistência ao paciente; trouxe, também, grandes desafios no que tange à convivência e interlocução de diferentes saberes. Estes profissionais passaram a compartilhar o mesmo campo de ação, porém com objetivos nem sempre convergentes.

O internamento em uma UTI é indicado para doentes graves ou potencialmente graves com possibilidade de reversão do seu quadro crítico. Os pacientes, quando admitidos neste setor, passam a receber todo o suporte tecnológico disponível. Seus corpos são manipulados de várias formas através das intervenções necessárias ao seu tratamento. O paciente passa a viver uma situação de dependência total. Sua vida agora se encontra “nas mãos da equipe”, que por sua vez, passa a enfrentar todas as incertezas que acompanharão cada passo da assistência, face a face com situações de extremo sofrimento.

A equipe multiprofissional da UTI está exposta, em maior ou menor grau, a uma carga muito grande de cobranças e pressões provindas de familiares, e dela própria. Seus membros devem estar bem preparados, a qualquer momento, para lidar com inúmeras exigências e questionamentos relativos, por exemplo, à terminalidade, à morte, à ineficácia do tratamento, à alteração de prognóstico, a reações emocionais de pacientes e familiares etc. Como aspecto intensificador dessas questões, temos o fato de que os membros da equipe, muitas vezes, não se permitem olhar para sua condição de seres humanos, sua vulnerabilidade, e aceitar sua própria mortalidade. A identificação com algum paciente ou família, o sofrimento psíquico e o estresse, muitas vezes não são reconhecidos como possibilidades para as partes envolvidas (Haberkon, 2004, p.105).

No ambiente da UTI, as dúvidas apresentam-se através da instabilidade própria do paciente crítico. É um trabalho denso, intenso e desafiante para todos os profissionais de saúde que atuam nesse campo, pois, cotidianamente, lidam com situações de limite entre a vida e a morte. O paciente grave demanda da equipe intervenções ora delicadas, ora firmes e contundentes. Observamos, no cotidiano de trabalho, situações em que o manejo inadequado para um “simples” banho no leito pode desencadear uma intercorrência importante, bem como situações em que a falta de intervenção imediata e invasiva no corpo do paciente pode representar prejuízo irreversível, em nível de sequelas, ou mesmo da própria morte.

No leito de uma UTI, o paciente tem pela frente a possibilidade de experimentar os mais diversos tipos de exames e procedimentos. Entre os mais comuns estão implante de cateter, acesso à circulação venosa central, instalação de sondas, intubação orotraqueal, aspiração traqueal, dissecação de veias, punção, traqueostomia, eletrocardiograma, hemodiálise e ventilação mecânica. São procedimentos necessários ao controle, monitorização ou tratamento do paciente. Porém não podemos deixar de considerar que, apesar de terem objetivos terapêuticos e de cura, também se revelam como elementos que ameaçam a integridade do paciente. Ao mesmo tempo em que estes procedimentos tratam o corpo, também o ferem e modificam.

O grande objetivo das intervenções em uma UTI é a cura; o paciente admitido nesta unidade é aquele que apresenta possibilidades de recuperação. No entanto, a realidade do cotidiano de trabalho apresenta situações em que pacientes sem possibilidades de reversão do seu quadro crítico, não raramente, são admitidos em UTI. Nesses casos, a contundência das intervenções curativas passa a ser desnecessária e demasiadamente agressiva. Aí se estabelece, contudo, um campo fértil para dilemas e conflitos por parte das famílias e da equipe da UTI, que está preparada para tentar salvar vidas utilizando todos os recursos humanos e tecnológicos disponíveis para reverter situações críticas e “diminuir” o risco iminente de morte.

As intercorrências inesperadas, como mudanças repentinas no estado clínico de um paciente que estava bem, aumentam a tensão e a ansiedade. Essas situações geram inquietude na equipe como um todo, fazendo-a avaliar as capacidades pessoais de conviver no ambiente da UTI (Nogacz & Souza, 2004, p. 43).

Abre-se, então, a necessidade de acompanhar as discussões acerca da obstinação terapêutica decorrente dos avanços tecnológicos, distinguir o modelo curativo da proposta de cuidados paliativos e considerar que é possível a integração dessas duas perspectivas de atenção dentro das UTIs. A presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Dra. Goretti Maciel (2011) alerta:

Nós vivemos num contexto em que as estratégias de prevenção e de cuidados paliativos, infelizmente ainda são relegadas a um segundo plano, e nós temos um enfoque muito marcante ainda, em cima do cuidado curativo.

O paradigma da cura vigora em nosso meio. O aparato tecnológico e medicamentoso se presta como recurso para lidar com aquele que, muitas vezes, não tem mais condições de manter-se vivo por si mesmo, por meio de ações que barram o acontecimento da morte, mantendo a situação de

fragilidade do paciente “sob controle”. Sobre essa questão, Gadamer (2006, p. 78) destaca:

O prolongamento da vida acaba por ser um prolongamento da agonia e um ofuscamento da experiência da morte. A atual química dos anestésicos tira toda a sensação à pessoa que sofre, ao mesmo tempo em que a manutenção artificial das funções vegetativas do organismo transforma o homem numa peça de um processo mecânico. A morte em si mesma passa a ser uma decisão do médico encarregado do caso. Tudo isso exclui, simultaneamente, os sobreviventes de qualquer participação e intervenção no acontecimento fatal.

A intensidade dos acontecimentos e a impossibilidade de prever a evolução e o desfecho da situação clínica dos pacientes confrontam a ilusão de controle e onipotência, muito comum aos profissionais de saúde, ainda mais aparente nos profissionais de medicina. A respeito desta questão, Gadamer (2006) lembra que o poder-fazer do médico é apenas um manejo, uma contribuição para a recuperação do paciente, e que não é possível dominar a doença a ponto de suprimi-la.

Cuidar do paciente que, segundo critérios médicos, está fora de possibilidade de cura é reconhecer que a morte não é uma inimiga nem representa fracasso ou derrota. Ela é um acontecimento natural e inevitável que, dentro do hospital, ocorre com mais frequência. O profissional de saúde, muitas vezes, acredita que a causa da morte é a doença e não a compreende como um acontecimento natural - as doenças apenas contribuem na maneira como se morre. (Cassorla, 2009).

O profissional de saúde - em especial o médico, devido às suas grandes responsabilidades frente à assistência ao paciente, que consistem em intervenções de fato decisivas - depara-se, inevitavelmente, com situações que o aproximam significativamente da morte e do morrer. Portanto, é importante que toda a equipe reconheça, mesmo que minimamente, que “[...] são profissionais da saúde, mas são também, mesmo que lhes desagrade essa afirmação, profissionais da morte” (Carrara, 2004, p. 12).

A proposta de cuidados paliativos consiste em abrir espaço para o resgate da consideração ao ser humano, sua história, seus desejos, sua família, sua dignidade, seu sentido de bem-estar e suas reais possibilidades de vida. Esta orientação para a assistência ao paciente que está internado na UTI leva a considerar que há, ainda, um longo caminho pela frente, pois a unidade intensiva ainda se caracteriza como o lugar de atos heroicos, da obstinação terapêutica, onde as manobras “agressivas” não são utilizadas com parcimônia. Tudo isso ocorre, muitas vezes, a serviço do encobrimento da própria dificuldade do profissional em aceitar a morte - dificuldade que não é exclusiva do profissional, mas própria do ser humano. Assim, torna-se compreensível que “[...] a heroica ideologia segundo a qual a morte de um paciente é um fracasso contra o qual se deve lutar a qualquer custo” (Carrara, 2004, p. 12) funciona como uma espécie de “escudo”, que talvez dê a sensação de proteção necessária para trabalhar dentro de uma UTI.

Mesmo compreendendo que é insuportável reconhecer plenamente a sua fragilidade, escancarada através da morte do outro, não se pode furtar ao dever assumido na escolha desse ofício. É preciso lançar mão de recursos e propostas que possibilitem um convívio mais sereno com as questões da finitude, tão presentes no dia a dia destes profissionais.

Uma dessas propostas é a dos cuidados paliativos. A literatura atual já apresenta recomendações que contemplam ações curativas e paliativas como complementares, como aponta Forte & Delponte (2011, p. 39):

Durante a evolução da doença, os cuidados curativos e paliativos andam lado a lado, não sendo necessariamente excludentes. Nos períodos de exacerbação ou descompensação da doença, ao mesmo tempo em que ocorra a intensificação do cuidado curativo, deve haver também a intensificação do cuidado paliativo, buscando o controle adequado de sintomas. A integração entre cuidados curativos e paliativos é essencial, especialmente na UTI, evitando-se a abordagem “tudo ou nada” [...].

Nessa direção, torna-se inescapável o encontro/confronto com a temática da morte, assunto tão evitado e negligenciado na cultura ocidental. No

entanto, não é possível destacar uma discussão sobre UTI sem se ocupar com reflexões e questionamentos que desembocam nas questões de vida e morte. Mesmo em um lugar onde se torna evidente que a vida está sempre por um fio, o acontecimento da morte é considerado o “[...] momento que mais exacerba o desgaste rotineiro do intensivista, no dia-a-dia de sua atuação profissional” (Orlando, 2002, p. 37). Escolher não se ocupar com reflexões sobre a morte não livra o profissional de saúde da sua própria condição de mortal, e nem o protege dos “respingos” lançados pela morte dos outros/pacientes. Quanto a isso, o experiente intensivista José Maria Orlando alerta: “Não venhamos, portanto, com velhos jargões de que depois de certo tempo aquilo não passa de uma mera rotina nem com frases do tipo: ‘eu já estou calejado’” (2002, p. 37). O tempo de trabalho não nos torna imunes diante dos acontecimentos, somos afetados o tempo todo, independente de admitirmos ou não.

Em toda a parte, a repressão da morte mostra sua outra face: o medo face ao seu mistério na consciência do indivíduo vivo; o estremecimento perante a sua sacralidade e a inquietude que provoca o silêncio ou a ausência definitiva de alguém que há pouco ainda estava vivo. (Gadamer, 2006, p. 82)

### **O fazer cotidiano da equipe de saúde em UTI atravessado pelo cuidar da vida e da morte**

A experiência diária da equipe de saúde que trabalha em UTI transita pelo cuidado com a vida e pela inquietude diante da morte. Apesar de o objetivo da UTI estar voltado para a manutenção da vida, a morte - intrusa indesejada sobre a qual pouco se fala - inevitavelmente impõe sua presença. Parece esquecer-se que, honrando a morte, também se está a vida.

Numa compreensão fenomenológica existencial, o morrer do homem difere do morrer de uma planta ou de um animal. Nesta perspectiva, a morte precede a biologia e toda a ontologia da vida, pois a morte faz parte do ser do

*Dasein* de modo essencial, não accidental. “Viver, para ele, é morrer!” O *Dasein* realiza-se como tal, encaminhando-se para o fim; ele não é ser-no-fim, mas ser-rumo-ao-fim, por isso não se fala em um *Dasein* morto, mas de um *Dasein* moribundo (Pasqua, 1993). O homem está na vida sempre se dirigindo para o fim. A sua própria condição de existir no mundo é finita. Neste sentido, o homem está sempre em “fase terminal”, agonizante ou não.

A morte, como condição da vida, apresenta-se em seu caráter insuperável, não existe escapatória. “A morte não está no fim do percurso, ela não é o fim da vida, como qualquer coisa que chega do exterior. A morte faz parte do *Dasein*” (Pasqua, 1993, p. 123). O morrer revela a impossibilidade de qualquer possibilidade. Diante desta realidade fatal, o reflexo do *Dasein* é fugir, refugiar-se no “Nós”, onde se dilui na tentativa de não enfrentar a si próprio e não se ver em sua ipseidade. (Pasqua, 1999).

Quando o Nós morre, <<Eu>> não morro, porque o Nós não é ninguém. Nesta óptica, a morte surge como um acontecimento exterior, que não me atinge. É uma <<notícia>> dada pelos jornais, contada pelas testemunhas... esta forma de falar encara a morte como uma <<realidade>>, mas nunca como uma possibilidade inscrita no seio do meu ser. (Pasqua, 1999, p. 127).

Evita-se a angústia perante a contínua possibilidade de morte. O “Nós”, como um modo impessoal e impróprio, mostra-se como alternativa que torna possível escamotear a inelutável finitude. Nessa tentativa manter-se distante da compreensão da morte, busca-se não viver a perturbação que ela provoca. Diz-se para si mesmo e para os outros que ela não vai acontecer, que é melhor não pensar sobre isso, como se, ao olhar na sua direção, trouxesse-a para mais perto, quando, na verdade, ela já está no ser, constitui o seu próprio existir.

Ora, só a angustia é capaz de olhar a morte de frente e de entregar o *Dasein* à sua possibilidade mais radical. O Nós tenta transformar essa angustia num medo ôntico. A angustia surge, então, como fraqueza que um *Dasein* <<seguro de si>> não poderia consentir. Assim, a dissimulação é total, o *Dasein* alienou o seu poder-ser, ele fez da morte uma possibilidade estranha, que não lhe diz respeito, que só acontece aos outros. (Pasqua, 1999, 129).

O angustiar-se perante a morte seria o modo mais próprio de lidar com a inquietude que ela provoca. Deixar-se atravessar pela sensação vertiginosa que se experimenta ao reconhecer-se mortal é tirar da total estranheza, por alguns momentos, o saber-se finito.

O acontecer da morte, o morrer propriamente dito, pode se dar de modo violento, abrupto, lento, anunciado e de tantas outras formas, mas, para o *Dasein*, caminhar para a morte independe do modo como esta vai acontecer. Na UTI, a doença é facilmente classificada como a causa da morte, quando esta é, na verdade, apenas uma das formas pelas quais se morre. Na Unidade de Terapia Intensiva, o adoecer é a forma que abre passagem para a morte se desvelar. Assim, mostrando sua face mais concreta, está sempre presente, fazendo parte do dia a dia da equipe de intensivistas. Os profissionais de saúde testemunham, acompanham, intervêm, participam... Mas esta experiência é vivida - na dimensão daquilo que é possível - apenas pelos que ainda continuam vivos. Por mais próximo que seja o convívio com a morte, só é possível ser afetado por ela porque se está no “ainda não” da sua própria mortalidade. Sobre isso, Heidegger alerta:

A morte se desvela como perda e, mais do que isso, como aquela perda experimentada pelos que ficam. Ao sofrer a perda, não se tem acesso à perda ontológica como tal, ‘sofrida’ por quem morre. Em sentido genuíno, não fazemos a experiência da morte dos outros. No máximo, estamos apenas ‘juntos’. (Heidegger, 2009, p. 313).

Como equipe de saúde, só podemos estar “junto” ao paciente, de modo que presenciemos o acontecer da morte, mas ainda não experimentamos o seu acontecer. Compreendemos que o desvelamento da morte, através do morrer dos outros/pacientes no ambiente hospitalar, em especial na UTI, é algo que nos mobiliza mais intensamente do que as doenças que ali se apresentam, pois estas são, de fato, apenas possibilidades - diferente da morte que inevitavelmente nos diz respeito como algo que ainda não nos aconteceu, mas que inexoravelmente irá acontecer.

A relação do homem com a morte modificou-se bastante ao longo do tempo. No início do século XX, a morte de um homem modificava formalmente o espaço em que vivia. Morria-se em casa, ao lado da família. Os costumes eram respeitados e seguidos à risca: acendiam-se velas, fechavam-se as cortinas do quarto do agonizante, a casa enchia-se de vizinhos, parentes e amigos, e por fim, fazia-se o cortejo fúnebre. Posteriormente, um aviso de luto era colocado na porta de entrada e ocorriam as visitas dos amigos e familiares e visitas ao cemitério, até que, pouco a pouco, a vida retomava o seu curso. No decorrer do século XX, o quarto do doente saiu da casa para o hospital - transferência facilitada pelas famílias, que não suportavam mais cuidar do enfermo desfigurado, da sujidade decorrente das grandes doenças terminais e dos encargos gerados. A morte inconveniente é, então, confiada a outros e levada para dentro dos hospitais em consequência do progresso das técnicas médicas de suavização da dor e das dificuldades materiais de aplicá-las em casa. (Ariès, 1977).

O tempo da morte alongou-se à vontade do médico: este não pode suprimir a morte, mas pode regular a sua duração, de algumas horas que era antigamente, a alguns dias, a algumas semanas, a alguns meses, até mesmo a alguns anos. Tornou-se, com efeito, possível retardar o momento fatal, as medidas tomadas para acalmar a dor também têm por efeito secundário prolongar a vida. (Ariès, 1977, p. 339).

O local, dentro do hospital, que melhor representa essa realidade nos dias de hoje é, sem dúvida, a UTI. O prolongamento da vida é o objetivo maior. Não desconsideramos que a tecnologia - como marca maior da medicina moderna - tem o seu valor, pois muitos benefícios para o paciente se tornaram possíveis graças ao avanço das ciências médicas. No entanto, ao passo que ocorriam os avanços que alargaram as possibilidades interventivas no campo da saúde, fortalecia-se a ilusão de controle sobre a morte.

A equipe de intensivistas, não raro, trava uma verdadeira batalha na tentativa de vencer a invencível finitude de seus pacientes. Esta briga que a equipe trava com a morte é muito bem ilustrada, de maneira lúdica, no curta metragem de animação espanhol '*La dama y la muerte*'

([www.ladamaylamuerte.com](http://www.ladamaylamuerte.com)). O filme mostra o morrer de uma senhora idosa, em sua residência. Tudo transcorre com naturalidade até o momento em que é socorrida e levada para uma Unidade de Terapia Intensiva. Lá, a equipe de plantão utiliza todos os recursos disponíveis para reanimar a paciente. Uma verdadeira maratona é iniciada, a equipe tenta sustentar a vida da velhinha e a morte, representada pela imagem do ceifeiro, com capuz preto e uma foice na mão, tenta cumprir a sua tarefa. No desfecho da história, a equipe parece ter vencido a disputa, quando surpreende o inusitado modo como a morte se desvela naquele enredo. Esta história possibilita reflexões a respeito dos limites das intervenções: até quando aguardar e até quando intervir. Não existe resposta que possa ser reproduzida. Cada situação de atendimento exigirá da equipe sensibilidade para perceber a pertinência de cada ação terapêutica, com o grande desafio de não descuidar do conforto do paciente, atentando para ao alívio das suas dores enquanto morre ou enquanto a sua saúde se restabelece.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Junto com o surgimento do hospital - com o propósito terapêutico e de cura - determinam-se o lugar e o papel de todos os envolvidos no processo de internamento. Do paciente e de seus familiares, espera-se obediência e passividade; da equipe, espera-se assertividade e capacidade de controle sobre o paciente. Na equipe, é investido um poder que, muitas vezes torna-se um fardo, pois, além dos desafios que a assistência ao doente revela, a equipe também está submetida aos mecanismos disciplinadores da instituição hospitalar. Em situação de adoecimento e vulnerabilidade, todos esperam da equipe apenas acertos e respostas satisfatórias. E, em se tratando das equipes de UTI, aos considerados profissionais de “elite” e de maior prestígio dentro do hospital, essa exigência é muito mais elevada. As expectativas dos pacientes e familiares são acrescidas de fantasias e crenças, muitas vezes distorcidas, pois o profissional é encarado como uma espécie de “super-herói”, com poderes especiais sobre a vida e a morte.

Com todos os avanços que ocorreram no universo da terapia intensiva, os profissionais de saúde ainda buscam ser combatentes da morte, numa luta inglória da qual se consideram “perdedores”. O paradigma da cura, fundado nos lastros do controle e da razão, visa à correção da doença e classifica a morte como fracasso a ser evitado. Nessa perspectiva, não há tempo disponível nem interesse para refletir sobre questão tão indigesta e incômoda como a finitude de todos nós. Dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, temos a oportunidade de viver e observar a natural relutância frente ao “abismo” que se mantém continuamente aberto a nos provocar. Diante disto, como manter os olhos fechados? A morte está sempre à espreita, preparando-nos a “emboscada”: por mais previsível que seja, é, também, a um só tempo, puro mistério e surpresa. Toda a nossa ação, como profissionais de saúde em uma UTI, está em íntima relação com os limites da vida. Não temos chance de esquecê-la demoradamente, pois há, constantemente, algo que anuncia sua presença e fica no ar a sensação de que ela está sempre para acontecer.

Mas, como admitir, em voz alta, que somos tão vulneráveis quanto o nosso paciente, que está no leito, padecendo? Como legitimar a nossa própria humanidade sem nos desmontar? Como assumir o nosso sofrimento sem nos desabilitar para a assistência ao outro? Compreendemos que é preciso correr o risco e abrir espaço para falar como somos afetados; como nos amedrontamos; como renovamos a nossa decisão de continuar. Compreendemos também que, juntos, como equipe que transita no mesmo campo de ações, podemos nos valer da cumplicidade que brota através da vivência comum dos dissabores da nossa vida. Com isso, percebemos a necessidade de promover momentos de reflexão conjunta na equipe, encontros que possibilitem e legitimem o dizer do profissional de saúde sobre as questões da vida e da morte, que ainda habitam a dimensão do interdito.

## REFERÊNCIAS

- Ariès, P. (1977). *O homem perante a morte – II*. Portugal: publicações Europa-América.
- Bolina Grupo editorial. (2011). *Revista Intensiva*. Ano 6, n 31. Barueri: Autor

Carrara, Sergio. (2004). Prefácio. In Menezes, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ.

Cassorla, Roosevelt M. S. (2009). A negação da morte. In Santos, Franklin S. & Incontri, Dora., (org.). *A arte de morrer – visões plurais – Volume 1*. Bragança Paulista: Editora Comenius.

Forte, Daniel Neves., & Delponte, Valéria. (2011) *Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva*. In Santos, Franklin S. (editor). São Paulo: Editora atheneu.

Forte, Daniel Neves & Mota, André. (2010). As atitudes do médico frente à morte. In Santos, Franklin S., (org.). *A arte de morrer – visões plurais – Volume 3*. Bragança Paulista: Editora Comenius.

