

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

RAÍSSA INOJOSA DO RÊGO BARROS CORREIA

**ETICIZAR A ASSISTÊNCIA NA TERAPIA INTENSIVA: PRÁTICAS E
DIFICULDADES DA HUMANIZAÇÃO EXPERIENCIADAS PELOS
MÉDICOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO**

RECIFE

2020

Eticizar a assistência na terapia intensiva: práticas e dificuldades da humanização experienciadas pelos médicos de um hospital público de Pernambuco. © 2020 by Raissa Inojosa do Rego Barros Correia is licensed under CC BY-NC-ND 4.0

C824e Correia, Raissa Inojosa do Rego Barros.

Eticizar a assistência na terapia intensiva: práticas e dificuldades da humanização experienciadas pelos médicos de um hospital público de Pernambuco / Raissa Inojosa do Rego Barros Correia, 2020.

95 f.

Orientadora: Maria Cristina Lopes de Almeida.

Coorientadora: Simone Dalla Barba Walckoff.

Mestrado (dissertação) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica, 2020.

1. Humanização dos serviços de saúde.
 2. Ética médica. 3. Fenomenologia. 4. Terapia intensiva.
- I. Título.

CDU 165.62

Pollyanna Alves - CRB4/1002

RAÍSSA INOJOSA DO RÊGO BARROS CORREIA

**ETICIZAR A ASSISTÊNCIA NA TERAPIA INTENSIVA: PRÁTICAS E
DIFICULDADES DA HUMANIZAÇÃO EXPERIENCIADAS PELOS
MÉDICOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Pernambuco, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, como requisito para obtenção do título de Mestra em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Práticas Psicológicas Clínicas e Demandas Sociais Contemporâneas

Orientadora: Profa. Doutora Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas.

Co-orientadora: Profa. Doutora Simone Dalla Barba Walckoff

RECIFE

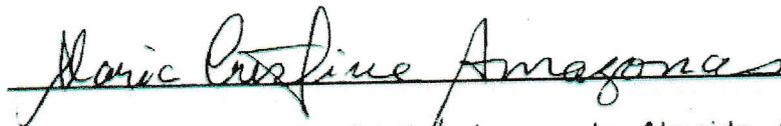
2020

Nome: RAÍSSA INOJOSA DO RÉGO BARROS CORREIA

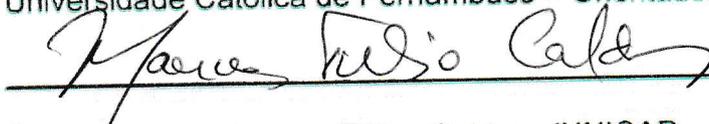
Título: ETICIZAR A ASSISTÊNCIA NA TERAPIA INTENSIVA: PRÁTICAS E DIFICULDADES DA HUMANIZAÇÃO EXPERIENCIADAS PELOS MÉDICOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO

Tese apresentada em 25 de novembro de 2020 à Universidade Católica de Pernambuco recebendo menção APROVADA por unanimidade da Banca Examinadora sendo Mestra em Psicologia Clínica.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Doutora Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas (UNICAP - Universidade Católica de Pernambuco - Orientadora e Presidente da Banca)



Prof. Doutor Marcus Túlio Caldas (UNICAP - Universidade Católica de Pernambuco - Titular Interno)



Prof. Doutor Josimário João da Silva (UFPE - Universidade Federal de Pernambuco - Titular Externo)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus pelo dom da vida, por me permitir estudar e aprender a cada dia.

Aos meus familiares, meus pais, meus filhos, meu esposo, por serem uma base para me apoiar durante essa caminhada.

Àquela que permitiu o desenvolver da temática que apresento neste trabalho, minha orientadora Profa. Doutora Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas. Sem seus encontros e orientações não chegaria neste momento final de pesquisa. Ao mesmo tempo, pela oportunidade de conhecer e poder ter dado os passos iniciais dessa pesquisa oportunizados pelo acolhimento da Profa. Doutora Simone Dalla Barba Walckoff.

Ao Doutor Marcus Túlio Caldas e ao Doutor Josimário João da Silva pela disponibilidade no exame de qualificação e pelas significativas contribuições nesta pesquisa.

Aos médicos participantes que gentilmente cederam parte de seu tempo de descanso para conceder as entrevistas que permitiram a realização do estudo e aos gestores do hospital, em especial à coordenadora da unidade de terapia intensiva Dra. Maria de Fátima Buarque por incentivar a pesquisa.

*Aprender é a única coisa de que
a mente nunca se cansa, nunca
tem medo e nunca se arrepende.*

Leonardo da Vinci

RESUMO

Correia, R.I.R.B. (2020). **Eticizar a assistência na terapia intensiva:** práticas e dificuldades da humanização experienciadas pelos médicos de um hospital público de Pernambuco. Tese de Mestrado, Programa de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Católica de Pernambuco

Cenário: Os avanços tecnológicos vêm contribuindo para a melhoria da assistência à saúde, com ênfase nas unidades críticas, particularmente nos serviços de terapia intensiva. Esse setor destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco requer assistência ininterrupta, além de equipamentos e capital humano especializado. No entanto, consiste em um desafio constante para os membros da equipe de unidades de terapia intensiva humanizar a prestação dos cuidados.

Objetivo: A presente pesquisa é fruto da necessidade de uma reflexão sobre a humanização da assistência na terapia intensiva a partir das perspectivas subjetivas dos próprios sujeitos sob estudo visando compreender a experiência vivida pelos médicos, bem como as dificuldades enfrentadas neste contexto na unidade de terapia Intensiva de um hospital público de Pernambuco. **Método:** Para tanto o método utilizado foi uma pesquisa qualitativa, que teve como instrumento de investigação as entrevistas reflexivas semiestruturadas realizadas com os médicos que trabalham na unidade de terapia intensiva de um dos maiores hospitais públicos de Pernambuco. A análise compreensiva a respeito do fenômeno em investigação foi realizada através da abordagem da Análise do Fenômeno Situado, estruturada por Martins e Bicudo. **Resultados e Discussão:** Na análise de dados advindos dos profissionais surgiram quatro categorias temáticas: 1) Humanização em saúde: um conceito em construção; 2) A dialética expressa no discurso dos médicos sobre humanização e desumanização; 3) Entre a teoria e a práxis existente: dificuldades cotidianas no processo de humanização na unidade de terapia intensiva; e 4) A confrontação entre a formação médica e a humanização. Com uma melhor compreensão sobre práticas humanizadas na assistência à saúde, visa-se transformar o conhecimento obtido com a pesquisa em prática social.

Palavras Chave: 1. Humanização; 2. Terapia Intensiva; 3. Fenomenologia.

ABSTRACT

Correia, R.I.R.B. (2020). **Ethicize care in intensive therapy**: humanization practices and difficulties experienced by doctors at a public hospital in Pernambuco. Thesis, Research and Post-graduate Program of the Catholic University of Pernambuco.

Scenario: Technological advances have contributed to the improvement of health care, with an emphasis on critical units, particularly in intensive care services. This sector for the care of critically ill or at-risk patients requires uninterrupted assistance, in addition to specialized equipment and human capital. However, it is a constant challenge for members of the intensive care unit team to humanize the provision of care. **Objective:** This research is the result of the need for a reflection on the humanization of care in intensive care from the subjective perspectives of the subjects under study in order to understand the experience lived by doctors, as well as the difficulties faced in this context in the intensive care unit of a public hospital in Pernambuco. **Method:** For this purpose, the method used was a qualitative research, which had as a research instrument the semi-structured reflective interviews conducted with doctors working in the intensive care unit of one of the largest public hospitals in Pernambuco. The comprehensive analysis of the phenomenon under investigation it was carried out through the Analysis of the Situated Phenomenon, structured by Martins and Bicudo. **Results and Discussion:** In the analysis of data from professionals, four thematic categories emerged: 1) Humanization in health: a concept under construction; 2) The dialectic expressed in the doctors' discourse on humanization and dehumanization; 3) Between theory and existing praxis: daily difficulties in the humanization process in the intensive care unit; and 4) The confrontation between medical training and humanization. With a better understanding of humanized practices in health care, the aim is to transform the knowledge obtained from research into social practice.

Key words: 1. Humanization; 2. Intensive care; 3. Phenomenology.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO UM	17
O CAMINHO PERCORRIDO: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	17
CAPÍTULO DOIS	30
APROXIMAÇÃO DO TEMA HUMANIZAÇÃO.....	30
2.1. Humanização em saúde: um conceito em construção.....	30
2.2. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso dos médicos	41
2.3. Entre a teoria e a práxis existente: dificuldades cotidianas no processo de humanização na unidade de terapia intensiva	48
2.4. Confrontação entre a formação médica e a humanização	55
CAPÍTULO TRÊS	69
REFLETINDO SOBRE O FENÔMENO EVIDENCIADO.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	90

APRESENTAÇÃO

[...] na medida em que nos tornamos capazes de transformar o mundo, de dar nome às coisas, de perceber, de entender, de decidir, de escolher, de valorar, de, finalmente, eticizar o mundo, o nosso mover-nos nele e na história vem envolvendo necessariamente sonhos por cuja realização nos batemos. Daí então, que a nossa presença no mundo, implicando escolha e decisão, não seja uma presença neutra.

Paulo Freire (2000)

É de conhecimento geral que avanços tecnológicos vêm contribuindo para a melhoria da assistência médica, com ênfase nas unidades críticas, particularmente nos serviços de terapia intensiva. Esse setor destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco requer assistência ininterrupta, além de equipamentos e capital humano especializado.

Deve-se destacar, por oportuno, que se faz necessária uma reflexão da prática clínica dos profissionais da área de saúde realizadas nesse cenário e no preparo destes profissionais, sob o aspecto teórico e técnico, relacionado a um atendimento numa perspectiva mais humanitária, ou melhor, eticizada.

A rigor, humanizar é tornar humano. Entretanto, esse conceito tão genuíno vem sofrendo modificações com o passar dos tempos com mudança de enfoque. A natureza subjetiva do termo humanização torna sua definição, uma tarefa complexa, tendo em vista que os aspectos que a compõem são individualizados e se referem a sujeitos e, portanto, a um complexo de necessidades biopsicossocioespirituais que devem ser respeitadas. Assim, o enfoque pode ser traduzido como uma busca pelo conforto físico, psíquico e espiritual do paciente.

Partindo do pressuposto de que as instituições de saúde se caracterizam por um trabalho de natureza relacional, que envolve tanto os sujeitos atuantes no cuidado como aquele que é cuidado, aperfeiçoá-lo requer considerar os aspectos relacionados a um atendimento direcionado ao cuidado ético e com isso tornar a terapia intensiva em um ambiente menos conflitante.

Há um desafio constante para os membros da equipe de unidades de terapia intensiva em eticizar a prestação dos cuidados, sobretudo diante da convivência

com fatores desencadeadores de estresse, necessidade de serem adotadas medidas racionais, rápidas e precisas em situações de risco iminente à vida dos graves enfermos associada à escassez de recursos materiais e capital humano.

Eticizar a assistência na terapia intensiva insere a relação entre médico e paciente na esfera da humanidade, pautada em comportamentos morais ou éticos. Nestes termos, em uma dimensão investigativa, conjugar ética e experiência no atendimento em terapia intensiva leva a problematização do pensamento voltada para abertura a reflexões sobre como os profissionais enxergam uma unidade de terapia intensiva, como se promove a relação clínica, como ocorrem os paradigmas de decisão, como acontece a gestão do paciente crítico, entre muitas outras possibilidades.

Dias (2012) esclarece sobre estetizar, eticizar e experienciar na pesquisa, psicologia e um pensamento diferenciado nas práticas de subjetivação, em que se destaca:

Tendo a ética como possibilidade de fazer escolhas, não guiadas por um código de conduta, mas escolhas que se fazem num entremeio, no interstício entre prática e liberdade; conhecimento e invenção. . . . E, experiência a ser criada como política de um devir, intenso, sempre outra. Esta precisa de contornos, expressões, escritas para se tornar visível e enunciável. Estetizar, eticizar e experienciar num contínuo processo de deslocamento de seus limites emerge de um plano impessoal, com abertura para diferenças. Como um ser-fazer-conhecer implicado, ainda há muito o que constituir, sempre, em nossa constante luta para realizar, no dia a dia, um estilo de vida como uma estética da existência. (Dias, 2012, p.97).

O interesse pela pesquisa na área da terapia intensiva surgiu a partir de minha experiência profissional como médica plantonista da unidade de terapia intensiva adulto do Hospital da Restauração, maior unidade da rede de saúde pública de Pernambuco que atende pessoas de todo o nordeste.

Ingressei na unidade na condição de recém-formada admitida por concurso público, deparando-me com um cenário de rotina de trabalho acelerada, clima constante de apreensão, eminência de morte dos enfermos, circunstâncias adversas inerentes à hospitalização, necessidade de utilização de diversos aparatos tecnológicos. Passei, então a dedicar-me cada vez mais aos procedimentos técnicos, acreditando ser essa uma maneira de facilitar a adaptação a este ambiente e de melhor oferecer tratamentos aos pacientes.

Vim de um ensino de Medicina que se enquadra no paradigma flexneriano descrito por Lampert (2002, p.67) caracterizado pela “predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado; pelo fato do processo de ensino-aprendizagem estar centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas; pela prática desenvolvida predominantemente no hospital; pela capacitação docente centrada unicamente na competência tecno-científica”. O ensino de Ética Médica na minha faculdade de Medicina estava subjugado a pequenas cargas horárias não recebendo a necessária importância.

Com o passar de 10 anos de trabalho na mesma unidade, começou a surgir uma inquietação e mudança do olhar, que se voltava não apenas para os procedimentos e técnicas, mas para a forma como se dava a assistência em saúde relacionada à qualidade do atendimento, seja individual, seja da equipe multiprofissional atuante.

Presenciar situações cotidianas como realizar procedimentos invasivos sequenciais; discutir casos clínicos na beira do leito sem a compreensão do doente; referir-se aos internados pelo número de leito ou patologia ao invés do nome; proceder ao despertar neurológico sem posteriormente se preocupar se o paciente sabe onde se encontra e o que ocorreu antes do internamento; decidir e aplicar terapias sem a participação do doente, entre outras rotinas da UTI, que antes eram automatizadas, passou a causar incômodo e a promover uma inquietação e reflexão sobre o benefício da atenção pessoalizada e mais próxima aos doentes em situações críticas.

Ademais, após ingresso mais recente para prestar atendimento médico na Defensoria Pública da União, que lida diariamente com o sofrimento humano, proveniente de uma população carente que busca o acesso a medicamentos e procedimentos, benefícios, e uma variedade de formas de assistência jurídica, judicial e extrajudicial, reforçou a reflexão para a necessidade de humanização no atendimento.

Neste cenário de repensar sobre minhas posturas acadêmicas, profissionais e pessoais, surgiu o interesse pela pesquisa no tema, antes de tudo, para aprofundar o conhecimento em práticas humanizadas nas instituições públicas, mas também na busca de ações transformadoras das práticas de saúde e gestão dos processos de

trabalho. Atualmente, estamos tentando resgatar à medicina da pessoa humana da qual nos perdemos ao longo da história.

Acredita-se que, com um maior entendimento sobre práticas que visam à eticização na assistência à saúde, promover-se-á um melhor acolhimento, valorização e amparo das necessidades, sejam de ordem orgânica ou emocional, tanto dos pacientes críticos como dos assistidos nos atendimentos médico periciais, bem ampliará as possibilidades de disseminação das informações sobre o tema para a gestão de pessoas no serviço público e contribuirá para o processo de transformação da cultura institucional que valoriza as boas condições de trabalho e a qualidade no atendimento.

Ademais, o tema trouxe reflexões sobre a relação entre a forma de cuidado ao paciente e a formação médica.

Neves (2006), em seu livro sobre ética para futuros médicos, enfatiza a importância do conhecimento da ética na prática médica tanto quanto o do saber científico.

Atualmente a Medicina tem um cunho técnico-científico muito grande, gerador de uma gama de exames e procedimentos dando um novo direcionamento à Medicina científica ocidental contemporânea. Este modelo não deve evoluir para o distanciamento da relação médico-paciente, mas para auxiliar o diagnóstico e a terapêutica. Desta forma o percurso da disciplina contextualiza este significado norteado pelo aprendizado do “saber-ser”, saber se conduzir frente aos inúmeros problemas interpostos pela atividade profissional. Este aprendizado é tão importante quanto o “saber-fazer” e o “saber-saber”, que estaria relacionado ao conhecimento técnico-profissional. (Neves, 2006, p.11).

A pesquisa de Neves (2006, p.7) chama atenção ao denunciar que, apesar de a ética médica ter 2.500 anos de história, só há 30 anos está incluída no currículo da graduação médica de maneira formal. Revela ainda que 14,6% das escolas médicas no Brasil ainda não têm docentes de ética médica. Este descaso parece não ser privilégio do Brasil, já que nos informa que a World Medical Association precisou recomendar, em resolução, a inclusão do ensino de ética médica no currículo das escolas médicas de todo mundo.

Neves (2006) aponta que esse modelo tecnicista privilegiou a criação das especialidades, considerando como um modelo incompleto, à medida que exclui as

ciências humanas do processo e a visão do ser humano como um todo, um ser bio-psico-social, com sua rede de relações e sua diversidade.

A preocupação em humanizar o atendimento em saúde também não é recente, tendo sido enfatizada desde o final da década de 50. Tal enfoque foi se modificando no decorrer dos anos até se configurar um direito do cidadão ao acesso à saúde, considerada como dignidade do ser humano.

A tendência à humanização da assistência assume maiores dimensões a partir de uma preocupação dirigida pelo Governo Federal buscando a promoção de um conjunto de ações que visam à melhoria na qualidade e eficácia dos serviços públicos prestados.

As práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde no atendimento em saúde competente devem ser compostas no respeito à singularidade das necessidades do usuário e do profissional. Para tanto, sugere mudanças não só estruturais, mas também na formação dos profissionais de saúde.

Cortina (2007) reflete sobre ética nas práticas institucionais e organizativas, examinando as atividades cooperativas e sociais realizadas pelos sujeitos humanos. Considera que a excelência empresarial, seus resultados econômicos e os impactos que proporciona na sociedade dependem da capacidade de constituir níveis aceitáveis de confiança entre os atores. Assinala que “. . . as crenças, as convicções e os hábitos éticos são indispensáveis para o bom funcionamento do mundo empresarial” (Cortina, 2007, p.26).

Tal ponderação é aplicável ao ambiente das unidades de terapia intensiva (UTI), na visão da UTI como empresa, sendo seus atores a equipe de saúde. Nesse sentido, a referida autora, enuncia um princípio do agir ético nas organizações:

“Habituar-se a fazer boas escolhas” significa ser melhor e bem consciente dos fins últimos que se procuram, acostumar-se a fazer escolhas em relação a eles, e ter a capacidade suficiente para optar pelos meios mais adequados para os alcançar”. (Cortina, 2005, p.20).

O embasamento teórico do presente estudo se dará com supedâneo nos ensinamentos contidos em livros e artigos sobre o tema em geral, bibliografia específica e publicações sobre a matéria em revistas especializadas, análise crítica da legislação nacional, em especial após o Programa Nacional de Humanização da

Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado em 2001 pelo Ministério da Saúde (MS) e transformado em Política Nacional de Humanização em 2003, e sob um suporte metodológico da fenomenologia existencial.

Obtém-se também como referencial os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade da atenção em saúde, incentivando o acolhimento e a promoção de uma cultura de respeito e valorização humana no cuidado aos usuários e a ampliação da qualidade técnica da assistência.

Acrescentam-se ainda o referencial de valores que passam pelos princípios da Bioética: Beneficência, Não-Maleficência, Justiça e Autonomia.

Tais princípios éticos gerais serão correlacionados com as práticas da assistência à saúde no ambiente de terapia intensiva. Apesar de ser um “imperativo categórico”¹, os princípios são aplicados nas tomadas de decisões em conjunto com os valores próprios de cada pessoa, que fazem parte da experiência, da formação, dos conhecimentos socioculturais, das tradições e das estruturas de uma sociedade.

A prática médica na UTI se depara de tempos a tempos com conflitos entre princípios, e nessas ocasiões, a tomada de decisão se torna ainda mais árdua. Reflete-se que, nestas situações, a prática assistencial aos pacientes críticos perpassa pela definição clara da questão ética, identificação dos valores relevantes na situação, sopesamento dos valores conflitantes e escolha de uma opção que os equilibre.