Foucault, Michel. (2007). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Gadamer, Hans-Georg. (2009). *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Portugal: Edições 70.

Haberkon, Adriana. (2004). Atuação psicológica na UTI. In Bruscato, Wilze L., Benedetti, Carmen., Lopes, & Sandra R. A., (org.). *A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Heidegger, M. (2009). *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes.

Knobel, Elias. (2010). *A vida por inteiro e por um fio*. São Paulo: Atheneu Editora.

Knobel, Elias., Kuhl, Sandra D., Lopes, Rodrigo F. T., Gould, Katia G., & Beer, Idal. (2006). Organização e funcionamento das UTIs. In Knobel, Elias., (org.) *Condutas no paciente grave. – 3 ed – São Paulo: Editora Atheneu*.

Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

Lisboa, Teresinha Covas. (2002). *Breve História dos Hospitais*. Notícias Hospitalares – Gestão de saúde em debate. São Paulo, n 37, ano 4, p. 5-29.

Maciel, Maria Goretti. (2011). *Atualização profissional em medicina intensiva – AMIB (Vídeo aula - Ano I)*. Duração aproximada: 02h03m. Tema – Terminalidade em UTI. Recuperado em 20 de setembro, 2011, de <http://www.conexaomedica.com.br/wp/2011/01/terminalidade-em-uti/>

Moraes, Edvaldo Leal. (2010). Doação de órgãos para transplante: percepção de familiares de potenciais doadores frente à morte. In Santos, Franklin S. (org.). *A arte de morrer – visões plurais – Volume 3*. Bragança Paulista: Editora Comenius.

Nogacz, Fátima R., & Souza, Raquel P. (2004). Fatores Estressores em UTI. In Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). *Humanização em Cuidados Intensivos*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

Nothen, Rosana R. (2006). A doação de órgãos no cenário da unidade de terapia intensiva. *[Apostila do programa de Atualização em Medicina Intensiva – AMIB]*. São Paulo: Artmed/Panamericana Editora Ltda.

Orlando, J. M. C. & Campos, Lourival. (2001). A morte: uma indesejável colega de plantão? Nem sempre... In Orlando, J. M. C., (org.). *UTI: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu.

Pasqua, H. (1993). *Introdução a leitura do ser e tempo de Martin Heidegger*. Lisboa: Instituto Piaget.

Portaria 2918/Gabinete do Ministério de 09 de junho. (1998). Estabelece a rotina de credenciamento as Unidades que realizam tratamento intensivo. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2918.htm>

Portaria 2919/Gabinete do Ministério de 09 de junho. (1998). Estabelece a rotina de credenciamento as Unidades que realizam tratamento intensivo. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2919.htm>

Portaria 3432 de 12 de agosto. (1998). Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT98/GM/PRT-3432.pdf>

RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. (2010). A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/RDC-7\\_ANVISA%20240210.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf)

Resolução Nº 1.480 de 08 de agosto de 1997. (1997). O Conselho Federal de Medicina define os critérios para diagnóstico de morte encefálica. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de <http://www.ufrgs.br/bioetica/cfmmorte.htm>

Siqueira, Hedi C. H., Cecagno, Diana., Pereira., & Queli L. C. (2009). Equipe multiprofissional de saúde: ações inter-relacionadas. Pelotas: editora Universitária/UFPEL.

Site do Intensivista. (2011). História da enfermagem. Site dedicado a comunidade intensivista nacional mantido pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Recuperado em 22 de julho, 2011, de <http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm>

Site da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. (2011). Biografias – Florence Nightingale. Recuperado em 26 de maio, 2011, de <http://www.pucrs.br/famat/statweb/historia/daestatistica/biografias/Nightingale.htm>

Site do Hospital Sírio-Libanês. (2011). Unidades críticas e UTIS. Recuperado em 12 de maio, 2011, de <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/unidades-criticas-e-uti/uti/Paginas/default.aspx>

## O ACONTECER DA EQUIPE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Josemary Karlla C. Costa<sup>5</sup>

Carmem Lúcia T. Brito Barreto<sup>6</sup>

### RESUMO

Este artigo apresenta, brevemente, um percurso da construção do conhecimento na modernidade, enfocando as críticas apresentadas por Heidegger à técnica moderna e sua repercussão no pensamento contemporâneo. Delineia o fenômeno da especialização e as relações disciplinares em seus diversos modos: a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade; descreve o trabalho do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva e sua participação nas ações da equipe, apontando algumas particularidades da prática clínica psicológica no contexto da Terapia Intensiva, numa perspectiva fenomenológica existencial. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, que contempla um olhar histórico permeado por informações encontradas na literatura especializada e por observações advindas da experiência da pesquisadora. Como resultado, observa-se que a interlocução entre os profissionais do intensivismo tem fundamental importância no cotidiano da UTI, e que a interdisciplinaridade é um acontecimento que não pode ser pautado por protocolos ou normatizações, uma vez que não é possível forçar nem prever o seu acontecer. Percebe-se o trabalho do Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva como importante contribuição para o paciente, a família e a própria equipe de trabalho, ao mesmo tempo em que aponta para a possibilidade de re-significação da ação do psicólogo clínico. Ao assumir a clínica como modo próprio de “cuidar”, o psicólogo preocupa-se com o acontecer do cliente e facilita o modo de funcionar da equipe enquanto disponibilidade para acompanhar o cliente e os demais componentes em seu cuidar das suas possibilidades mais próprias, dispondo delas livremente e com responsabilidade.

Palavras chave: Saber/conhecimento na modernidade; relações disciplinares; ação clínica; perspectiva fenomenológica existencial.

---

<sup>5</sup> Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP.

<sup>6</sup> Professora adjunta do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP, orientadora da pesquisa.

## ABSTRACT

Josemary Karlla C. Costa<sup>7</sup>

Carmem Lúcia T. Brito Barreto<sup>8</sup>

This article presents a brief course about construction of the knowledge in modernity, focusing on the criticisms made by Heidegger to modern technology and its impact on contemporary thought. Outlines the phenomenon of disciplinary expertise and relationships in their various ways: a multidisciplinary, interdisciplinary, transdisciplinary and describes the work of the psychologist in the Intensive Care Unit and their participation in the team's actions pointing out some peculiarities of the practice clinical psychology in the context of Intensive Care existential phenomenological perspective. The methodology used was literature that includes a historical look permeated by information found in the literature and observations arising from the experience of the researcher. As result shows that the dialogue between professionals in intensive care is a fundamental importance in daily ICU and that interdisciplinarity is an event that can not be guided by protocols or norms, cannot force or predict its place. One sees the work of the psychologist in the Intensive Care Unit as an important contribution to the patient, family and the team, while pointing to the possibility of re-signification of the action of a clinical psychologist. By taking the clinic as their own way of "caring," the psychologist is concerned with the case of the customer and facilitates the mode of functioning of the team while willingness to monitor the client and the other components in your care for their own more possibilities, offering them freely and responsibly.

Keywords: Knowing/knowledge in modernity, disciplinary relations, clinical action; existential phenomenological perspective.

---

<sup>7</sup> Master's program of Graduate studies in Clinical psychology UNICAP.

<sup>8</sup> Associate professor of the Graduate Program in Clinical Psychology UNICAP, the research orienting.

## INTRODUÇÃO

O homem produziu e continua produzindo “tecnologias de conhecimento” – mecanismos para examinar e dominar os aspectos da realidade que deseja transformar em objeto de estudo. Essas tecnologias apresentam-se numa dimensão histórica, refletindo possibilidades e limitações de cada momento socio-cultural-científico.

O modo de pensar moderno marca um determinado momento da história do pensamento ocidental, com tecnologias próprias, decorrentes do seu contexto histórico e cultural. Nesse contexto, importa fazer uma breve análise do percurso da construção do pensamento moderno, tendo como referência o confronto entre o pensamento metafísico e a crítica apresentada por Heidegger a este modo de pensar, caracterizado pela primazia da identidade da ideia e da representação.

O modo de pensar metafísico, predominante ao longo da história do pensamento ocidental, teve sua origem com Platão, quando se postula uma ruptura com a unidade originária do pensamento, dando lugar a uma concepção do real dividido em dois mundos: o sensível e o suprassensível. A compreensão da palavra *phýsis* - considerada por Heidegger como a palavra-guia dos primeiros pensadores e presente em tudo aquilo que brota e que permanece - foi associada à *idéa*. A partir daí, o pensamento ocidental foi fortemente influenciado por essa concepção, que toma o ser do ente como *idéa*, reduzindo-o ao aspecto do que se vê, ocupando um espaço já aberto e que mantém as coisas em seu não-velamento constante, em sua evidência permanente. A verdade não mais apreendida como desvelamento, presente na concepção inicial da *alethéia*, fica, agora, vinculada à exatidão. A

representação passou, então, a ser a marca da ciência moderna, construída sob a pauta do pensamento que calcula e tenta controlar.

Em “Ser e Tempo”, Heidegger abre reflexões que permitem desvencilhar a história do pensamento de suas origens metafísicas. Tal reflexão, descerrando os fundamentos da modernidade, aponta para outros modos de pensar criticamente a formação das disciplinas e suas especializações. Permite pensar uma ação dos profissionais de saúde desvinculada de uma direção eminentemente prescritiva, inscrita nos parâmetros da ciência moderna e nas dicotomias metafísicas decorrentes.

Ao lado da crítica de Heidegger à técnica moderna, importa retomar a maneira como o conhecimento no ocidente e a tecnologia decorrente da metafísica foi se configurando, demarcando disciplinas e especializações.

Assim, o século XIX assiste ao crescimento do volume dos conhecimentos e das novas tecnologias e ao nascimento da especialização *stricto sensu*. Na segunda metade do século XX, surge e rapidamente se impõe a hiperespecialização. Atualmente, na área da saúde, podemos observar os efeitos da hiperespecialização. O profissional de saúde precisa “reduzir a fragmentos” o ser humano para obter alguma compreensão acerca do fenômeno do adoecimento.

O profissional de saúde, como mero executor de procedimentos técnicos especializados, não tem que se preocupar com o ser humano; basta cumprir o protocolo, basta saber mensurar e controlar. Percebemos, em nossa prática, os prejuízos e as sérias repercussões negativas que a perigosa ação “mecânica” do profissional de saúde pode gerar na relação com os pacientes. Como alternativa para “afrouxar as amarras” da “hiperespecialização” e superar o isolamento dos profissionais, começaram a surgir, na academia, propostas interdisciplinares visando a resgatar a cooperação e o diálogo entre os diversos campos do saber.

A UTI, campo da pesquisa, é um setor do hospital radicalmente fundado numa proposta tecnicista. Nesse campo de ações, pautadas prioritariamente na mensuração, execução de técnicas e procedimentos, a Psicologia chega com a

proposta de contribuir com um olhar diferenciado, que convida à compreensão e a um exercício de reflexão que não se restringe à dimensão da racionalidade e da técnica nos moldes da modernidade. É neste contexto que a ação clínica do psicólogo pode contribuir, ajudando a equipe de saúde a fazer uma crítica criativa à atitude de fechamento nos procedimentos estritamente técnicos.

Como visto, todo plano da atividade humana, inclusive a ação da equipe de saúde, encontra-se afinada pela razão tecnológica. Questionamo-nos como pôr em questão a dimensão instrumental da técnica e as noções de “ser” e “verdade” originadas pelo modo de pensar metafísico. Para além destes questionamentos, refletimos, também, sobre as possíveis contribuições que a perspectiva fenomenológica existencial pode trazer para tematizar a ação clínica do psicólogo em uma equipe de saúde na UTI, e quais suas repercussões no seu modo de funcionar.

Na construção deste artigo, utilizamos uma pesquisa bibliográfica entremeada por observações advindas da nossa prática como psicóloga, em uma equipe de saúde dentro da UTI. Como etapas de desenvolvimento do texto, buscamos apresentar, brevemente, um percurso da construção do conhecimento na modernidade, ressaltando a crítica de Heidegger à técnica moderna e suas consequências no pensamento contemporâneo. Encontramos subsídios nos estudos do próprio Heidegger (1981), de Michelazzo (1978); (1999) e Critelli (2011). Em seguida, delineamos o fenômeno da especialização e as possibilidades de relação entre as disciplinas em seus modos: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Para tanto, encontramos importantes contribuições nas pesquisas de: Japiassu (2006), Gadamer (2006), Sommerman (2008), Pombo (2005), Paviani (2008), Fazenda (2009) e Veit (2009). Finalizando esta etapa, descrevemos o trabalho do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva e sua participação no trabalho em equipe. Para tal proposta, abordaremos autores que trazem referências ao trabalho do psicólogo na UTI, como Sebastiani (2010), Andreoli (2008) e Andreis (2008). Com o objetivo de apresentar possíveis contribuições da perspectiva fenomenológica existencial para a ação clínica do psicólogo, lançaremos mão de reflexões apresentadas por Barreto & Novaes (2011), Michelazzo (1999),

Barreto & Morato (2009), Pompéia & Sapienza (2011), Gadamer (2006), Morato (2009), Morato (1999), Souza, (2005), Morato (2011) e Mahfoud (1999).

## **A fragmentação do saber na modernidade e as ressonâncias na prática do profissional de saúde**

Buscando compreender a fragmentação do saber como uma das características do pensamento moderno, faremos uma breve introdução, recorrendo à filosofia como manifestação do pensamento.

Desde a antiguidade, encontramos registros históricos acerca dos diferentes saberes e de como povos de culturas distintas expressaram formas diversas de construir seu conhecimento sobre o ser humano e a existência.

Na Grécia antiga, o objeto de investigação dos primeiros filósofos era o mundo natural. Buscavam-se explicações para os processos e fenômenos a partir de causas puramente naturais. Os teóricos da natureza (*Phýsis*) — Pré-Socráticos — acreditavam que a chave da compreensão da realidade natural encontra-se na própria realidade. No entanto, tal compreensão corre o risco de assumir uma tradução direta de *phýsis* por natureza, o que encobriria o sentido arquioriginário da palavra, apontado por Heidegger (1978, p. 44) como “[...] o vigor dominante daquilo que brota e permanece.”.

Ainda segundo Heidegger, *phýsis* era a palavra-guia dos primeiros pensadores, era o nome do ser. O real não era separado nem dividido em partes opostas. A aparência das coisas era tomada como legítima, era um modo de ser que constituía a realidade.

Nada escapava do seu domínio, nem mesmo os contrastes, uma vez que a *phýsis* era aquela unidade originária que congregava tanto aquilo que saía e brotava

(movimento), quanto o que se retinha e permanecia (repouso). (Michelazzo, 1999, p. 29).

A compreensão da palavra *phýsis* sofreu grande transformação a partir da interpretação dada por Platão, que associou *phýsis* a *idéa*. A partir daí, o pensamento ocidental é fortemente influenciado por essa concepção, que toma o ser do ente como *Idéa*. A coisa mesma é reduzida ao indício, ao vislumbre, ao que permanece, e este passa a ser determinante na compreensão.

Com Platão, portanto, inicia-se um novo período para a história do pensamento, a partir de sua interpretação do ser como *idéa*. Esta assumirá, doravante, a condição de *parádeigma*, isto é, a referencia exemplar permanente. Se *Idéa* tornou-se paradigma, então, o pensamento que pensa o ser como *Idea* tornar-se-á, também e necessariamente, paradigmático, isto é, o modo referencial e padrão do pensar ocidental. (Michelazzo, 1999. P. 36)

A ruptura com a unidade originária do pensamento, a partir de Platão, dá lugar a uma concepção do real dividido em dois mundos: o sensível e o supassensível. Essa mudança atravessou a Idade Média e exerceu determinante influência em todo o modo posterior de pensar (Michelazzo, 1999). Com o Renascimento, o surgimento da burguesia e o fim da Idade Média, as formas de pensar sobre o mundo e o universo ganham novos rumos. A definição de conhecimento deixa de ser religiosa para entrar em um âmbito racional e científico. O teocentrismo é deixado de lado e entra em cena o antropocentrismo, concepção que coloca o homem no centro de tudo. Neste contexto, o pensamento de René Descartes inaugura, de forma mais acabada, o pensamento moderno.

O racionalismo cartesiano inverteu a ordem tradicional do saber filosófico. O pensamento de Descartes tem como pano de fundo as grandes transformações do mundo europeu nesse período; adota uma posição racionalista: toma a razão natural como ponto de partida do processo de conhecimento. “René Descartes, é figura decisiva da passagem de uma época para outra. A geração que marca o trânsito do mundo medieval para o espírito

moderno [...]” (Marías, 2004, p. 229). O modo de pensar cartesiano privilegia a representação, de modo que o “[...] ser do ente deverá ser, doravante, interpretado com o auxílio das categorias puras e exatas da matemática, o que permitirá conceber a verdade dos entes [...]” (Michelazzo, 1999, p. 60). A representação passou, então, a ser a marca da ciência moderna, construída sob a pauta do pensamento que calcula e tenta controlar. Nessa perspectiva “[...] o real é a reconstrução calculadora do real: re-presentação do real. Em outras palavras, o real é a ideia do real” (Critelli, 2011, p. 38).

O pensamento ocidental, estruturado desde o período grego clássico, com a marca predominante do pensamento logico-representativo-sistêmico, que impera em nosso meio até os dias de hoje, e denominado por Heidegger de metafísico, trouxe sérias consequências na evolução e construção do saber na atualidade. O ser, em seu sentido mais original e fundante, foi esquecido; a metafísica tornou-se um modelo de pensamento padrão, sustentado pelo modo conceitual, porque se tem a impressão de estar na presença das coisas, quando, na verdade, nos mantemos distantes, à medida que as apreendemos conceitualmente (Michelazzo, 1999, p. 18).

O ser que Heidegger quer pensar é de outra ordem. Ele não está fora do pensamento, ao contrário, pensar é um modo de ser, um modo de estar na presença das coisas. Assim, para esse modo de pensar, uma coisa não está, primordialmente, disposta diante do nosso olhar distante e perscrutador, nem ela ‘é’ algo em si mesma [...]. ela ‘é’ sempre em ligação, na reciprocidade com outras coisas, imersa num horizonte de totalidade e unidade.

Diferente desse pensamento fundado na razão, que toma o ser como ideia, reduzindo-o ao ente, Heidegger propõe-se a uma abertura ao acontecimento que contempla, na mesma experiência, o ser e o pensar, que seria o pensar de modo originário. O resgate que Heidegger realiza ao voltar-se para o pensamento grego inicial é uma tentativa de abrir espaço novo para a interrogação e o espanto genuínos. (Michelazzo, 1999).

Reconhecendo a possibilidade de viabilizar o resgate do que Heidegger chama de espanto genuíno, Critelli (2011, p. 41) sugere:

Seria preciso que pudéssemos ouvir um outro chamado que não esse que brota do hábito do controle, da representação controladora, da interpretação produtora. Ouvir esse outro chamado implicaria que pudéssemos estar livres desse hábito, desgarrados dele. [...] Exige uma parada no vazio, onde se possam esmorecer as determinações, os vícios da técnica, as explicações da ciência...

Assim, compreendemos que esse exercício é possível, mesmo com toda a impregnação do pensamento calculante que nos constitui. De acordo com Heidegger, o pensamento que calcula “faz cálculos com possibilidades continuamente novas, sempre com maiores perspectivas, e simultaneamente mais econômicas. O pensamento que calcula corre de oportunidade em oportunidade” (1959, p.13). Tal ausência de reflexão, a qual se apresenta predominantemente no acelerado processo de evolução da tecnologia em nosso meio, enfatiza o planejamento e o cálculo, com predominância da organização e da automatização. No entanto, existe outro modo de pensar, legítimo e necessário, que prioriza a reflexão e a meditação. Estamos falando do pensamento meditante que, segundo Heidegger (1956), carece de maior cuidado, exigindo o aguardar de algo que desponte e amadureça. Não apressa as decisões, mas aguarda o desvelamento das possibilidades, esperando o emergir do mais próximo, resistindo à tentação de cair nas malhas do planejamento e do cálculo, da organização e da automatização.

A possibilidade de lançar um olhar que contemple o ser em sua totalidade chega como uma alternativa viável, e, por que não dizer, necessária e inquietante. Importa não esquecer que, apesar de reconhecer o perigo que se apresenta na soberania da técnica no modo de fazer e agir dos profissionais de saúde, ainda não conseguimos atentar e dar passagem ao pensamento que medita, o qual possibilita acolher o que emerge na situação de intervenção da equipe. Ainda não estamos preparados - a formação acadêmica nos afastou da

possibilidade de aguardar a emergência do que se esconde e se desvela, e nos encaminhou para a ação técnica, rápida, eficaz e rigorosamente calculada.

O cenário contemporâneo, que se apresenta como um momento de transição pela confrontação à racionalidade moderna, com uma profunda crítica ao projeto da modernidade, aponta para as radicalizações das consequências da modernidade, cujos sinais podem assinalar para a emergência de diferentes formas de conhecimento que se refletem na formação acadêmica.

### **A especialização e as relações disciplinares**

A ciência moderna reforçou sobremaneira a fragmentação do conhecimento. Este processo continuou evoluindo e teve outra marca importante no século XIX, quando se instituiu a educação e a pesquisa disciplinar.

A reflexão sobre o problema da desintegração do saber na ciência moderna reveste-se de um significado capital porque não se trata de uma questão que afecte apenas as ciências e, portanto, que interesse unicamente a epistemologia. Essa fragmentação do saber arrasta consigo a desintegração do homem e de toda a civilização moderna dominada por este tipo de desenvolvimento do conhecimento científico. (De Zan, 2006, p. 178).

Ainda no século XIX, com o crescimento do volume dos conhecimentos e das novas tecnologias, nasce a especialização *stricto sensu*. Na segunda metade do século XX, surge, e rapidamente se impõe, a hiperespecialização, o que provocou a multiplicação desenfreada de disciplinas e subdisciplinas com enfoques cada vez mais reduzidos (Japiassu, 2006). Atualmente, na área da saúde, podemos observar os efeitos da hiperespecialização: ocorre que o profissional de saúde precisa “fatiar” o ser humano para obter alguma compreensão acerca do fenômeno do adoecimento.

Chegamos a um ponto em que o especialista se reduz ao indivíduo que, à custa de saber cada vez mais sobre cada vez menos, termina por saber tudo (ou quase tudo) sobre o nada, em reação ao generalista que sabe quase nada sobre tudo (Japiassu, 2006, p. 28-29).

No meio acadêmico, campo da formação dos profissionais de saúde, o estudante é submetido a um ensino que privilegia questões muitas vezes dissonantes com a realidade encontrada nas instituições de saúde. Temáticas importantes como a morte, a sexualidade, valores e crenças culturais e dificuldades socioeconômicas, entre outras questões relacionadas ao sofrimento humano, ficam à margem dos estudos e discussões em aula.

[...] o que se vê são currículos fragmentados, desatualizados e estáticos que resultam, na maioria das vezes, na formação de trabalhadores focados nas técnicas, sem um entendimento contextual mais amplo, incapazes de trabalhar bem em equipe e de atender as necessidades dos indivíduos, da população e dos próprios sistemas nacionais de saúde (Fundação Oswaldo Cruz, p. 4, 2011).

A capacidade reflexiva do aprendiz é, então, inibida e desvalorizada durante a formação profissional. O aprendizado deixa de ser um processo de construção criativa para se tornar uma formatação alienante e aprisionada na execução de procedimentos técnicos. É possível observar a falta de habilidade de muitos profissionais no manejo de situações que exigem reflexão e posicionamento ético. O profissional de saúde, como mero executor de procedimentos técnicos especializados, não tem que se preocupar com o ser humano; cumpre o protocolo, bastando saber mensurar e controlar. Percebemos, em nossa prática, os prejuízos e as sérias repercussões negativas que a perigosa ação “mecânica” do profissional de saúde pode gerar na relação com os pacientes e no próprio processo de recuperação.

A crença de que seguir manuais de conduta e não extrapolar os limites demarcados pelo código de ética profissional é suficiente para prestar uma assistência digna ao paciente tem sido uma dificuldade comum em nosso dia a dia. Talvez, pela necessidade de encontrar formas de suportar a pesada carga

de trabalho, o profissional busque distancia-se das questões que demandam maior aproximação com o paciente: “anestesiado” e “indiferente”, evita o encontro/confronto com as questões mais incômodas da sua rotina de trabalho - questões estas que todos têm conhecimento, por mais que se execute com perfeição o procedimento indicado: “[...] nenhuma precisão da arte de curar, por mais avançada que seja sua técnica, é capaz de garantir a saúde”. (Deliberador & Villela, 2011, p. 119). Não reconhecendo as limitações da sua prática, o afastamento e a indiferença pode tornar-se um meio que facilita tratar o paciente como um objeto, e, não sendo reconhecido em sua humanidade, não há porque importar-se com ele. Nas conversas de bastidores da UTI, é muito comum escutarmos dos colegas: “Não podemos nos envolver com o paciente e com sua família para não dificultar nosso trabalho”. Diante desse tipo de afirmação, sempre nos questionamos sobre o desafio da convivência diária com a morte e o sofrimento, e como essa realidade inevitavelmente também nos atinge. Não existe “escudo” que nos proteja, assim como procurar maneiras para não nos envolvermos com o paciente também não resolve a questão.

O sofrimento igualmente nos infunde temor, medo, porque nos vemos como num espelho: nossa fragilidade, nossa vulnerabilidade e nossa mortalidade, dimensões de nossa existência humana que nem sempre gostamos de ver lembradas” (Pessini, 2004, p. 29).

Diante dessas questões, assinalamos, ainda, a exigência do que se denomina “humanização” na saúde: uma proposta que consideramos de certo modo utópica e impossível de ser orientada por manuais e regulamentações. Preferimos refletir sobre a qualidade do atendimento que a equipe se propõe a prestar, com inspiração no respeito à dignidade do ser humano, considerando o “peso” da rotina assistencial e o nível de exigências que fazem parte do cotidiano de trabalho do profissional de saúde. Tratar bem o paciente/família e realizar com competência suas atribuições não é humanização, é obrigação. Mas, se pensarmos na necessidade de diretrizes para nortear as situações mais difíceis e polêmicas, própria desse contexto de intervenções, podemos encontrar nos princípios bioéticos - beneficência; não maleficência; justiça e

autonomia - subsídio para reflexões acerca das ações empreendidas e tomada de decisões. Atentar para os princípios bioéticos e pautar-se por eles na prática cotidiana é uma possibilidade de resgatar o profissional para uma ação mais digna ao paciente e mais realista com as condições de trabalho do profissional, compreendendo que, para se assegurar uma assistência digna, não basta um sorriso no rosto, permissividade, ambiente físico incrementado, boa hotelaria, música ambiente, entre outras coisas do gênero. Mudança na atitude dos profissionais de saúde é o que, de fato, possibilita a assistência digna; um posicionamento eticamente responsável e respeitoso abre caminho para o bom atendimento, de modo que a boa educação do profissional e as alterações na estrutura física do ambiente hospitalar possam ser apenas complementares na condução da assistência dos enfermos.

A formação acadêmica deixa grandes lacunas que nem sempre podem ser preenchidas no campo da prática. A formação privilegia o conhecimento técnico, prepara o profissional para ser um mero executor de procedimentos. É certo que as prioridades da assistência exigem resultados rápidos e não há muito tempo para refletir sobre a experiência, nem espaço para intercambiar conhecimentos com áreas afins; impera, muitas vezes, a preocupação egoísta de garantir territórios. Os profissionais de saúde aprendem a dialogar com seus colegas de profissão numa linguagem hermética, que parece estar mais a serviço de um exercício de poder do que a serviço daquilo a que realmente se destina - a assistência ao paciente/família que se encontra em situação de sofrimento. A linguagem do especialista parece ser bem entendida apenas por outros especialistas que transitam pelo mesmo "recorte" de conhecimento.

A especialização é uma tendência irrefreável da ciência moderna e de todos os seus procedimentos. Como se sabe, a lei da especialização não se limita a ser uma tendência dentro da investigação e da prática da medicina. Em todas as disciplinas da investigação científica nos encontramos perante a mesma situação, provocada pela compartimentalização metodológica de todos os domínios objectais, que nos obriga a realizar um esforço interdisciplinar. (Gadamer, 2009, p. 122)

Nessa direção, Gadamer (2009) possibilita a abertura para outra reflexão sobre a saúde e a doença: quando o saber sobre o ser humano está condicionado aos resultados obtidos do progresso das ciências naturais, desdobra-se no saber objetivo das ciências e das especializações delas decorrentes. Através do método científico, a experiência elaborada é passível de comprovação e acessível a qualquer um. Torna-se, assim, a única experiência segura, através da qual qualquer prática pode ser legitimada. A época das ciências tornou-se o primeiro fator produtivo da economia humana, a exploração técnica da natureza trouxe consequências que ameaçam o ciclo natural das coisas, desencadeando processos irreversíveis de grande escala.

O mesmo raciocínio, ainda sob a influência de Gadamer (2009), pode ser trazido para refletir sobre o saber científico construído na modernidade, a manipulação sem controle da técnica culminou nas “hiperespecializações” como proposta de consumo das ciências da saúde. No atual estado técnico da civilização, a ciência faculta para si o poder de fundamentar a fragmentação das disciplinas e até a vida social, que passa a ser gerida em bases tecnocracionais. As diversas esferas da vida humana, incluindo aí as diversas possibilidades do adoecer, estão submetidas ao domínio técnico, e as muitas quanto aos procedimentos são instituídas pelo saber médico predominante, com a participação de outros olhares profissionais que, na maioria das vezes, apresentam-se fragmentados, não conseguindo olhar a saúde e a doença na sua totalidade.

Como alternativa para “afrouxar as amarras” da “hiperespecialização” e superar o isolamento dos profissionais, começaram a surgir propostas acadêmicas visando resgatar a cooperação e o diálogo entre os diversos campos do saber. “Essas propostas foram chamadas, primeiro, de multidisciplinares e de pluridisciplinares, depois de interdisciplinares e de transdisciplinares [...]” (Sommerman, 2008, p. 28). Embora estas palavras estejam gastas e banalizadas - pelo uso que se faz delas nas mais diversas situações - é importante considerar que o simples fato de colocar pessoas lado a lado para discutir um assunto não significa que ocorrerá, necessariamente, uma relação interdisciplinar (Pombo, 2005). Promover aproximações que favoreçam a convergência de ações, em um projeto, de fato, coletivo, não é

algo simples de realizar. Entra em jogo a disponibilidade afetiva de cada membro da equipe, interesses, expectativas e objetivos. As definições a seguir nos ajudarão a refletir sobre os modos de interação da equipe de profissionais de saúde na UTI.

A multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade caracterizam-se pela concomitância de diversas disciplinas, sem necessariamente haver troca entre elas; é estar lado a lado sem estreita colaboração entre si (Silva, 2002). No campo da saúde, chamamos equipe multidisciplinar ou multiprofissional o grupo de profissionais de diferentes formações que transitam no mesmo espaço de intervenção, sem, no entanto, empreender diálogo estreito nem troca significativa de informações sobre as intervenções que realiza.

Buscando as contribuições de Pombo, encontramos algumas referências que se aproximam da nossa compreensão de interdisciplinaridade. A autora (2005, p. 4) nota que:

A interdisciplinaridade é mesmo capaz de não ser qualquer coisa que se faça. Ela situa-se algures, entre um projeto voluntarista, algo que nós queremos fazer, que temos vontade de fazer, se está inexoravelmente a fazer, quer queiramos ou não”.

Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade é compreendida como um acontecimento próprio das relações humanas. Estamos sempre em relação com outros, aproximando-nos e nos afastando na realização do intercâmbio necessário ao nosso existir. A relação entre os profissionais de saúde evidencia que, além desse relacionar-se, temos, como tarefa, realizar a integração das nossas práticas e conhecimentos visando a um objetivo comum.

A interdisciplinaridade “[...] realiza-se em cada situação de modo peculiar e pressupõe integração de conhecimentos e de pessoas” (Paviani, 2008, p. 13). As ações interdisciplinares contemplam, necessariamente, diálogo e colaboração. O olhar é voltado para a situação como um todo, é um projeto coletivo que agrega tudo que venha a contribuir para alcançar os objetivos do grupo de trabalho.

No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se. A responsabilidade individual é a marca do projeto interdisciplinar, mas essa responsabilidade está imbuída do envolvimento – envolvimento esse que diz respeito ao projeto em si, às pessoas e às instituições a ele pertencentes. (Fazenda, 2009, p. 17)

Por fim, a transdisciplinaridade, que diz respeito àquilo que está simultaneamente *entre, através e além* das disciplinas. (Nicolescu, 1999). Representa o grau máximo de interação entre as disciplinas: “[...] é o passo dado no sentido de uma mistura, de um atravessamento, de um uso complexo de diversas disciplinas sem que uma nova disciplina se forme por isso” (Martins, 2009, p. 28). Na transdisciplinaridade, o grupo vai além da troca: a construção é, de fato, conjunta, de modo que não é possível discriminar claramente a contribuição de cada membro da equipe de trabalho, tamanha a afinação.

A transdisciplinaridade é simultaneamente um *corpus* de pensamento e uma experiência vivida. Estes dois aspectos são inseparáveis. A linguagem transdisciplinar deve traduzir em palavras e ato a simultaneidade destes dois aspectos. (Nicolescu, 1999, p. 131).

Nesse momento, Gadamer (2008) pode contribuir para compreender a ação transdisciplinar. Ao conceber a compreensão como constitutiva da existência humana, a verdade passa a ser compreendida como *aletheia* e remete-se a possibilidades interpretativas. Assim, compreender não se refere a reproduzir, mas supõe uma interrogação que abre possibilidades para o surgimento de outra/nova compreensão. Desse modo, Gadamer (2008) possibilita perceber a compreensão como fusão de horizontes, como jogo constante de interrogação entre os diversos componentes/interpretes, caminhando para uma “conversação” entre dois ou mais horizontes.

Trazendo esta reflexão para a ação transdisciplinar, podemos considerar que tal possibilidade acontece quando existe abertura afetiva para o acolhimento do horizonte dos diversos componentes dos membros da equipe.

Desse modo, através do “diálogo”, da conversação entre os diversos profissionais que compõem a equipe, a alteridade e o estranho podem ser acolhidos num processo constante de questionamento, o qual vai resultar em decisões conjuntas e comuns às possibilidades interventivas.

Percebemos, na prática, em convívio diário com a equipe, que os três níveis de relação interprofissional se alternam sem roteiro prévio: não é possível indicar quando e como determinado grau de integração irá se manifestar na ação da equipe. Por vezes, a situação de atendimento exige apenas a mera troca de informações, através do diálogo ou dos registros em prontuário; outras vezes a equipe se mobiliza em torno de uma situação e busca ampliar a compreensão acerca da questão e do paciente, como movimento espontâneo que brota da necessidade do momento e da disponibilidade afetiva de cada membro da equipe. E, em certos casos, a equipe se volta por inteiro para buscar a resolução de certas situações empenhando-se com grande abertura e entrega na relação/conversação com os colegas, na tentativa de encontrar um modo próprio de atender às demandas imediatas do paciente, além de abrir possibilidade, para acolher seu sofrimento e o modo como está se situando no mundo da UTI, junto com a equipe de saúde.

### **A prática clínica do psicólogo no contexto da Terapia Intensiva numa perspectiva fenomenológica existencial**

A UTI é um setor do hospital radicalmente fundado numa proposta tecnicista onde imperam os princípios da racionalidade e do controle. Nesse campo de ações pautadas prioritariamente na mensuração, execução de técnicas e procedimentos, a Psicologia chega com a proposta de contribuir com um olhar diferenciado que convida à compreensão a um exercício de reflexão que não se restringe à dimensão da racionalidade.

A Psicologia é uma das profissões mais recentes dentro da UTI, representando, ainda nos dias de hoje, certa novidade. É comum depararmos

com colegas da equipe que indagam sobre os motivos que levam o psicólogo a se colocar dentro de uma UTI, onde os pacientes estão gravemente enfermos e nem sempre têm condições de falar, e perguntam: “Qual a serventia da intervenção psicológica no espaço onde tudo gira em torno de procedimentos técnicos para salvar a vida dos pacientes?” Esta é uma pergunta justa e pertinente, que nos remete à necessidade de delinear, primeiramente para nós, psicólogos, qual o propósito da nossa presença e quais as possíveis contribuições da nossa área de conhecimento nesse espaço de intervenções extremamente objetivadas, realidade muito diferente do campo de experimentação da prática clínica, na qual somos formados. No hospital, testemunhamos os acontecimentos, acompanhamos situações de crise em tempo real, deparamo-nos com as questões da vida e da morte e dialogamos o tempo todo com vários interlocutores: paciente, família e equipe.

Na UTI o psicólogo precisa aprender a lidar com rotinas e protocolos próprios da instituição hospitalar. Nesse aprendizado, precisa também descobrir as possibilidades de participação nos processos que dizem respeito ao trabalho em equipe, colaborando através das ações específicas do seu ofício. É neste contexto que a perspectiva fenomenológica existencial pode contribuir, ajudando a fazer uma crítica criativa à predominância da técnica nos procedimentos clínicos. Hoje todo plano da atividade humana, inclusive a ação da equipe de saúde, encontra-se afinada pela razão tecnológica. Como, então, questionar o domínio hegemônico da razão técnica no campo da saúde, em que é aceita e valorizada por todos.

Sabe-se muito bem que o palco principal do tratamento no CTI acontece no plano biológico; a infecção sendo combatida pelos antibióticos, as falências dos sistemas sendo compensadas por máquinas e fármacos, a vigilância do funcionamento do organismo por exames e testes laboratoriais [...].” (Sebastiani, 2010, p. 23)

Considerando e reconhecendo tal direcionamento, questionamo-nos: como por em questão a dimensão instrumental da técnica e as noções de ser e verdade originadas pelo modo de pensar metafísico? Para além destes questionamentos, importa também refletir sobre as possíveis contribuições que

a perspectiva fenomenológica existencial pode trazer para tematizar a ação clínica do psicólogo em uma equipe de saúde na UTI.

Em tal orientação, a atenção psicológica é desvinculada da clínica psicológica tradicional atrelada à filosofia do sujeito. Para apresentar e discutir tal prática, buscamos contribuições nos trabalhos de psicólogos e pesquisadores contemporâneos que, ao refletirem sobre a clínica psicológica, inspirados no pensamento do filósofo Martin Heidegger, apresentam possibilidades de novas compreensões no campo da ação clínica do psicólogo em instituições. Ao adotar esta proposta, dispomo-nos a abrir mão de conceitos rígidos acerca do comportamento humano, desprendemo-nos de rótulos e estereótipos que, frequentemente, encobrem e interditam o dizer da experiência daquele que se encontra em situação de fragilidade e sofrimento.

A perspectiva fenomenológica existencial, ao modo de Heidegger, compreende que o homem não existe sem mundo – constitutivo do existir humano – implicando, ao mesmo tempo, que estar no mundo é estar com outros. O mundo não é compreendido como espaço físico delimitado, mas como presença inexorável, que se apresenta ao homem através de possibilidades de se apropriar do seu existir, sempre no encontro com outros homens, sendo um modo de convivência pelo qual afetamos e somos afetados.

Assim, a noção de mundo não é considerada como uma realidade objetiva em que o sujeito do conhecimento se insere, mas se dá como fenômeno primeiro (pré-reflexivo), podendo ser elaborado posteriormente pelo pensamento. Tal possibilidade apresenta-se como abertura originária de sentido, não considerada como a apreensão de algo/conteúdo já presente dentro do mundo, mas como “existência”, “ser-aí” ou *Dasein*. Desse modo, o existir humano pode ser considerado como meras possibilidades de apreensão ao que se lhe apresenta no encontro, não vinculada ao conhecimento advindo dos cinco sentidos. Tal perspectiva implica num delineamento de uma compreensão de “existência” como abertura originária ao ser dos entes, no horizonte intransponível da temporalidade. Uma atitude fenomenológica implica em apropriar-se dos objetos não como objetos mais ou menos reais do que os

objetos empíricos, mas ressalta que são diferentes modos de ser do que se dá na experiência. (Barreto & Novaes, 2011).

Partindo da compreensão de *Dasein* como ser-no-mundo, desprende-se a compreensão fundamental do existir humano – o homem “acontece” numa trama de referências, construída junto aos outros entes que vêm ao seu encontro e dos quais se aproxima, comunica e convive. Segundo Michelazzo (1999, p. 51):

[...] é dessa continua correspondência ‘homem-mundo’, desse encontro do homem com os seres circundantes (aceitando-os, negando-os, negligenciando-os, etc.) que o homem faz suas ‘escolhas’ para o seu ‘poder-ser’, cuidando do seu existir.

Após esses esclarecimentos, retomamos algumas questões: como compreender a ação clínica do psicólogo numa equipe de saúde em uma UTI geral/adulto? Ampliando esta questão: como a compreensão de homem e de mundo circunscrita numa ação psicológica clínica fenomenológica existencial pode interferir/contribuir na ação /intervenção da equipe de saúde? Ação aqui compreendida como a interação entre os membros da equipe e enquanto ação/intervenção exercida junto aos pacientes e familiares na UTI.

Na tentativa de responder a tais questionamentos, apontamos uma possível compreensão do sofrimento numa perspectiva fenomenológica existencial, a qual necessariamente amplia as possibilidades interventivas do psicólogo e da equipe de saúde. Nessa direção,

[...] o sofrimento humano, apesar de sua manifestação na esfera do psicológico, demanda abertura à dimensão originária, ou ontológica, do acontecer humano. Tal dimensão leva a ir-se para além do nível das técnicas e das teorias psicológicas fundadas em pressupostos metafísicos da subjetividade; aponta para a emergência de uma ação clínica que transite entre a compreensão psicológica dos fenômenos clínicos e a ontologia ao modo de Heidegger. (Barreto & Morato, 2009, p. 43)

É válido ressaltar que, nesta perspectiva, não podemos apontar para a resolução do sofrimento, no sentido de liberá-lo de suas causas objetivas. O

que podemos indicar é que, nesta concepção de escuta e intervenção, há uma ampliação do campo existencial de sentido, e que outros modos de “ver” se estabelecem com outras relações com as situações e as coisas que eram consideradas como “causas”.

Após tal consideração, importa apontar que a compreensão de sofrimento e de atenção psicológica, ao acolher a dimensão ontológica, possibilita pensar a ação clínica afinada por preocupações filosóficas acerca do homem compreendido como *Dasein* – ser aí. Assim, *Dasein*, na sua novidade inaugural, escapa das designações próprias da modernidade que designam o homem como sujeito, pessoa, indivíduo. Aponta para a tentativa de compreensão do homem a partir de sua condição única - ser um ente cuja “essência” reside em não ter essência simplesmente dada, distinta da compreensão dos outros entes, cuja essência é definida a partir do que verdadeiramente são.

Nessa direção, afasta-se da “atitude natural” que denomina as coisas como simplesmente dadas aí, encontradas no mundo sem a mediação de nossa relação de sentido com elas. Tal compreensão é extensiva ao sujeito, o qual, na ontologia cartesiana, é também tomado como algo dentro do mundo que lhe é anterior.

Fazer uma leitura fenomenológica existencial implica suspender a suposição natural de uma “realidade em si” e significa voltar-se para o conhecimento imanente da “experiência” como dinâmica constitutiva do objeto e do sujeito. Não cabe aqui a compreensão de psique que prevalece na Psicologia tradicional - o significado de estrutura interna apresenta-se esvaziado de sentido, já que o ser humano é concebido como *Dasein*, ser-aí, originalmente sempre já ser-no-mundo.