Em concordância com Lopes (2011), a fronteira do nosso agir é tênue, exige constante reflexão, dada a dissociação do saber técnico e da percepção da eticidade da interferência nos corpos. Definir a melhor conduta na assistência de outrem, principalmente quando em situação crítica, é um grande desafio existencial, com profundas questões de natureza biológica, moral, cultural, religiosa, espiritual e jurídica.

A prática médica é um processo em construção, fruto do que cada profissional

¹ Imperativo categórico é um dos principais conceitos da filosofia de Immanuel Kant. Para o filósofo prussiano, imperativo categórico é o dever de toda pessoa agir conforme princípios dos quais considera que seriam benéficos caso fossem seguidos por todos os seres humanos.

aprende ao longo de sua história, como ator social. Nesse sentido, a busca pela identidade, pelo que somos, o que queremos, o que pensamos e o que construímos na vida profissional e social, têm muito do outro, que anda ao nosso lado, ressoando esta significação. Assim, visa-se transformar o conhecimento obtido com a pesquisa em prática social principalmente no sentido de impulsionar a prática da humanização nas instituições públicas.

Neste particular, buscou-se como objetivo geral compreender a experiência de profissionais de saúde médicos quanto ao cuidado humanizado aos pacientes da unidade de terapia intensiva (UTI) adulto de um dos maiores hospital público de Pernambuco.

Para alcançá-lo, operacionalizou-se a investigação a partir dos seguintes objetivos específicos: identificar o cenário de aprendizagem dos médicos sobre o tema humanização, incluindo aspectos da formação acadêmica e profissional; entender como o médico se vê no processo de trabalho na unidade de terapia intensiva; entender como ocorrem as práticas dos profissionais médicos relativas à assistência numa perspectiva mais humanitária aos pacientes críticos e as dificuldades por eles enfrentadas neste contexto; identificar as vivências no atendimento aos pacientes internados na UTI sob aspectos considerados humanizados ou desumanizantes.

Para tanto, após esta apresentação, onde foi realizada a introdução da pesquisa, a origem do trabalho, as inquietações desta pesquisadora e seu percurso acadêmico e profissional, desdobrou-se a pesquisa em três capítulos.

No primeiro capítulo foram apresentadas as considerações metodológicas norteadoras do trabalho, a caracterização do local e dos sujeitos-entrevistados da pesquisa, instrumentos de coleta de dados, procedimentos éticos e etapas de análise dos dados.

No segundo capítulo foram tecidas considerações sobre o contexto teórico do tema da humanização em saúde entremeado com a análise das entrevistas realizadas, explicitando as principais ênfases do discurso dos entrevistados com a síntese das unidades de significado destacadas para análise pelo entrevistador-pesquisador; análise e transcrição de trechos com as falas mais significativas dos

entrevistados, organizadas segundo as categorias temáticas selecionadas como mais relevantes para a discussão da humanização em terapia intensiva discutidas com os referenciais teóricos apontados.

Por fim, no terceiro capítulo, buscou-se sintetizar todas as categorias temáticas encontradas com análises e discussões sobre os sentidos subjetivos dos profissionais de saúde acerca da humanização constituindo então a estrutura do fenômeno, em que foram expressas as compreensões da pesquisadora acerca do fenômeno investigado.

CAPÍTULO UM

O CAMINHO PERCORRIDO: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

Não é das Filosofias que deve partir o impulso da investigação, mas sim das coisas e dos problemas... Aquele que é deveras independente de preconceitos não se importa com uma averiguação ter origem em Kant ou Tomás de Aquino, em Darwin ou Aristóteles... Mas é precisamente próprio da Filosofia, o seu trabalho científico situar-se em esferas de intuição direta.

Husserl (1985)

A presente pesquisa realizada foi de natureza qualitativa e cunho fenomenológico.

Pesquisa qualitativa, porque não se pretendeu trabalhar com as questões da vida enquanto um fato, mas enquanto fenômenos; que, por conseguinte não serão quantificados, mensurados, comparados ou generalizados.

A escolha desse caminho metodológico possibilitou a compreensão de fenômenos do mundo social, postos em evidência a partir deles mesmos, não se pretendendo chegar a uma representação imutável, precisa, típica das pesquisas quantitativas.

Segundo Minayo (2002), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Pesquisa de cunho fenomenológico porque o intuito dessa pesquisa é descrever fenômenos particulares como experiência vivida na busca de captar as essências e os significados articulados nos discursos dos participantes.

Segundo Martins e Bicudo (1983), a fenomenologia como referencial teórico metodológico, tem seu foco de interesse voltado para o homem, para a

compreensão do ser e tem um compromisso com a possibilidade de ser-com-os-outros e ser-plenamente humano. Essa metodologia se propõe a um “novo olhar”, já que, o investigador olha o fenômeno atentamente, a partir do que ele se mostra em si mesmo.

Para Bicudo (2000), a investigação fenomenológica trabalha com o que faz sentido para o sujeito, com o fenômeno posto em suspensão, como percebido e manifesto pela linguagem. Trabalha também com o que se apresenta significativo e relevante no contexto no qual a percepção e a manifestação ocorrem.

Silva e Oliveira (2018) esclarecem que a fenomenologia permite ao pesquisador descrever o fenômeno estudado livre de ideias preconcebidas:

A fenomenologia, como método, é um caminho ou atitude do pesquisador para acessar a essência das coisas. Tal abordagem aponta para a exploração do que é dado no momento da experiência visando captar a sua essência. A proposta é colocar em suspensão as ideias tidas das coisas, para que estas possam se mostrar conforme a experiência original. (Silva & Oliveira, 2018, p.1422).

A palavra “fenômeno” vem do grego *faínomenon*, que significa mostrar-se a si mesmo, aquilo que é brilhante, o que aparece.

O fenômeno é compreendido como o que é imediatamente dado em si mesmo à consciência, como o primeiro aspecto para conhecer o mundo para “ir à coisa mesma” e isso quer dizer situar o que se deseja conhecer no mundo. É a volta do mundo vivido ao mundo da experiência, que, para Husserl (1986) é o fundamento de todas as ciências.

O fenômeno, nessa abordagem fenomenológica, refere-se a algum tipo de experiência vivida, comum aos diversos participantes. O fenômeno é a percepção que temos de um objeto (na sua aparência) que se torna visível à nossa consciência. Consoante com Moreira (2002), “o fenômeno inclui todas as formas de estar consciente de algo, aí incluído sentimentos, pensamentos, desejos e vontades” (Moreira, 2002, p.66).

Fenômeno é, então, “tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga” (Martins et al.1990, p. 141).

O foco central dessa investigação fenomenológica foi captar o fenômeno da experiência dos participantes vivida no mundo da vida. Assim, convém também aclarar o significado utilizado para os termos “experiência” e “mundo da vida”.

A “experiência”, em conotação geral, refere-se a certo tipo de conhecimento, fruto da relação direta do sujeito com a realidade, incluindo, às vezes, a ideia de repetição de fatos.

Na origem grega *empeiría*, no latim *experientia*, ou no alemão *Erfahrung*, significa “tentar”, “comprovar”, ou em um sentido mais amplo, percorrer o objeto em todos os sentidos.

O termo “experiência” utilizado nessa pesquisa está inserido em uma compreensão fenomenológica relacionado com a incorporação dos conhecimentos adquiridos a partir da elaboração da vivência do ser humano no mundo.

Boff (2002) define a palavra experiência como a ciência ou o conhecimento que o ser humano adquire quando sai de si mesmo (“ex”) e procura compreender um objeto por todos os lados (“peri”). Segundo exemplifica:

Pela experiência o objeto se faz cada vez mais presente dentro de quem quer conhecer, na medida em que ele se abre mais e mais ao objeto e o estuda de diferentes ângulos. Um médico experimentado é aquele que se confrontou muitas vezes com a mesma doença sob os mais diferentes sintomas, sob formas e circunstâncias as mais diversificadas a ponto de não mais se surpreender ou se enganar. Ele conhece simplesmente. Não tanto porque estudou em livros - isso também -, mas porque esteve às voltas, concretamente, com a doença e conheceu-lhe os sintomas. O modelo que elaborou da doença, combinando experiência vivida com ciência dos livros, é um modelo testado e verificado. (Boff, 2002, pp. 11-12).

Nesse sentido, a experiência é o conhecimento resultante da reciprocidade do encontro do ser humano com o mundo. A experiência contém dois elementos fundamentais: um subjetivo, que é a consciência, carregada de significados, e outro objetivo, que são os objetos do mundo.

Assim, a experiência de vida é uma combinação de memórias, percepções e antecipações dos sujeitos.

Husserl teoriza o mundo da vida como o mundo no qual sempre já vivemos e que fornece o ponto de partida para todas as conquistas do conhecimento e para toda a determinação científica.

Dartigues (1992, p.79) esclarece o mundo da vida como o “mundo cotidiano em que vivemos, agimos, fazemos projetos, entre outros, o da ciência, em que somos felizes ou infelizes”.

O mundo é aquilo que o ser percebe, não apenas o que se pensa sobre ele, mas o que se vive.

A pesquisa visou descrever a experiência dos profissionais médicos inseridos no contexto da humanização da assistência em terapia intensiva, no intuito de estudar esse fenômeno, ou aparências, da experiência humana no mundo, como aquilo que o ser percebe, não apenas o que pensa sobre ele, mas o que vive.

Objetivou-se um olhar de aproximação das experiências dos profissionais médicos, abarcando o pensar, o sentir e o agir, valorizando os significados atribuídos aos seus sentimentos experienciados, revelados a partir das suas descrições ou discursos e refletir, a partir daí, a prática da humanização no contexto da medicina intensiva.

Diante da polissemia do termo “humanização na saúde”, optou-se, para as finalidades dessa pesquisa, por empregar o termo referente a atitudes, condutas e conhecimentos fundamentados na ética e no respeito e valorização da pessoa humana.

Dentre destes aspectos, a humanização envolve atitudes de respeito, educação, empatia, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, aceitação das diferenças e resgate da dimensão humana nas práticas de saúde.

A pesquisa trabalhou predominantemente com dados qualitativos, que incluíram informações obtidas através da expressão na palavra oral e escrita como através da observação direta do comportamento dos participantes.

O local escolhido para realizar a pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um dos maiores hospitais públicos de Pernambuco. O referido

hospital público possui setor de terapia intensiva referência no Estado, principalmente no atendimento de pacientes neurocríticos e politraumatizados.

O setor de terapia intensiva do referido hospital é dividido em três unidades denominadas unidade de terapia intensiva (UTI) A, B e C. As unidades A e B possuem 9 (nove) leitos cada destinados a pacientes críticos e a unidade C é composta de 10 (dez) leitos, sendo um destinado a paciente em situação de isolamento de infecção.

Em cada unidade prestam serviço, na forma de plantão de 12 (doze) horas, uma equipe formada por um médico plantonista, uma enfermeira e 5 (cinco) técnicos de enfermagem. Cada UTI possui um médico diarista, sendo todas as unidades submetidas à coordenação de um médico gestor do corpo médico e uma enfermeira gestora da equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A unidade de terapia intensiva adulto do hospital pesquisado é composta por 29 médicos, 16 fisioterapeutas, 18 enfermeiros e 105 técnicos de enfermagem.

Prestam auxílio à unidade, assim como a demais setores do hospital, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, que fazem parte da equipe geral do hospital.

A terapia intensiva recebe apoio técnico das equipes de neurocirurgia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica do hospital e da nefrologia na forma de convênio, através do acompanhamento dos pacientes internados quando há prévia solicitação do médico plantonista, de acordo com as necessidades de cada paciente.

Também recebe atendimento das equipes do controle de infecção hospitalar, do serviço de doação de órgãos, da assistência social e da psicologia, mediante pedido de pareceres especializados.

Os participantes da pesquisa, sobre a temática em apreço, foram os profissionais médicos que trabalham na unidade de terapia intensiva do referido hospital. Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão para participação da pesquisa: ser médico; ter trabalhado, no mínimo por 5 (cinco) anos na unidade de terapia intensiva; ter interesse e disponibilidade para participar do estudo.

O tipo de amostragem utilizada foi acidental, método de formação de amostra por elementos que vão aparecendo, ou seja, os entrevistados serão acidentalmente escolhidos de acordo com aqueles que aceitarem participar da pesquisa.

Participaram da pesquisa 5 (cinco) médicos. Para preservar o anonimato destes, optou-se por identificá-los com o nome de constelações da esfera celeste, naturalmente uma representação simbólica e ilustrativa correlacionada ao estudo em pauta. São elas: Apus (a Ave-do-Paraíso), Cassiopeia (a rainha grega), Sagitta (a Flecha), Cygnus (o Cisne) e Aquila (a Águia).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE, de acordo com a Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012), e do recebimento da Carta de Aceite emitida pelo hospital campo desta pesquisa.

O nome do hospital não será declarado, a não ser que haja alguma manifestação posterior de interesse por parte de seus representantes oficiais, com o intuito de preservar, tanto a instituição quanto os participantes da pesquisa. A “carta de aceite” emitida pelo hospital para a realização da pesquisa não consta, por esse motivo, como apêndice.

As técnicas para a coleta de dados incluíram a observação participante e a entrevista.

O método de trabalho da observação participante visou uma imersão nos mundos dos sujeitos entrevistados. A pesquisadora buscou apreender os sentidos simbólicos que os entrevistados demonstraram como importantes e reais, bem como entender como estes sujeitos viam suas próprias situações relacionadas ao ambiente da terapia intensiva.

As entrevistas foram marcadas pelo diálogo compreensivo, na qual a pesquisadora acolheu com respeito à fala do sujeito participante e foi estruturada no enfoque qualitativo.

A investigação se deu através de entrevistas reflexivas semiestruturadas realizadas com os médicos que trabalham na unidade de terapia intensiva do hospital pernambucano, além do diário de bordo da pesquisadora.

Moreira (2002) define como entrevista semiestruturada aquela em que

. . . o entrevistador pergunta algumas questões em uma ordem pré determinada, mas dentro de cada questão é relativamente grande a liberdade do entrevistado. Além, disso, outras questões podem ser levantadas, dependendo das respostas dos entrevistados, ou seja, podem existir questões suplementares sempre que algo de interessante e não previsto na lista original de questões aparecer (Moreira, 2002, p. 55).

A entrevista semiestruturada “favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

A entrevista foi elaborada a partir de tópicos previamente estabelecidos relacionados à assistência na terapia intensiva, mas também, esteve aberta a novas informações que surgiram no decorrer do processo de utilização da técnica.

Os médicos abordados pela pesquisadora foram informados com relação aos seguintes aspectos: objetivos, importância de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa, caráter confidencial de suas respostas, fidedignidade com que os dados seriam trabalhados e o direito de desistir de participar do estudo a qualquer tempo. Aqueles que voluntariamente consentiram com a participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (descrito no anexo 2) foram incluídos como participantes.

Após explanar esta breve introdução sobre a pesquisa para os participantes foi lançada uma questão desencadeadora, que consistiu na solicitação para que fosse feito um relato, pelo médico entrevistado, sobre a experiência de trabalhar em uma unidade de terapia intensiva.

A questão norteadora da entrevista foi “Gostaria que relatasse a sua experiência em trabalhar em uma unidade de terapia intensiva”.

A referida questão, conforme ensina Szymanski (2004, p. 29) “tem por objetivo trazer à tona a primeira elaboração, ou um primeiro arranjo narrativo, que o participante pode oferecer sobre o tema que é introduzido”.

Dentro da questão levantada ficou aberta a liberdade do entrevistado para discorrer sobre o assunto, surgindo outras questões suplementares sempre que algo relacionado ao tema aparecia e necessitava ser mais explorado para atender aos objetivos da pesquisa.

Deste modo, os objetivos também guiavam o desenrolar da entrevista abordando temas como: a formação acadêmica e profissional do entrevistado e o cenário de aprendizagem sobre o tema humanização; a condição enquanto médico dentro da UTI do hospital; como o entrevistado se via dentro desse processo; como achava que era visto pelos outros profissionais e pela população; sobre os momentos de trabalho na UTI, enfatizando a finalidade do trabalho e apreensão do objeto de trabalho e suas atividades realizadas de rotina durante o horário de trabalho (plantão); a descrição das condições em que estas atividades eram desenvolvidas; os aspectos que dificultam o processo de humanização da assistência de saúde na UTI; e o relato da vivência no atendimento humanizado aos pacientes internados na UTI do hospital. O roteiro da entrevista englobou questões abertas referenciadas pelo objetivo da pesquisa (Anexo 1).

Durante esse processo houve a elaboração do Diário de Bordo da pesquisadora, que auxiliou no desenvolvimento da pesquisa, dando suporte ao processo investigativo. Acerca dos Diários de Bordo, entende-se que:

Diários de Bordo não são apenas possibilidade de restituição da historicidade de uma pesquisa; são, também, o narrar a biografia da experiência de um profissional, na perspectiva de quem comunica como ocorreu o revelar-se do outro a esse profissional/pesquisador. . . . Diferente da narrativa oral, o diário de bordo imprime marca dos vestígios do vivido pelo escrever (Aun, 2005, pp. 30-31).

Na verdade, consistiram em linhas que tentam compartilhar a experiência da pesquisadora com os participantes no encontro.

Nesse encontro, o diário de bordo da pesquisadora possibilitou um (re)pensar da ação, um olhar mais atento ao que foi feito e ao que pode ser melhorado.

Contribuiu para uma evolução da habilidade reflexiva, bem como da capacidade crítica e autônoma da investigadora.

As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2019, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, sendo realizadas três entrevistas no plantão diurno e duas no plantão noturno, todas durante o intervalo de descanso desses profissionais, na sala do estar médico.

As entrevistas foram gravadas, após autorização dos depoentes. Adicionalmente ao uso das gravações, foram feitas anotações pessoais após cada entrevista, que colaboraram para a construção do diário de bordo da pesquisadora. Na sequência, foram transcritas e lidas cuidadosamente, a fim de que nenhuma informação relevante fosse desconsiderada pela pesquisadora. Houve também o comprometimento de fornecer uma devolutiva da entrevista em momento oportuno, após a conclusão do trabalho.

A análise do conteúdo e interpretação dos significados dos discursos dos sujeitos a respeito do fenômeno em investigação foi realizada através da abordagem da Análise do Fenômeno Situado, estruturada por Martins e Bicudo (1989).

O fenômeno situado é uma modalidade de pesquisa qualitativa cujo objetivo é buscar a essência ou a estrutura do fenômeno, que deve se mostrar nos discursos dos sujeitos. Esse método da análise de conteúdo aparece como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso.

A análise do fenômeno situado requer que sejam percorridos três momentos fundamentais na trajetória proposta ao pesquisador: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica. Tais momentos, não são necessariamente sequenciais, mas superpostos.

A descrição se refere à experiência que os sujeitos têm acerca do que está sendo pesquisado. É o relato do participante, como este se percebe como um ser no mundo, e o sentido que ele dá às situações em que se encontra envolvido. Nas descrições estão as intencionalidades, as essências do sujeito e a experiência por ele vivida.

A redução fenomenológica é a identificação pelo pesquisador dos significados contidos nos relatos que expressam a percepção do sujeito sobre os eventos por ele vivenciados, as ideias fundamentais que sustentam o seu discurso. Trata-se de realizar uma crítica reflexiva dos conteúdos da descrição.

Moreira, Simões e Porto (2005) descrevem a redução da seguinte forma:

. . . o pesquisador seleciona, mediante idas e vindas nas descrições conseguidas, aquelas unidades que mais chamaram sua atenção, considerando que, numa pesquisa qualitativa de suporte fenomenológico, não há a possibilidade da neutralidade e que o mundo do pesquisador faz parte do mundo da pesquisa (...) Essas unidades, agora selecionadas, irão se constituir nas Unidades de Significado, que representam o sentido das ideias dos sujeitos pesquisados” (Moreira, Simões & Porto, 2005, p. 110).