Nessa direção, o homem constitui-se no mundo com os outros entes – constitutivamente compreendido como “ser-com”. Desse modo, o homem relaciona-se de diferentes modos com os entes que se apresentam e apreende seu modo próprio de ser enquanto *Dasein*, o qual se mostra de modo singular, já que remete o homem ao seu próprio poder-ser-no-mundo. Tal possibilidade tem uma função libertadora - pode arrastar o homem para o modo de ser do

cotidiano, preso à dimensão do “a gente” ou aproximá-lo das suas disposições mais próprias e singulares. Assim, “ser-no-mundo refere-se a um fenômeno de unidade constituído ontologicamente pelos ‘existenciais’” (Barreto & Novaes, 2011). Portanto ser-no-mundo como ser junto ao mundo e não dentro do mundo, é um existencial – modo de ser-em originário como abertura de sentido em que já sempre nos vêm os entes ao encontro.

A prática psicológica amparada nessas concepções de homem e de mundo amplia as possibilidades de um fazer mais livre e comprometido com a experiência real da situação vivida no atendimento clínico. Passa a ser compreendida como uma ação mediada pelo “mistério” – vigor que possibilita o desvelamento do conhecimento – e pela busca da verdade como “desocultamento”. Nessa direção, encontra-se imbricada com a ética e com a abertura ao outro enquanto outro, respeitando e confirmando os diferentes modos de ser e lidar com os outros entes.

A ação clínica do psicólogo, que ao assumir a clínica como modo próprio de cuidar, abre-se para uma escuta e uma fala que vai para além de uma ação exercida numa dimensão técnico-científica. Nessa direção, cuidar supõe uma “ação pré-ocupada” atenta ao modo como a equipe, a família e o paciente cuidam dos seus modos de estar-no-mundo-com-os-outros.

Importa lembrar que o psicólogo compartilha do mundo da técnica. É neste mundo que exerce sua função, principalmente enquanto membro de uma equipe de profissionais que atua em uma instituição hospitalar. Não é possível renegar a técnica, já que traz comodidades e intervenções necessárias ao ambiente de uma UTI. Entretanto, ao trazer para o foco da reflexão - a ação clínica numa perspectiva fenomenológica existencial - é possível introduzir um modo de pensar o mundo como horizonte, a partir do qual os entes podem ser, inclusive no modo da técnica. Apresenta, também, a compreensão do ser humano, na sua condição de *Dasein*, o ser-aí, aquele que tem uma manifestação existencial diferente de todos os outros entes, já que, como poder-ser não se limita às exigências advindas do mundo técnico, pode caminhar para além dele. (Pompéia & Sapienza, 2011)

Nesse aspecto, a ação clínica:

[...] pode ser repensada como espaço aberto, condição de possibilidade para a emergência de uma transformação não produzida, mas emergente em forma de reflexão, aqui compreendida como quebra do estabelecido e condição necessária para que um novo olhar possa emergir (Barreto & Morato, 2009, p.50).

Olhar que desaloja o homem de sua natural determinação técnica e o lança na direção de outros modos de poder-ser. Modos que quebram com o habitual, com o cotidiano, com o impessoal, regidos pelo diapasão da razão científico-técnica já instituída. Abre espaço para a tarefa inexorável do poder-ser enquanto dimensão constitutiva (ontológica) do ser do homem. Tal situação de rompimento favorece mudanças e transformações, ao abrir a crise que possibilita ao aí constituir-se outro. Essa ação implica a não presença de direcionamentos e quebra das habitualidades que possibilitam possíveis mudanças, transformando o acontecer clínico em uma experiência em ação. Experiência que pode ser estendida a todos os membros da equipe de saúde no cuidar de si, da própria equipe e dos pacientes na UTI.

Nem sempre, na situação de UTI, o paciente está em condições concretas de cuidar de si. O cuidado precisa ser exercido pela equipe saúde e, dependendo da situação, tal cuidado acontece de modo impositivo e técnico. Em tal situação extrema, quando a vida do paciente está nas mãos da equipe, o modo cotidiano e mediano de compreensão do cuidado (*Sorge*) está vinculado à possibilidade do cuidado enquanto “ocupação”, quando a equipe substitui o paciente no cuidado de si. O outro (paciente de UTI) é objeto de cuidado, decisões são tomadas e deliberações são executadas com o objetivo de manter a vida. As urgências implicam decisões rápidas sempre orientadas para a manutenção da vida. Tal dimensão de cuidado é importante para o objetivo primeiro de atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva.

No entanto, cabe considerar que a busca obstinada pela manutenção da vida pode implicar perda da capacidade de avaliação dos limites nos quais a intervenção pode ser aplicada pela equipe de saúde. Muitas vezes, os procedimentos de “prolongamento artificial da vida manifestam o limite absoluto de nosso ser-capaz-de-fazer. O prolongamento da vida acaba por se tornar, em

geral, um prolongamento do morrer e uma estagnação da experiência do eu” (Gadamer, 2006, p.69).

Diante de tal contexto, importa refletirmos sobre o segundo modo de “preocupação”, ao modo de Heidegger, que diz respeito ao “cuidado” propriamente dito, ou seja, a existência do outro não é como uma coisa de que se preocupa, implica a disposição de ajudar o outro a assumir-se enquanto cuidado de si. É claro que, muitas vezes, este modo de cuidar não pode ser exercido na UTI de modo pleno, mas importa chamar atenção para o modo de cuidar tanto no que se refere às decisões tomadas junto aos pacientes, junto à família, como àquelas tomadas com relação à equipe.

Numa perspectiva fenomenológica existencial, ao estilo de Heidegger, esses modos de cuidar não implicam um encontro de sujeitos isolados, definidos a partir de si mesmo, que se encontram. Significa uma compreensão prévia do outro enquanto co-presente no mundo. Dito isto, cabe retomar a compreensão de *Dasein* como “ser-com” – cada *Dasein* é sempre, constitutivamente, “ser-no-mundo-com-o-outro”. Assim, o modo de ser si-mesmo implica, obrigatoriamente, o modo de ser-com e a compreensão do outro não pode ser reduzida à dimensão técnica, pois implica o desdobramento temático do outro que já se encontra no *Dasein*, enquanto ser-no-mundo-com-o-outro.

Sendo assim, a ação clínica, numa perspectiva fenomenológica existencial aponta para possibilidades outras de compreender as intervenções da equipe de saúde. Não retira da equipe o poder técnico, obtido pelo pensamento positivista/calculante, próprio das ciências da saúde, mas acrescenta as possibilidades de mediar essa ação por uma atenção “pré-ocupada” com o si mesmo de cada membro da equipe, da ação da equipe como um todo, junto a cada um dos seus membros e a cada paciente atendido.

O objetivo de tal reflexão não é fazer uma crítica aos procedimentos técnicos, mas refletir qual o lugar que o cuidado enquanto “pré-ocupação” (*Fürsorge*) ocupa no saber-fazer de uma equipe de saúde. Nessa direção, aponta para a manutenção da tensão entre um saber calculante, próprio do

pensamento tecnicista, e um saber meditante, que busca refletir sobre o “sentido das experiências”.

Partindo desse contexto, é possível questionar tanto a prática psicológica tradicional do psicólogo a serviço do hospital, como da equipe de saúde que tem um fazer cerceado por um protocolo que norteia todas as intervenções, nitidamente direcionadas para uma ação fragmentada, enclausurada nas especialidades de cada profissão.

Dessa forma, as reflexões tecidas sobre a perspectiva fenomenológica existencial oferece subsídios para refletir a ação clínica desvinculada do domínio da técnica, podendo enveredar por outros caminhos afastados de processos prescritivos voltados exclusivamente para o tratamento e a cura. Na concepção heideggeriana de técnica, esta deve ser entendida como coadjuvante de algo que já espera e solicita a ação para se desvelar, possibilidade que pode ser acolhida dependendo da disponibilidade e solicitude do psicólogo e da equipe para acolher o inesperado.

Pensada desse modo, a prática do psicólogo numa perspectiva fenomenológica existencial pode mobilizar mudanças de atitude na relação que o paciente estabelece consigo mesmo e com o mundo, como pode proporcionar reflexões no modo como a equipe compreende o seu fazer e as possibilidades de intervenção. Essa dupla faceta se entrelaça, já que ao mesmo tempo em que é solicitado para atender um paciente, o psicólogo é membro de uma equipe de profissionais que cuida deste mesmo paciente. Como então pensar neste trânsito? Como exercer sua função e atentar para a ação de uma equipe? Como cuidar para que o paciente consiga apropriar-se de suas condições mais próprias e como acompanhar as intervenções técnicas, necessárias na situação de internamento em UTI? Como não se fixar numa ação multiprofissional e caminhar para o engendramento de uma ação interdisciplinar que, em alguns momentos, pode revelar-se como transdisciplinar?

## **A ação de uma equipe de saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva: narrativa de ações compartilhadas**

Já encaminhando para as considerações finais, consideramos importante narrar nossa experiência como membro da equipe de saúde. Acreditamos que a experiência relatada, ao lado das reflexões já apresentadas, contribuirão para compreender o acontecer da equipe de saúde em uma unidade de terapia intensiva.

Os profissionais que compõem a equipe de saúde da UTI trabalham numa relação de proximidade significativa, a interlocução é um recurso indispensável em sua rotina. O convívio é marcado pela presença de diferentes profissões, todas elas necessárias para a realização da assistência ao paciente grave. As diferenças são marcadas pelo saber fazer específico de cada campo de conhecimento presente, assim como pelas idiosincrasias e diferentes expectativas de cada profissão. Nesse contexto, se configura uma zona de fronteiras que contempla tensões e instabilidades que podem produzir ações integradas ou apenas concomitantes. Quando o modo de proceder da equipe acontece de maneira integrada, com o propósito de convergir no projeto coletivo da assistência, abre-se espaço para que outra possibilidade de prática se estabeleça, a práxis coletiva, que segundo Morato (1999, p.62), “[...] implica cumplicidade implicitamente compactuada por intenções partilhadas”.

As ações interventivas da equipe de saúde, nessa perspectiva, se mostram entrelaçadas e unidas por um ponto em comum: a atenção à saúde do paciente. Para tal empreendimento é fundamental que cada profissional envolvido no processo tenha clareza e conhecimento suficiente da sua tarefa específica, para se permitir a aproximação com os demais campos do saber, compreendendo que as diferenças não são anuladas no entrelaçamento de conhecimentos e ações.

Permitir-se a esse envolvimento pressupõe que seu ‘lugar’ e seu ‘fazer’ estejam consolidados para que não se tenha receio em perder sua especificidade nem pertinência quando da mistura com seus pares – médicos, enfermeiros, fisioterapautas e nutricionistas, entre outros.

Pois mesmo confundidos, continuamos a ser únicos em nossa atuação (Andreoli, 2008, p. 10).

Observamos em nossa experiência de trabalho em UTI que a interlocução entre os profissionais de saúde é um acontecimento que nem sempre ocorre sem dificuldades. “Diferenças de formação, linguagem, posição hierárquica, concepção de mundo, prioridades e valores [...]” (Andreis, 2008, p. 314) são elementos presentes no convívio, além das rígidas fronteiras disciplinares, entraves pessoais e institucionais. Na prática cotidiana, é preciso disposição para “negociar” e lidar com as diferentes perspectivas, reconhecendo os limites do próprio conhecimento, ciente de que a interdisciplinaridade é um desafio que impõe sair da zona de conforto do nosso domínio do saber e “[...] ultrapassar os nossos próprios princípios discursivos, as perspectivas teóricas e os modos de funcionamento em que fomos treinados, formados, educados” (Pombo, 2005, p.5).

É preciso abertura e até humildade no manejo das diferenças, em que práticas se complementam e se confrontam para que a ação circule coletivamente em prol de uma assistência bem-sucedida. É preciso também que tenhamos coragem para excursionar em novos campos, perceber alternativas, mesmo que inusitadas, e criar oportunidades de ação. “O que caracteriza a atitude interdisciplinar é a ousadia da busca, da pesquisa: é a transformação da insegurança num exercício do pensar, num construir” (Fazenda, 2009, p. 18).

Partindo desse pressuposto, empreendemos nossa leitura da presença do psicólogo na UTI, fazendo as considerações que explicitam um pouco das suas atribuições e modos de estar em equipe. Ressaltamos que o fato de estar em um ambiente de práticas predominantemente objetivas e técnicas, como a UTI, não torna necessário travestir o nosso ofício para pertencer a esse campo de trabalho. Na condição de psicólogo, membro de uma equipe de saúde, importa demarcar o olhar e a compreensão de mundo e de homem que norteiam seu saber/fazer. Tal condição implica um modo de estar e de intervir

que reflete no modo como se coloca como membro da equipe, como participa das decisões e como se relaciona com os pacientes e familiares.

Assim, ao participar da equipe, o psicólogo passa a conviver no ambiente do hospital, tendo que atender às rotinas e dinâmica da instituição, imprimindo o seu modo próprio de exercer a clínica psicológica. Nessa experiência, aprendemos a reconhecer os limites da prática compartilhada com a equipe de trabalho através das diferenças de cada ofício que compõe a rede de ações, bem como daquilo que é comum a todos como profissionais do cuidado.

Em nossa experiência, quando passamos a compor a equipe de saúde da UTI nos deparamos com indagações da equipe de trabalho e, certa inquietação relacionada a nossa capacidade de interpretar, classificar e explicar o comportamento humano, representação incrustada na figura do psicólogo. Nesse sentido, surgem fantasias de toda ordem, pelo simples receio de temer ser “analisado” pelo psicólogo que agora compõe a equipe e o ambiente de trabalho. Em certas situações, isso se mostra como um desafio a ser vencido, pois demanda um “trabalho” de desmistificação através do próprio convívio diário, de modo que todos possam compreender inclusive nós mesmos, que estamos ali para trabalhar junto e não para ser o terapeuta da equipe, e também que não somos detentores de nenhuma verdade sobre o ser humano.

Tal expectativa - por parte da equipe de saúde - fundamenta-se na hegemonia da razão técnica instrumental, que ao dominar o universo das práticas de atenção à saúde, reproduz a essência da técnica moderna como modo histórico de produção da verdade e do conhecimento.

A ação do psicólogo pode ser facilitadora no sentido de resgatar outra possibilidade de pensar e agir por parte da equipe de profissionais de saúde. Se no contato com o outro profissional o seu saber/fazer; a diferença e a divergência não assustam nem intimidam, podem-se estabelecer relações facilitadoras para um agir que vai além das diferenças. Nesse sentido, o paciente torna-se o foco da atenção de toda a equipe quando se coloca para além de suas especializações, na busca do cuidado integral.

No entanto, até o presente momento, pesquisas desenvolvidas, apontam para a primazia do olhar cientificista no cotidiano hospitalar. Percebemos um progressivo empobrecimento das relações humanas com a predominância da atitude técnico científica. Por um lado, o paciente perde, gradativamente, a autonomia sobre si, os familiares e acompanhantes muitas vezes não encontram um espaço que possa acolhê-los. Por outro lado, os médicos são submetidos à grande pressão, já que sua formação médica não o prepara para lidar com a fragilidade e finitude humana, sempre presente no ambiente de uma UTI.

Na tentativa de contribuir para o bom funcionamento da equipe, é preciso assumir o lugar de ser parceiro de trabalho, e assim poder compartilhar ações, questões, perdas, dificuldades, sucessos e insucessos. Todos tripulantes do mesmo barco...

Traçamos o nosso caminho clínico dentro da UTI em meio a um verdadeiro “emaranhado” de acontecimentos. Passamos a fazer parte desse cenário, onde, muitas vezes para chegar até o paciente é necessário abrir espaço ou encontrar “brechas”. O paciente fica, de certa forma, “encoberto” enquanto ser humano, por todo o aparato tecnológico que o cerca, pelos profissionais constantemente ao seu redor, pela rotina de procedimentos e pela própria doença. Nessa situação difícil, buscamos de alguma forma resgatar o ser humano que está diante de nós e que pode, nesse momento crucial, estar com o seu dizer, seus medos, vontades e preocupações “abafados” em nome de um tratamento que se faz necessário. Percorremos um caminho enviesado por questões que eclodem a todo momento ditando novos rumos para o encaminhamento de cada paciente. Aproximamo-nos do paciente sem roteiro prévio para oferecer escuta para o seu sofrimento.

Esse encontro tão profundo e significativamente transformador demanda uma qualidade do terapeuta para acolher e promover uma relação de revelação de intimidade e afetos, tão primitivos como um mito. Demanda compreensão e escuta quase do infantil, do pré-verbal, para que esse impronunciável, sendo acolhido e ouvido, possa se dizer. [...] é na situação de se sentir compreendido numa relação que o sujeito pode revelar-

se, compreender-se e redimensionar seu próprio lugar.  
(Morato, 2009, p. 29)

Nesse encontro, nos lançamos na possibilidade de uma aventura sem igual, nem sempre confortável, nem sempre fácil, que nos convoca a uma atenção total. Flagramo-nos escutando com os olhos, com os ouvidos, com a pele, com o corpo todo. É um fazer que pede legítima implicação, pelo qual nossas intervenções ganham consistência a partir das nossas próprias afetações. É preciso disposição para percorrer um terreno estranho que nos convida a uma participação ativa, expondo-nos a possíveis transformações. O psicólogo em ação tem como maior recurso a “[...] sua sensibilidade experienciada no encontro com o outro que propicia a condição de conhecimento, compreensão e comunicação para o cuidado [...]” (Morato, 1999, p. 69).

É responsabilidade do clínico buscar o manejo possível para facilitar a abertura que acolhe as expressões figuradas no atendimento. A maneira; o tempo e a forma como as questões serão postas em andamento será sempre de autoria daquele que narra a sua história e seu sofrimento, importando a sua experiência no processo de adoecimento e não apenas a doença. Ao clínico, cabe se aproximar devidamente, agir cuidadosamente e se recolher quando for oportuno.

[...] se o paciente puder expressar o sofrimento e refletir sobre esse momento crítico, transformará as percepções nebulosas e distorcidas dos cuidados que inicialmente lhe parecem ameaçadores e insuportáveis e compreenderá suas demandas, assumirá responsabilidade pelo tratamento e pelas suas escolhas descobrirá as suas possibilidades como co-participante do seu processo de recuperação da saúde. (Souza, 2005, p.41)

Os conteúdos que podem ser trabalhados são tão diversos e complexos quanto as possibilidades existências. Na nossa prática, visamos a uma aproximação mais despreendida de pré-concepções, buscamos liberdade para a ação clínica de modo que esta possa verdadeiramente ser contextualizada, e não enquadrada. É necessário, primeiramente, aproximar-se para sentir as

particularidades e apelos existentes: não se nomeia um pedido sem antes recebê-lo e escutá-lo. É a partir da experiência que traçamos conjuntamente os caminhos a ser percorridos pela atenção psicológica, na perspectiva da Fenomenologia Existencial, esta concepção não se propõe a aplicar teorias nem objetiva confirmação de hipóteses. Segundo Morato (2011, p.45), “[...] importa a demanda do cliente mais do que uma explicação que se possa ter dele, assim como também a relação estabelecida importa mais do que uma ‘interioridade’ a ser perscrutada”.

Assim, podemos considerar que o fazer do clínico é sempre um fazer conjunto, como uma parceria, numa relação de cumplicidade e entrega, com “escuta e acolhimento, no qual o psicólogo comparece, não como alguém que possui os conhecimentos técnicos de especialista, mas como alguém que se coloca disposto, presente e disponível” (Oliveira, 2005, p. 57). Nesse fazer, o distanciamento e a interpretação fria e aprisionada nas teorias não são pertinentes, e sua atuação não deve se transformar em mera aplicação de técnicas descontextualizadas.

Os atendimentos não acontecem apenas dentro da UTI ou na sala de espera junto aos familiares. Com grande frequência brotam encontros aparentemente desprezíveis, que vão espontaneamente se configurando em situação de atendimento. Através da presença e interesse estabelecemos pontes que nos aproximam das pessoas, e implicitamente ocorre a compreensão de que estamos disponíveis para escutar suas histórias.

A escuta, enquanto postura, básica é saber ouvir o outro, estar preparado e disponível para receber a vivência que estiver trazendo, tomando-a em sua complexidade original, em seus múltiplos horizontes, de maneira tal a facilitar que a pessoa examine com cuidado as diversas facetas de sua experiência (Mahfoud, 1999, p. 53).

No caso da UTI, pacientes ou familiares trazem questões que perpassam todo o contexto de vida, não se limitando necessariamente às questões do adoecimento. Exercer a clínica, no ambiente hospitalar, exige despreendimento das tradicionais condições firmadas ao longo do tempo como ideais e necessárias ao acontecimento da clínica psicológica, tais como, *setting*

controlado, tempo pré-determinado, formalidade e distanciamento na postura do profissional, entre outros aspectos instituídos como condição fundamental para a realização das intervenções psicológicas. O caminho a ser percorrido é apontado pelo dono da experiência, a direção se define a partir daquilo que mais importa para ele, cabendo ao clínico ter a habilidade necessária para acompanhar o sentido que é construído na experiência do encontro, sem desviar o outro daquilo que lhe é próprio.

Como profissionais de saúde na UTI, somos todos corresponsáveis pelos pacientes; como psicólogos temos a difícil tarefa de estar ao mesmo tempo na equipe e ao lado dos pacientes e familiares. Navegantes do mesmo barco, enfrentamos juntos as adversidades do caminho.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A equipe da UTI fica exposta a todos os acontecimentos que se passam na unidade. A realidade desse ambiente deixa o profissional de saúde em contato direto e contínuo com pessoas em situação de sofrimento. Dilemas éticos e situações de difícil manejo e intervenção fazem parte da rotina dessa unidade.