Por fim, a partir da redução é possível chegar à compreensão fenomenológica. Esse momento resulta da interpretação e verificação do significado do fenômeno investigado pela ótica dos sujeitos de pesquisa. Sobre a fase de compreensão acrescenta-se:

Da compreensão, pode-se dizer também que está sempre atrelada à interpretação; só interpretamos o que previamente foi compreendido, sendo a linguagem responsável para torná-la explícita. . . . Com esta compreensão interpretativa elabora-se a construção final dos resultados, objetivando apropriar-se daquilo que se estuda em sua intenção total (Graças, 2000, p.31).

Nesse caminho, procedeu-se à construção e compreensão dos relatos dos médicos à luz dos preceitos teóricos propostos por Martins e Bicudo (2005), sendo percorridos quatro momentos distintos, a saber:

Iniciou-se com a transcrição das entrevistas de forma íntegra e literal seguida da leitura das entrevistas (descrições) no sentido de compreender a linguagem dos médicos, chegar a uma familiarização com as ideias sobre o que desejavam falar, obtendo-se, assim, sentido geral do discurso do pesquisado, uma visão do todo, ou nos termos de Martins e Bicudo (1989), o “sentido do todo”.

Em um segundo momento foi realizado uma releitura atenta de cada entrevista, com a finalidade de encontrar o que se mostrava de mais significativo para a pesquisadora, em direção à busca de respostas para as interrogações e inquietações levantadas no início da pesquisa. Foram feitos recortes do discurso,

estes trechos significativos da fala do entrevistado constituíram as “unidades de significado”.

No terceiro momento, foi realizado um momento de reflexão sobre as afirmações significativas (unidades de significado) para a transformação das expressões dos sujeitos em uma linguagem concreta e seletiva de acordo com critério da pesquisa em “categorias de análise” ou categorias temáticas.

O último momento da análise buscou sintetizar todas as unidades de significado encontradas, sendo buscadas suas convergências, divergências e idiossincrasias e transformadas em proposição constituindo então a estrutura do fenômeno, materializado por um texto em que são expressas as compreensões da pesquisadora acerca do fenômeno investigado.

Dessa forma, o fundamento desse tipo de pesquisa foi tratar da experiência do fenômeno humanização na terapia intensiva manifesto nas descrições - gravadas e transcritas pelo pesquisador, que passou em sua análise, a atribuir significados a tais transcrições.

Historicamente, na medicina, o ser humano tem sido visto e tratado preferencialmente do ponto de vista da sua anatomia e da sua fisiologia. Portanto, esta proposta de pesquisa baseada em uma abordagem científica qualitativa de um determinado fenômeno situado visa tentar desvelar os significados de discursos proferidos por seres humanos que apresentam experiências significantes como expressões possíveis de modos de ser no mundo.

Pensar a partir da fenomenologia na prática médica constitui um grande desafio, pois não se está transitando pelos modelos teóricos tradicionais ocidentais desenvolvidos no século XX, no pensar metafísico, referências essas de uma prática clínica ainda exercida em larga medida.

A tarefa fundamental do pensar é descongelar as definições que vão sendo produzidas, inclusive pelo conhecimento e pela compreensão e que vão sendo cristalizados na história. A tarefa do pensar é abrir o que os conceitos sintetizam, é permitir que aquilo que ficou preso nos limites da sua própria definição seja liberado. É livrar o sentido e o significado dos acontecimentos e das coisas da camisa-de-força dos conceitos (Critelli, 2006, p. 80).

Esta compreensão hermenêutica, a partir de pressupostos não metafísicos, possibilitou reflexões e compreensões sobre aspectos do fenômeno humano e da realidade social que a pesquisadora buscava conhecer a partir deles mesmos.

Salienta-se, portanto, que não se trata de uma representação imutável, mas volta-se para a compreensão do fenômeno. Conforme preceitua Critelli:

Genericamente podemos dizer que investigar é sempre colocar em andamento uma interrogação. É perguntar. Não se sai em busca da compreensão de um fenômeno tentando aplicar sobre ele uma resposta já sabida sobre ele mesmo. Investigar não é, assim, uma aplicação sobre o real do que já se sabe a seu respeito. Ao contrário, é a ele que perguntamos o que queremos saber dele mesmo” (Critelli, 1996, p.27).

Apesar da utilização desse método fenomenológico permitir explicitar a compreensão do fenômeno investigado, certamente esta não será alcançada em sua plenitude, visto que a verdade jamais se mostra totalmente.

“Ela tanto se revela como se oculta, ocultamento este que igualmente se caracteriza como forma de manifestação à medida que assegura as infinitas possibilidades de que dispõe o fenômeno para se desvelar”. (Graças, 2000, p.32).

A interpretação da realidade só existe, no dizer de Critelli (2006) quando há um desvelamento do que está ocultado, não está atrás do objeto estudado e sim nele. O desvelamento só é possível com a aproximação da realidade, que está atrás das tensões entre experiência e subjetividade, confrontando com a análise de suas dimensões físicas, sociais e culturais.

Assim, a pesquisadora pretendeu interpretar o mundo real relativo à humanização da assistência na terapia intensiva a partir das perspectivas subjetivas dos médicos sob estudo, visando compreender a experiência vivida por eles na prática clínica diária, bem como as dificuldades enfrentadas neste contexto.

Através de uma tarefa de “dupla hermenêutica”, ou seja, de interpretar entidades, que por sua vez, interpretam o mundo em que vivem, a investigadora também propôs compartilhar suas interpretações como médica à medida que interagia com os outros e refletia sobre suas próprias experiências no curso de suas atividades cotidianas no ambiente de terapia intensiva.

A seguir, será apresentada a análise dos discursos dos sujeitos entrevistados. A partir da leitura das entrevistas e do Diário de Campo e considerando os objetivos da pesquisa, a análise foi dividida em categorias temáticas.

Cada categoria foi observada na perspectiva dos médicos que acompanham pacientes em unidade de terapia intensiva e foi apresentada acompanhada de fragmentos significativos das entrevistas, sendo discutidos sob o suporte teórico de autores que trabalharam com temas como humanização e cuidado em terapia intensiva, bem como outros, que mais especificamente, têm a fenomenologia como perspectiva teórica.

O que saltou aos olhos da pesquisadora durante as entrevistas sobre a humanização em saúde foi que o significado da humanização é um conceito em construção; que houve uma dialética expressa no discurso dos médicos sobre humanização e desumanização; que entre a teoria e a práxis existente há dificuldades cotidianas no processo de humanização na unidade de terapia intensiva; e que há um confronto entre a formação profissional médica e a humanização.

Sendo levada por esse caminho, esses aspectos foram reunidos em quatro categorias temáticas que serão expostas no capítulo seguinte.

CAPÍTULO DOIS

APROXIMAÇÃO DO TEMA HUMANIZAÇÃO

A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa (...)

Cassel, 1991:X

2.1 Humanização em saúde: um conceito em construção

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. É um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre.

O conceito de “humanização” evolui ao longo do tempo à medida que são assimiladas suas verdadeiras áreas de alcance. Gomes (2011) esclarece como o termo humanização apesar de ser universal é modulado ao longo do tempo:

A humanização é um conceito polissêmico, dinâmico, que muda de acordo com a sociedade, a cultura, o momento histórico, as necessidades individuais e coletivas, portanto, não se limita a única definição ou encerramento categórico (Gomes et al., 2011, p.439).

A primeira categoria temática se refere ao significado da humanização apresentada pelos profissionais entrevistados. Observou-se de início certa dificuldade dos médicos em conceituar essa temática, que depois passou a ser exposta no contexto do processo de cuidar, como uma forma de atendimento ao paciente, como se observa nos depoimentos a seguir:

“humanização é como eu gostaria de ser tratada, de uma forma mais humana, de uma forma mais PESSOAL, de uma forma mais....com interesse assim...não só pelos meus parâmetros biológicos, e frequência cardíaca e pressão, mas também como eu me sinto, como é que eu me sinto em relação à solidão, a medo, a angústias” (Apus)

“humanização seria um tratamento mais gentil (..)fazer um tratamento individualizado, PESSOAL ao paciente, tratando como pessoa, igual a mim, que está em uma situação difícil, e não simplesmente como um caso clínico, um saco de doença!”(Cygnus)

““Em relação à humanização em si (...) é ver não só aquele que está com uma lesão grave para se curar e sim um ser humano, uma PESSOA QUE TEM UMA ALMA, UM SENTIMENTO e tem uma família, inclusive, e você precisa cuidar” (Cassiopeia)

“eu encaro que a humanização, essa parte de você atender o paciente de uma FORMA DIGNA, de você dar as melhores condições para que ele exerça a atividade fisiológica dele como ser humano normal, mesmo que dependente de muitos fatores como ventilação mecânica, como induzido, uma série de coisas.” (Aquila)

Tendo em vista as diferentes interpretações atribuídas à temática da humanização, todos os depoimentos descritos estão relacionados a algum aspecto do cuidado humanizado, os quais variaram desde pessoalidade, gentileza, dignidade e oferta de um cuidado integral.

Para definir o termo humanização, os participantes utilizaram de forma predominante a palavra “pessoal”, expressando-a como cuidado centrado no humano. Ao direcionar o olhar para o paciente como uma pessoa, com a identificação de suas ideias e emoções a respeito do adoecer e a resposta a elas, resgata-se a dimensão humana, sendo uma das vertentes da integralidade na assistência à saúde.

Deslandes (2005, p.403) reconhece dois desafios que se apresentam à construção de um modelo de atenção humanizado: “a produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento de pessoa (o sentido de ser membro, de pertencimento a um *ethos*, a uma cultura, a um grupo que define os próprios significados do “eu”) e de sujeito (o sentido de uma identidade a partir de uma biografia singular, articulada a uma cultura, capaz de dotar de legitimidade a autonomia de cada um)”.

A referida autora esclarece que “a definição de pessoa passa pelo reconhecimento e respeito a outros e distintos referenciais culturais. A noção de sujeito nos lança ao discurso ético da autonomia, das escolhas e decisões à luz das condições de gênero, posição social e etnia/raça” (Deslandes, 2005, p.403).

Os depoimentos obtidos possibilitaram observar que a humanização perpassa

por questões da dimensão humana frente à dor e ao sofrimento com os quais os profissionais de saúde lidam no ambiente hospitalar, estando relacionada ao cuidado digno e a valorização na assistência à saúde.

Ainda no sentido de humanização como dimensão humana, individual e ética no atendimento, evidenciou-se que houve uma relação com a dignidade. Nesse caminho, o processo de humanização se efetiva como resgate da dignidade do ser humano.

Para Vaistman e Andrade (2005, p.608), “o núcleo do conceito de humanização é a ideia de dignidade e respeito à vida humana enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde”.

Para externar o significado de humanização, os participantes referiram ainda a importância da oferta de um atendimento diferenciado, com atenção às particularidades de cada pessoa e uma visão holística, que abrange não só o corpo e a doença, mas também os sentimentos do paciente.

Nesse entendimento, Pessini (2002, p.51) afirma que “num contexto de crescente tecnologização do cuidado, é urgente o resgate de uma visão holística, que cuide da dor e sofrimento humanos nas suas várias dimensões, ou seja, física, social, psíquica, emocional e espiritual”. O autor solicita especial atenção para uma mudança na tendência dos tratamentos clínicos, que se concentram somente nos sintomas físicos, para uma ampliação ética dos cuidados atingindo todas as dimensões do ser.

O entendimento dos médicos sobre humanização no atendimento, como descrito nos relatos destacados, aponta no sentido de uma melhora na qualidade do atendimento frente aos avanços tecnológicos. No entanto, esta visão de política pública consiste apenas em uma das vertentes da humanização na saúde.

Em um contexto histórico a humanização consistiu em um movimento contra a violência institucional na área da saúde e para a melhoria das condições de trabalho.

Nos anos 1900, eclodiram diversos movimentos pela humanização na área da saúde, com destaque maior para dois deles: relacionado à saúde da mulher, através

da reivindicação pela humanização do parto e nascimento; e à saúde mental, decorrente da luta antimanicomial.

Esses movimentos foram importantes para a construção da política de humanização, pois pressupunha, entre outras questões, a extinção de procedimentos médicos desnecessários ou que gerassem violência, do uso abusivo de medicamentos ou de castigos corporais, mentais e psicológicos, considerados como tratamentos, pela liberação da palavra e abertura da escuta dos pacientes e pelo reordenamento das relações dos profissionais de saúde entre si e com os pacientes.

Nesse sentido, a humanização é entendida como um movimento contra a violência institucional na área da saúde.

Nos anos 2000, a humanização passou a compor políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se o Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH) ainda no ano 2000, que no início de 2003, tornou-se a e a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, também conhecida como “HumanizaSUS”.

O PNHAH foi voltado para a melhoria da qualidade de atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador, levando a temática da humanização para um foco central, o hospital, enquanto serviço, como um todo.

O PNHAH foi um projeto piloto em hospitais, com a implantação de grupos de trabalho de humanização em cada hospital envolvido como elementos agregadores e difusores desse novo conceito em torno de um eixo comum de atendimento humanizado, que em 2003 foi extinto e deu lugar à Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH), como uma forma de ampliação da prática da humanização para todo o serviço público.

A PNH buscou inserir em todas as políticas e programas do SUS mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Estimula a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. A valoração se dá promovendo uma maior autonomia, oportunizando a responsabilidade compartilhada, a criação de vínculos solidários e a participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

A partir deste cenário, a valorização do trabalho e do trabalhador pela PNH propôs como um dos seus principais focos pensar o cuidado prestado aos trabalhadores da saúde e também nos ambientes de trabalho (ambiência), e assim contribuir para a diminuição da precarização fortemente marcada nesses ambientes.

O HumanizaSUS possui como diretrizes o acolhimento baseado na escuta qualificada; a gestão participativa e cogestão através da organização de um espaço coletivo de gestão e participação ativa de usuários e familiares; a ambiência com a qualificação do ambiente, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; a clínica ampliada e compartilhada permitindo decisões compartilhadas e compromissadas; a valorização do trabalhador através do Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa; e a defesa dos direitos dos usuários garantidos por lei.

Os princípios do HumanizaSUS incluem a transversalidade – a PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS; a indissociabilidade entre atenção e gestão - trabalhadores e usuários devem conhecer como funciona e participar da gestão; e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos valorizando e incentivando atuação de todos os envolvidos na produção de saúde.

De acordo com a PNH, humanizar é colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e de cuidar. É ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

A PNH ainda define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, realizando-se pela inclusão nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e de coletivos.

Assim, esse conceito de humanização consiste em uma política pública para a atenção e gestão no SUS e envolve aspectos como: acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, inclusão, controle social, ética, não discriminação, transformar o SUS, valorização do trabalhador.

Segundo Mezzomo (2001, p.276), um “hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”.

Na verificação do conceito de humanização como política pública, Deslandes (2004), ao analisar o discurso do Ministério da Saúde sobre a humanização da assistência, sintetiza essas acepções através da proposta de três eixos discursivos:

. . . Neste primeiro eixo discursivo podemos destacar a humanização como oposição à violência, seja física e psicológica que se expressa nos "maus-tratos", seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a "compreensão de suas demandas e suas expectativas". . . . O segundo eixo discursivo identificado nos documentos foi o da necessidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Neste sentido, a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. . . . O terceiro eixo discursivo traz a ideia de humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador (Deslandes, 2004, pp.9-10).

Além dos olhares sobre humanização expostos acima, há outros conceitos e tentativas de definição encontradas nas literaturas, a saber:

No sentido filosófico, a humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo, movimento intelectual iniciado na Itália no século XV com o Renascimento, que se propôs a se voltar para a cultura greco-latina a fim de restaurar os valores humanos.

A União Internacional Humanista e Ética (IHEU) fornece uma "Declaração Mínima sobre Humanismo" que aclara o seu sentido:

O Humanismo é uma postura de vida democrática e ética, que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas. Defende a construção de uma sociedade mais humana, através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas capacidades humanas. O Humanismo não é teísta e não aceita visões sobrenaturais da realidade (IHEU, Minimum statement on humanism, 1996).

Nessa visão, a humanização é um princípio de conduta de base humanista e ética, significa valorizar o ser humano e a condição humana acima de tudo. Relaciona-se com a vertente moral ao evocar valores humanitários como respeito, generosidade, solidariedade, compaixão, empatia e preocupação em valorizar os atributos e realizações humanas.

Inserida no contexto da saúde, surgem diferentes definições e distinções conceituais sobre o que vem a ser “humanização em saúde”, fundamentadas nos direitos humanos, bioética, proteção ambiental, cidadania e políticas públicas.

Heckert, Passos e Barros (2009, pp.496-497) destacam alguns sentidos de humanização, que agruparam em dois eixos principais: a humanização no domínio das relações interpessoais, efetuada a partir de ações pautadas na compreensão e valorização dos sujeitos, aí inclusa, como atitude ética e humanitária, que se constitui a partir de uma escuta sensível e compreensiva; e relacionada com a valorização dos trabalhadores e ao reconhecimento dos direitos dos usuários.

Minayo (2006, p.26) também faz referência ao sentido da humanização na saúde ligada a “um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações”.

A assistência à saúde de forma humanizada envolve, pois, o cuidado e a atenção com as peculiaridades das necessidades e as perspectivas e interesses dos sujeitos envolvidos, ou seja, a sua intersubjetividade como condição da vida social que permite a partilha entre sujeitos de seus conflitos, sofrimentos, questões psicoativas, sexuais, discriminações, crenças, valores, entre outros aspectos subjetivos.

Ayres (2005), identicamente, considera que a humanização deve ir além dos instrumentos e dos conteúdos estritamente tecnocientíficos das práticas de saúde, mas envolver aspectos subjetivos que permeiam as relações entre profissionais de saúde e usuários:

. . . a humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar em saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, as quais vão progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re) construindo não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que entende ser a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (Ayres, 2005, p. 550).

Para Fortes (2004), a humanização ao envolver aspectos ligados ao acolhimento ao indivíduo em suas situações individuais, consiste em uma postura ética de respeito ao outro possibilitando que o paciente exerça a sua autonomia. Segundo o autor:

Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma (Fortes, 2004, p.30).

A humanização nesse sentido de autonomia do paciente aparece de maneira tímida nas entrevistas, só sendo evidenciada na fala de um dos entrevistados:

“Então...é....acho que a gente deve conversar mais....desmistificar mais essa questão de UTI, porque às vezes os pacientes chegam com medo, não expõem as suas angústias, os seus medos, não entendem nem o problema que têm, é...nem qual é o plano terapêutico para eles.” (Apus)

“O plano terapêutico simplesmente é definido, e pronto! E vai ser executado! E o paciente? E a autonomia do paciente? Que é um dos princípios da ética médica” (Apus)

(...) Será que se a gente ‘tá’ realmente compartilhando as decisões com os pacientes da gente? Né? Você tem isso, seu problema é esse, mas vai precisar fazer tal exame, às vezes exames invasivos, exames contrastados, exames com radiação, e que simplesmente....vamos fazer! Então, primeiro ponto, é...melhorar a comunicação com o paciente da gente, e...a partir disso, o entendimento do problema que ele tem, do plano terapêutico para ele, e...até em relação às medicações, a efeitos colaterais possíveis das medicações, é..., enfim tudo! (Apus)

A ideia de autonomia do paciente na visão do médico entrevistado se relaciona principalmente com a necessidade do aumento da informação destes sobre o seu tratamento, com a defesa de sua participação sobre as decisões a respeito do processo de cuidado e como parte da ética médica.

Kahneman (2012) em sua obra *Thinking, Fast and Slow* expõe que o cérebro é composto de dois personagens: um que pensa rápido e opera em heurísticas², e um que pensa lento. Pensamos rápido para realizar tarefas de rotina e precisamos pensar lento para gerenciar tarefas complicadas. No entanto, pensar devagar leva trabalho, estamos propensos a pensar rápido, o caminho de menor resistência.

Desviar da escolha normal é um gesto de comissão, o que exige mais deliberação laboriosa, implica maior responsabilidade e tem maior probabilidade de evocar arrependimento do que se você não fizesse nada. Essas são forças poderosas que podem orientar a decisão de alguém que de outro modo está inseguro sobre o que fazer. (Kahneman, 2012, p.441).

O ambiente de terapia intensiva requer muitas decisões diárias pela equipe de

² Heurísticas rápidas e frugais (fast and frugal heuristics) foi proposto por Gigerenzer e correspondem a decisões que empregam tempo, conhecimento e computação mínimos para fazer escolhas adaptativas em ambientes reais. Heurísticas são processos cognitivos empregados em decisões não racionais, sendo definidas como estratégias que ignoram parte da informação com o objetivo de tornar a escolha mais fácil e rápida.

saúde em relação aos cuidados com os pacientes. Algumas decisões são claras e rotineiras, operam-se automaticamente, intuitivamente, involuntariamente e sem esforço, ou seja, na forma de heurísticas. Outras são mais complexas e requerem deliberação, solução de problemas, raciocínio, computação, foco, concentração, consideração de variáveis. Neste tipo de deliberação é imperioso que estejam envolvidos, além do médico, a equipe multiprofissional, o paciente e seus familiares, bem como outras estruturas de bioética clínica.

A maior oferta de informação e conhecimentos aos pacientes hospitalizados possibilita um acréscimo de poder a este, de forma a construir sua autonomia, entendida enquanto o aumento da capacidade do paciente lidar com sua rede de dependências.

A autonomia se refere à “capacidade do indivíduo de pensar, de decidir e agir de modo livre e independente, sem qualquer impedimento” (Barbosa & Silva, 2007, p.547). Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando a obstrução de suas ações.

Ainda em relação à autonomia do paciente, na análise dos relatos também se observou que foi expresso o caráter paternalista e assistencialista nas relações entre profissional e paciente, como no seguinte trecho destacado:

(...) o plano terapêutico é um modelo mais paternalista, você simplesmente decide e você executa. O paciente, às vezes, não toma, é...não tem poder de decidir, ou de compartilhar a tomada de decisão com a equipe médica, ele simplesmente, é...vai ser submetido ao que foi definido, porque o problema dele exige. (*Apus*)

Ações médicas baseadas na atenção voltada apenas ao tratamento curativo imposto como de “pai para filho” limitam a autonomia e a liberdade do paciente.

Para Barbosa e Silva (2007, p. 547), “a fragilização do ser humano na posição de “paciente” desfavorece o exercício da autonomia quando ocorre a visão paternalista de que a equipe de saúde detém o poder e o conhecimento, subestimando assim a capacidade do doente em fazer julgamentos com relação a si e a sua saúde”.

A reflexão sobre a autonomia do paciente internado em unidade de terapia intensiva perpassa por aspectos peculiares. A internação hospitalar suscita nos pacientes uma ampla gama de sentimentos que dizem respeito à situação de

adoecimento e a posição de dependência em relação aos outros. Há ainda situações em que os pacientes se apresentam sedados ou inconscientes e não possuem condições de expressar sua vontade.

Entende-se que a autonomia na unidade de terapia intensiva deva ser oferecida de forma mais ampla possível. Excetuando-se as situações de emergência que envolvem procedimentos de urgência, em que a autonomia fica limitada em detrimento ao risco à vida, as equipes de saúde devem estar atentas e preparadas para possibilitar aos pacientes o exercício pleno da autonomia.

Os pacientes da UTI que estiverem em condições clínicas e emocionais de exercerem sua autonomia devem ter sua singularidade respeitada, englobando aspectos subjetivos como o acolhimento do paciente e as relações que se estabelecem com a equipe de saúde. E àqueles que não estiverem em condições de expressar sua vontade, deve-se buscar ativamente informações dos familiares para que possam transmitir os desejos de seu ente.

Outro aspecto a ser considerado do reconhecimento da autonomia do paciente é a inserção dos comitês de bioética clínica ou hospitalar na facilitação da tomada de decisões no ambiente da UTI de modo a ampliar a discussão entre aqueles que enfrentam desafios éticos referentes ao cuidado de um paciente.

Nas instituições de saúde, em síntese, as discussões mais amplas sobre os casos clínicos de maior dificuldade do ponto de vista da tomada de decisão em situações de conflito moral têm sido realizadas nessa nova estrutura que são os comitês de bioética. Trata-se de instância na qual participam profissionais de saúde e de outras áreas, como teólogos, juristas e filósofos, bem como representantes dos usuários e da comunidade, sendo multiprofissional e multidisciplinar. Sua proposta é constituir-se como espaço plural e dialógico, que valorize todos os atores na busca por soluções de conflitos no cenário da saúde. (Marinho, Costa, Palácios & Rego, 2014, p.107).

Os referidos autores apontam que “a reflexão ética e a discussão ampla promovem o aumento no repertório de ação e maior capacidade de análise dos profissionais em razão do compartilhamento das situações complexas, tornando o trabalho e as ações mais eficazes e resolutivas.” (Marinho, Costa, Palácios & Rego, 2014, p.109).

Nos sentidos apontados da valorização da autonomia do sujeito, como o

respeito ao direito do paciente expressar sua vontade, desejo e opinião, de ter seus valores morais e suas crenças respeitadas, encontra-se um dos objetivos a serem alcançados para se chegar à humanização do cuidado.

A autonomia também foi expressa no discurso citado como um dos princípios da bioética. No entanto, os demais princípios da bioética como a beneficência, a não maleficência e a justiça também são objetivamente correlacionados aos direitos fundamentais das pessoas enfermas.

Nos discursos dos médicos, foi feita menção a não maleficência como questão ética inerente à humanização, sendo relacionada a sentimentos de respeito aos direitos que os pacientes possuem, como na seguinte expressão:

“um dos princípios da ética médica, além da autonomia, é a não maleficência, né? Fazer todo o possível para evitar os danos que os tratamentos, mesmo sem serem intencionais, podem causar aos pacientes.” (Apus)

A não maleficência “significa obrigação de não causar danos aos outros”; não prejudicar, incluindo “âmbitos psíquicos, social, moral”. Está incluso no princípio da beneficência, que direciona o profissional de saúde a “favorecer a qualidade de vida”, promover o bem ao paciente, “cuidar da saúde, proteger e defender os direitos do próximo”. (Oguisso & Zoboli, 2006, p. 126).

O outro princípio, agir com justiça “pressupõe a assistência equitativa a todos os pacientes, levando em consideração suas condições clínicas e sociais” o que implica em “entender as necessidades de cada paciente e direcionar os cuidados tendo em mente essas necessidades” (Barbosa & Silva, 2007, p.1).

Campos, J. M. Silva e J.J. Silva (2019) destacam que o conhecimento da bioética beneficia a assistência ao paciente:

O campo da bioética traz reflexões importantes sobre desafios éticos encontrados na área da saúde. Fundamenta também questões relacionadas à autonomia do paciente e valoriza a comunicação eficiente como necessária às boas práticas . . . , pois permite ao profissional entender que sua ação muitas vezes envolve conflitos de ordem moral, exigindo a ponderação entre os recursos e a condição orgânica do doente (Campos, J. M. Silva e J.J. Silva, 2019, p. 712).

A bioética fundamenta as bases do cuidado humanizado e amplia os horizontes para a prática ética profissional na área da saúde tendo por finalidade o

resgate da dignidade da pessoa humana.

No decorrer da pesquisa, ao refletir sobre o que é a humanização para os médicos entrevistados e seus contornos teóricos, percebeu-se como cada um dos sentidos dados à humanização, de certa forma, explicita uma reivindicação de legitimidade do discurso.

A efetivação desse processo de humanização será melhor compreendida no tópico seguinte que se relaciona à como os médicos entendem a prática da humanização especificamente no ambiente de unidades de terapia intensiva.

2.2 Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso dos médicos

A construção do pensamento sobre a humanização elaborada pelos médicos entrevistados se deu em uma dialética na busca da lógica contrária a este discurso. A todo o instante, os sujeitos estabeleceram comparações entre formas e ideais de atendimento, aludindo a práticas não humanizadoras presentes no cotidiano da assistência.

São significativas as falas sobre aspectos de desumanização presenciados pelos entrevistados:

“As pessoas [se referindo aos profissionais de saúde] não lavam as mãos, as pessoas não se comunicam, as pessoas não se preocupam com o que está sendo prescrito, não querem saber se os medicamentos tem interação medicamentosa ou não, se está faltando ou se não está faltando, se está sendo feito de forma correta, se a cirurgia vai ser do lado correto ou não, se por acaso vai cair da cama e se por acaso vai ter uma úlcera de pressão, é difícil!” (Cassiopeia)

“As pessoas entram para trabalhar como se só fosse aquela função, sem entender que existem conexões entre diversos setores e dos diversos profissionais para cuidar de um ser humano que está doente”. (Cassiopeia)

“recebo reclamações, assim...dos familiares, porque dizem que o médico na hora da visita é grosso, que tem medo de pedir informação ao médico, porque quando vai pedir a médica informa com grosseria, ou com má vontade. Minha gente! Isso é o mínimo....ISSO NÃO PODE!” (Apus)

“outra coisa contenção (paciente amarrado no leito)..., que eu vejo muito na UTI,...os pacientes contidos, muito, muito, e às vezes, é...não concordo com contenção, acho que contenção é uma forma de você agredir mais o paciente, é...uma causa maior, um motivo maior para a agitação do paciente. Então, eu não concordo! Mas, o que a gente vê na prática,

na rotina, é a maioria dos pacientes que estão podendo mexer o braço, tudo com contenção!” (Apus)

(...) uma coisa que me incomoda um pouco é quando o profissional só pensa em si, no seu conforto e não no doente, antagônica com a missão do profissional na UTI né? Aí um exemplo simples é o da TV, às vezes você vê um monte de profissional sentado assistido televisão, de costas para os pacientes, rssss....a TV alta, ninguém dorme, não é? Porque está passando um capítulo que todos gostam de novela ou de seriado, né? isso para mim é uma cena grotesca!”(Cygnus)

“(...) não têm consciência da união, da coesão, né? A gente faz as coisas tão simples, tão dedicada, e muitos não...não tem tanta dedicação” (Sagitta)

Não obstante, a palavra indutora humanização trazer à tona certos sentimentos positivos que nos aproximam do que se entende por “ser humano”, de modo reflexo traz à lembrança outros negativos que nos afastam desta condição.

Esse contexto encontra conexão com fatos históricos, uma vez que o termo humanização na área da saúde vem atrelado a muitos aspectos considerados “desumanizantes”.

Ademais, as situações “desumanizantes” presentes nas instituições de saúde também fazem parte do contexto mais amplo da civilização moderna e técnica, o que faz emergir a necessidade da humanização.

Entendendo que um conceito surge como resposta a problemas da realidade, a questão da humanização passou a ser discutida quando no cotidiano da prestação de serviços de saúde foram observadas situações de desumanização no atendimento.

A descrição do conjunto de fatores que permitem a humanização ou que são considerados como desumanização do cuidado em saúde está presente desde meados de 1950, confrontando-a com o desenvolvimento tecnológico na sociedade atual.

Segundo Casate e Corrêa (2005, p.107) “são apontados, em todas as décadas, muitos aspectos considerados “desumanizantes”, relacionados a falhas no atendimento e nas condições de trabalho”.

Um dos primeiros trabalhos propostos no campo da sociologia médica que apresentou a intenção de conceituar os termos humanização e desumanização foi publicado por uma socióloga norte-americana Jan Howard (1975), que realizou uma ampla revisão bibliográfica de textos dos anos 60 e 70 identificando práticas

consideradas humanizadoras e as produtoras de desumanização dos cuidados.

Deslandes (2006, p.40) analisa essas práticas descritas da obra de Howard, que podem ser sintetizadas nos seguintes significados da desumanização: tratar as pessoas como coisas; as tecnologias como substitutas das relações; a experimentação clínica de forma antiética; e as lógicas e relações de poder instituídas nos espaços físicos e relacionais.

A despersonalização como prática desumanizante no cuidado foi apontada nos discursos dos médicos. Nessa direção, destacamos o trecho abaixo:

“(...) o paciente é...fica logo descaracterizado né, tira logo a roupa toda, né? Fica exposto! (...) a mulher fica com um...uma gaze no seio, fica com fralda, então acho que descaracteriza muito o paciente” (Apus)

O paciente hospitalizado em uma UTI se apresenta como um ser despersonalizado, pois se encontra fora do seu ambiente familiar, social e profissional.

Refletindo sobre a humanização do cuidado no ambiente hospitalar, Pessini e Bertachini (2004, p.91) propõem a compreensão das condições multifatoriais do processo saúde-doença, alertando para o perigo da transformação do ambiente hospitalar num “centro tecnológico onde os equipamentos são facilmente reverenciados e adquirem vida, enquanto as pessoas são, por isso, coisificadas”.

Conforme Angerami Camon (2009, p.2), “ao ser hospitalizado, o paciente sofre um processo de total despersonalização. Deixa de ter o seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém portador de uma determinada patologia”.

Assim, a pessoa ao se tornar hospitalizado deixa de ser a Maria ou o João e passa a ser o “leito 10” ou o “politraumatizado do leito 15” ou “a fratura de fêmur do 2º andar”.

A visão do homem como ser fragmentado limita o atendimento de forma holística e integral, levando a uma ausência de reciprocidade com as pessoas que lhe cuida.

A despersonalização do paciente contribui ainda para uma perda de autonomia uma vez que ao se transformar em “paciente” e passivo a pessoa se

ausenta de seu processo de tratamento.

Ao encontro de outros elementos caracterizadores de uma assistência não humanizada, a análise de conteúdo empreendida nos dados evidencia que, para os médicos a falta de comunicação também é um desses fatores:

“(...) muitas coisas deixam muito a desejar, tipo assim, como a melhoria da informação” (Sagitta)

“(...) primeiro ponto, é...melhorar a comunicação com o paciente da gente” (Apus)

A dimensão interacional traduzida na forma de comunicação foi presente nos discursos como determinantes de necessidade do paciente:

“a médica diarista da UTI quando ela passa a se comunicar com regularidade com familiares isso ajuda, e com o paciente, ajuda porque há uma sensação acho que de proximidade de acompanhamento real né? e eu percebo que os pacientes se sentem mais seguros, os acompanhantes menos em posição de defesa, menos defensivos, mais abertos e relaxados para conversar com o plantonista(...)são coisas simples que eu observo”(Cygnus)

M. J. P. Silva (1996, p.21) define a comunicação interpessoal como “um conjunto de movimentos integrados, que calibra, regula, mantém e, por isso, torna possível a relação entre os homens”.

Essa comunicação pode ser dividida em verbal, quando associada às palavras expressas por meio da fala ou da escrita e em não-verbal, que pode ser desenvolvida através do olhar, do toque, de gestos, de expressões faciais, da postura corporal, entre outras.

Garder classifica a inteligência corporal cinestésica como uma “habilidade de usar o corpo todo, ou partes dele, para resolver problemas ou moldar produtos” (Smole, 1999, p.12). Todos possuem essa capacidade, alguns a usam com mais habilidade, outros com menos, mas todos usamos o corpo para dizer o que pensamos e o que sentimos.

“É da linguagem que vem a ‘resistência’ fundamental que nos põe em presença do outro. Heidegger (1995) já afirmara que a linguagem é a morada do ser. Gadamer (1996) completou: o ser que pode ser compreendido (leia-se compreender-se) é linguagem” (Ayres, 2009, p.28).

A comunicação, em suas variadas formas, tem um papel de instrumento de significância humanizadora, pois é uma forma de conseguir lidar melhor com as

singularidades dos sujeitos, além de, em uma perspectiva coletiva, traz a melhora da interação nas equipes e a qualificação delas na prática de atenção à saúde.

Bertachin (2012, p.512) enfatiza “sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, de escutar a voz do outro, e do diálogo com os nossos semelhantes”.

Através da comunicação do profissional de saúde com o paciente há o encontro clínico, abre-se a possibilidade de compreendê-lo em sua visão de mundo, no seu modo de agir, pensar e sentir.

Ademais, a comunicação médico-paciente auxilia no enfrentamento da doença e coloca o paciente na percepção do seu papel como sujeito ativo no processo de tratamento.

A comunicação é parte do cuidado de saúde e deve se basear na verdade. Souza (2012), ao descrever sobre a importância do diálogo na assistência à saúde de pacientes em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva, pondera:

Verdade é como um remédio: há dose, via e hora para ser administrada. Uma dose baixa não é eficaz, mas uma dose alta demais ou administrada de forma errada pode também fazer mal. Nos cuidados de pacientes graves, saber como administrar estas doses de verdade é saber comunicar más notícias. Para saber qual a dose que seu paciente precisa é necessário entendê-lo como uma pessoa, que tem medos, gostos e história. O diálogo é o caminho para este entendimento. Comunicação não é simplesmente um dom natural, pode ser estudada e melhorada (Souza, 2012, p.16)

Outro ponto levantado nas entrevistas foi relacionado a um afastamento decorrente do fato de parte dos pacientes que se encontram em ambiente de terapia intensiva está com o nível neurológico rebaixado ou precisa ser sedado, o que diminui a interação e a comunicação do profissional com o assistido. Um dos entrevistados reconheceu essa forma de distanciamento:

“ (...) muitos pacientes, inclusive por serem graves e sedados, né? parecem induzir os profissionais a relaxarem um pouco em relação a isso, a comunicação, a pensar em aspectos diferentes do que seja o imediato, clínico.” (Cygnum)

O comprometimento de algumas funções cerebrais e sensoriais não implica necessariamente na inexistência perceptual.

Nessas situações de pacientes em coma ou sedados, os sinais não-verbais

podem ser utilizados para complementar e substituir a comunicação verbal e também para demonstrar sentimentos. É possível observar fâcies de dor, liberação de lágrimas, movimentos oculares, alteração de movimentos posturais entre outros sinais que podem ser “lidos” durante uma interação com o paciente.

Dessa forma, deve-se atentar para a percepção do que está sendo expresso papel fundamental para o cuidado em saúde. Segundo Mesquita (1997, p.160) “o reconhecimento da existência e da importância de um modo não-verbal expresso através do corpo e do movimento do ser humano, ao lado do verbal, é de capital importância para profissionais que interagem com pessoas no seu dia a dia”.

Outra forma apontada de distanciamento dos profissionais com o contato humano foi decorrente da rotina laboriosa, como se observa no seguinte trecho do discurso de um dos médicos entrevistados:

“sei que nossa rotina é muito corrida, é muito sobrecarregada...a gente trabalha em num sei quantos empregos né? Mas, a gente precisa ter tempo para conversar com os nossos pacientes!” (Apus)

A rotina hospitalar na UTI também contribui para despersonalizar o trabalho e as pessoas. De modo geral, os profissionais de saúde da UTI seguem rotinas de atendimento, conforme protocolos e diretrizes, o que leva muitas vezes a uma “robotização” das tarefas e percepção apenas da tarefa imediata a ser realizada, perdendo a noção da individualização no atendimento. Tal fato foi evidenciado nas seguintes falas:

“(...) as abordagens vão se tornando cada vez mais automatizadas, assim, de modo que culturalmente, os profissionais se afastam, assim do paciente. Existe uma tendência de se uniformizar, seguir só protocolos, diretrizes, e...é...o contato pessoal, humano, típico, clássico, é realmente atenuado.”(Cygnum)

“A gente às vezes faz as coisas muito automática, muito é...assim...muito profissional do ponto de vista técnico, que a gente às vezes...é...peca por não...por não ter uma atenção especial, não ter tempo assim...de se dedicar pra isso, de conversar com o paciente, de saber como ele está se sentindo” (Apus)

“Todo dia colhe exame de todo mundo, mesmo nos pacientes estáveis, então...acho que a gente precisa individualizar mais isso, deixar os pacientes que estão mais graves e mais instáveis com exames diários, mas os que não estão mais estáveis, alternar mais os exames, solicitar exames de acordo com a necessidade e não de uma forma automática!” (Apus)

“Agora, se tem outros fatores que favorecem esse tipo de hábito ou de vício de tratar com impessoalidade os pacientes, sobretudo os mais graves, eu diria o seguinte, talvez, uma demanda muito elevada” (Cygnum)

Nem sempre há a percepção pelos próprios profissionais de saúde que

desenvolvem um trabalho automatizado e rotinizado, como pode ser evidenciado no discurso de um dos entrevistados:

“Com relação ao atendimento eu faço de um por um, realmente, e faço na ordem, porque sou muito metódica, tenho um ‘TOC’³, que começo no um e vou até o dez ou vou do dez de trás para frente, contanto que seja na mesma sequência, não saindo da sequência, tá certo?” (Sagitta)

No trecho do discurso do médico acima transcrito, ao descrever sua rotina de atendimento aos pacientes na UTI, destacou que sempre realizava em uma sequência baseada na numeração dos leitos, sem nortear a atenção por aspectos individualizados.