Os profissionais de saúde não são os “super-heróis” que os pacientes e suas familiares idealizam, pela necessidade de crer que estão seguros e em boas mãos. São falíveis e, frequentemente, feridos em suas próprias fantasias onipotentes. Ali, na linha de frente da assistência, frustram-se a todo o momento, mas também experimentam alegria e satisfação... Experimentam uma vasta gama de sensações. Não são testemunhas passivas, presenciam e experimentam situações que os atravessam e transformam. Não são heróis, mas certamente é preciso coragem para estar ali, é preciso renovar constantemente a decisão de continuar, especialmente quando se encontram mais abalados e desgastados pela dolorosa rotina que, às vezes, teima em desacomodá-los. É preciso coragem, por parte do profissional, para reconhecer que é também atingido pelo sofrimento; que lamenta as perdas; que se apega

ao paciente e aposta no sucesso do tratamento; que também sente medo; que chora por dentro e fica arrasado; que diante do leito vazio é remetido à lembrança daquele que, há pouco, estava vivo...

A possibilidade de lançar um olhar que contemple o ser em sua totalidade nos chega como uma alternativa viável, e, por que não dizer, necessária. Importa não esquecer que, apesar de reconhecer o perigo que se apresenta na soberania da técnica, no modo de fazer e agir dos profissionais de saúde, ainda não conseguimos atentar e dar passagem ao pensamento que medita, que aguarda e acompanha o que emerge na situação interventiva. Na formação acadêmica, o profissional de saúde ainda é preparado e estimulado para ser hábil executor de técnicas em detrimento de um olhar mais abrangente que inclua considerar a relação com o ser humano e suas necessidades, não apenas biológicas, na situação de internamento.

Consideramos que é preciso haver uma mudança não apenas na esfera acadêmica; mas, acima de tudo, um exercício reflexivo do profissional de saúde em seu cotidiano de trabalho.

Na nossa compreensão, a prática psicológica amparada na perspectiva fenomenológica existencial mostra-se como importante contribuição na esfera da saúde. Nessa perspectiva, a ação clínica do psicólogo propõe-se a ir além da ação meramente técnico-científica, limitada à lógica de causa e efeito que empurra a experiência para a impessoalidade. O psicólogo na UTI com inspiração fenomenológica existencial preocupa-se com os pacientes, seus familiares e a própria equipe de , em seus modos de estar-no-mundo-com-os-outros, o que implica sair da zona de conforto das concepções apriorísticas entendidas como lugar firme e seguro, abandonando a ânsia por explicações e abrindo-se para a busca deste outro modo de compreender o existir humano.

## REFERÊNCIAS

Andreis, M., Chitero, E. F., & Andreoli, P. B. A. (2008). Situações psicologicamente difíceis: preparo das equipes. In: Knobel, E. Andreoli, P. B. A.,

Erlichman, M. R. *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu.

Barreto, C. L. B. T. e Morato, H. T. P. (2009). A ação clínica e a perspectiva fenomenológica existencial. In Morato, H. T. P., Barreto, C. L. B. T., Nunes, A. P. (Org.). *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial – Uma introdução*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

De Zan, J. (2006). A ciência moderna e o problema da desintegração da unidade do saber. In: *Interdisciplinaridade – Antologia*. Campo das letras: Porto.

Fazenda, I. C. A. (Org). (2009). *Práticas interdisciplinares na escola*. (11 ed.) São Paulo: Cortez.

Gadamer, H. G. (2008). *Verdade e método* (vol. I). Petrópolis: Vozes.

\_\_\_\_\_ (2009). *O mistério da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70.

Gattás, M. L. B. (2006). *Interdisciplinaridade – Formação e ação na área da saúde*. Ribeirão Preto: Holos.

Heidegger, M. (1959). *Serenidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

\_\_\_\_\_ (1978). *Introdução a Metafísica*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Japiassu, H. (2006). *O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia*. Rio de Janeiro: Imago

Marcondes, D. (2010). *Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Marías, J. (2004). *História da Filosofia*. São Paulo: Martins fontes.

Martins, A. (2009). Multi, inter e transdisciplinaridade sob um olhar filosófico. In: Veit, Maria Teresa (Coord.). *Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado*. São Paulo. HR Gráfica e Editora.

Michelazzo, J. C. (1999). *Do um como princípio ao dois como unidade – Heidegger e a reconstrução ontológica do real*. São Paulo: FAPESP: Annablume.

Morato, H. T. P. & Schmidt, M. L. S. (1999). Aprendizagem significativa e experiência: um grupo de encontro em instituição acadêmica. In: Morato, Henriette T. P. (Coord.). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: São Paulo.

Morato, H. T. P. (2009). Atenção psicológica e aprendizagem significativa. In: Morato, H. T. P., Barreto, C. L. B. T. & Nunes, A. P. *Aconselhamento psicológico*

*numa perspectiva fenomenológica existencial – Uma introdução*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

\_\_\_\_\_ (2011). Algumas considerações da fenomenologia existencial para a ação psicológica na prática e na pesquisa em instituições. *Anais do X Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições – Perspectivas e rumos da psicologia na atualidade*.

Oliveira, R. G. (2005). *Uma experiência de plantão psicológico à polícia militar do Estado de São Paulo: reflexões sobre sofrimento e demanda*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, SP.

Paviani, J. (2008). *Interdisciplinaridade: conceitos e distinções*. 2 ed. Ver. – Caxias do sul, RS: Edusc, 2008.

Pessini, L. (2004) Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini, Leo. & Bertachini L. (orgs). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola.

Pombo, O. (2005). Interdisciplinaridade e integração dos saberes. *Liinc em Revista*, v. 1, março, pp. 3 – 15. Recuperado em abril, 2010, de <http://www.ibict.br/liinc>

Pompéia, J. A. e Sapienza, B. T. (2011). *Os dois nascimentos do homem: escritos sobre terapia e educação na era da técnica*. Rio de Janeiro: Viaverita Editora.

Reis, J. Braga, & M., G., A (2005). *Breve histórico da Ciência moderna. Vol. 3: Das luzes ao sonho do doutor Frankenstein (séc. XVIII)*. Rio de Janeiro: Zahar Editor.

Sá, R. N., Barreto, C. L. B. T. (2011). *A noção fenomenológica de existência e as práticas psicológicas clínicas*. Estudos de Psicologia (PUCCAMP. Impresso v. 28).

Silva, Daniel José S. (2002). O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. In: *Interdisciplinaridade em ciências ambientais*. São Paulo: Signus.

Souza, J. Q. (2005). Vividação: do trauma à reabilitação do paciente queimado. *Revista brasileira de queimaduras*.

Sommerman, Américo. (2006). *Inter ou transdisciplinaridade?: da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre saberes*. São Paulo: Paulus.

Veit, Maria Teresa (Coord.). (2009). *Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado*. São Paulo. HR Gráfica e Editora.

## **COM A PALAVRA, AS INTENSIVISTAS...**

Josemary Karlla C. Costa<sup>9</sup>

Carmem Lúcia T. Brito Barreto<sup>10</sup>

### **RESUMO**

---

9 Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP.

10 Professora adjunta do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP, orientadora da pesquisa.

O presente artigo teve como objetivo compreender a experiência da equipe de saúde de uma UTI geral/adulto. Para tanto, sua metodologia teve enfoque qualitativo, na modalidade da pesquisa intervenção na tentativa de compreender o sentido individual e coletivo da experiência das participantes. O critério de escolha das participantes da pesquisa foi o de amostra intencional, onde se elege pessoas em função da sua relevância no tema pesquisado. A questão norteadora da pesquisa: “Como é a experiência de vocês como equipe de saúde em uma UTI geral/adulto? foi trabalhada em um encontro grupal com seis profissionais de saúde que trabalham em Unidade de terapia Intensiva de um hospital da rede privada da cidade de Recife. O trabalho interpretativo seguiu os passos adotados por Critelli (2006): desvelamento, revelação, testemunho, veracização e autenticação que caracteriza o método de conhecimento e interpretação do real a “Analítica do Sentido”. Como resultado observou-se que uma única área de conhecimento não dá conta da complexidade do fenômeno do adoecimento, que o trabalho em equipe exige colaboração, de modo que, as ações no campo possam revelar uma “fusão de horizontes” com possibilidades para o iniciar de uma outra/nova compreensão da ação em conjunto.

Palavras chave: Ação/intervenção; equipe de saúde; fusão de horizontes; UTI.

## **ABSTRACT**

Josemary Karlla C. Costa<sup>11</sup>

Carmem Lúcia T. Brito Barreto<sup>12</sup>

---

11 Master's program of Graduate studies in Clinical psychology UNICAP.

12 Associate professor of the Graduate Program in Clinical Psychology UNICAP, the research orienting.

This article aims to understand the experience of the health team in a general ICU /adult. To do so, the methodology was qualitative approach, the mode of intervention research in an attempt to understand the meaning of individual and collective experience of participants. The selection criteria of the study participants was a purposeful sample, which elects people depending on their relevance to the topic searched. The question guiding the research: "How is the experience of you as a health team in a general ICU / adult? Was worked in a group meeting with six health professionals working in the Intensive Care Unit of a hospital's private network of the city of Recife. The interpretive work followed the steps adopted by Critelli (2006): disclosure, disclosure, witness and authentication method that characterizes the knowledge and interpretation of the real "Analytical of Sense". As a result it was observed that a single area of knowledge does not account for the complexity of the phenomenon of illness that requires teamwork, collaboration, so that the actions in the field may prove a "fusion of horizons" with possibility to start another /new understanding of action in a set.

Keywords: Action/intervention; health team; fusion of horizons; ICU.

## INTRODUÇÃO

Até o início do século XVIII, a assistência aos enfermos era realizada na própria residência por um médico da família, que possuía uma relação bastante próxima com a família do doente. Devido a tal proximidade, era permitido ao médico acompanhar toda a evolução da doença, conhecendo amplamente a história de seu paciente e de sua família. Este se disponibilizava a ouvir o paciente e dispunha de certa habilidade e conhecimento que o permitia manifestar a melhor forma de cuidar e tratar dos enfermos, tudo isso embasado em sua compreensão médica (Forte e Mota, 2002).

Já o hospital, como destacado por Foucault (2007), representava um espaço caritativo e excludente. O filósofo ressalta que este era destinado aos pobres e tinha por objetivo assistir e excluir esta parte da população. Visto que o pobre ao adoecer tornar-se um meio de contaminação, e assim, era tido como perigoso, sendo necessário separá-lo do resto da população para evitar a propagação da doença.

O Hospital só passou a ser compreendido como uma ferramenta poderosa no auxílio do tratamento ao enfermo – como instrumento de reabilitação e possível cura – no fim do século XVIII com o avanço científico, principalmente, no que diz respeito aos mecanismos disciplinares e de medicalização. O “tratamento” passou a exigir certa vigilância e disciplina, devendo ser agora monitorado de modo mais próximo e sistemático, contribuindo, assim, significativamente com a diminuição das mortes provenientes de infecções. Tais compreensões – acerca tanto do espaço hospitalar como da ação médica – sofreu forte influência do paradigma positivista-tecnicista hegemônico da época.

Tal paradigma apresenta-se como herança histórica do pensamento ocidental que vem sendo gerado desde Platão e que atingiu seu apogeu com Descartes, na Modernidade. Platão ao romper com o modo de pensar originário, ao reduzir *Physis* à concepção de *Idéia*, provoca uma ruptura com a unidade do pensamento originário, reduzindo a verdade (a coisa mesma, o ser) ao indício, ao vislumbre e ao que permanece. Importa, pois, ressaltar que a verdade (o ser) se desvincula de sua compreensão originária enquanto *alethéia* – desvelamento. Platão estabelece, assim, uma cisão entre ser (verdade) e ente (aparência), sendo o primeiro compreendido como eterno e o segundo como mera aparência enganosa (Michelazzo, 1999).

Instala-se, assim, a cisão em dois mundos: o sensível – enganoso e impermanente – e suprassensível – eterno, imutável, que contém a verdade do ser –, que irá influenciar toda a construção do modo de pensar ocidental – metafísico. Este modo de pensar dicotômico e dualista atingiu seu apogeu, segundo Heidegger, com Descartes na Modernidade (Michelazzo, 1999).

Conforme Descartes, para se alcançar a verdade acerca das coisas e do mundo é imprescindível à aplicação de um método, uma técnica, que busca a neutralidade e o conhecimento via razão. Ao fazer uso da técnica de modo adequado, o homem apresenta-se como fundamento de todo o conhecimento, das coisas, tendo domínio da natureza, que como recurso, pode ser explorada indefinidamente. Assim, a verdade é alcançada por meio da conceituação, ou seja, o homem possui ideias inatas que o permitem acessar a representação das coisas, não o sendo possível ter experiências das coisas (do mundo).

Em “oposição” a esta concepção racionalista de Descartes, surge o Empirismo. Este postula que o conhecimento só é acessado via experiência empírica, uma vez que o homem é capaz de apreender as lógicas da natureza. Experiência, aqui, entendida como fatos isolados, coisas específicas, que são cabíveis de definição. A verdade é retirada via aplicação de uma experiência empírica, podendo ser quantificada e universalizada. Tal experiência dever ser pensada de modo que qualquer pessoa possa aplicá-la, atingindo os mesmos resultados.

Após esta breve contextualização do modo de pensar ocidental denominado de metafísica, o foco da reflexão passa a eleger a influência do paradigma dicotômico na estruturação do modelo hospitalar.

Desse modo, o modelo hospitalar que surgia, visto que agora era necessário controlar e disciplinar a vida do doente, cabendo ao médico ter o domínio da doença, os conhecimentos necessários para modificar o quadro clínico. Varias pesquisas surgem na área da saúde, ampliando tal conhecimento e expandindo as técnicas terapêuticas e medicamentosas que poderiam ser utilizadas tendo em vista a cura e o tratamento da doença. O domínio da morte, agora, passa ser compreendido como uma realidade via aplicação de um conhecimento técnico e universalizado.

A partir do século XVIII, o médico passa a ser uma figura imprescindível ao hospital, sua presença constante na instituição, permite que possa ser acionado a qualquer hora do dia ou da noite para intervir no que for necessário (Foucault, 2007). Outro personagem importante nessa “nova” instituição hospitalar que se constituía como lugar voltado para o tratamento e cura é o

enfermeiro. Este inicialmente teve sua atividade fortemente marcada pelos princípios religiosos da caridade e do amparo aos necessitados (Siqueira, Cecagno & Pereira, 2009). Tal herança resultou de certo modo em uma desvalorização ao profissional de enfermagem, que, ainda hoje, tem seu ofício “confundido” com uma prática de sacerdócio, esperando-se deste uma total abnegação e obediência ao médico.

A evolução das técnicas e recursos assistenciais trouxe grande avanço ao campo da saúde, o que gerou um redimensionamento das práticas clínicas no ambiente hospitalar. Importa ressaltar ainda que este período – final do século XVIII, início do século XIX – vivenciava o surgimento da especialização *stricto sensu*, sendo marcado fortemente pela hiperespecialização. No campo da saúde vivia-se um “esquartejamento” do ser do homem, sendo este dividido e subdividido em uma diversidade de áreas ou campos do conhecimento especializado. Predominava a compreensão de que o profissional de saúde, mero executor técnico – especialista em uma área – não precisava se preocupar com o ser humano, bastava mensurar, prever, e controlar a causa do adoecimento e seus desdobramentos. Fundava-se em uma relação de causa-efeito, alheia aos perigos das ações “mecanicistas” e individualizadas que só olham uma parte do ser adoecido. É, neste contexto da hiperespecialização e domínio da técnica, que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surge e firma-se como um setor específico do Hospital, que pauta suas ações na mensuração, execução de técnicas e procedimentos previamente definidos.

A partir da segunda Guerra Mundial, o deslocamento de pacientes graves para assistências especializadas foi se constituindo como modelo terapêutico, influenciando na construção de unidades especiais onde os recursos assistenciais são centralizados e otimizados. Entre estas unidades criadas para atender os pacientes em estados críticos, a sala de anestesia – que surge entre as duas Guerras Mundiais – pode ser considerada a percussora da UTI. Aos poucos, os cirurgiões observam que estas salas possuíam condições de ofertar um suporte mais adequado aos pacientes graves, quando comparadas a outros setores do Hospital, assim passaram a deixar os pacientes com maior risco mais tempo nestas salas de pós-operatórios (Knobel, 2006).

A princípio estas unidades contavam apenas com o médico e enfermeiro, devendo este último estar subordinado ao primeiro. Todavia, a própria condição dos pacientes graves internados na UTI apontava para a necessidade de se agregar as intervenções médicas e de enfermagem outros saberes. Diante de tal realidade, gradativamente e de modo experimental outros profissionais de saúde começam a integrar a equipe da UTI, tal integração não apenas possibilitou uma melhor assistência ao paciente – visto que agora se contava com um número maior de especialistas, provenientes das “hiperespecializações” –, como trouxe a estes profissionais grandes desafios. Eles precisavam, agora, aprender a compartilhar tal espaço de ação, porém, muitas vezes, possuíam objetivos que não convergiam.

Na busca de superar os problemas advindos da “hiperespecialização” e consequente fragmentação do saber acerca do ser humano, começam a surgir, nos meios acadêmicos, propostas que visam resgatar a cooperação e o diálogo entres os diversos campos do conhecimento. Estas relações foram denominadas, primeiramente, de multidisciplinar, posteriormente de interdisciplinar e, por fim, de transdisciplinar (Sommerman, 2008). A multidisciplinaridade caracteriza-se pela coabitação de várias áreas do conhecimento em um mesmo espaço, acerca de um mesmo fenômeno, todavia não implica trocas de experiências entre estes campos do saber. A interdisciplinaridade revela-se como acontecimento próprio das relações humanas, possibilidade de um intercâmbio entre interlocutores. No caso da saúde, esta implica que estes profissionais não apenas compartilhem o mesmo espaço, mas estabeleçam trocas que possibilitem a co-construção de uma ação comum. Pressupõe necessariamente diálogo e colaboração. Já a transdisciplinaridade diz respeito àquilo que está simultaneamente *entre, através e além* das especialidades, áreas específicas do saber (Nicolescu, 1999). Constitui-se no grau máximo de interação entre as disciplinas, apresenta-se como certa mistura, um atravessamento das disciplinas, sem que outra disciplina se instale por causa disso (Martins, 2009).

Esses três níveis de relações interdisciplinares se alteram sem roteiros prévios, não sendo possível determinar previamente qual grau de integração irá se manifestar na ação da equipe. Mas vale ressaltar que a interlocução

constitui-se como recurso indispensável à assistência ao paciente grave e seus familiares, apontando para a interdisciplinaridade e, às vezes, transdisciplinaridade. As intervenções específicas da equipe de saúde apresentam-se entrelaçadas e unidas, pelo menos, pela atenção à saúde do paciente, visando a manutenção da vida.

Diante de tal contexto, surge a necessidade de compreender o modo como uma equipe de saúde trabalha em uma UTI geral/adulto. Mais precisamente o objetivo do presente artigo é compreender como os membros da equipe experienciam seu fazer junto aos pacientes. Tal questionamento gerou a presente pesquisa desenvolvida por metodologia qualitativa, de cunho fenomenológico, na modalidade da pesquisa intervenção. A questão norteadora da pesquisa: “Como é a experiência de vocês como equipe de saúde em uma UTI geral/adulto?” Foi trabalhada em um encontro grupal com seis profissionais de saúde que trabalham em Unidade de terapia Intensiva de um hospital da rede privada da cidade de Recife. A pesquisa seguiu a perspectiva de Levy (2001), que propõe ao pesquisador constituir a situação pesquisada assumindo os atravessamentos na relação com o outro e com o saber. A entrevista com o grupo foi conduzida com inspiração no trabalho de Cabral (2004), que ao trabalhar com grupos de profissionais de saúde propõe a realização da pesquisa como espaço que promove a possibilidade de cuidar de quem cuida ao realizar reflexões sobre os seus modos de cuidar. Como método de conhecimento e interpretação do real, foi utilizado a “Analítica do Sentido” apresentado por Critelli (2006) galgando os seguintes passos: desvelamento, revelação, testemunho, veracização e autenticação. Em seguida, apresenta-se a compreensão das narrativas colhidas no encontro grupal, com ênfase nas questões mais relevantes para o questionamento inicial da pesquisa.

### **Percorrendo o caminho...**

Para percorrer o caminho com os intensivistas, recorreu-se a perspectiva de Levy (2001) ao considerar que o pesquisador passa a compor a situação

pesquisada no correr de todo o processo, buscando uma complementaridade entre o trabalho interventivo e os objetivos de conhecimento. Ainda segundo o autor, “tal abordagem supõe, da parte do clínico, que ele se desloque, não apenas fisicamente no ‘espaço’ do outro, [...] ela supõe uma *démarche*, da parte do terapeuta, interventor ou pesquisador” (2001, p. 20). Diz respeito a assumir os atravessamentos na relação com o outro, com o saber e a sua elaboração possível. Dirigindo-se à situação clínica sem “roteiro”, na tentativa de compreender o sentido individual e coletivo da experiência, o clínico/pesquisador deixa-se guiar pela singularidade do encontro e pelas ressonâncias que experimenta.

Após esta breve apresentação do caminho seguido, será descrito o modo como a questão norteadora da pesquisa foi trabalhada com indicação das diversas etapas da metodologia adotada.

Por fazer parte da pesquisa, não apenas como pesquisadora, mas também como profissional da equipe de trabalho da instituição pesquisada, peço permissão para escrever na primeira pessoa do singular, na tentativa de narrar com mais propriedade a minha experiência na conversação com as colaboradoras da pesquisa. A entrevista com o grupo de (o encontro grupal) pode ser compreendido como:

[...] espaço em que as histórias da prática cotidiana possam ser contadas, as dificuldades da vida diária possam ser comunicadas, as conquistas possam ser faladas, enfim, uma oportunidade para que o sentido do que fazem possa ser dito e re-criado... (Cabral, 2004, p. 76).

Composto o grupo por seis profissionais de saúde, do sexo feminino, que fazem parte de equipes em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital da rede privada da cidade de Recife. No momento da pesquisa, a instituição hospitalar possuía 03 Unidades de Terapia Intensiva: “A”, “B” e “C”, com 10 leitos cada uma, apresentando um total de 30 leitos disponíveis para internamento. Todas as unidades possuíam - em regime de plantão - equipe médica e de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), que se revezavam em plantões de 12 horas para realizar a assistência 24 horas por

dia. Ainda em esquema de plantão, dispunha de fisioterapeutas 12 horas por dia, e em regime diarista: psicóloga, nutricionista e fonoaudióloga. Faziam, pois, parte do quadro funcional 143 profissionais atuando no trabalho assistencial dentro das UTIs.