A supervalorização da tecnologia, a atmosfera de tensão e a rotina intensa de trabalho contribuem para a mecanização da assistência na terapia intensiva, fazendo dos inúmeros procedimentos a serem realizados, o foco de atenção de muitos profissionais de saúde que atuam nessa área.

Entretanto, outro entrevistado ponderou que apesar de rotinas serem preconizadas em instituições hospitalares, cabe aos profissionais à utilização destas como uma forma de orientação, mas não impedem o atendimento individualizado ao paciente.

“Bom essa rotina é prescrita, existe uma orientação de condução da atividade médica. Mas, na verdade cada médico desenvolve isso de acordo com a sua própria experiência (...)Mas, isso é um aprendizado individual, não é um protocolo, a gente não é obrigado do ponto de vista do fazer médico de seguir um passo a passo de cada instituição, não, cada médico vai agir de acordo com a sua experiência, aquilo que seja um elemento facilitador” (Aquila)

“A meu ver o processo de humanização ele corre em paralelo a assistência técnica que a gente tem que dar ao paciente” (Aquila)

A padronização da assistência em unidade de terapia intensiva é uma realidade em diversas instituições contribui para oferecer uma maior segurança em relação aos cuidados prestados e uma otimização das tarefas, além de maior qualidade no trabalho de equipe.

Deslandes (2006, p.42), reconhece que a padronização do atendimento não se configura necessariamente em sinônimo de desumanização, assim como um tratamento diferenciado também não garante o cuidado humanizado.

³ A expressão “TOC” utilizada pela entrevistada se refere a sigla da patologia Transtorno Obsessivo Compulsivo utilizada de forma figurada para expressar comportamento com rituais de repetição.

A padronização da assistência consiste em um horizonte normativo, que estabelece regras, diretrizes, orientações de atendimento, mas com margem à liberdade e autonomia do profissional de saúde, que deve adaptar às reais necessidades do doente.

Ayres (2006, p.65) destaca como problemas relacionados aos avanços tecnológicos da assistência “a progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde de se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e de se tornarem cientes de seus próprios limites”.

O referido autor pondera que existe uma possibilidade conciliadora entre o êxito técnico e o sucesso prático no cotidiano das ações de saúde:

É necessário, em outros termos, que o aspecto técnico seja ativa e consequentemente posto em contato com o não-técnico em cada momento assistencial. É necessário que se perceba que, para além do manuseio das regularidades de relações meios-fins, próprio às ciências e às técnicas, há em toda ação de saúde, seja individual ou coletiva, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual estarão presentes inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção de projetos de êxito técnico e sucesso prático. (Ayres, 2006, p.55).

No entanto, a efetivação do processo de humanização na prática esbarra em uma série de dificuldades. Assim, na terceira categoria foram organizadas essas dificuldades do cotidiano do trabalho apresentadas pelos participantes.

2.3 Entre a teoria e a práxis existente: dificuldades cotidianas no processo de humanização na unidade de terapia intensiva

A medicina Intensiva é uma especialidade médica dedicada ao suporte à vida ou suporte de sistemas e órgãos em pacientes que estão em estado crítico, que geralmente necessitam de um acompanhamento intensivo e monitorado.

O ambiente da terapia intensiva é marcado por um aparato tecnológico para o atendimento especializado de saúde a pacientes considerados de alta complexidade. Trata-se de um setor com estrutura física e dinâmica próprias, que associam intensa tecnologia, que inclui máquinas de suporte de vida, respiradores

mecânicos e monitores complexos, dentre outros, que a diferencia de outras unidades. Possui características peculiares de atendimento uma vez que lida com situações iminentes de emergência e morte iminente, com uma rotina de atendimento mais acelerada e um clima constante de apreensão.

Outros aspectos negativos relacionados a um enfermo na UTI são o de estar em uma circunstância de pouco controle e influência no ambiente, ter dificuldade para se orientar, receber estímulos permanentes dos monitores (sons da monitorização e disparos de alarmes), interrupções frequentes do sono, falta de privacidade, dependência, restrição do contato familiar.

Houve a percepção pelo entrevistado desses aspectos relacionados ao cotidiano da UTI como obstáculos para a assistência humanizada como pode ser conferido na seguinte fala:

“UTI, é um ambiente estressante, são ruídos o tempo todo, movimentação, luz, pessoas intercorrendo, se agravando ou morrendo próximo ao doente, então, assim, é um ambiente bastante estressante, né? Alimentação muito regulada, às vezes tem sede e não é ofertada água, a dieta demora para ser ofertada por algum motivo, então assim, esses pacientes ficam estressados, podem até adquirir algum quadro conhecido como delirium” (Cygnus)

Através das inovações tecnológicas, os aparelhos de uma unidade de terapia intensiva substituem a função do corpo humano, como: a ventilação mecânica, que permite uma respiração artificial; a diálise, que mimetiza os rins; e o marca-passo, que controla as batidas do coração por estímulos elétricos.

Segundo Martins e Dal Sasso (2008),

A tecnologia tem três camadas de significado: a de objetos físicos tais como instrumentos, maquinário, matéria; a de uma forma de conhecimento, na qual significa que é concebido para um objeto através de nosso conhecimento de como usá-lo, repará-lo, projetá-lo e produzi-lo e, ainda, formando parte de um conjunto complexo de atividades humanas. Deve ser compreendida como a criação de um fenômeno, pois transcende a simples definição de maquinário (Martins & Dal Sasso, 2008, p.11).

Todos esses contextos da tecnologia devem estar a serviço do ser humano, de forma que práticas tecnicistas não limitem a aplicação de valores humanitários.

Deslandes (2006) enfatiza que as formas de agir dos profissionais de saúde não devem se limitar à aplicação de tecnologias. Nas palavras do autor:

Ora, se tecnologia não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente

um modo de fazer, mas é também uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas, então nós temos que pensar que nós, profissionais de saúde, estamos construindo mediações, estamos escolhendo dentro de certas possibilidades o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos – e nós próprios. Por outro lado, se assumimos também que as respostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem aos tipos de perguntas que podem ser formulados na linguagem da ciência, então a ação em saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias. Nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos. Não podemos limitar a arte de cuidar da saúde apenas à criação e manipulação de objetos (Deslandes, 2006, p.67).

O saber fazer humanização se expressa quando o profissional é capaz de utilizar o aparato tecnológico para prestar um cuidado que respeita a autonomia, a individualidade, a privacidade e a totalidade do paciente, considerando os seus sentimentos ao receber o cuidado.

Martins e Dal Sasso (2008) ao refletirem sobre o impacto da tecnologia na prática de saúde fazem as seguintes observações:

. . . o que determina se uma tecnologia desumaniza ou despersonaliza ou objetifica o cuidado . . . não é a tecnologia por si só, mas principalmente como as tecnologias operam nos contextos das pessoas; quais são os significados a elas atribuídos; como um indivíduo ou um grupo cultural define o que é humano; e o que o potencial da técnica enfatiza, a ordem racional ou a eficiência. Assim como a tecnologia, o cuidado humano é uma realidade construída socialmente. O poder que qualquer tecnologia exerce deriva de como ela atua em uma dada situação e de sua significância (Martins & Dal Sasso, 2008, p.12).

Assim, em detrimento ao paradigma técnico-científico do hospital moderno, que permitiu a medicina intensiva proporcionar maior intervenção terapêutica com aumento da eficácia e eficiência, com melhora do prognóstico e da qualidade de vida em uma série de doenças, pode-se perceber a preocupação dos entrevistados quanto ao investimento em relação à dimensão humana no ato de cuidar. Isto pode ser evidenciado nas falas a seguir:

“nem sempre a gente consegue curar, mas ALIVIAR o sofrimento do paciente e da família, isso a gente SEMPRE pode fazer!” (Apus)

“A gente tem que ser mais atento porque a gente está lidando com vidas, com pessoas, que têm sentimentos, que têm desejos, que têm angústias e que aquilo ali é extremamente difícil de se passar!” (Aquila)

“eu sei que faz parte das minhas funções, que está no meu escopo de atuação, na hora da visita médica dar informações do paciente, então, eu tenho que ter o entendimento que aquela família está angustiada com aquele paciente que ‘tá’ grave, com medo de perder o

paciente, né?, o seu familiar, esposo, filho e na hora da visita não pode ter a gentileza de saber informação?, que é nossa obrigação, né?”(Apus)

Para que esse resgate à dimensão humana seja atingido, percebeu-se que os entrevistados conseguiram alçar olhares sobre a realização das práticas humanizadas, tais como empatia, atitudes do profissional como de boa vontade, gentileza, educação e colaboração, as quais se configuram como possibilidades importantes. Destacaram-se as seguintes falas sobre práticas humanizadas:

“é tratar meu paciente COMO EU GOSTARIA DE SER TRATADA, de uma forma mais humana, de uma forma mais pessoal” (Apus)

“acho que é cultural!(...) uma mudança que não demandaria algo tecnológico, é mais ATITUDE! Atitude e talvez formalizar um pouquinho processos de visita e coisas assim. Se a densidade tecnológica é baixa e não acontece é porque é uma questão cultural ou de vontade mesmo, só isso!”(Cygnus)

“eu acho que isso depende muito mais da BOA VONTADE das pessoas que assistem do que das próprias condições de deficiência do setor. Porque, afinal de contas, bom dia, boa tarde e boa noite, ser gentil né? Ser prestativo, e atender quando um paciente chama ou quando os sinais vitais dele alertam, mesmo ele em coma, que ele pode estar sofrendo um processo de dor ou de má adaptação ao ventilador e ele ser assistido, dependem muito mais da sua atenção para com isso do que das dificuldades do setor!”(Aquila)

“Eu creio que esse lado deva correr paralelo a todas essas ausências, porque é uma coisa que depende muito mais da COLABORAÇÃO do profissional que assiste, do que das próprias condições do setor!” (Aquila)

Um dos fundamentos da assistência humanizada é o deslocamento de interesse da própria realidade para a do outro, ou seja, como uma forma de encarar a realidade do outro como uma possibilidade para a minha própria realidade.

Nesse cenário entra a empatia como forma de humanização. No entanto, Calegari et al. (2015) propõe uma reflexão sobre o emprego da empatia no âmbito da assistência à saúde:

A dificuldade em sentir empatia, por motivos ou limitações pessoais, pode criar vieses no relacionamento entre profissional e paciente e, em consequência, não contribuir para a assistência digna e respeitosa, prejudicando-a. Em casos excessivos, a empatia pode trazer sofrimento e angústia ao profissional da saúde, tornando seu ofício difícil de suportar emocionalmente, ou, ainda, comprometer a postura profissional e precipitar atitudes que firam a autonomia do paciente ou beneficiem-no em detrimento de outros, agravando injustiças (Calegari et al., 2015, p.45).

No contexto da UTI, entende-se que a empatia não deve ser interpretada como “sentir no lugar do outro”, pois cada vivência é particular, mas em uma atitude de respeito, “colocar-se no lugar do paciente” e praticar o cuidado da forma como gostaria de recebê-lo.

Assim, atitudes de cortesia, compaixão e respeito são ações importantes no processo de humanização na terapia intensiva.

No entanto, para promover um ambiente de cuidados tendo como essência o ser humano, sendo este um ser singular e socialmente construído, depende diretamente da capacidade do profissional em compreendê-lo como tal.

O processo de humanizar se baseia na atitude simples de se disponibilizar para pôr em prática condutas éticas no cotidiano de assistência à saúde. “A identificação com esse outro, a reciprocidade de vidas e ações é que permite a identidade humana e o reconhecimento da possível imperfeição, mas também a ilimitada possibilidade do fazer de novo” (Goulart & Chiari, 2010, p.266).

Conforme coloca Santos et al. (1999, p.26), “humanizar não é técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda atividade das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer um tratamento que merecem enquanto pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontram em cada momento do hospital”.

Segundo Rios (2009),

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta, ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (Rios, 2009, p.255).

Apesar dessa percepção da necessidade da humanização na assistência no ambiente de terapia intensiva, sendo uma das funções do médico no processo de tratamento, ficou evidente também nas falas dos entrevistados que as práticas de humanização não são efetivamente presentes no cotidiano da unidade de terapia intensiva. Vejamos uma fala que caracteriza bem esse aspecto:

“Na prática, às vezes a questão da humanização é só uma palavra bonita, né? Para fomentar discussões. Mas, na prática não vejo bem implementar isso (...) me parece na maioria das vezes, me parece só um slogan, precisa de implementação” (Cygnum)

Benevides e Passos (2005) chamam de “modismo” as políticas do SUS cuja efetividade não se faz, resultando, apenas, em uma proposta geral e abstrata.

“Neste sentido, a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar ‘o que fazer’ com o ‘como fazer’, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. (Benevides & Passos, 2005, p.391).

Segundo os referidos autores, as práticas de saúde devem ser mais fortalecidas, sair da banalização de práticas individuais, deve-se rever conceitos e práticas humanizadas, trabalhando em equipes, em rede de saúde coletiva, buscando novas estratégias de ação mais descentralizada.

No mesmo sentido, Martins et al. (2008, p. 32) afirmam que a “humanização não deve ser entendida como um discurso, e sim como um ato, o ato de humanizar. Humanizar é fazer boas ações, demonstrar ternura e respeito, sentir o outro; é ver o outro como um ser humano, um ser total: corpo, mente, emoção e espírito”.

O desafio da humanização é sair da mera intenção e promover saúde real através de sujeitos autônomos e protagonistas do gerir e do cuidar. Conforme afirma Santos (2017, p.83) “o necessário são práticas concretas de sujeitos que afetam e são afetados pelos seus movimentos coletivos, cuja mobilização tem o poder de transformar-se enquanto promotores de saúde e reconstrutores de realidades sociais e de saúde”.

Na direção de apreender a prática da humanização na unidade de terapia intensiva, buscou-se explorar as experiências concretas dos entrevistados, incentivando que narrassem episódios presenciados e vivenciados que revelassem práticas humanizadas e também não humanizadas.

Este momento consistiu em um dos mais ricos. Cada caso e suas minúcias dos momentos que ficaram enraizados na subjetividade de cada participante foram reveladores. Vejamos esses relatos dos profissionais:

“ . . . um caso de um paciente que estava muito agitado, sempre a gente não conseguia tirar a sedação para tirar o paciente do respirador, ele estava muito agitado, todo contido, todo amarrado, e aí, eu disse...assim...preciso ver porque ele está agitado...como ele estava interagindo, mesmo com o tubo, era um paciente jovem, já tinha tido uma extubação acidental, já tinha ficado com estridor, tinha precisado ser reintubado. Então..., quando eu cheguei junto dele, não minha gente, precisamos tirar a sedação dele de novo, quando eu cheguei junto dele ele estava consciente e eu consegui me comunicar com ele. Às vezes é muito angustiante a gente querer se comunicar com o paciente e ele não conseguir, com o tubo ele não consegue, nem sempre a gente consegue entender o que ele gesticula, o que ele articula com a boca, que não sai a voz, mas aí, nesse paciente eu entendi! A agitação dele era porque ele não estava conseguindo falar. Para a gente é tão natural que com o tubo na boca não consegue falar, e com uma mangueira no nariz para se alimentar, que para o

paciente...a angústia dele é que ele não estava comendo e não estava bebendo e não estava conseguindo falar...” (Apus)

“O caso que mais me marcou aqui na UTI, foi de uma paciente, jovem até, que tinha um diagnóstico que não era bem viável, que subiu (foi da emergência para Uti), e nós estávamos com ela e de repente, teve a necessidade de uma troca de um tubo e....(pausa pensativa...)..é.....ela tinha uma lesão de traqueia....ninguém sabia no momento...e na hora que se retirou o tubo, a traqueia realmente desceu, e...mesmo o pessoal da cirurgia geral que subiu com toda a garra, todo mundo subiu, o nosso...o colega também fez uma traqueostomia de urgência, os colegas subiram para ajudar, todo mundo foi muito coeso, tá? Inclusive o pessoal, o técnico, todo mundo correndo o máximo possível para ajudar, lamentavelmente a gente não conseguiu....Então, essas coisas assim..., isso para mim é união, humanização, na hora de falar com a família também, sabe..., todo mundo junto sabe...,lamentando, que nós estávamos lamentando, chegamos até a chorar. Não só eu, mas também os colegas chegamos a chorar, mas infelizmente nós não conseguimos. Mas, assim, sabemos também que não vamos conseguir tudo e a gente só vai até onde Deus permite, não mais do que isso, somos meros mortais.” (Sagitta)

“... uma coisa que me incomoda um pouco é quando o profissional só pensa em si, no seu conforto e não no doente, antagônica com a missão do profissional na UTI né? Aí um exemplo simples é o da TV, às vezes você vê um monte de profissional sentado assistido televisão, de costas para os pacientes, rssss....a TV alta, ninguém dorme, não é? Porque está passando um capítulo que todos gostam de novela ou de seriado, né? isso para mim é uma cena grotesca, porque você vê, se você tivesse a oportunidade de gravar ou de fotografar a situação seria mais ou menos assim, os profissionais de saúde de costas para os doentes graves que tentam descansar, tentam ter um ambiente tranquilo de repouso para recuperação, estão de costas para eles, assistindo TV, a novela em volume elevado. Eu acho isso terrível! Apenas um relato!” (Cygnum)

“Na verdade eu me lembro de um caso bem interessante e bem pontual, que eu acho que ele serve de exemplo para isso. Eh..teve recentemente um paciente internado no leito 7 da UTI A, e esse paciente ele estava em luta corporal com o sobrinho, era um homem jovem e nessa luta corporal o sobrinho esfaqueou ele. A faca por pegar um pertuito de vaso e grande calibre, nesse momento ele desfaleceu. Foi rapidamente socorrido na emergência daqui do Hospital. Foi operado, drenado tórax, abdome, todo tipo de lesão, de intercorrência que alguém possa sofrer no decorso de um acidente grave como esse, esse rapaz sofreu. Foi uma recuperação lenta, foi uma recuperação em que ele passou muito tempo em coma induzido. Mas, Deus atuou aí também, e ele teve essa chance de recuperação e chegou o momento de retirar ele de ventilação mecânica. Para retirar ele de ventilação mecânica teve que se desmamar a sonda. E nesse processo de desmamar a sonda ele voltou à consciência. Então, diminuímos a sonda a ponto de permitir a sonda e ele foi extubado e minutos depois, questão de 15, 20 minutos, ele começou um quadro de desorientação, de agitação no leito, e o residente apavorado, veio me pedir para sedar o paciente novamente e reintubar porque o paciente estava quase que caindo do leito. E eu perguntei ao residente se ele tinha abordado o paciente com palavras. E ele disse: -não, doutora, não dá nem para falar, porque ele está muito agitado. Então, eu fui lá e disse, seu fulano, o senhor foi operado, o senhor não está mais na sua casa, o senhor sofreu um acidente, e desse acidente o senhor foi operado, o senhor está se restabelecendo no hospital, deu tudo certo com o senhor, sua cirurgia foi bem sucedida e o senhor está agora voltando a sua consciência. E ele acalmou-se completamente, ele abriu os olhos, até então ele não tinha aberto os olhos, olhou para mim, muito calmo já no leito, balançando a cabeça, ele não conseguia falar ainda, balançando a cabeça dizendo que estava entendendo tudo e eu pedi a colaboração dele naquele período, porque ele tinha acabado de sair da ventilação, equipamento que o ajudava a respirar, e que ele nos chamasse, levantasse o braço, fizesse algum tipo de interpelação se estivesse sentindo dor ou qualquer coisa. Referia não estar sentido nada. Sendo que quando ele voltou do coma induzido ou da sonda ele voltou no momento daquela luta corporal. Então, na cabeça dele não tinha aquele decorso de tempo todo. E na verdade, o que ele precisava era de uma orientação, algo que emocionalmente convencesse a ele que não estava mais sob perigo e os residentes, o fisioterapeuta e até o médico diarista não tinha tido essa compreensão que aquela pessoa poderia estar sob um forte impacto emocional ainda, com aquela lacuna de tempo. Então, isso é muito importante, porque a gente não é treinado para

lidar com pacientes conscientes dentro de uma UTI, a gente é muito ligado em conduzir equipamentos, monitores, drogas vasoativas, antibióticos, tudo, mas a gente esquece que ali, nada disso tem sentido se não for refletido em um corpo humano que tem corpo, alma e espírito! E a gente não é preparado para isso! Então, esse caso para mim foi um caso muito pontual e que serve de exemplo, entende? A gente tem que ser mais atento porque a gente está lidando com vidas, com pessoas, que têm sentimentos, que têm desejos, que têm angústias e que aquilo ali é extremamente difícil de se passar!” (Aquila).