Os profissionais participantes foram escolhidos seguindo o critério de amostra intencional que:

[...] trata-se de um pequeno número de pessoas que são escolhidas intencionalmente em função da relevância que elas apresentam em relação a um determinado assunto. Pessoas e grupos são escolhidos em função da sua representatividade social dentro da situação considerada. (Thiollent, 1986, p. 62)

Do universo total de profissionais que a instituição possuía, contemplei na pesquisa 06 sujeitos/colaboradores, que compõem as equipes de assistência das UTIs. A seleção dos profissionais foi realizada de acordo com os seguintes critérios:

- Plantonistas que já tinham trabalhado juntos em, no mínimo, dois plantões;
- Diaristas que tinham compartilhado as demandas de trabalho com os plantonistas selecionados em, no mínimo, dois plantões.

Com isso, busquei reunir profissionais que já tinham interagido no cotidiano do trabalho assistencial. O elemento grupo, eixo desta pesquisa, apresentou as possibilidades de compreensão da ação da equipe através dos seus modos de convivência, funcionamento e dinâmica própria da assistência aos pacientes em UTI. Optei por eleger profissionais de diversas especialidades (fisioterapia, medicina, enfermagem, nutrição e fonoaudiologia), de modo que diferentes perspectivas de conhecimento e ação pudessem ser contempladas na conversação do grupo. Para além dessa preocupação, o objetivo da presente pesquisa é compreender o modo como os profissionais de diversas disciplinas de saúde exercem seu fazer em grupo (equipe), sem a preocupação de identificar a formação acadêmica de cada membro da equipe.

O foco não é a diferença entre as formações, mas como profissionais de diferentes formações compreendem as intervenções em grupo em uma UTI.

Todas as participantes serão apresentadas com nomes fictícios (Luciana; Júlia; Mariana; Talita; Vitória e Alice<sup>13</sup>) e sem identificação das suas profissões, com intuito de preservar o sigilo das suas identidades.

Particpei do encontro facilitando e intervindo no diálogo das intensivistas/participantes selecionadas. A partir da questão disparadora - **“Como é a experiência de vocês como equipe de saúde em uma UTI geral/adulto?”**, elas foram convidadas a narrar suas experiências cotidianas na assistência aos pacientes que consiste em uma tarefa fundada coletivamente com todos os profissionais que compõem o campo de ações específicas. Refiro-me à narrativa como:

[...] forma artesanal de comunicação, na qual a matéria-prima trabalhada é a experiência do narrador que mergulha a coisa narrada em sua própria vida, para, em seguida, transmiti-la, e a do ouvinte, que assimila a coisa narrada à sua experiência (Morato e Schmidt, 1999, p. 127).

A ideia de narrador, apresentada por Walter Benjamin (1994), articula narrativa e experiência, ressaltando a ambiguidade que sustenta a elaboração da experiência, condição que possibilita a singularização e o conhecer a própria história pelo próprio lugar em que se está. Portanto, a narrativa foi utilizada como “instrumento”, no sentido de que pode servir ao intuito da interrogação da ação que se pretende compreender – a experiência de uma equipe de saúde em uma UTI geral/adulto. Assim, a experiência relatada reporta à elaboração do fluxo do vivido, e a narrativa é a forma de expressão afinada com a pluralidade de conteúdos, incorporando as mudanças do conteúdo e das características dessa elaboração.

Nessa direção, a dimensão da experiência a ser pesquisada – a ação de uma equipe de saúde em uma UTI geral/adulto – foi circunscrita pela

---

13 Para facilitar a visualização das narrativas demarquei a fala de cada participante com uma cor diferente.

pesquisadora que se lançou ao encontro do depoimento/narrativa da equipe, privilegiando o modo como cada um experienciou e compreendeu a ação de trabalhar em equipe na situação de UTI. A narrativa do grupo foi registrada em áudio e vídeo e, posteriormente, transcrita e literalizada, com o propósito de preparar o texto grupal para o trabalho interpretativo.

Como método de conhecimento e interpretação do real, amparei-me na “Analítica do Sentido” apresentado por Critelli (2006), que busca o olhar que vê a manifestação dos modos e do movimento do fenômeno a ser conhecido. Este método, fundamentado a partir da Fenomenologia Existencial de Heidegger e no pensamento de Hannah Arendt, propõe um olhar fenomenológico que abre a possibilidade de compreender o entrelaçamento de nexos existentes na questão pesquisada, implicando um fazer e refletir em ação, desvelando sentidos. Parte da coexistência como condição ontológica do homem e não como atributo resultante da relação com os outros homens. Funda-se na interdependência entre homem e mundo, e aponta um modo particular de compreender tanto o homem como o mundo. Esse é o movimento de realização que permite o aparecer dos entes e, conseqüentemente, a compreensão fenomenológica do real.

Essa compreensão seguirá os passos indicados por Critelli (2006, p. 69), apresentados a seguir:

- Desvelamento – “algo torna-se real quando é retirado de seu ocultamento por alguém, desocultado”.
- Revelação – “quando desocultado, esse algo é acolhido e expresso através de uma linguagem”.
- Testemunho – “quando languageado, algo é visto e ouvido por outros”.
- Veracização – “quando testemunhado, algo é referendado como verdadeiro por sua relevância pública”.

- Autenticação – “quando publicamente veracizado, algo é, por fim, efetivado em sua consistência através da vivência afetiva e singular dos indivíduos”.

Na tentativa de buscar empreender a compreensão da questão pesquisada, propus às participantes da pesquisa a realização de um encontro em grupo que possibilitasse uma conversação acerca da questão inicialmente sugerida. Quando aludimos à palavra conversação/diálogo nos amparamos na referência traçada por Gadamer.

Um diálogo é, para nós, aquilo que deixou uma marca. O que perfaz um verdadeiro diálogo não é termos experimentado algo de novo, mas termos encontrado no outro algo que ainda não havíamos encontrado em nossa própria experiência de mundo. [...] O diálogo possui uma força transformadora. (Gadamer, 2002, p. 247)

Buscamos compreender o diálogo do grupo de intensivistas/participantes que contribuíram com a pesquisa, tomando parte na conversação e experimentando a possibilidade de encontrar algo novo em nossa própria experiência de mundo, sabendo que “o que surgirá de uma conversação ninguém pode saber de antemão” (Gadamer, 2008, p. 497).

Todas as profissionais convidadas para colaborar com esta pesquisa eram colegas de trabalho. Compartilhávamos o cotidiano da assistência aos pacientes das UTIs na instituição pesquisada. Este fato facilitou a escolha de profissionais que pareciam mais abertas para o diálogo proposto, sem, no entanto, ter garantias de que a conversação aconteceria de modo produtivo para a pesquisa. O fato de reunir pessoas que, na rotina de trabalho da UTI se mostravam mais disponíveis para refletir sobre a sua prática, não assegurava que o encontro tivesse o vigor necessário para aquecer a questão da pesquisa. Busquei com a escolha dessas profissionais apenas preparar um solo fértil para que do próprio encontro pudessem brotar novas questões. Parti da compreensão de que o simples fato de reunir profissionais de diferentes disciplinas, que compartilham a convivência no campo de ação profissional,

não nos conduziria necessariamente para o caminho que a pergunta inicial sugere; os desdobramentos da conversação eram apenas possibilidades.

Ao dirigir o convite para cada colega, não houve dificuldades quanto à aceitação da proposta e nenhuma recusa ou resistência. Ao declarar o objetivo da pesquisa para cada convidada percebia até certo entusiasmo nas suas reações. Com a resposta afirmativa de todo o grupo, tive que manejar a dificuldade de reunir todas as profissionais em um mesmo horário, o que foi relativamente difícil pelo fato de a maioria trabalhar em regime de plantão na instituição pesquisada e em outros hospitais da cidade, o que acarretou três adiamentos na data inicialmente proposta.

Superada a dificuldade de encontrar uma data conveniente a todas, finalmente nos reunimos. Na medida em que as participantes foram chegando no local combinado brotava uma conversa informal, já nesse momento pude perceber grande expectativa, curiosidade e certa timidez em algumas das participantes que já se faziam presentes. Perguntaram-me sobre a metodologia escolhida, os prazos da pesquisa, quando os resultados seriam publicados e o que teriam que fazer para dar o subsídio que eu precisava para minha pesquisa. Parecia haver preocupação com a execução da tarefa e que esta pudesse ser bem-sucedida. Fui mantendo o campo aberto, sinalizando que seria uma conversação, uma construção livre a partir do que cada uma quisesse compartilhar da sua experiência na UTI. A conversa seguiu descontraída, mesclando-se a comentários sobre acontecimentos da nossa semana de trabalho e novidades relacionadas a assuntos diversos.

Com todas as participantes reunidas, apresentei de modo mais completo a proposta do encontro e apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Passadas as formalidades, lancei a questão. Inicialmente o grupo se mostrou tímido, mantendo-se quieto e compenetrado por algum tempo. Lembro dos olhares atentos e semblantes sérios. À medida que a conversação evoluía, as participantes pareciam se envolver mais umas com as outras, criando novamente um clima de descontração, o que parecia facilitar o entrosamento e disponibilidade para dialogar.

O desvelamento dos horizontes compreensivos das participantes foi acontecendo, as falas fluíram num movimento espontâneo de escutar e dizer, sem atropelos significativos. A fala de uma parecia despertar sentido para as outras. Entre lembranças, desabafos, frustrações, críticas e sonhos, o encontro aconteceu. Sem roteiro prévio, o caminho foi sendo tecido e re-tecido à medida que a narrativa seguia seu próprio curso. A minha sensação, em muitos momentos, era de estar visitando um lugar já conhecido. As falas me tocavam profundamente, levando-me a visualizar os acontecimentos do dia a dia dentro da UTI. Era o encontro de olhares diferentes para a realidade que compartilhávamos no nosso dia a dia, lugar de experiências às vezes sofridas... às vezes gratificantes... muitas vezes dramáticas.

As questões foram se revelando pouco a pouco; vencida a timidez inicial, o grupo foi imprimindo seu ritmo. Cada uma a seu modo foi encontrando seu espaço e seu tempo para expor suas experiências, iluminando e abrindo outras questões para aquelas que também sabem sobre o que estava sendo dito: para aquelas que também experimentam a perplexidade diante dos limites da vida e da morte; para aquelas que também são lembradas cotidianamente que não existe saída, que mesmo não estando ali na UTI como doentes, temos a mesma condição de “terminalidade”... O encontro foi intenso, denso, e ao mesmo tempo reconfortante; reconhecemo-nos na fala umas das outras, e certas coisas foram ditas em silêncio... através de sorrisos... na cumplicidade do olhar...

### **Com a palavra, as intensivistas...**

No momento do encontro e da escuta tive a possibilidade de perceber gestos; sons; olhares; ritmo e toda riqueza de expressividade da presença... Já no momento do texto inquietante solidão diante das palavras anteriormente pronunciadas... Para fazê-las dizer novamente, tiro-as do silêncio e deixo que voltem a falar através das minhas impressões, na tentativa de compreender um sentido possível. Assim, promovo um novo “diálogo” - via narrativas - com

minhas participantes/parceiras de trabalho na construção desta etapa da pesquisa.

A pergunta inicial, acerca do trabalho da equipe em uma UTI, deu alguns indicativos para o caminho a ser percorrido nesta pesquisa. Parti da questão norteadora e fui me deparando com novas interrogações. Trilhei e re-trilhei o percurso que se abriu e procurei acompanhar o fluxo das novas inquietações. Por muitas vezes, experimentei forte desassossego... Nesses momentos não tinha clareza das direções do caminho, o que parecia óbvio não era mais... Sentia-me em um “descampado”, sem “abrigo” e sem “sinalizações”... Cansada e com ânsia de avançar, lancei mão das novas interrogações e assumi a solitária caminhada na elaboração daquilo que pedia passagem... Compreendendo que o caminho se mostra no próprio caminhar...

Nessa direção, procurei desvelar alguns acontecimentos que ocorrem nos bastidores de uma UTI, na tentativa de trazer à luz dimensões da realidade cotidiana dos profissionais, descrevendo situações ignoradas pela população em geral e pouco tematizadas pelas equipes de saúde. Muito se fala da experiência do paciente e da família quando ocorre um internamento em UTI, discute-se com entusiasmo sobre a importância de cuidar dos cuidadores, de “humanizar” o ambiente hospitalar para melhorar a qualidade da assistência prestada e é também reconhecido que o adoecimento é um momento de grande fragilidade para o paciente e seus familiares. Fazendo eco a estas questões [Talita](#) e [Mariana](#) reportam-se as suas experiências, destacando:

o paciente não é burro, ele percebe quem é o profissional que é prepotente, né? O profissional que não tá nem aí... e eles dizem: “nem parece que passou por uma faculdade, parece que um dia não vai adoecer” né? “Parece que um dia não vai tá aqui nessa situação”...

e eles comentam o que percebem... [...] Eu atendo... eu chego para aquela pessoa, da mesma maneira que eu gostaria que chegassem comigo ou com alguém da minha família. Então acho que é essa visão, de se colocar no lugar do outro e pensar: se fosse eu, iria gostar que fosse como?...

depois que o "se fosse eu" aconteceu comigo... pouco antes de me formar, eu passei por essa experiência com a minha mãe... [...] E você fica louco quando você tá acompanhando, porque... Isso eu digo muito pra os pacientes e pras famílias, que eu sei que o valor

que seu pai, sua mãe, seu irmão, seu marido tem pra você é muito maior do que tem pra mim, mas eu vou tentar fazer dele a pessoa mais importante, eu tô aqui pra isso, né? Mas não tem como comparar, o que aquela pessoa significa pra sua família, né? [...] E você vê aquele colega que não se envolve... Eu escutava reclamação da minha mãe, da minha tia: aquele Dr. É muito grosso, aquele técnico pega o lençol e joga assim, aquele outro nem diz um bom dia. Então você vê que são coisas, que talvez tecnicamente você seja até muito bom, e às vezes eu tenho que argumentar isso, quando eu ouço reclamação... Olhe, me desculpe, é o jeito dele, mas fique tranquilo porque tá em boas mãos... seu pai tá em boas mãos... tecnicamente o Dr. é muito bom, fique tranquilo.... mas não era isso que eu queria dizer.

Importa ressaltar que entre os profissionais de saúde impera um discurso de humanização que defende a ideia de que para melhor compreender o sofrimento do outro devemos nos colocar no “lugar do outro”. Nesse sentido, a compreensão do sofrimento dar-se-ia via empatia, tentando apreender a experiência do outro tal qual se revela. Todavia, como apontado por [Mariana](#), de modo não elaborado, a ação só é possível via afetação, que nos possibilita apenas uma compreensão interpretativa acerca do sofrimento do outro – paciente e/ou seu familiar. Acolher tal sofrimento implica, pois, assumir uma atitude de abertura, que possibilita respeito/atenção à dignidade do paciente e ao valor afetivo que este tem para seus familiares.

Por ter a possibilidade, enquanto psicóloga, de transitar entre paciente, família e equipe - que também sou - posso observar na rotina de cuidados as reações das pessoas que estão do lado de dentro da UTI, e também daquelas que estão do lado de fora. Junto à família, do lado de fora, é possível ver claramente medo, preocupação, ansiedade, raiva e muita fragilidade; do lado de dentro, com os pacientes e com os colegas de trabalho sinto e percebo claramente medo, preocupação, ansiedade, raiva e muita fragilidade. Manifestações que, em parte, se justificam por motivos diferentes; em parte, por motivos semelhantes... O espanto diante dos limites da vida é algo que aparece em todos, embora de fato autorizado e legitimado apenas para o paciente e seus familiares.

A equipe é posta em um lugar à parte, como se não estivesse também submetida aos possíveis reveses da vida, como que protegidos por uma armadura blindada à prova de afetações, quando, na verdade, estão apenas do “outro lado da mesma moeda”, incapazes de controlar a vida e a morte, também humanos e submetidos às incertezas do minuto seguinte, suscetíveis à dor e ao sofrimento. Como equipe, não somos meras testemunhas, experimentamos toda a gama de sentimentos possíveis no exercício de nossas profissões. Diferenciados dos pacientes apenas por possuir alguns conhecimentos acerca de recursos terapêuticos e talvez, também, pela coragem de estar ali para cuidar.

Ainda na busca de caracterizar o espaço da UTI, **Luciana; Júlia; Mariana; Talita; Vitória e Alice**, através das suas narrativas, apresentam como percebem o ambiente da UTI, ressaltando algumas especificidades que caracterizam este espaço de assistência intensiva nos hospitais.

ali na UTI você vê o tempo todo o que tá acontecendo. 24 horas ali no ar, o tempo todo vendo o paciente...

você tá de cara com todos os pacientes, né? Sempre tem alguém grudado no paciente, o tempo todo tem alguém colado nele e um profissional tá colado no outro também, né? Na UTI geralmente o paciente é um paciente mais fragilizado [...] muitas vezes ele tá intubado, tá sedado, tá em coma...

é algo assim... a gente nem tem tempo de respirar, né? É diferente de ala, de apartamento, que já tem uma assistência da família, que o paciente muitas vezes já deambula, toma banho só, se alimenta só muitas vezes. O paciente que tá ali consciente ou não, ele precisa de mim pra tudo. A coisa intensiva é isso aí... ele tá dependente de todo profissional... ele depende, ele não pode sair dali...

o trabalho na UTI é árduo, né? É Preciso ter apoio da equipe, um do outro... um dia um tá meio assim, o outro tá meio assim, né?

às vezes um vai puxando o outro... Às vezes acontece de: pôxa, hoje eu não tô muito bem, não tô muito legal, não tô bem... a cabeça não tá funcionando, o raciocínio tá péssimo.

no paciente de UTI a menor mudança gera uma cascata, que às vezes o paciente piora de uma hora pra outra por conta de algo muito pequeno. É por isso que precisa da atuação de cada um, na sua área específica, pra poder evitar que o paciente piore, pra poder gerar uma melhora no paciente.

e nesse trabalho o fardo é grande, a responsabilidade é maior por você tá lidando com paciente na UTI. Então o stress também é maior... [...] às vezes você tem que dá uma de doida, sabe?

As narrativas apresentam a UTI, ou melhor, como cada membro da equipe percebe esse ambiente, e como experiencia o contato direto com a fragilidade do paciente grave. As falas vão apontando para a delicadeza que permeia o atendimento ao paciente em estado crítico, ressaltando que o conhecimento técnico de domínio de cada profissional tem grande valor na tentativa de manter o paciente estabilizado. No entanto, a responsabilidade torna-se um peso, talvez pelo fato de que cada profissional, de alguma forma, sabe que não pode controlar o limite entre a vida e a morte. Nós, intensivistas, sentimos o desconforto de perceber que o doente encontra-se “nas nossas mãos”, que nossas intervenções podem ser decisivas, embora não existam garantias de sucesso, entendido como manter a vida do doente. Toda essa responsabilidade pesa, “é árduo”, “é um paciente mais fragilizado”, “a gente nem tem tempo de respirar”, “o fardo é grande”, chega a ser, em muitos momentos, quase insuportável... Tanto que, “às vezes você tem que dá uma de doida sabe?”.

Nesse ambiente de total imprevisibilidade, implicada na ação de cuidar nos remete as nossas próprias limitações enquanto ser-no-mundo, ser-finito. Lança-nos num borbulhar de sentimentos muitas vezes antagônicos e interditos ao profissional de saúde, dentro deste contexto que escancara radicalmente a nossa condição de finitude. Alguns profissionais, por não conseguirem se deparar com a sua própria possibilidade de adoecimento e finitude, tentam esconder-se através da tentativa de controle diante do movimento próprio da existência, de vida e morte. O cuidado distancia-se da sua dimensão de recolhimento, de disponibilizar-se para o outro, submetendo-se ao domínio da técnica, do controle, sendo apenas compreendido como um bom trabalho quando tem por resultado o drible da morte a qualquer custo. Chama atenção a perplexidade do profissional de saúde diante do agradecimento do familiar mesmo após a morte de seu ente querido e a própria desvalorização de todo o seu empenho e esforço disponibilizado no cuidar, como revela Mariana em sua narrativa:

um sentimento mais paradoxal pra mim é uma família, cujo paciente morreu me agradecer... eu fico para morrer junto...é muito difícil... é muito difícil lidar com isso... [...] isso foi muita terapia que eu fiz também, porque eu não admitia que o paciente estivesse morrendo e eu estivesse rindo, né? Então, dividir isso pra mim foi muito difícil...

Parece que há um consenso entre os profissionais de saúde, principalmente de UTIs, que a assistência só é bem-sucedida se houver o domínio da morte. Esta compreendida como um inimigo externo que vem pôr fim à vida e destituir todo o mérito do profissional e da atenção oferecida durante todo o processo de internamento. Vale ressaltar que, aqui, não estou querendo negar a importância das intervenções favoráveis à promoção da saúde e da vida. Mas dar-lhe o seu devido lugar, na medida em que não olhamos apenas para a preservação da vida biológica, mas para o ser-homem em todas as suas dimensões existenciais. Tal atitude aponta para o modo de ser, denominado por Heidegger (1959, p. 23-24) de serenidade. O filósofo nos alerta que:

Seria insensato investir às cegas contra o mundo técnico. Seria ter vistas curtas querer condenar o mundo técnico como uma obra do diabo. Estamos dependentes dos objectos técnicos que até nos desafiam a um sempre crescente aperfeiçoamento. Contudo, sem nos darmos conta, estamos de tal modo apegados aos objectos técnicos que nos tornamos seus escravos. [...] Podemos dizer, <<sim>> à utilização inevitável dos objectos técnicos e podemos ao mesmo tempo dizer <<não>>, impedindo que nos absorvam e, desse modo, verguem, confundam e, por fim, esgotem a nossa natureza.

Parece que nos esquecemos de que vida e morte são coexistentes, nos afastando de nossa condição enquanto ser-finito, perdendo-nos no mundo do “a gente” (Spanoudis, 1981). Tal possibilidade, a morte, por mais que seja “esperada” e “sabida”, no mundo do “a gente” torna-se estranha e surpreendente. “É uma <<notícia>> dada pelos jornais, contada pelas testemunhas... esta forma de falar encara a morte como uma <<realidade>>, mas nunca como uma possibilidade” (Pasqua, 1993, p. 127). Mesmo na

condição de intensivista, a experiência da morte é uma possibilidade vivida com perplexidade, como fica claro na narrativa de Vitória;

fui paciente de UTI, fui paciente grave... Fui paciente terminal, assim... No parecer dos médicos, eu era terminal... E aí quando eu cheguei em casa e as pessoas começaram a falar... Tu tava assim, tu tava assado... Aí eu ficava... Meu Deus, eu tava assim? Eu nem vi, como foi a gravidade da situação... eu fui paciente, precisei de cuidado... [...] todo mundo dizia que eu tava lá em baixo, debaixo de sete palmos... [...] Porque imagine uma pessoa chegar pra você e falar: Vitória tu tava quase morta, eu te vi morta... E hoje tu tá aqui falando comigo, né? Assim... O trabalho é de toda a equipe, né? Sei que uma andorinha só não faz verão, mas faz diferença... Muita diferença... Pra mim é isso... Tá todo mundo olhando pra mim?

Tal narrativa provocou emoção e perplexidade na equipe de intensivistas, apesar de lidarem com tal situação com certa frequência. Será que tal situação (paciente gravíssimo) vivida por um membro da equipe é tão assustadora?

desde o outro hospital, toda vez que eu escuto ela contar essa história... Toda vez eu fico emocionada.

imagina, você que já sabia se emocionou, eu que não sabia agora fiquei perplexa... [...] foi forte e revelou de uma maneira...

A morte, assunto falado por entre linhas, permeou quase tudo que foi dito, mas permaneceu de certo modo não dito. Porém, nesse momento se desvela na fala de Vitória, de modo claro e direto a sua experiência de ter sido paciente gravíssima. Diante de sua fala o grupo se emocionou e por alguns segundos ficou em silêncio, com olhos vidrados em Vitória aguardando o desfecho de sua história. Júlia ressalta que “foi forte e revelou de uma maneira...”. Sim, foi forte e a maneira direta que ela revelou não é a mais comum no diálogo entre os profissionais de saúde, ela não utilizou metáforas nem subterfúgios, ela simplesmente narrou o que aconteceu. O grupo reagiu com certo estranhamento e desconforto... Agora a reflexão da morte partia de uma experiência vivida por uma colega de trabalho, uma de nós... Tornando a questão ainda mais assustadora...

No dia a dia de trabalho, quando se abre um tempo para a conversação a morte é, em geral, uma questão tratada de modo indireto e impessoal, ou se

foge declaradamente do assunto ou simplesmente adota-se uma maneira evasiva para se posicionar. Seria esse o modo pelo qual a equipe está acostumada a tratar a questão da morte? Como se fosse algo que não nos dissesse respeito, ou que está do outro lado de uma imaginária fronteira que separa os profissionais de saúde das demais pessoas no mundo. É mais fácil acreditar que apenas os outros estão à beira do abismo...

Quando passamos a compreender que a morte constitui o existir do homem, que goza ou não de boa saúde, e que ela pode revelar-se a qualquer momento como manifestação legítima do ser do *Dasein*, percebemos que qualquer tentativa de antecipação defensiva se torna inútil e possivelmente sofrida. Diante da morte dos outros temos uma sensação inominável de desconforto... Por vezes vertigem, medo, raiva... A sua revelação parece tirar tudo do lugar, por alguns momentos nos desencontramos de nós mesmos, a ausência definitiva do outro rompe a ordem aparente das coisas. Por algum tempo ficamos envoltos num clima de assombro, nos percebemos desamparados no reconhecimento da nossa fatal realidade existencial.

A narrativa de [Vitória](#) acerca do seu adoecimento também nos direciona para a importância do cuidado disponibilizado pela equipe na unidade intensiva, tendo ela vivenciado a experiência de ser cuidada por uma equipe e, agora, como cuidadora e parte integrante de uma equipe de UTI. As demais intensivistas/participantes parecem fazer coro a essa compreensão e na medida em que narram e tematizam suas experiências revelam seus modos de “fazer em equipe”.

As intensivistas/participantes, historiando suas experiências, narram como as equipes em UTI foram sendo formadas, além de apontarem para experiências de desconforto e insegurança, diante da fragmentação do saber com ênfase no poder médico, que permeava a ação da equipe de saúde. [Mariana](#), nesta direção, chama atenção para a necessidade de se re-pensar tal compreensão – do médico como dono do paciente e único regente da equipe, ressaltando:

[a equipe de UTI é uma orquestra... E dependendo do dia vai ter alguém que vai ser maestro, não necessariamente o médico, muitas](#)

vezes é o enfermeiro que é maestro, ele consegue dominar o plantão muito mais do que o médico, né? Porque existem essas coisas... Meio fantasiosas de que o dono do doente é o médico... O dono da UTI é o médico. Não! Sempre vai ter um maestro, às vezes o maestro é o médico, às vezes é o enfermeiro, às vezes nenhum dos dois, às vezes não tem maestro e tá uma zona. [...] Tem que funcionar como uma orquestra. Todo mundo tem que tocar afinado, o que eu falo tem que condizer com o que você fala, né? Porque senão a família vai sair confusa. E agora? Se tu me diz uma coisa e o outro diz outra, quem é que sabe?

Ampliando essa compreensão de Mariana, da equipe como uma orquestra, em que todos precisam tocar de maneira afinada, Alice alerta que:

Nem todos os dias, nem todo plantão é assim... Tem que ter jogo de cintura, não só aqui... na vida... em tudo, você tem que ter jogo de cintura. Isso é pra lidar com a família... pra lidar com... eu não sou igual a você, que não é igual a... Ninguém é igual a ninguém.

Dessa forma, as intensivistas/participantes já apontam para a necessidade de se acolher a alteridade da equipe, buscando um modo de estar-junto que lhes permitam “[...] cumplicidade implicitamente compactuada por intenções partilhadas” (Morato, 1999, p.62).

Nessa sentido, as participantes narram a evolução do modo de funcionar da equipe, trazendo à luz a importância da *práxis* coletiva como possibilidade de sustentação para o desamparo e a angústia do profissional de saúde. Assim vai se delineando, mesmo sem tematização, um modo de funcionar multidisciplinar e até interdisciplinar, com o reconhecimento da necessidade de integrar as ações das diversas práticas e conhecimentos, desvelando seus medos e anseios.

eu trabalho em UTI há seis anos, e comecei a trabalhar em UTI com muito medo na verdade, porque achava que era uma linha muito delicada, né? A dos pacientes... Mas quando eu comecei a trabalhar em UTI, a interação multidisciplinar era muito menos pronunciada. Então, UTI era fundamentalmente o médico, o enfermeiro e o técnico. E muito raramente a gente cruzava com fisioterapeuta, com nutricionista, com fonoaudiólogo, era muito difícil. Psicólogo nem existia, aliás, em muitas UTIs, ele não existe, né? [...] Com a equipe multidisciplinar eu aprendi a ver outros pontos de vista, eu aprendi a entender outras condutas, eu aprendi a importância e a relevância

do papel que o outro profissional tinha e que achava que eu podia englobar nas minhas condutas e eu não posso... Eu aprendi as minhas limitações...

é mais confortável trabalhar em equipe... Em UTI ninguém trabalha só, ninguém... Se disser que trabalha só aqui, tá mentindo. Acho que o trabalho em equipe é essencial, é assim... É a alma, né?... Às vezes até no olhar só, você já sabe o que o outro quer, na hora de uma parada [parada cardíaca] mesmo, toda a equipe é essencial ali. Quando cada um faz só o seu... Aí não anda, não vai, o negócio não anda não... Se não se juntar, o resultado do trabalho vai ser desastroso.

você não tem como botar uma redoma e você ficar ali só no seu trabalho, mesmo que você saiba a limitação do seu trabalho, você não tem como colocar um cabresto e ficar só fazendo o que é seu, tem os ecos.

eu acho que por mais conhecimento que a gente tenha, a gente não é capaz de cuidar daquele paciente como um todo... tudo o que ele tem... só a gente. Cada profissional precisa atuar de uma maneira diferente.

a partir do momento que tá ali o profissional... “só o meu, só o meu”... não anda, ele mesmo vai sair daqui sobrecarregado, cansado... parece que trabalhou mais do que devia, por quê? Porque ele fez tudo só, nem teve ajuda e nem ajudou a ninguém.

no meu caso, eu... eu não sei como pode se desenvolver um trabalho em UTI sem ter outros profissionais [...] o que é importante, é justamente essa troca... conversar com os colegas.

quando as pessoas se auxiliam, é pouco provável que o plantão vá dá errado... como já foi dito, às vezes é uma besteirinha que vai dar uma repercussão enorme, às vezes até a curtíssimo prazo, e quando o plantão tem essa coisa de fluir bem, é muito pouco provável que isso vá acontecer... porque se passar batido por mim, não vai passar batido por ela, ou não vai passar batido pela outra pessoa, né?...

Seguindo o fio condutor da conversação, as intensivistas apontam a ação em grupo como possibilidade de melhor assistência ao paciente e amparo mútuo nos momentos mais difíceis do trabalho, o que também é compartilhado por mim no meu dia a dia de trabalho na UTI. Mesmo que não haja troca efetiva entre os profissionais as ações estão interligadas. O diálogo se revela como recurso que pode ajudar a acertar o passo e criar um compasso. Como indica Gadamer (2006), o diálogo, a conversação entre os diversos

profissionais que compõem a equipe de saúde viabiliza ações conjuntas e comuns às possibilidades interventivas, acolhendo a diferença e a alteridade. Tal condição se revela nas falas de [Vitória](#) e [Mariana](#), como mostra os fragmentos abaixo:

é tão importante o trabalho da equipe, que a gente assim... às vezes até tem que deixar de lado desavenças pessoais... Por exemplo, em outra situação, numa parte administrativa... a gente não quer passar nada pra o colega, não tem tanto problema... na UTI a gente não pode fazer isso. Porque se a gente não passa o paciente, se o médico não passa o paciente pra o colega, o enfermeiro não passa pra o técnico... não tem continuidade da assistência.

e aí eu vou puxar a questão de quando as pessoas não conseguem deixar suas desavenças de lado... O impacto que isso tem no plantão... isso desestabiliza o plantão, isso faz com que o andamento do trabalho fique pior, o paciente percebe, em última instância não vai ter o tratamento adequado... porque não tem quem me convença de que você trabalhar em pé de guerra com outra pessoa, você vai conseguir realizar o seu trabalho do jeitinho que faria se estivesse tudo bem... eu sei que não é simples você limar as diferenças... [...] em geral as diferenças entram junto com a gente, né? É preciso ter muita força de vontade, muito jogo de cintura pra você poder lidar com isso.

as diferenças existem em todo lugar, é do ser humano.

e aí não é só o paciente quem perde, em ultima instância quem perde é ele, mas a gente como profissional também perde... A gente como pessoa também perde... Porque no fundo vai ter alguma coisa futucando em você, né? Alguma coisa incomodando... desestabilizando você...

As intensivistas estão trazendo relatos do cotidiano, realçando a dificuldade de lidar com as diferenças. Apesar de reconhecerem as possíveis consequências na assistência ao paciente, apontam para a necessidade de aprender a lidar com as diferenças, indicando para o jogo constante de interrogação entre os diversos membros da equipe. Em tal contexto, Gadamer (1999) aponta para a necessidade de acolhimento do horizonte dos diversos componentes da conversação como condição para uma ação que possa realmente atender à necessidade do paciente. Cada interlocutor/intensivista ao compartilhar seus horizontes compreensivos, suas tradições e compreensões, abre a possibilidade que um horizonte comum, compreensão outra, possa

desvelar-se acerca da assistência ao paciente. Fazendo coro a esta compreensão, Talita e Mariana narram:

a gente tem que saber os limites, mas a gente tem que saber dividir, porque senão cada um chega ali faz o seu e vai embora.

eu aprendi as minhas limitações, eu não tenho competência de fazer o que a “fono” faz, o que o “fisio” faz. É... eu aprendi que tem um monte de coisas que por mais simples que pareça... que o técnico faz... eu não sei fazer... então, isso foi enriquecedor para mim... eu vi o feedback disso pro paciente, como ele se beneficia, como a evolução dele é mais rápida, como ele progride melhor quando a gente consegue trabalhar em equipe, e, sobretudo quando a gente consegue trabalhar... é... em harmonia... [...] é a gente ter harmonia nesse sentido, de você confiar no outro e poder travar um diálogo respeitoso e de confiança, né?... porque eu tenho que ter confiança nos outros membros que estão ao meu redor... quando o técnico chega e diz: “o paciente tá cheio de fungo nas costas”... Ele viu alguma coisa, ele pode não ter a questão... é... de perícia... de saber... Às vezes eu digo, não é fungo é só assadura, mas vamos tratar... Então, ele ter chamado a minha atenção para aquilo é muito importante, faz parte do tratamento do paciente... [...] então é a gente poder ter respeito pelo que o outro tá colocando também na condução do doente. [...] às vezes até mais frequentemente do que a gente imagina, existe aquela tentativa... é... aquela tentativa às vezes até inconsciente de você passar por cima da conduta do outro, né? De você não dá espaço para o outro fazer o que é dele... você quer tomar aquela conduta como sendo sua, como se você fosse o dono do paciente, e o mérito da melhora do paciente fosse só seu... E... eu vejo isso de forma muito... de maneira muito firme, o mérito não é só meu, eu sou uma pequena parte daquilo, a minha participação, é do tamanho da participação de todos os outros.

Podemos perceber que as dificuldades próprias da rotina hospitalar podem mostrar-se como um terreno fértil para as ações interdisciplinares, que nem sempre acontecem. Como Mariana indica, cada profissional de saúde constitui-se, enquanto orquestra, num instrumento com sonoridade própria que se inter-relacionam produzindo a harmonia da música. Nesta direção, De Zan (2006, p.220) alerta que:

[...] é necessário que sintamos primeiro a necessidade de trabalhar juntos, de abrir fronteiras e superar os ressaibos da antiga auto-suficiência, da indiferença que, quase sempre, encobre uma íntima insegurança, uma inquietação reprimida, a fim de iniciar um diálogo honesto que nos permita procurar novos caminhos [...].

O diálogo – conversação –, como compreendido por Gadamer (2008), implica um jogo constante de interpenetração de horizontes compreensivos, que não se apresentam como a imposição ou a sobreposição de um sobre o outro, mas como possibilidade de que uma compreensão comum se desvele. Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade pode revelar-se como uma “fusão de horizontes”, em que cada profissional/intensivista, ao compartilhar seus saberes/compreensões, possibilitam uma outra/nova compreensão, neste caso, uma ação con-junta. Para que isso aconteça, Gadamer (2008, p.563) compreende ser importante que “os interlocutores estejam dispostos a isso e que procurem fazer valer em si mesmos o estranho e o adverso”.

A “fusão de horizontes” não implica a concordância entre os horizontes dos interpretes, mas esses campos se constituem como pré-requisito para que ela aconteça, de forma que, cada profissional entre no jogo trazendo consigo sua tradição. Assim, cada profissional/intensivista, ao entrar na conversação, parte de seus horizontes de conhecimento acerca do adoecimento e de suas possibilidades interventivas, que, ao pô-las em xeque, até mesmo para confirmá-la, ultrapassam seus caminhos e saberes já conhecidos em direção de uma combinação de perspectivas. Combinação, aqui, não como junção apenas, mas como algo novo que emerge desse encontro-confronto. Essa “não corresponde ao estabelecimento de um acordo ou contrato que se possa determinar previamente, mas a uma compreensão” que se apresenta na conversação entre dois ou mais horizontes-interlocutores (Siqueira, 2011, p.86).

Na conversação, vai se desvelando um modo de acolher a dor de ser afetado pelo sofrimento do outro e os atravessamentos do fazer técnico. A ação puramente técnica, como visto, desumaniza e leva a tratar as pessoas como objetos, parece que a emoção deve ficar do lado de fora, como fica claro nos relatos de [Júlia](#), [Talita](#) e [Mariana](#):

tecnicamente bom, como se fala... às vezes eu me pego assim... achando que eu sou boba demais. Tem muitos colegas que se tornam muito frios... de repente já na rotina de virar, dar o banho e fazer o procedimento. Então assim, é claro que a gente sabe que em

alguns procedimentos você vai ter que deixar de ser emotivo, né? Não vai pegar com a mão delicadinha pra fazer uma coisa que precisa de firmeza... assim... eu sei que tem algumas situações que você tem que usar a razão né? E deixar a emoção de lado, mas é impossível você não se envolver numa situação e você não se emocionar né? Ou você não se alegrar com alguma coisa lá... por exemplo, quando eu entrei e vi o paciente de olho aberto e acordado [...] quando eu cheguei. Foi uma alegria. Então é isso, essa experiência que tem profissional que é indiferente, se o menino tava ali desacordado ou se tava acordado.

Eu acho, às vezes, que falta atenção. O paciente tá ali... é um boneco... tanto faz... a gente vai ali e faz... faz... faz... o que está se fazendo sempre, e esquece de pensar que é uma pessoa, que às vezes está ali escutando tudo ao seu redor...

às vezes eu falo brincando, mas toda brincadeira tem um fundo de verdade. Não tem aquele paciente que passa o dia todinho te chamando: Doutora... Doutora! Aí às vezes eu brinco e digo, eu vou colocar um tubo, vou intubar pra parar de falar. Eu falo brincando claro, mas assim... Eu sei que aquilo irrita muita gente, eu sei que mexe com muita gente, não sei exatamente os motivos, as particularidades, que são coisas extremamente individuais... [...] apesar do contato na UTI ser muito, muito constante, geralmente o paciente é um paciente mais fragilizado, então ele fala pouco realmente, muitas vezes ele tá intubado, tá sedado, tá em coma... [...] o momento mais difícil não é a parada [parada cardíaca], é a hora da visita. eu vejo mais... parece que a UTI vira um esconderijo do profissional. [...] o que você precisa ter mais jogo de cintura, é justamente na hora da família... que vai questionar, vai perguntar o por quê. Porque é que piorou? Por que não melhorou? Por que aconteceu isso? Por que traqueostomizou? Por que sedou? E aí você, que escolheu tá em um lugar onde você tem pouco a dar satisfação pra quem é o mais interessado, que é o doente, na hora que tem que encarar aquela enxurrada de perguntas, você não sabe como agir, né? E isso não é fácil, eu acho que é o momento mais crítico. Não é o momento da intercorrência não, é a hora da visita.

Com esta fala [Mariana](#) revela uma preocupação e a dificuldade experienciada pela equipe para lidar com a família e o paciente que demandam atenção mais próxima. Tal dificuldade é também testemunhada pela minha participação na equipe, quando esta desabafa seus incômodos no contato com os visitantes da UTI.

No momento da visita, é rotina passar o boletim médico com informações atualizadas acerca da evolução clínica do paciente. Além das

informações transmitidas pelo médico de plantão, toda a equipe assistencial tem como tarefa se comunicar com os familiares e passar as informações que sejam relevantes para o acompanhamento e participação no processo de recuperação do paciente. O desafio desse contato consiste, muitas vezes, na dificuldade do profissional de saúde em aceitar os questionamentos, cobranças, expectativas e críticas, frutos da preocupação de quem está do lado de fora da UTI, aguardando e tendo que processar informações complexas e assustadoras. Diante de tal angústia, surgem questionamentos de todos os tipos, voltados a toda a equipe, como apresentam Alice, Mariana e Vitória;

Eles perguntam: por que ele tá sem cor? Por que tá com o cabelo molhado?

o técnico é muito sabatinado na hora da visita. Pra o médico acaba que sobrando quase que só as perguntas técnicas, né? Exatamente: porque que o cabelo tá assanhado? Por que que o lençol não tá bem forrado? Tem coisa mais constrangedora pra um técnico, que passou o dia todo cuidando do paciente e a família chega e descobre para olhar, levanta o lençol... Vai pro outro lado, pega e levanta o lençol.... Então assim, é um momento muito delicado, e é um momento de emoção também, porque tem familiar que entra e chora, se desespera, e se descabela e que parece que você nunca falou nada [passou alguma informação] para aquela pessoa... E você tem que começar tudo do zero. Tem gente que não tem o menor preparo pra lidar com isso, dá um coice e acabou-se, né? Acabou a conversa, e aí a família na próxima vez não vai lá falar com aquele cidadão. Quem é? Fulano! Vou não, vou não.

A família chega pra mim e faz, hoje é fulano né? Por favor, não quero falar com ele, me passe informação do meu paciente. E por já tá ciente disso vou de leito em leito, digo como o paciente tá. Eu tento contornar essa situação, né? Pra família sair mais satisfeita. Então, eu já sabendo disso, eu me preparo pra visita, eu já tenho certeza de que as famílias vão me questionar alguma coisa, aí eu já vou tentar contornar essa situação, né? Que aquele mal-estar seja diminuído, pra saber que a gente tá ali cuidando, pra saber que a equipe toda não é assim, que tem uma pessoa que é mais difícil, mas que o cuidado vai ser prestado, que a informação vai ser passada. Na hora da visita a família fica assim ó... Tem família que fica implorando, assim pelo olhar pra alguém dar atenção.

A visita do familiar ao paciente da UTI é vivenciada como um momento difícil para todos os envolvidos. Por vezes, há uma dificuldade do profissional de saúde de se aproximar dos familiares, de se abrir para uma conversa,

possibilitando aos envolvidos ampliarem seus horizontes compreensivos, visando ao enfrentamento da situação de hospitalização e seus possíveis desdobramentos. Para além disso, a realidade da UTI, na maior parte das vezes, não oportuniza boas notícias acerca do paciente, distanciando os laços entre a equipe e a família. Vale ressaltar que o processo de adoecimento e internamento são momentos de crise para a família, que nem sempre se encontra em condições para compreender e corresponder às expectativas da equipe.