São discursos que representam esses profissionais, mais que representações de categorias, são sujeitos que tentam na sua área profissional agir através de abordagem humanizada ou repudiar atos desumanizantes.

Observa-se, entretanto, que ainda há uma grande lacuna na formação médica em relação ao preparo profissional para a efetivação da humanização, o que levou a pesquisadora a eleger essa questão como uma categoria temática distinta. Assim, na quarta categoria será analisada a formação médica em relação à humanização.

2.4 Confrontação entre a formação médica e a humanização

O tema da humanização possui relação com aspectos da formação profissional médica, uma vez que as instituições de ensino além de transmissoras de técnicas, também são transmissoras de ideologias que balizam a prática.

Quando os profissionais foram questionados sobre a formação médica em relação aos conteúdos de humanização, estes destacaram que não foram suficientes para contemplar o aprendizado do cuidado humanizado, nem se sentem preparados de modo satisfatório para esta prática, em que prevalece o saber técnico, como se observa nas falas:

“Então, isso é muito importante, porque a gente não é treinado para lidar com pacientes conscientes dentro de uma UTI, a gente é muito ligado em conduzir equipamentos, monitores, drogas vasoativas, antibióticos, tudo, mas a gente esquece que ali, nada disso tem sentido se não for refletido em um corpo humano que tem corpo, alma e espírito! E a gente não é preparado para isso!” (Aquila)

“Acho que o principal problema (de tratar com impessoalidade os pacientes) é assim o hábito, né? que no caso por ser um mau hábito eu chamaria de vício, um vício que se adquire ao longo da formação e da vivência.”(Cygnus)

“Não me recordo de na minha graduação eu ter tido é...um aprendizado voltado ou preocupado com essa temática, não!” (Apus)

As percepções desses profissionais destacam a influência da educação

médica brasileira sobre as concepções de saúde e doença. Tais concepções sofreram mudanças conforme o tempo e as necessidades socialmente elaboradas, com influência na trajetória evolutiva das práticas de assistência à saúde.

Nos primórdios das civilizações os homens utilizavam como explicação os pensamentos mágicos e sobrenaturais para os acontecimentos em sua volta. Nesse período, cabia aos deuses definir o estado de adoecimento e cura dos homens, sendo o modelo de saúde e doença definido como modelo mágico-religioso ou xamanístico, marcado pela noção de pecado-doença e redenção-cura.

Ainda na Antiguidade, as medicinas hindu e chinesa trouxeram uma nova forma de compreensão da saúde, baseada na noção de equilíbrio entre os elementos e humores que compõem o organismo humano, dando origem à medicina holística, que visa o equilíbrio do corpo com o ambiente.

A cultura clássica grega buscou uma explicação racional para os acontecimentos considerando a observação empírica, a importância do ambiente, a sazonalidade, o trabalho e a posição social do indivíduo.

Os filósofos gregos da escola pitagórica imaginaram o universo formado por quatro elementos: terra, ar, fogo e água, dotados de quatro qualidades, opostas aos pares: quente e frio, seco e úmido. A transposição desta estrutura universal para o campo da biologia deu origem à concepção dos quatro humores do corpo humano.

Nesse novo enfoque sobre saúde e doença surge o modelo empírico-racional, que atingiu seu auge à época de Hipócrates, considerado o pai da Medicina Ocidental, com a teoria dos humores - o sangue, a fleuma, a bile amarela e a bile negra, substâncias existentes no organismo, necessária à manutenção da vida e da saúde, sendo, por oposição, a doença, resultante do desequilíbrio dos mesmos.

Rezende (2009) esclarece a concepção hipocrática da patologia humoral:

. . . quando uma pessoa se encontra enferma, há uma tendência natural para a cura; a natureza (Physis) encontra meios de corrigir a desarmonia dos humores (discrasia), restaurando o estado anterior de harmonia (eucrasia). (...) A recuperação do enfermo acompanha-se da eliminação do humor excedente ou alterado. O médico pode auxiliar as forças curativas da natureza, retirando do corpo o humor em excesso ou defeituoso, a fim de restaurar o equilíbrio. Com esta finalidade, surgiram os quatro principais métodos terapêuticos: sangria, purgativos, eméticos e clisteres (Rezende,

2009, p.52).

Segundo o referido autor, “a doutrina da patologia humoral guiou a prática médica por mais de dois mil anos e só começou a perder terreno com a descoberta da estrutura celular dos seres vivos graças ao desenvolvimento da microscopia”, quando foi substituída pela patologia celular (Rezende, 2009, p.53).

Na Idade Moderna, com a introdução da máquina a vapor, a intensificação do ritmo produtivo, o progresso cultural e tecnológico, o racionalismo, aliado à teoria mecanicista do universo proposta por pensadores como Galileu, Descartes e Newton, surgiu o modelo biomédico.

O método empírico, defendido por Galileu, constitui um corte com o método aristotélico mais abstrato utilizado nessa época. Descartes propôs que o corpo e a mente deveriam ser estudados de forma separada, sendo o corpo analisado pela medicina e a mente estudada pela religião e pela filosofia. Newton criou teorias matemáticas que confirmaram a visão cartesiana do corpo e do mundo como uma grande máquina a serem explorados.

Desde então, o método cartesiano se tornou o paradigma dominante da ciência sendo o mundo e o homem concebidos como máquinas sujeitos às leis da mecânica.

Capra (2001) esclarece a forma de atuação médica baseado no modelo cartesiano:

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado.(Capra, 2001, p.116).

Barros (2002, p.75) acrescenta ainda que o raciocínio mecanicista considerava que uma deficiência na "máquina" provocava doença e esta podia ser "curada" através do emprego de uma substância específica, a exemplo do diabetes, que em 1889 foi identificado que decorria de uma deficiência no pâncreas e cujos sintomas podiam ser aliviados com a administração de insulina.

Assim, o modelo biomédico também é chamado de mecanicista e engloba

aspectos da visão do homem como máquina, o dualismo corpo-mente e o método racionalista.

A ênfase na visão do homem potencializando as partes e separando o corpo da mente gerou uma supervalorização das especializações na área de saúde e uma prática médica que minimiza os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais.

Gomes, Nations, Sampaio e Alves (2011) enfatizam as mudanças na natureza do cuidado a partir do modelo biomédico:

Esse raciocínio imprimiu a ênfase na doença e não no doente, mais ainda, na doença e não na saúde, no órgão e não no organismo, no organismo e não na pessoa, na pessoa isolada e não na conjunção crítica de determinantes das condições de existência. É urgente, portanto, repensar esse paradigma vigente, pois constitui o alicerce conceitual da prática atual (Gomes, Nations, Sampaio & Alves, 2011, p.437).

O modelo biomédico é caracterizado por ser individual, centrado na figura do médico, especialista, curativo, fragmentado, “não se debruça sobre a prevenção da doença e não aceita práticas não tradicionais de cura. Ele prioriza o diagnóstico e a cura” (Ceballos, 2015, p.7).

Puttini, Pereira e Oliveira (2010) ao realizarem um ensaio sobre os modelos teóricos explicativos do processo saúde-doença fazem as seguintes observações sobre o modelo biomédico:

O modelo biomédico clássico denota uma compreensão dos fenômenos de saúde e doença com base nas ciências da vida, a partir da Biologia. Nessa abordagem, a doença é definida como desajuste ou falta de mecanismos de adaptação do organismo ao meio, ou ainda como uma presença de perturbações da estrutura viva, causadoras de desarranjos na função de um órgão, sistema ou organismo. . . . As doenças são definidas pela ação de agentes patogênicos; e o agente etiológico será entendido sempre como o causador de toda doença. Ao longo do tempo, o modelo biomédico foi assimilado pelo senso comum, tendo como foco principal a doença infecciosa causada por um agente (Puttini, Pereira & Oliveira, 2010, pp.754-755).

As descobertas da medicina moderna foram sendo paulatinamente validadas pela abordagem biomédica. Nos séculos XVII e XVIII, registraram-se os avanços com o descobrimento do microscópio e o desenvolvimento da bacteriologia.

O paradigma mecanicista, em termos das leis gerais que tentavam explicar os fenômenos da natureza, se tornou hegemônico por quase 14 séculos.

No século XIX deram continuidade aos desenvolvimentos científicos tanto em medicina clínica e microbiologia, como em patologia e fisiologia e com o aumento da incidência da mortalidade geral e infantil, marcado pela Revolução Industrial, emergiram os conceitos de medicina social e saúde coletiva.

A organização da profissão médica teve início no século XIX. No Brasil, o ensino superior chegou apenas em 1808 com a fundação da Escola de Medicina e Cirurgia no Hospital Militar da Bahia que seguia o sistema cristão português difundido na Europa na Idade Média.

Em 1889 com a República houve a chegada do modelo francês de ensino superior, conhecido como napoleônico e concebido à luz da razão, seguindo os conceitos iluministas. Em 1812 ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando o curso passou de quatro para cinco anos. Em 1884, os cursos médico e cirúrgico que eram separados foram unificados, sofrendo grandes alterações nas disciplinas. Em 1879 foi promulgada a “lei do ensino livre” abrindo o ensino médico para a iniciativa privada. Em 1969 o Conselho Federal de Educação editou as diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais, estabelecendo o currículo mínimo.

Nas escolas médicas brasileiras predominava a influência da Medicina francesa e a partir da Reforma Universitária de 1968 (Lei 5.540/68) passaram a adotar oficialmente o modelo americano de Abraham Flexner, cujas principais características foram: ênfase na atenção médica individual, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças; organização da assistência médica em especialidades; valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial; e educação médica separando as disciplinas do ciclo básico (anatomia, bioquímica, fisiologia, bacteriologia, entre outras) e profissional, sendo este realizado nos hospitais de ensino.

Pessini (2004) pontua sobre a graduação de medicina baseada no Relatório de Flexner como uma visão biocêntrica e tecnocêntrica:

O corpo humano é estudado por partes e a doença é vista como sendo um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, molecular e celular. O objetivo da ação médica é intervir física ou quimicamente para normalizar o funcionamento da unidade esfacelada. A finalidade da escola médica era formar estudiosos em doenças, especialmente especialistas que atuassem

em hospitais, e não capacitar os profissionais para cuidar de doentes (Pessini, 2004, p.17).

Lampert (2002) discorre sobre as mudanças ocorridas nas escolas médicas baseadas no modelo flexneriano:

As cátedras são substituídas por departamentos contendo disciplinas, o ensino fica dividido em dois ciclos, um de disciplinas básicas - o ciclo básico - e outro de disciplinas ditas profissionalizantes. Chama-se a esse último “ciclo profissionalizante”, porque corresponde às especialidades e ao estágio denominado Internato Curricular. Os currículos de graduação, dessa forma, apresentam uma estrutura que tem permitido acrescentar conhecimentos, apresentando um número crescente de disciplinas. . . . na medida em que as disciplinas pouco interagem, mesmo fazendo parte de um mesmo departamento e estando ligadas à formação de um mesmo perfil de profissional, no caso o médico (...) chega-se ao ponto em que as escolas médicas se encontram oferecendo um curso de graduação em Medicina altamente questionado na sua terminalidade, quanto à sua capacidade de formar o profissional para o mercado de trabalho (Lampert, 2002, p.34).

A referida autora conclui que “portanto, não basta que Flexner tenha exortado ao humanismo, pois a estrutura paradigmática com a qual trabalha é essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações”.

Como um avanço do modelo biomédico e no contexto do pós segunda guerra a busca por explicações causais do processo saúde-doença a partir das relações entre agente, hospedeiro e meio-ambiente, configurado na “História Natural das Doenças” proposto por Leavell e Clark em 1976, surge o modelo processual, que privilegia o entendimento da saúde como um processo, por meio do conhecimento acumulado no campo científico sobre a multicausalidade das doenças.

O modelo processual passa a dar sentido a procedimentos e ações promotoras de saúde e de prevenção de doenças, aplicadas tanto ao indivíduo quanto à coletividade de pessoas acometidas ou não por doenças. O conhecimento epidemiológico ganha novo método para delineamento sistemático de diferentes métodos de prevenção e controle de doenças e problemas de saúde.

No século XIX, através da produção política e científica europeia aliada ao pensamento latino americano sobre a determinação social no processo saúde-doença gerou a Medicina Social como campo de novos saberes e conhecimentos contrapondo a hegemonia do modelo biomédico.

Essa reflexão e construção teórica repercutiram nos movimentos sociais e lutas políticas no Brasil. O movimento da Reforma Sanitária concebeu o princípio da integralidade, alvo de debates na Conferência Nacional da Saúde (1986), que contribuíram para uma mudança do paradigma do modelo hospitalocêntrico para a medicina preventiva, para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a previsão na Constituição Federal de 1988 da garantia do direito universal à saúde.

A partir desse período passam a ser aplicada aos serviços de saúde a ideia de integração das ações preventivas e curativas e de sua organização em redes regionalizadas e hierarquizadas.

Giovanella e col. (2002, p.47) explicitam que o conceito da integralidade na atenção à saúde possui quatro dimensões: “primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica (básica, média e alta); articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral do indivíduo e das famílias”.

Como forma de regulamentar esta transição entre o antigo modelo organizacional e o SUS, o Ministério da Saúde vem se utilizando de instrumentos normativos como as Normas Operacionais Básicas que organizam o conjunto das ações no campo da assistência e ampliam a atuação do setor saúde para intervenções ambientais e políticas externas.

Nessa trajetória, o conceito de saúde sofreu mudanças tendo sido definido como “estado de ausência de doenças”, depois redefinido pela Organização Mundial da Saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, passando de uma visão mecânica da saúde para uma visão abrangente e não estática do processo saúde-doença.

Paim (2013, p.555) entende que no Brasil, dois modelos assistenciais “convivem historicamente e de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista”.

Paim esclarece que o modelo hegemônico é marcado pelo individualismo, mercantilismo, ênfase no biologismo, historicidade da prática médica, medicalização de problemas, privilégio da medicina curativa com prejuízo ao atendimento integral, estímulo ao consumismo médico e participação passiva e subordinada dos

consumidores. Entretanto, não é exclusivo do setor privado, presente também no setor público. Já o modelo sanitarista engloba o atendimento às necessidades de saúde através de campanhas, programas especiais e ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Em entrevista ao médico Daniel Chaves titular da disciplina de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Nacional da Patagônia San Juan Bosco discorre sobre algumas das características do modelo médico hegemônico:

. . . indução ao consumo, o mercantilismo, o individualismo e a falta de solidariedade. O império das imagens e a deterioração de escuta e da palavra, que afetam todos os vínculos, são especialmente notáveis na medicina. Vemos ressonâncias, mas não dialogamos com os nossos pacientes; que, por sua vez, comparecem a consultas solicitando exames muitas vezes inúteis e fármacos de indicação duvidosa. A medicina se mercantilizou. A sociedade se medicalizou. Medicam-se emoções; medica-se a dor. Criaram-se novas doenças que favoreceram a farmacologização indevida. Ao mesmo tempo, já não são os médicos que guiam os rumos da medicina, mas os administradores, gerentes, que lideram empresas médicas e as instituições. É claro que a tecnologia arrasou com a relação médico-paciente. No entanto, os métodos complementares de diagnóstico são isso: métodos complementares. A conversa, a escuta, a análise são insubstituíveis. . . . Como resultado, cada vez examina-se menos, observa-se menos, pergunta-se menos e o tempo, por diversas razões, econômicas, entre outras, fica limitado ([http:// http://www.ihu.unisinos.br/eventos/565745-a-tecnologia-arrasou-com-a-relacao-medico-paciente](http://www.ihu.unisinos.br/eventos/565745-a-tecnologia-arrasou-com-a-relacao-medico-paciente), recuperado em 13 de agosto, 2020).

A presença do modelo médico hegemônico se revela presente nas falas dos médicos da terapia intensiva do hospital público. Observa-se que ainda há um predomínio da concepção biomédica sobre o estado de saúde, centralizando a doença no processo, sendo a atenção voltada principalmente para o órgão doente, para a patologia e para procedimentos técnicos, em detrimento dos sentimentos, dos receios do sujeito doente e seus familiares e da maneira como vivenciam a situação da saúde-doença. Seguem alguns trechos das falas que enfatizam a limitação de tempo e a formação voltada para uma visão biocêntrica:

“a gente às vezes...é...peca por não....por não ter uma atenção especial, não ter tempo assim....de se dedicar pra isso, de conversar com o paciente, de saber como ele ‘tá’ se sentindo”(Apus)

“Sei que tempo é uma coisa assim...tem que ‘tá’ aqui, de tal hora tem que sair, já tem que ‘tá’ em outro, a gente nem sempre tem essa disponibilidade de tempo toda para ‘tá’ conversando com os pacientes e com a família também” (Apus)

“A minha formação acadêmica foi toda voltada sobre tratar doenças, nada falava em momento nenhum sobre humanização” (Cassiopéia)

Outra percepção apresentada nas entrevistas foi relacionada às mudanças promovidas pela reforma curricular no curso de graduação em Medicina. A partir de 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais foram aprovadas com a inclusão de disciplinas de humanidades médicas em seus currículos de graduação como a Bioética.

No entanto, apesar de todos os esforços do projeto de reforma curricular, ainda permanece prevalente uma dissociação entre a abordagem teórica e a prática. Segue um trecho da fala de um entrevistado que alcançou a reforma curricular na graduação:

“Desde a faculdade que a gente tem uma imersão nesse campo, né? Eu venho de uma reforma curricular, eu me formei em 2009.2, né? Iniciei acho que em 2004, a gente pegou um currículo reformado em medicina que esse tema de humanização em saúde já estava bem forte. Então, assim, a minha formação veio com essa carga teórica também de humanização.(...) Mas, na prática não vejo bem implementar isso.” (Cygnus)

Rios (2016, p.26) pontua que “nos currículos médicos, inicialmente foram inseridas disciplinas das ciências do comportamento e da deontologia médica, seguidas pelas disciplinas de ética e bioética, e, hoje, observa-se forte investimento em temas e técnicas para a comunicação e a intersubjetividade”.

J. J. Silva, Leão e Pereira (2013) destacam que ensino da bioética vem se revelando ferramenta essencial na formação do futuro médico:

Devemos trazer a bioética para o cotidiano da prática clínica e, com isso, provocar nos discentes a necessidade de refletir nas tomadas de decisão profissional, bem como em sua atuação na dimensão social. A atuação em outros espaços de interação capacita o discente a compreender a ética de maneira mais ampla e profunda, contribuindo para a formação da reflexão cidadã. Ensinar pelo exemplo, mas permitir essa reflexão, favorece alcançar alternativas mais propícias à relação médico-paciente (J. Silva, Leão e Pereira, 2013, p.343).

Apesar da inserção de conteúdos relativos ao humanismo nos currículos do ensino médico brasileiro, o tema da humanização ainda é relativamente recente no cotidiano da maioria das práticas de atenção e ensino. Em relação à formação da humanização na pós graduação ou residência médica, a noção apresentada ainda é vaga sendo mais focada na qualidade da relação médico-paciente. Um dos entrevistados ressalta como a questão da humanização também é recente na terapia intensiva, conforme segue:

“essa questão da humanização e do atendimento diferenciado ao paciente de acordo com esses critérios foi vista a partir dessa residência. Mas na minha formação acadêmica curricular normal de faculdade e nem no setor de trabalho por muitos anos isso não foi uma questão que teve em pauta. Isso é uma coisa mais recente dentro da terapia intensiva” (Aquila)

Rego (2003) discorrendo sobre a formação ética dos médicos no ensino médico contemporâneo observa que:

A maioria dos cursos de medicina, hoje, no Brasil, ainda está organizado de acordo com o preconizado pela Resolução no 8, de 8 de outubro de 1969. A recente publicação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina ainda não repercutiu efetivamente na maioria das escolas. Assim, os cursos ainda têm uma duração média de seis anos. Durante os dois primeiros anos, os alunos dedicam-se ao estudo das chamadas matérias básicas, que a Resolução no 8/1969 definiu como: biologia, ciências morfológicas, ciências fisiológicas e patologia (que nos currículos se traduziam nas disciplinas de anatomia, fisiologia, histologia, fisiopatologia, genética, parasitologia, higiene), além de outras frequentemente incluídas neste momento do curso, sendo muito mais provável que sua inserção neste momento seja devido à falta de tempo disponível para a disciplina no curso profissional do que por considerá-la ‘básica’ ou por outra estratégia pedagógica (incluem-se psicologia médica e ética, entre as mais comuns) (Rego, 2003, p.33).

No Brasil, novas exigências na formação profissional em saúde estão refletidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em várias carreiras, inclusive na Medicina e propõem um novo perfil profissional fundamentado em um “médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva” (Resolução CNE/ CES Nº. 4, 2001, p.10).

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina propõe que o perfil do formando egresso seja “capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (Resolução CNE/ CES Nº. 4, 2001, p.10).

González e Almeida (2010, pp.562 e 563) ressaltam que mudanças de paradigma na formação superior dos profissionais de saúde vem sendo estimulada através de políticas públicas, entre elas Programa de Incentivo a Mudanças

Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) e a política nacional de educação permanente.

Os referidos autores descrevem que em 2002, por meio da parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação e a Organização Pan-Americana da Saúde, foi lançado o PROMED, que incentivou a implantação e consolidação das mudanças necessárias na formação médica, buscando atender às necessidades da sociedade e do setor saúde em conformidade com as diretrizes curriculares nacionais. O PROMED procurou enfatizar a medicina preventiva, valorizando o conceito de saúde em detrimento da doença, a atenção básica e a humanização do atendimento por meio de uma sólida base ética.

Acrescentam ainda que em 2004 foi instituída a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor com implantação dos polos de educação permanente em saúde, envolvendo participantes do segmento de gestores, formadores, profissionais do serviço e do controle social.

A integração curricular, atualmente, é apontada como importante estratégia de ensino médico. Em 2014, novas mudanças nas atividades da prática profissional do curso de Medicina propõe que ao longo de todo o curso e com carga horária crescente, os estudantes devam ter a oportunidade de vivenciar espaços sociais e de serviços de saúde de todos os tipos, tendo a prática como elemento central em seu processo de aprendizagem visando uma aproximação da Universidade ao Sistema Único de Saúde.

Rios e Sirino (2015) apontam que apesar do movimento para a inserção de temas da humanização na formação de profissionais na área da saúde, sua realização ainda apresenta grandes obstáculos no ensino médico. Referem que:

Há algum tempo, disciplinas de humanidades estão sendo incluídas nos currículos médicos de faculdades de diversos países. Entretanto, sua integração às demais disciplinas curriculares ainda é problemática. Assim como nos hospitais, a formação médica tende a ser mais voltada a aspectos biomédicos, reduzindo as propostas de humanização das práticas de saúde de ensino a ações de amenização de tensões cotidianas na área da saúde (Rios & Sirino, 2015, p.402).

Esse desencontro da área de humanidades na formação médica apareceu como real na fala de alguns dos médicos entrevistados. Um deles entendeu que a humanização vem em uma construção recente apoiado pela equipe de psicólogos do hospital. Vejamos o trecho da fala:

“Quanto ao atendimento humanizado, acho que nos últimos 10 anos eu tenho tido várias experiências por tomar mais consciência do que é cuidar não só do físico, mas do físico e do espiritual daquela pessoa envolvendo a família (...) sou muito grata à equipe de psicologia do hospital que me dá um apoio muito importante nessa parte de tentar humanizar o atendimento dentro da UTI.”(Cassiopeia)

Rios (2015, p.407) destaca que “a inserção das humanidades e sua abordagem na graduação parecem algo superficial e com pouca familiaridade aos alunos e professores” e que “apesar do reconhecimento da necessidade de fundamentação prática e teórica nos saberes humanísticos para que a integralidade do cuidado seja efetiva, as humanidades são desconsideradas do corpo da medicina”. Reflete ainda que a difícil inclusão de temas humanísticos e desenvolvimento de competência ético-relacional nas escolas médicas fazem pensar que aspectos mais sutis na construção da identidade médica podem estar corroborando tais fatos.

Gomes et al. (2011, p.436) destacam fatores que contribuem para o empobrecimento do vínculo humanístico da relação terapêutica:

Primeiro, o paradigma cientificista enfatizou a racionalidade, o tecnicismo e a especialização, hipertrofiando-os; em seguida, a formação profissional, calcada em Biologia, Anatomia e Fisiologia, relativizou as ciências sociais e humanas e o saber artístico-cultural; e, por último, o impacto dos interesses econômicos, imposto pela lógica da razão capitalista, reduziu a relação terapêutica a preço, produtividade e valor de troca (Gomes et al., 2011, p.436).

Os mencionados autores desmembram esses fatores ressaltando a necessidade de se repensar esse paradigma vigente que constitui o alicerce conceitual da prática atual:

A visão fragmentada resultou no reducionismo biológico, mecânico e técnico que baseia a organização das especialidades e dos hospitais na racionalidade derivada da lógica industrial técnico-burocrática e da individualização taylorista dos processos de trabalho. (...) A tendência a uma formação predominantemente tecnicista na área de saúde é o segundo aspecto. Na transição para uma medicina científica, a formação tornou-se cada vez mais especializada e perdeu o caráter pluralista. À medida que o prestígio das ciências experimentais foi crescendo, o das ciências humanas e sociais

decreceu, focalizando o conteúdo acadêmico na Anatomia, na Patologia e na Fisiologia, que são necessárias, mas fazendo desaparecer Filosofia, Antropologia, Psicologia, também imprescindíveis. Foram desconsideradas a história da pessoa doente e sua necessidade de apoio moral e psicológico, deste modo impessoalizando o ensino, a prática e o próprio profissional da saúde (Gomes et al., 2011, p.437).

Parece fundamental que o ensino da humanização na formação médica deve partir da conscientização do tema em todos os âmbitos nos quais se dá o aprendizado e estar presente ao longo de toda a formação.

Lampert (2002, p. 72) destaca que novos modelos de paradigma curricular vêm sendo elaborados, sendo a proposta do novo paradigma a composição de uma abordagem dialética assimilando contribuições de várias ciências abarcando trabalhos interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais. Esse novo paradigma foi denominado de “paradigma da integralidade” (Campos,2001)

Segundo Campos et al. (2001), o paradigma da integralidade deve ser incentivado buscando uma reorientação do modelo de formação das profissões da saúde com vistas ao equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Conforme explicita a imagem-objetivo a ser alcançada:

O que se busca é a intervenção no processo formativo, para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação centrada na assistência individual prestada em unidades hospitalares para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde/ doença da população. Isto implica estimular uma atuação interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do controle social e do SUS e que atue com responsabilidade integral sobre a população num determinado território (Campos et al., 2001, p.54).

Há necessidade de colocar a teoria a serviço da prática e não só inserir disciplinas no campo da humanização, mas que estas se consolidem no ambiente de prática e nos serviços de saúde e sejam vivenciadas pelos médicos.

Diversos tipos de fatores determinantes da saúde-doença se influenciam reciprocamente e abrem uma nova possibilidade de entendimento da complexidade biopsicossocial do ser humano, como destacado por Puttini et al. (2010):

Considerando que o processo coevolutivo no qual estamos inseridos envolveria uma auto-organização do indivíduo e da sociedade humana,

engendrando em seu bojo uma intencionalidade intrínseca ao processo, não podemos concluir senão por nossa responsabilidade coletiva frente aos rumos do processo de evolução biológica e histórica, de nossa espécie e do planeta em que vivemos. Partindo dessa perspectiva, adentramos o terreno da ética em saúde, enfatizando os riscos para o futuro da humanidade que podem advir de nossas escolhas presentes (Putinni et al., 2010, p.764).

É nesse escopo que urge a necessidade de (re) pensar os aspectos educacionais para a prática médica humanizada nas unidades de terapia intensiva. A humanização na terapia intensiva requer uma postura de mudança que deve emanar dos sujeitos envolvidos: consciência, ações e atitudes amparadas pela visão de integração, da avaliação multidimensional, aliados a mudanças nas ações pedagógicas que relativizem a lógica da racionalidade técnica e proponham o desenvolvimento de processos coletivos e reflexivos.

CAPÍTULO TRÊS

REFLETINDO SOBRE O FENÔMENO EVIDENCIADO

A medicina existe para o homem e não o homem para a medicina e, neste ponto, nossa medicina cruza com a filosofia moral, com uma nova ética e com uma renovada teologia, pois o médico só pode existir em razão de sua relação com o doente.

Raul Marino Jr

A presente pesquisa teve como objetivo geral compreender os sentidos subjetivos configurados por médicos de uma rede hospitalar pública acerca de práticas humanização em unidade de terapia intensiva.

Conforme apresentado na trajetória metodológica, após a análise individual, as transcrições das entrevistas propiciaram um mergulho nas experiências relatadas, resultando na identificação das unidades de significado, cuja convergência possibilitou a elaboração de quatro categorias de análise que agora serão retomadas para discutir o alcance da pesquisa.

Na primeira temática, buscou-se compreender o significado da humanização em saúde apresentada pelos profissionais entrevistados. Houve uma preponderância para afirmação da prática da humanização como uma forma de atendimento que resgata características humanas durante o ato de cuidar; como uma necessidade para a autonomia do enfermo; e como uma forma de respeito aos direitos do paciente.

Pode-se compreender que os profissionais da equipe médica relacionam a humanização em saúde como uma melhora na qualidade do atendimento prestado envolvendo atitudes de respeito, educação, empatia, acolhimento, que deve ser realizado de forma digna e com caráter individualizado e integral.

A humanização no sentido de autonomia do paciente apareceu de maneira mais tímida, relacionando-se principalmente com o reconhecimento da necessidade de ampliar a comunicação e prestar informações a respeito do plano terapêutico

traçado, de forma a permitir a participação do assistido sobre as decisões do processo de cuidado, o que reflete na melhora da relação médico-paciente.

Nos discursos dos médicos, a questão ética emerge como inerente à humanização quando a relacionam com sentimentos de respeito aos direitos que os pacientes possuem abrangendo além dos valores da autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

Reflete-se que essas conceituações partem de uma experiência pessoal e que é demonstrada através de uma subjetividade social, mas os sentidos dessas experiências permitem conhecer para além do individual, quando postas em uma relação com o contexto social, vez que, de certa forma, norteiam as práticas de cuidado desenvolvidas pelos sujeitos entrevistados.

O usuário do sistema público de saúde emerge em um contexto em que a autonomia no cotidiano da terapia intensiva ainda não ocorre de maneira plena. Trata-se de uma reflexão que envolve aspectos relacionados às condições clínicas do paciente, ao recebimento de informações e à capacidade de compreensão dessas informações, além da heteronomia⁴ da equipe de saúde.

Faz-se premente ressaltar e problematizar ainda o fato que a humanização como política de saúde se projeta para além de aspectos do humanismo, uma vez que considera a necessidade não só de melhorar o acesso, o acolhimento e o cuidado prestado, mas também o modo de gerir e administrar as práticas de saúde com vistas a qualificar os serviços.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) ou projeto de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) promove um avanço relevante no campo político que se abre para valores, conceitos, significados e perspectivas diferenciadas que constituem o campo das relações humanas e da produção de subjetividade e vai ao encontro do princípio da integralidade.

⁴ A heteronomia foi utilizada em uma perspectiva de Kant, no sentido de sentimentos, impulsos e inclinações, opiniões alheias que influem na ação da vontade. Para Kant (1996, p.90), a heteronomia ocorre quando “a vontade não se dá a lei a si mesma, mas é sim um impulso estranho que dá a lei”.

Ademais, para além da dificuldade de clarificação do conceito de humanização, os olhares precisam ser ampliados para abranger não só aspectos relacionados a direitos humanos, bioética, cidadania e políticas públicas, mas também para a intersubjetividade nas relações de cuidado priorizando o sujeito da atenção e suas necessidades.

Focando a intersubjetividade presente na atenção também se pode incorporar ao saber médico-científico um suporte mais amplo e crítico ao saber prático.

Nesse sentido, Mandú (2004) expõe que a atenção à saúde pode concorrer para a geração de mais bem-estar na medida em que valorize a intersubjetividade:

Trabalhar amplamente com a intersubjetividade é resgatar a consideração a dimensões do ser humano concreto: sua racionalidade (filtro crítico), seu potencial de autonomia (capacidade de pensar e agir por si), sua eticidade (acúmulo de valores), sua cultura (própria), sua estética (gosto, criatividade), sua afetividade (sensibilidade, sentimentos), sua corporalidade (lugar em que se entrelaçam o social, o cultural e o biológico) (Mandú, 2004, p.674).

Ayres (2001, p.63) defende “o caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas, contra o caráter individualista, apriorístico e objetificado prevalente nas práticas do setor da saúde”. Desdobra a reflexão através da defesa de três transformações das práticas de saúde:

. . . secundarização da ideia de sujeito em favor da ideia de contextos de intersubjetividade, na construção de categorias para o conhecimento e intervenção; subsunção do interesse pelo controle técnico das doenças na ideia mais abrangente de sucesso prático de projetos de felicidade humana, na definição das finalidades da intervenção; transformação do cuidado, na atitude orientadora do conjunto das ações voltadas para a saúde das pessoas (Ayres, 2001, p.63).

Na segunda temática, foi possível desvelar que a construção do pensamento sobre a humanização na área da saúde elaborada pelos médicos entrevistados de forma dialética vem atrelado a muitos aspectos considerados “desumanizantes”.

As entrevistas dos profissionais de saúde apontaram dificuldades, conflitos e contradições na vivência de uma série de situações consideradas desumanizantes no ambiente de terapia intensiva, tais como: a percepção da despersonalização do sujeito como paciente, a comunicação inadequada, a redução da interação com doentes críticos e a automação de tarefas.

Estiveram presentes ainda sentimentos de oposição à violência no cuidado compreendida como o repúdio a estas atitudes consideradas desumanizantes.

Os depoimentos obtidos possibilitaram observar a importância da comunicação no ambiente de terapia intensiva: minimiza as dificuldades e incertezas, diminui o nível de ansiedade, fortalece o sentimento de segurança, facilita e promove um bom relacionamento entre equipe-paciente-família, sendo, portanto, elemento fundamental para a humanização.

Na terceira categoria temática, foram reveladas lacunas entre a teoria e a prática da assistência humanizada na terapia intensiva, demonstradas através da percepção dos entrevistados de obstáculos no cotidiano de trabalho - como a separação do humano provocada pelo aparato tecnológico característico desse ambiente; da preocupação destes em gerar possibilidades de voltar à atenção para a dimensão humana do paciente; e de suas experiências concretas revelando práticas humanizadas e também não humanizadas.

Particularidades do ambiente de trabalho em terapia intensiva, dos equipamentos e da organização do trabalho muitas vezes conspiram contra a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, com a aplicação dos preceitos da humanização. Esse fenômeno pode ser evidenciado no processo de experiência dos médicos que permearam parte das atividades desenvolvidas nesse tipo de local de trabalho.

Segundo Ayres (2009, p.58), na tradicional assistência à saúde há muita tecnociência e pouca arte, “como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam”.

Ao refletir sobre o emprego das tecnologias na terapia intensiva, compreendeu-se que estas não se opõem à humanização, desde que aplicadas em harmonia com a integralidade do cuidado.

Os sujeitos do estudo demonstraram alçar olhares sobre a realização de práticas humanizadas através de atitudes de empatia, de disposição, solicitude, gentileza, educação e colaboração, as quais se configuram como possibilidades importantes.

No entanto, ficou evidente também que em muitas situações as práticas de humanização não são efetivamente presentes no cotidiano da unidade de terapia intensiva.

No decorrer das entrevistas surgiu a percepção de que humanizar na terapia intensiva não consiste em uma técnica específica, mas em processo vivencial que permeia a forma de trabalho dos profissionais de saúde.

Segundo Martins (2004, p.28), “a saúde é assim entendida como algo vivenciado, não passível de redução formal a medições, médias ou normalizações. E será sempre relativa e singular. Daí a importância, da parte de quem se propõe a promover a saúde, do respeito à individualidade daquele que é o receptor de sua ação ou terapia”.

Foi revelado também que a humanização não deve ser entendida como um discurso, e sim como uma atitude concreta, como um ato, o “ato de humanizar”, que deve ser tornar um exercício diário e uma prática institucional.

Nesse sentido, Rios et al. (2008, p.120) apontam que “não se trata, pois, de habilidade inata, mas de aprendizado, conquista e exercício que deve envolver a todos nas experiências de vida e nos espaços formais de educação. A capacidade de tomar decisões morais é resultado do processo de maturação individual, competência adquirida desde estímulos no campo da moral”.

A humanização deve estar apoiada pela aprendizagem, pela reflexão, sem negar ou menosprezar os recursos tecnológicos presentes no cotidiano ligado à área da saúde, mas utilizando-os como recurso e não como finalidade da intervenção na saúde. Nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. (Goulart & Chiari, 2010, p.264).

Ao desvelar a quarta categoria temática foi possível observar o desencontro da formação médica com a área de humanidades.

Os médicos revelaram aspectos de sua formação, considerando que os conteúdos de humanização não foram suficientes para contemplar o aprendizado do cuidado humanizado, nem se sentem preparados de modo satisfatório para esta prática, em que prevalece o saber técnico.

As percepções desses profissionais vão ao encontro do processo histórico e evolutivo das concepções de saúde e doença que atravessam a educação médica brasileira. Nessa trajetória, os referenciais de saúde e doença perpassaram o modelo mágico-religioso ou xamanístico; o modelo empírico-racional; o modelo biomédico ou mecanicista; o modelo processual; o modelo médico hegemônico e o modelo sanitário.

As escolas médicas são fortemente influenciadas pelo modelo flexneriano e, apesar de tentativas de reforma curricular com inserção de conteúdos relativos ao humanismo em disciplinas do ensino médico brasileiro, ainda permanece prevalente uma dissociação entre essa abordagem teórica e a sua realização como prática médica.

O paradigma flexneriano fragmentou o conhecimento conflitando com a visão holística, tão importante para o paciente. Atualmente, busca-se o paradigma da integralidade, que enfatiza mais a saúde que a doença e propõe o ensino centrado no aluno, ampliando seu papel ativo no aprendizado.

A formação dos profissionais da área da saúde vem de instituições educacionais que ainda privilegiam as metodologias de transmissão de conhecimentos técnicos e fisiopatológicos do processo saúde-doença, sendo a abordagem das humanidades de modo mais superficial e descontextualizada com a realidade social.

Ao revelar o fenômeno vivido pelos médicos na atuação na terapia intensiva do hospital público, tornou-se possível compreender a forte presença do modelo médico hegemônico, o predomínio da concepção biomédica sobre o estado de saúde baseado no corpo e na cura e menos nos sujeitos e suas relações e o desencontro da área de humanidades na formação médica.

Disso trata Caprara e Franco (1999) quando apontam a necessidade de uma medicina que amplie os horizontes quanto à relação médico-paciente, afirmando a necessidade efetiva de promover a saúde de maneira integral, considerando os sujeitos em sua totalidade física, psíquica e social. Entretanto, reconhecem o quão difícil é romper com uma história de práticas baseadas excessivamente na visão biologicista.

Avanços vêm sendo instituídos para mudanças do paradigma da atenção voltadas à prática médica humanizada. Essas mudanças requerem também que seja desenvolvida uma cultura educacional voltada para o aprendizado de uma conduta moral e a competência ética nas universidades.

Entende-se que o atendimento humanizado nos serviços de saúde é um projeto desafiador para todos os profissionais de saúde, com enfoque especial nesta pesquisa para os médicos, que busquem inserir o humanismo como parte de seus valores, possibilitando crer na superação de suas limitações e no crescente aperfeiçoamento em prol da sociedade como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Estas verdades não são perfeitas porque são ditas,
E antes de ditas, pensadas:
Mas no fundo o que está certo é elas negarem-se a si próprias
Na negação oposta de afirmarem qualquer coisa.
A única afirmação é ser.
E ser o oposto é o que não queria de mim...*

Fernando Pessoa

Ciente de que a percepção do fenômeno através da presente pesquisa por si só gera abstrações e conceitos que não dão conta das singularidades de toda e qualquer existência concreta, faço menção ao eu poético de Fernando Pessoa que demarca o território de existência do mundo concreto independentemente do olhar que o abarca.