É comum ouvirmos de pacientes, familiares e profissionais de saúde de nosso convívio, que um grande temor que se associa ao medo de morrer em uma UTI, comum em quase todos, é o medo de serem mantidos vivos apenas por intermédio de máquinas e medicamentos, com seus corpos manipulados a sua revelia, alheios a sua própria vida, incapazes de cuidar de si. Medo que se justifica diante da realidade de um internamento em UTI, onde procedimentos invasivos e dolorosos invariavelmente fazem parte do tratamento, assim como, o risco da utilização desmedida de recursos que prolongam o processo de morte. Em uma UTI a “[...] vulnerabilidade torna-se soberana, o paciente torna-se dependente de máquinas e de humanos para viver (Knobel, p. 207, 2010)”, situação nada atraente, e por que não dizer, assustadora para o paciente, a família e a equipe.

Às vezes a equipe comenta sobre os acontecimentos, lamenta a morte de um paciente, fala como ficam abalados... Mas muitas vezes isso não é possível, a rotina segue, existem outros pacientes que continuam ali, que demandam atenção, e ainda novos pacientes podem ser admitidos na unidade em qualquer momento, outra intercorrência pode solicitar a presença de toda a equipe, ou simplesmente o plantão chega ao fim... Silenciosos ou silenciados pelos próprios acontecimentos a equipe segue de volta para casa, para o bar, para o futebol, para um novo plantão... Mas a experiência, falada ou calada continua como marca indelével da experiência, não dá para dizer que continuam os mesmos...

Como beber dessa bebida amarga  
Tragar a dor e engolir a labuta?  
Mesmo calada a boca resta o peito [...]

Como é difícil acordar calado  
Se na calada da noite eu me dano  
Quero lançar um grito desumano  
Que é uma maneira de ser escutado  
Esse silêncio todo me atordoa  
Atordoadado eu permaneço atento  
Na arquibancada, pra a qualquer momento  
Ver emergir o monstro da lagoa.  
(Holanda & Gil,1978)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As narrativas das intensivistas/participantes apontam para a necessidade de se constituírem enquanto equipe que atua interdisciplinarmente, destacando a importância de trabalharem de modo colaborativo e afinado. Tal práxis coletiva compreende que um único saber não dá conta da complexidade do fenômeno do adoecimento. Apresenta-se como possibilidade de sustentação do desamparo e da angústia do profissional de saúde e amplia os campos interventivos junto ao paciente, facilitando a condução da assistência dedicada a este e sua família. Nesta direção, as intensivistas/participantes ressaltam a importância do diálogo entre os membros da equipe, abrindo a possibilidade de uma ação/intervenção comum que se revela no compartilhamento e questionamento de seus saberes.

Assim, a interdisciplinaridade pode ser compreendida enquanto uma “fusão de horizontes” como apresentada por Gadamer (2008). Nesta perspectiva, a ação con-junta não se revela na imposição ou sobreposição de uma saber específico sobre outro, mas na interpenetração desses campos compreensivos que possibilitam o desvelamento de uma outra/nova compreensão/intervenção. Vale ressaltar que esta não anula os campos circunscritos de cada profissional/especialista, mas os possibilita pôr em xeque seus conhecimentos/saberes/compreensões prévios, permitindo-os alcançar um horizonte/intervenção comum. Para tanto, é imprescindível que estes profissionais estejam dispostos a se lançarem nesse “jogo” compreensivo.

Assim, a ação con-junta é apresentada como possibilidade de uma outra/nova compreensão de um fazer em equipe.

## REFERÊNCIAS

Cabral, B. E. B. (2004). *Cartografia de uma ação Territorial em saúde: transitando pelo Programa Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco. Orientador: Henriette Tognetti Penha Morato.

Critelli, D. M. (2006). *Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: Brasiliense.

De Zan, J. (2006). A ciência moderna e o problema da desintegração da unidade do saber. In: *Interdisciplinaridade – Antologia*. Campo das letras: Porto.

Forte, Daniel Neves & Mota, André. (2010). As atitudes do médico frente à morte. In Santos, Franklin S., (org.), *A arte de morrer – visões plurais – Volume 3*. Bragança Paulista: Editora Comenius.

Foucault, Michel. (2007). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Gadamer, H-G. (2008). *Verdade e método I – Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis

Heidegger, M. (1959). *Serenidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

Holanda, F. B. & Gil, G. (1978). *Cálice*. Album: Chico Buarque. Gravadora: **Universal Music Brasil**.

Knobel, Elias., Kuhl, Sandra D., Lopes, Rodrigo F. T., Gould, Katia G., & Beer, Idal. (2006). Organização e funcionamento das UTIs. In Knobel, Elias., (org.) *Condutas no paciente grave. – 3 ed – São Paulo: Editora Atheneu*.

Lévy, A. (2001). *Ciências Clínicas e Organizações Sociais*. Belo horizonte: autêntica/FUMEC.

Martins, A. (2009). Multi, inter e transdisciplinaridade sob um olhar filosófico. In: Veit, Maria Teresa (Coord.). *Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado*. São Paulo. HR Gráfica e Editora.

Michelazzo, J. C. (1999). *do um como princípio ao dois como unidade – Heidegger e a reconstrução ontológica do real*. São Paulo: FAPESP: Annablume.

Morato, H. T. P. & Schmidt. M. L. S. (1999). Aprendizagem significativa e experiência: um grupo de encontro em instituição acadêmica. In: Morato, H. T.

P. *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa – novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Morato, H. T. P. (1999). Aconselhamento psicológico: uma passagem para a transdisciplinaridade. In: Morato, Henriette T. P. (Coord.). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: São Paulo.

Orlando, J. M. C., (org.). (2002). *UTI: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu.

Pasqua, H. (1993). Introdução a leitura do ser e tempo de Martin Heidegger. Lisboa: Instituto Piaget.

Siqueira, D. F. C. C. (2011). Psicodiagnóstico interventivo/colaborativo: uma prática psicológica na perspectiva Fenomenológica Existencial. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco. Orientador: Carmem L. B. T. B.

Siqueira, Hedi C. H., Cecagno, Diana., Pereira., & Queli L. C. (2009). Equipe multiprofissional de saúde: ações inter-relacionadas. Pelotas: editora Universitária/UFPEL.

Spanoudis, S. (1981). Apresentação: a todos que procuram o próprio caminho. In: Heidegger, M. Todos nós... ninguém – um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Moraes.

Sommerman, Américo. (2006). *Inter ou transdisciplinaridade?: da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre saberes*. São Paulo: Paulus.

Thiollente, M. (1986). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho buscamos compreender a experiência de uma equipe de saúde em um UTI geral/adulto, como a equipe vivencia a sua rotina de trabalho partilhando questões e intervenções.

A produção textual foi composta por três artigos, o primeiro, numa perspectiva bibliográfica traçou um percurso histórico acerca da assistência ao paciente grave e o surgimento do hospital, ressaltando a evolução do conceito de cuidados intensivos e o modelo atual de Unidades de Terapia Intensiva. Como resultado observou-se que o trabalho da equipe de saúde que trabalha em UTI está em íntima relação com as questões da vida e da morte. A morte compreendida como consequência de algum evento da existência, assentada

na ideia de que pode ser evitada e dominada tem status de inimiga intrusa. No hospital isso fica muito claro, a morte como oponente desafia os profissionais em suas fantasias onipotentes e rotineiramente passa a ser combatida numa tentativa de extirpá-la do existir do homem que está em situação de adoecimento. Percebeu-se também que se faz necessário criar meios para que a equipe de saúde, frequentemente exporta a altos níveis de *stress*, possa ter em seu cotidiano de trabalho espaços que oportunizem reflexões acerca das inquietantes questões, ainda interditas, no que tange os limites da vida e da morte na realidade dos cuidados intensivos.

No segundo artigo, com metodologia bibliográfica, apresentou brevemente as críticas apresentadas por Heidegger à técnica moderna e suas consequências no pensamento contemporâneo. Descreveu o fenômeno da especialização e as relações entre as disciplinas do conhecimento em suas possibilidades: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Traçou o trabalho do psicólogo no contexto da Terapia Intensiva, sua participação no trabalho em equipe com ênfase nas possíveis contribuições da fenomenologia Existencial frente à predominância da técnica e do pensamento calculante. Observou-se com isso, que, a interdisciplinaridade é um acontecimento que não pode ser pautado por protocolos ou normatizações, não é possível forçar o seu acontecer, podemos apontar que na prática cotidiana existem momentos de interdisciplinaridade, à medida que o grupo de trabalho dialoga e entrecruza suas perspectivas interventivas com base na tradição das suas formações específicas. Ainda como resultado, percebemos que o trabalho do psicólogo na UTI representa importante contribuição para o paciente, família e a própria equipe de trabalho. O psicólogo, com sua ação clínica orientada pela perspectiva da fenomenologia existencial, preocupa-se com o acontecer do paciente e busca facilitar o modo de funcionar da equipe enquanto disponibilidade para acompanhar os pacientes e familiares no cuidar das suas possibilidades mais próprias.

O terceiro artigo, com metodologia qualitativa, na modalidade de pesquisa intervenção, teve como objetivo compreender a experiência da equipe de saúde de uma UTI geral/adulto da rede privada da cidade de Recife. A questão da pesquisa foi trabalhada em um encontro grupal com seis

intensivistas. O trabalho interpretativo seguiu os passos adotados por Critelli (2006): desvelamento, revelação, testemunho, veracização e autenticação que caracteriza o método de conhecimento e interpretação do real a “Analítica do Sentido”. Como resultado observou-se que uma única área de conhecimento não dá conta da complexidade do fenômeno do adoecimento, que o trabalho em equipe exige colaboração, de modo que, as ações no campo interventivo possam ser ampliadas e melhor conduzidos pelos profissionais de saúde. As intensivistas/participantes da pesquisa ressaltaram a importância do diálogo entre os membros da equipe, abrindo a possibilidade de uma ação/intervenção comum que se revela no compartilhamento e questionamento de seus saberes.

A pesquisa apontou para a necessidade de abrir espaços de reflexão junto aos profissionais de saúde para compreensão das questões relacionadas ao trabalho em equipe e seus desafios no cotidiano de trabalho, em especial a experiência de cuidar da vida e da morte.

## REFERÊNCIAS

Andreis, M., Chitero, E. F., & Andreoli, P. B. A. (2008). Situações psicologicamente difíceis: preparo das equipes. In: Knobel, E. Andreoli, P. B. A., Erlichman, M. R. *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu.

Ariès, P. (1977). *O homem perante a morte – II*. Portugal: publicações Europa-América.

Barreto, C. L. B. T. e Morato, H. T. P. (2009). A ação clínica e a perspectiva fenomenológica existencial. In Morato, H. T. P., Barreto, C. L. B. T., Nunes, A. P. (Org.). *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial – Uma introdução*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Bolina Grupo editorial. (2011). *Revista Intensiva*. Ano 6, n 31. Barueri: Autor

Cabral, B. E. B. (2004). *Cartografia de uma ação Territorial em saúde: transitando pelo Programa Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco.

Carrara, S. (2004). Prefácio. In Menezes, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ.

Cassorla, R. M. S. (2009). A negação da morte. In Santos, Franklin S. & Incontri, Dora., (org.). *A arte de morrer – visões plurais – Volume 1*. Bragança Paulista: Editora Comenius.

Critelli, D. M. (2006). *Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: Brasiliense.

De Zan, J. (2006). A ciência moderna e o problema da desintegração da unidade do saber. In: *Interdisciplinaridade – Antologia*. Campo das letras: Porto.

Fazenda, I. C. A. (Org). (2009). *Práticas interdisciplinares na escola*. (11 ed.) São Paulo: Cortez.

Foucault, M. (2007). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Forte, D. N., & Delponte, V. (2011) *Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva*. In Santos, Franklin S. (editor). São Paulo: Editora atheneu.

Forte, D. N. & Mota, A. (2010). As atitudes do médico frente à morte. In Santos, Franklin S., (org.). *A arte de morrer – visões plurais – Volume 3*. Bragança Paulista: Editora Comenius.

Gadamer, Hans-Georg. (2009). *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Portugal: Edições 70.

Gadamer, H. G. (2008). *Verdade e método (vol. I)*. Petrópolis: Vozes.

\_\_\_\_\_ (2009). *O mistério da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70.

Gattás, M. L. B. (2006). *Interdisciplinaridade – Formação e ação na área da saúde*. Ribeirão Preto: Holos.

Haberkon, Adriana. (2004). Atuação psicológica na UTI. In Bruscato, Wilze L., Benedetti, Carmen., Lopes, & Sandra R. A., (org.). *A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Heidegger, M. (2009). *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes.

\_\_\_\_\_ (1978). *Introdução a Metafísica*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

\_\_\_\_\_ (1959). *Serenidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

Holanda, F. B. & Gil, G. (1978). *Cálice*. Album: Chico Buarque. Gravadora: **Universal Music Brasil**.

Japiassu, H. (2006). *O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia*. Rio de Janeiro: Imago.

Knobel, E., Kuhl, S. D., Lopes, R. F. T., Gould, K. G., & Beer, I. (2006). Organização e funcionamento das UTIs. In Knobel, E., (org.) *Conduitas no paciente grave*. – 3 ed – São Paulo: Editora Atheneu.

Knobel, Elias. (2010). *A vida por inteiro e por um fio*. São Paulo: Atheneu Editora.

Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

Lévy, A. (2001). *Ciências Clínicas e Organizações Sociais*. Belo horizonte: autêntica/FUMEC.

Lisboa, T. C. (2002). *Breve História dos Hospitais*. Notícias Hospitalares – Gestão de saúde em debate. São Paulo, n 37, ano 4, p. 5-29.

Maciel, M. G.. (2011). *Atualização profissional em medicina intensiva – AMIB* (Vídeo aula - Ano I). Duração aproximada: 02h03m. Tema – Terminalidade em UTI. Recuperado em 20 de setembro, 2011, de <http://www.conexaomedica.com.br/wp/2011/01/terminalidade-em-uti/>

Marcondes, D. (2010). *Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Martins, A. (2009). Multi, inter e transdisciplinaridade sob um olhar filosófico. In: Veit, Maria Teresa (Coord.). *Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado*. São Paulo. HR Gráfica e Editora.

Marías, J. (2004). *História da Filosofia*. São Paulo: Martins fontes.

Michelazzo, J. C. (1999). do um como princípio ao dois como unidade – Heidegger e a reconstrução ontológica do real. São Paulo: FAPESP: Annablume.

Moraes, E. L. (2010). Doação de órgãos para transplante: percepção de familiares de potenciais doadores frente à morte. In Santos, Franklin S. (org.). *A arte de morrer – visões plurais – Volume 3*. Bragança Paulista: Editora Comenius.

Morato, H. T. P. & Schmidt. M. L. S. (1999). Aprendizagem significativa e experiência: um grupo de encontro em instituição acadêmica. In: Morato, H. T. P. *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa – novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Morato, H. T. P. (1999). Aconselhamento psicológico: uma passagem para a transdisciplinaridade. In: Morato, Henriette T. P. (Coord.). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: São Paulo.

Morato, H. T. P. (2009). Atenção psicológica e aprendizagem significativa. In: Morato, H. T. P., Bareto, C. L. B. T. & Nunes, A. P. *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial – Uma introdução*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

\_\_\_\_\_ (2011). Algumas considerações da fenomenologia existencial para a ação psicológica na prática e na pesquisa em instituições. *Anais do X Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições – Perspectivas e rumos da psicologia na atualidade*.

Nicolescu, B. (1999). O manifesto da transdisciplinaridade. São Paulo: TRIOM.

Nogacz, F. R., & Souza, R. P. (2004). Fatores Estressores em UTI. In Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). *Humanização em Cuidados Intensivos*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

Orlando, J. M. C., (org.). (2002). *UTI: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu.

Orlando, J. M. C. & Campos, Lourival. (2001). A morte: uma indesejável colega de plantão? Nem sempre... In Orlando, J. M. C., (org.). *UTI: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu.

Oliveira, R. G. (2005). *Uma experiência de plantão psicológico à polícia militar do Estado de São Paulo: reflexões sobre sofrimento e demanda*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, SP.

Pasqua, H. (1993). *Introdução a leitura do ser e tempo de Martin Heidegger*. Lisboa: Instituto Piaget.

Paviani, J. (2008). *Interdisciplinaridade: conceitos e distinções*. 2 ed. Ver. – Caxias do sul, RS: Eduscs, 2008.

Pessini, L. (2004) Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini, Leo. & Bertachini L. (orgs). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola.

Pombo, O. (2005). Interdisciplinaridade e integração dos saberes. *Liinc em Revista*, v. 1, março, pp. 3 – 15. Recuperado em abril, 2010, de <http://www.ibict.br/liinc>

Pompéia, J. A. e Sapienza, B. T. (2011). *Os dois nascimentos do homem: escritos sobre terapia e educação na era da técnica*. Rio de Janeiro: Viaverita Editora.

Portaria 2918/Gabinete do Ministério de 09 de junho. (1998). Estabelece a rotina de credenciamento as Unidades que realizam tratamento intensivo. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2918.htm>

Portaria 2919/Gabinete do Ministério de 09 de junho. (1998). Estabelece a rotina de credenciamento as Unidades que realizam tratamento intensivo. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2919.htm>

Portaria 3432 de 12 de agosto. (1998). Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Brasília.

Recuperado em 09 de agosto, 2010, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT98/GM/PRT-3432.pdf>

RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. (2010). A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/RDC-7\\_ANVISA%20240210.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf)

Resolução Nº 1.480 de 08 de agosto de 1997. (1997). O Conselho Federal de Medicina define os critérios para diagnóstico de morte encefálica. Brasília. Recuperado em 09 de agosto, 2010, de <http://www.ufrgs.br/bioetica/cfmmorte.htm>

Reis, J. B., & M., G., A (2005). *Breve histórico da Ciência moderna. Vol. 3: Das luzes ao sonho do doutor Frankenstein (séc. XVIII)*. Rio de Janeiro: Zahar Editor.

Sá, R. N., Barreto, C. L. B. T. (2011). *A noção fenomenológica de existência e as práticas psicológicas clínicas*. Estudos de Psicologia (PUCCAMP. Impresso v. 28).

Silva, D. J. S. (2002). O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. In: *Interdisciplinaridade em ciências ambientais*. São Paulo: Signus.

Siqueira, D. F. C. C. (2011). *Psicodiagnóstico interventivo/colaborativo: uma prática psicológica na perspectiva Fenomenológica Existencial*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco. Orientador: Carmem L. B. T. B.

Siqueira, H. C. H., Cecagno, D., Pereira., & Queli L. C. (2009). *Equipe multiprofissional de saúde: ações inter-relacionadas*. Pelotas: editora Universitária/UFPEL.

Site do Intensivista. (2011). História da enfermagem. Site dedicado a comunidade intensivista nacional mantido pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Recuperado em 22 de julho, 2011, de <http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm>

Site da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. (2011). Biografias – Florence Nightingale. Recuperado em 26 de maio, 2011, de <http://www.pucrs.br/famat/statweb/historia/daestatistica/biografias/Nightingale.htm>

Site do Hospital Sírio-Libanês. (2011). Unidades críticas e UTIS. Recuperado em 12 de maio, 2011, de <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/unidades-criticas-e-uti/uti/Paginas/default.aspx>

Sommerman, A. (2006). *Inter ou transdisciplinaridade?: da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre saberes*. São Paulo: Paulus.

Souza, J. Q. (2005). *Vividação: do trauma à reabilitação do paciente queimado*. *Revista brasileira de queimaduras*.

Spanoudis, S. (1981). Apresentação: a todos que procuram o próprio caminho. In: Heidegger, M. Todos nós... ninguém – um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Moraes.

Thiollente, M. (1986). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.

Veit, M. T. (Coord.). (2009). *Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado*. São Paulo. HR Gráfica e Editora.

## ANEXOS

### ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **A ação de uma equipe em UTI geral adulto: possibilidades de interseção entre profissionais de saúde**. O objetivo geral desta pesquisa é compreender como acontece a interseção na ação em equipe de profissionais de saúde na UTI geral adulto. Sua participação consistirá em uma conversação em grupo, com outros profissionais de saúde desta instituição, que serão convidados a narrar a sua experiência cotidiana de trabalho em equipe junto ao paciente internado em UTI geral adulto.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o senhor (a) poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, não acarretando nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora.

O encontro será registrado em áudio e vídeo, em seguida transcrito e apresentado ao senhor (a) para confirmação da veracidade do que foi relatado. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e utilizados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho, incluídos sua publicação e apresentação em congressos. Seu nome será substituído por um código e não constará em nenhum documento, de modo a assegurar total sigilo da sua participação. Os dados ficaram em poder da pesquisadora por um período de cinco anos, posteriormente serão destruídos.

Em caso de constrangimento, tédio e cansaço o depoimento será imediatamente interrompido.

Os gastos com transporte e alimentação, decorrentes do deslocamento para participação na pesquisa, serão de inteira responsabilidade da pesquisadora.

O senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Josemary Karlla Chaves da Costa  
Pesquisadora  
Telefones: (81) 9921 5370

---

Carmem Lúcia B. T. Barreto  
Pesquisadora Principal  
Telefone: (81) 8889 9988

Eu, \_\_\_\_\_,  
concordo em participar e declaro que entendi os objetivos da minha  
participação na pesquisa, que minha participação não é obrigatória e que  
posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me  
traga qualquer prejuízo.

Qualquer dúvida ou denúncia poderá ser encaminhada a Universidade Católica  
de Pernambuco - Rua do Príncipe, 526 - Boa Vista - CEP 50050-900 - Recife -  
PE - Brasil - Fone: (55) 81 2119-4000

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Participante da pesquisa