O contato com a pesquisa e com os questionamentos acerca da humanização foi permeado por muitos sentimentos. Inicialmente, apreensão, por detectar que a eticização ainda é pouco presente na terapia intensiva, apesar de se mostrar necessária, porque não dizer, urgente. Ao mesmo tempo, permitiu a aproximação às experiências de colegas profissionais quanto à humanização do cuidado e a reflexão sobre meu fazer cotidiano na condição de médica de terapia intensiva.

No caminhar da pesquisa surgiram questionamentos de diferentes ordens, entre os quais se destaco: o médico atual que trabalha em UTI está devidamente habilitado do ponto de vista ético para definir limites de intervenção no paciente crítico e o uso racional da tecnologia? Uma boa formação médica baseada na melhor evidência científica garante tomar decisões prudentes? A tomada de decisões em UTI deve ir além das normas postas, protocolos e diretrizes clínicas? Como devem ser as tomadas de decisões em pacientes críticos que não estão em condições de expressar a vontade? Que critérios devem ser levados em consideração para tomar decisões na UTI? Cada um desses questionamentos foi sendo analisado ao longo da pesquisa.

Ao final, surgiu um sentimento de confiança pela concretude de que muitos avanços já foram realizados no campo da humanização, técnicas e atitudes mais eticizadas, examinemos as principais reflexões colhidas.

A unidade de terapia intensiva (UTI), cenário desta pesquisa, está inserida em um contexto de especificidades relacionadas ao uso de tecnologias, padronização de condutas, rotina de atendimento mais acelerada, que requer tomada de decisões heurísticas, procedimentos precisos, em um clima constante de apreensão, permeado pelo predomínio do modelo biologicista de compreensão do processo saúde-doença, fatos que contribuem para limitar a construção do cuidado eticizado.

Diante desta realidade, parecemo-nos esquecer do aforismo inspirado na medicina hipocrática: “curar algumas vezes, aliviar muitas vezes, consolar sempre”, emergindo inquietações que conduziram à realização desta pesquisa.

Nesse percurso, buscou-se captar alguns modos de pensar, sentir e fazer dos médicos atuantes na unidade de terapia intensiva de um hospital público de Pernambuco.

Experiências positivas e negativas foram obtidas e configuram o processo de trabalho desses profissionais, atravessados por uma formação cartesiana-flexneriana, discursos biomédicos e construções socioculturais subjetivas.

Os resultados da pesquisa, expressos a partir da construção da análise compreensiva das entrevistas, mostraram que: o conceito de humanização em saúde não é fixo e imutável, é um processo em construção, que deve ser ampliado buscando ao atendimento do complexo de necessidades biopsicossocioespirituais de cada sujeito; que por uma conexão histórica a humanização na área da saúde vem atrelada a muitos aspectos considerados “desumanizantes”; que apesar das tentativas e construção teórica sobre humanização ainda há limites e dificuldades para a efetivação do cuidado humanizado na UTI influenciados por aspectos técnicos, relacionais, subjetivos e éticos; e que há uma lacuna na formação médica na área de humanidades.

Entende-se que a humanização da assistência à saúde na terapia intensiva envolve transformar as relações humanas, perpassa pela atitude do profissional de saúde de se disponibilizar, ter interesse, propor-se a ação ampla e consciente para a

prática de condutas éticas no cotidiano de assistência à saúde, que não depende de excelência técnica, mas da arte de individualizar. A escolha deverá ser feita pelos profissionais de saúde, sendo a ética, a garantia de direitos, a cooperação e a solidariedade escolhas racionais entre possibilidades existentes.

A maioria dos médicos entrevistados não se sentiu devidamente preparado do ponto de vista ético para tomada de decisões na terapia intensiva. A formação tecnicista permite ao médico conhecimentos, habilidades e domínio de recursos instrumentais, mas não o prepara para análise de conflitos ou dilemas morais que surgem na prática clínica, apresenta-se de forma dissociada da competência ética.

O debate sobre respeito à autonomia do paciente surge da experiência dos médicos da terapia intensiva entrevistados como ponte para a reflexão da necessidade de decisões médicas compromissadas e compartilhadas. Embora muitos enfermos críticos não tenham possibilidade de decidir sobre suas vidas, a proteção de sua dignidade envolve compartilhar a decisão com a equipe multidisciplinar de saúde e com os familiares, envolvendo ainda o comitê de bioética hospitalar sobre os casos clínicos de maior dificuldade do ponto de vista da tomada de decisão em situações de conflito moral.

Os modos de ser dos médicos da terapia intensiva são influenciados por princípios e leis regidos pela sociedade, por normas da instituição hospitalar onde trabalham, do Sistema Único de Saúde, do código de ética da profissão e protocolos e diretrizes clínicas específicos para as patologias. Conquanto, estes não esgotam o conteúdo de possibilidades, devem servir como parâmetros norteadores, mas não como limitadores da esfera de conduta de cada profissional, a ser direcionada na busca de um equilíbrio entre o ser sujeito e o dever ser, voltado para uma prática ética, consciente, coletiva e organizada na assistência à saúde.

A humanização da saúde pública depende também de uma reforma da formação médica voltada para uma maturação individual no campo da moral, da efetivação da aplicação do paradigma da integralidade, de educação continuada e de condições político-estruturais.

Esta pesquisa oportunizou ainda reflexão dos profissionais de saúde entrevistados e do pesquisador sobre a missão de cuidar dos doentes críticos, vê-los

como seres no mundo inseridos em um contexto, procurando observar-lhes não somente as necessidades biológicas aparentes, mas também suas subjetividades, tornando-nos mais reconhecedores da importância da humanização na saúde.

Acredita-se que os objetivos propostos nesta pesquisa foram atingidos através da compreensão da humanização através dos sentidos subjetivos configurados pelos médicos que atuam na terapia intensiva. Sabe-se que esse tema é muito abrangente e a presente pesquisa não pretende esgotar o fenômeno investigado, mas sim estimular reflexões para uma melhor qualidade da atenção à saúde. As limitações do trabalho são reconhecidas, entretanto, almeja-se poder contribuir para ampliar caminhos e possibilidades de transformação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angerami, V.A. (Org.). (2010). *Psicologia Hospitalar: Teoria e prática* (2a. ed.). São Paulo: Cenage Learning.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeitos, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72.
- Ayres, J. R. C. M. (2005). Hermenêutica e Humanização das práticas de Saúde. (Vol. 10, N° 3, pp.549-560). *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>. doi:10.1590/S1413-81232005000300013.
- Ayres, J. R. C. M. (2006). Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In. S. A. Deslandes (Org.), *Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. In. R. Pinheiro (Ed.), *Coleção clássicos para integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Barbosa, I. A., & Silva, M. J. P. (2007). Cuidado humanizado de enfermagem: O agir com respeito em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5): 546-51. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a12.pdf> doi:10.1590/S0034-71672007000500012.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>. doi: 10.1590/S0104-12902002000100008.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. (Vol.10, N° 3, pp.561-571). *Ciência & Saúde Coletiva*. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232005000300014.

- Benevides, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo? (Vol. 9, N° 17, p.389-406). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>. doi: 10.1590/S1414-32832005000200014
- Boff, L. (2002). *Experimental Deus: a transparência de todas as coisas*. Campinas: Verus.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: documento para discussão*. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>.
- Bertachini, L. (2012). A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. *O Mundo da Saúde*, 36(3), 507-520. Recuperado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/14.pdf.
- Bicudo, M. A. V., & Esposito, V. H. C. (1994). *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. Piracicaba: UNIMEP.
- Callegari, L. A. (2011). Aspectos éticos e jurídicos da autonomia do paciente terminal. In F. S. Santos (Coord.), *Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu.
- Calegari, F. C., Massarollo, M. C., & Santos, M. J. (2015). Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(Esp.2), 42-47. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0042.pdf>. doi: 10.1590/S0080-623420150000800006.
- Campos, V. F., Silva, J. M., Silva, J. J. (2019). Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Rev. Bioética*, 27 (4), 711-8. Recuperado de

<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n4/1983-8042-bioet-27-04-0711.pdf>. doi:
10.1590/1983-80422019274354

Campos, L. F. (2004). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia*. Campinas: Alínea.

Campos, F.E., Ferreira, J.R., Feuerwerker, L., Sena, R.R., Campos, J.J.B., Cordeiro, H., Cordoni, L. (2001). Caminhos para Aproximar a Formação de profissionais de Saúde das necessidades da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 25(2), 53-59. Recuperado de https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/caminhos_aproximar.pdf.

Cappi, A. (2004). Apresentação. In R. Petrelli. *Fenomenologia: teoria, método e prática*. Goiânia: UCG.

Capra, F. (2001). *O Ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.

Caprara, A., & Franco, A. L. S. (1999). A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Caderno de Saúde Pública*, 15(3), 647-654. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X1999000300023

Carli B. S., Ubessi, L. D., Pettenon, M. K., Righi, L. B., Jardim, V. M. R., & Stumm, E. M. F. (2018). O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 10(2), 326-333. Recuperado de <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6018/pdf>. doi: 10.9789/2175-5361.

Ceballos, A.G.C. (2015). *Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde*. Recife: UNA-SUS UFPE.

Cortina, A. (2005). *Ética de la Empresa*. 7 ed. Madrid: Editorial Trotta.

Cortina, A. (2007). *Construir Confiança. Ética da Empresa na Sociedade da Informação e das Comunicações*. São Paulo: Edições Loyola.

Critelli, D. M. (1996). *Analítica do Sentido: uma aproximação de interpretação do real de interpretação fenomenológica*. São Paulo: Brasiliense.

Critelli, D. M. (2006). O ofício de pensar. *Revista Educação, Especial: Biblioteca do Professor*. São Paulo: Segmento.

Dartigues, A. (1992). *O que é a fenomenologia?* (M. J. J. G. Almeida, Trad.). São Paulo: Moraes.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Orgs). (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.

Deslandes, S. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232004000100002

Deslandes, S. (2005). O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389-406. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf>. doi: 10.1590/S1414-32832005000200017

Deslandes, S. (2006). *A humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Dias, R. O. (2012). Estetizar/Eticizar. In: T. M. G. Fonseca (Org.), *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina.

Duarte, A. (2000). *O pensamento à sombra da ruptura*. São Paulo: Paz e Terra.

Fortes, P. A. C. (2004). Ética, Direitos dos Usuários e Políticas e Humanização da Atenção à Saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 30-35. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>. doi: 10.1590/S0104-12902004000300004.

Gadamer, H.G. (2006). *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes.

Gigerenzer, G. & Wolfgang, G. (2011). *Heuristic Decision Making*. *Annual Review of Psychology*. 62 (1): 451–482. PMID 21126183. doi:10.1146/annurev-psych-120709-145346.

Giorgi, A., & Souza, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa: Fim de século.

Giovanella, L., Lobato, L. V. C., Carvalho, A. I., Conill, E. M., & Cunha, E. M. (2002). Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde debate*, 26(60), 37-61.

Gomes, A. M. A., Nations, M. K., Sampaio, J. J. C., & Alves, M. S. C. F. (2011). Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. *Rev. APS*, 14(4), 435-446.

Gomes, A. M. A., Caprara, A., Landim, L. O., & Vasconcelos, M. G. F. (2012). Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 1101-1119. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/14.pdf>. doi: 10.1590/S0103-73312012000300014.

Goulart, B. N. G., & Chiari, B. M. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde- contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 255-268. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a31v15n1.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232010000100031.

Graças, E. M. (2000). Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: Fundamentos que norteiam sua trajetória. *Rev. Min. Enf.*, 4(1/2), 28-33.

Heckert, A. L. C., Passos, E., & Barros, M. E. B. (2009). Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 493-502. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a02v13s1.pdf>. doi: 10.1590/S1414-32832009000500002.

Howard, J. (1975). Humanization and desumanization of health care: a concept view. In J. Howard, A. Strauss (Eds.). *Humanizing health care*. New York: John Wiley and Sons.

Husserl, E. (2006). *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica*. São Paulo: Ideias e Letras.

International Humanist and Ethical Union (1996). *Minimum statement on humanism*. General Assembly. Recuperado de <https://humanists.international/policy/iheu-minimum-statement-on-humanism>.

Kahneman, D. (2012). *Rápido e devagar: duas formas de pensar* (C. A. Leite, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva.

Kant, I. (1995). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70.

Lampert, J. B. (2002). *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil* (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4369/2/ve_Jadete_Barbosa_ENSP_2002.

Lopes, A. C., Lima, C. A. S., & Santoro, L. F. (2011). *Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: Aspectos Médicos e Jurídicos*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Luz, M. (2019). *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade moderna*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Mandú, E. N. T. (2004). Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 665-75. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a13.pdf>. doi: 10.1590/S0104-11692004000400013.
- Marinho, S., Costa, A., Palácios, M., & Rego, S. (2014). Implementação de comitês de bioética em hospitais universitários brasileiros: dificuldades e viabilidades. *Revista Bioética*, 22 (1): 105-15. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a12v22n1.pdf>.
- Martins, J., & Bicudo, M. A. V. (1983). *Estudos sobre a existencialismo, fenomenologia educação*. São Paulo: Moraes.
- Martins, J., & Bicudo, M. A. V. (1989). *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes.
- Martins, J., & Bicudo, M. A. V. (2005). *A pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Centauro.
- Martins, A. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. 8(14), 21-32. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a13.pdf>. doi: 10.1590/S0104-11692004000400013.
- Martins, C, R., & Dal Sasso, G. T. M. (2008). Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, 17(1), 11-12.
- Mesquita, R. M. (1997). Comunicação Não-verbal: relevância na atuação profissional. *Revista Paulista De Educação Física*, 11(2), 155-163. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rpef/article/view/138567>. doi: 10.11606/issn.2594-5904.rpef.1997.138567.
- Mezzomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. Barueri: Manole.

- Minayo, M. C. S. (Org.). (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (21a ed. rev.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2004). Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 15-29.
- Minayo, M. C. S. (2006). Sobre Humanismo e Humanização. In: S. A. Deslandes (Org.), *Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moreira, D. A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Moreira, W.W., Simões, R., & Porto, E. (2005). Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 13(4), 107-114. Recuperado de <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/665>.
- Neves, N. C. (2006). *Ética para os futuros médicos: é possível ensinar?* Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Nora, C. R. D., & Junges, J. R. (2013). Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Revista Saúde Pública*, 47(6), 1186-2000. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004581.
- Oguisso, T., & Zoboli, E. L. C. P. (2006). *Ética e Bioética: desafios para a Enfermagem e a Saúde*. São Paulo: Manole.
- Orlando, J. M. C. (2001). *UTI: Muito além da técnica...a humanização e a arte do intensivismo*. (6a ed.) São Paulo: Atheneu.
- Paim, J. S. (2013). Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, A. I. Carvalho (Orgs.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. (2a ed.) Rio de Janeiro: Fiocruz.

Pessini, L. (2000). Humanização da dor e sofrimento humanos na área da saúde. *Revista Bioética*, 10(2), 51-72. Recuperado de https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215.

Pessini, L., & Bertachini, L. (Orgs.). (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola.

Puttini, R. F., Pereira, A. Jr., & Oliveira, L. R. (2010). Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 753-767. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf>. doi: 10.1590/S0103-73312010000300004.

Rego, S. A. (2003). *Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Resolução Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.

Rezende, J. M. (2009). *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Unifesp. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-05.pdf>.

Rios, I. C., Lopes, A. Jr., Kaufman, A., Vieira, J. E., Scanavino, M. T., & Oliveira, R. A. (2008). A Integração das Disciplinas de Humanidades Médicas na Faculdade de Medicina da USP – Um Caminho para o Ensino. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(2), 112–121. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/15.pdf>. doi: 10.1590/S0100-55022008000100015.

Rios, I. C. (2009). *Caminhos da Humanização – Reflexão e prática*. São Paulo: Áurea.

- Rios, I. C. (2009). Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(2), 253-261. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>. doi: 10.1590/S0100-55022009000200013.
- Rios, I.C. (2016). Humanidades Médicas como Campo de Conhecimento em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(1), 21–29. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n1/1981-5271-rbem-40-1-0021.pdf>. doi: 10.1590/1981-52712015v40n1e01032015.
- Rios, I. C., & Sirino, C. B. (2015). A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(3), 401–409. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0401.pdf>. doi: 10.1590/1981-52712015v39n3e00092015.
- Santos, C. R., Toledo, N. N., & Silva, S. C. (1999). Humanização em unidade de terapia Intensiva: Paciente-equipe de enfermagem-família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 571-580. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a09v13s1.pdf>. doi: 10.1590/S1414-32832009000500009.
- Santos, L. R. M. S. (2017). *Sentidos subjetivos sobre a humanização por profissionais de saúde em um hospital público* (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
- Silva, M. J. P. (1996). *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Gente.
- Silva, R. R. (2007). Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Salus*, 1(1), 39-41. Recuperado de <https://revistas.unicentro.br/index.php/salus/article/view/668/779>.
- Silva, J. J., Leão, H. M. C., Pereira, A. C. A. C. (2013). Ensino de bioética na graduação de medicina: relato de experiência. *Revista Bioética*, 21(2), 338-343. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a17v21n2.pdf>.

- Silva, M. R. V., Oliveira, W. F. (2018). O método fenomenológico nas pesquisas em saúde no Brasil: uma análise de produção científica. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 1421-1441. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-16-03-1421.pdf>. doi: 10.1590/1981-7746-sol00162.
- Souza, R. P. (2012). Especificidades da Comunicação em Situações Críticas. In. R. D. Moriz (Org.), *Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva*. São Paulo: Atheneu.
- Smole, K. C. S. (1999). *Múltiplas Inteligências na Prática Escolar*. Brasília: Ministério da Educação.
- Szymanski, H. (2004). *A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva*. Brasília: Liber Livro.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Vaistsman, J. & Andrade, G. R. B. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 599-613. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232005000300017

ANEXOS

ANEXO 1 - ROTEIRO DA ENTREVISTA DOS MÉDICOS.....87

ANEXO 2 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
MÉDICOS ENTREVISTADOS.....88

ANEXO 1 - ROTEIRO DA ENTREVISTA DOS MÉDICOS

Gostaria que relatasse sobre a sua experiência em trabalhar na unidade de terapia intensiva (UTI), enfatizando:

a) a sua formação acadêmica e profissional como médico e sobre o cenário de aprendizagem sobre o tema humanização;

b) a sua condição enquanto médico dentro da UTI; como se vê dentro do processo; como acha que é visto pelos outros profissionais e pela população;

c) os momentos de trabalho na UTI, enfatizando a finalidade do trabalho e suas atividades realizadas de rotina durante o horário de trabalho (plantão);

d) descrever as condições em que estas atividades são desenvolvidas; ressaltar aspectos que dificultam o processo de humanização da assistência de saúde na UTI;

e) relatar sua vivência no atendimento humanizado aos pacientes internados na UTI;

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS MÉDICOS ENTREVISTADOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

“HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE TERAPIA INTENSIVA: PRÁTICAS E DIFICULDADES DA EQUIPE DE SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PERNAMBUCO”.

Prezado(a) médico:

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer como os médicos entendem sobre o seu processo de trabalho na unidade de terapia intensiva (UTI), a partir da perspectiva da humanização, das práticas cotidianas e das dificuldades enfrentadas neste contexto.

Esta pesquisa será realizada por Raíssa Inojosa do Rêgo Barros Correia, aluna do curso de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, 20ª turma, localizado em Recife.

Participando, você contribuirá para compreender o desenvolvimento da sua profissão dentro do serviço de UTI, refletir sobre o tema da humanização em saúde, sobre o significado do seu trabalho dentro deste processo, fornecendo assim dados que ajudem na formulação de políticas de recursos humanos mais adequados para o SUS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista a pesquisadora sobre a experiência do trabalho do médico(a) quanto ao cuidado humanizado aos pacientes na unidade de terapia intensiva adulto do Hospital da Restauração, a qual será gravada (voz), após a sua autorização.

É IMPORTANTE SABER QUE:

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;

Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição;

Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o seu trabalho neste hospital;

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e serão asseguradas o sigilo sobre sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Raíssa Inojosa do Rêgo Barros Correia

Pesquisadora

Telefone: (81) 99142-0088

Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

Pesquisadora Principal

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Recife, // _____

Assinatura do Médico entrevistado