

Universidade Federal de Juiz de Fora
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Gustavo de Mello Duarte

O SER ENFERMEIRA(O) NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Juiz de Fora
2013

Gustavo de Mello Duarte

O SER ENFERMEIRA(O) NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves

Juiz de Fora

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Duarte, Gustavo de Mello.
O ser enfermeira (o) no cotidiano da unidade de terapia intensiva / Gustavo de Mello Duarte. -- 2013.
130 p.

Orientador: Marcelo da Silva Alves
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

1. Enfermagem. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Sociologia do Cotidiano. 4. Enfermeira. 5. Terapia intensiva.
I. Alves, Marcelo da Silva, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TEL. (32) 21023297 – EMAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



TERMO DE APROVAÇÃO

Título da Dissertação: O SER ENFERMEIRA (O) NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nome do Aluno: Gustavo de Mello Duarte

ORIENTADOR (A): Marcelo da Silva Alves

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 19/07/2013

Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Claudia Maria de Mattos Penna
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Geovana Brandão Santana Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora

A você, minha mãe,

*Obrigado pela compreensão,
pela doação e todo o amor que sempre dispensou a mim,
mesmo nos meus momentos de irritação, em que, pela proximidade do amor,
era mais fácil, para mim,
descarregar todo meu descontentamento e frustração em você.
Com você aprendi os alicerces de tudo o que sou.
Amo você!*

AGRADECIMENTOS

Agradecimento é pouco para retratar o que sinto em relação à ajuda que recebi de várias pessoas para chegar até aqui. Falta-me um termo que realmente expresse toda a gratidão que sinto.

Sou grato a Deus por ter me concedido a capacidade de corresponder à oportunidade que me foi dada, por permitir que fosse um viver tranquilo e harmônico, marcando o mestrado com algo muito, muito prazeroso em minha vida. Que eu possa ser capaz de corresponder de alguma forma a esta possibilidade.

Infinidamente grato ao Marcelo, meu professor, orientador e amigo, por ter me acolhido quando eu ainda tinha uma visão limitada, apresentando-me um mundo totalmente novo, com novos conhecimentos, novas visões e possibilidades que, além de terem fundamentado este trabalho, transformaram-me como homem, como enfermeiro, enfim, fizeram de mim uma pessoa completamente diferente e melhor.

Marcelo, após o término desta etapa, tenha certeza de que muito me espelharei em você, pois seus conhecimentos, sua dedicação e sua capacidade são qualidades que eu gostaria de ter em minha atuação profissional.

Grato aos colegas que me receberam e, gentilmente, alicerçaram a construção deste trabalho, com suas palavras, pensamentos e sentimentos, mostrando que o ser enfermeiro(a) em uma unidade de terapia intensiva é muito mais do que se possa imaginar.

Como não mencionar a Universidade Federal de Juiz de Fora e a Faculdade de Enfermagem, que lutam contra e sobrevivem bravamente às duras condições que são impostas às instituições de ensino no Brasil. Obrigado pela oportunidade.

À professora Anna Maria Salimena, que desempenhou, com bravura e ternura, durante a realização do meu mestrado, o papel de coordenadora do programa, fazendo de tudo para que este se torne um sucesso.

A todos vocês, a minha gratidão!!!

AGRADECIMENTO MAIS QUE ESPECIAL

A você, meu Amor. Não tenho como agradecer, nem como retribuir, tudo o que fez por mim nestes dois anos em que cursei meu mestrado. Não vejo sequer uma forma substancial e verdadeira de demonstrar o quanto a sua doação a minha causa foi, é e será imprescindível para nós.

Obrigado por entender todas as noites em que deixei a cama vazia e fria para estar sentado em frente ao computador. Obrigado por compartilhar todos os finais de semana que, apesar do sol brilhando lá fora, ficamos em casa, para que eu pudesse me dedicar a escrever este trabalho.

Obrigado por escutar minhas queixas, minhas dúvidas, minhas insatisfações e lamentações. E também por sorrir por meu contentamento e festejar a cada etapa vencida.

Obrigado por ser, primeiro, minha amiga e, depois, meu Amor, pois, sem nossa amizade e cumplicidade, nosso Amor não teria a força e a capacidade que tem.

Obrigado por fazer meu papel de pai, quando deste precisei me ausentar. Espero, do fundo do meu coração e com todas as minhas forças, que, com o final dessa jornada, os frutos colhidos possam tornar nossa vida mais doce e fácil.

E a você, minha florzinha, minha Tututi, minha LelaLela, Rafaela, espero poder, daqui a algum tempo, contar a história deste mestrado. Contar como você dormiu em uma carteira da sala de aula enquanto eu participava da qualificação deste trabalho. De como você, provavelmente, bagunçou a defesa do papai com seus gritinhos e suas conversas.

Amo, infinitamente, vocês duas!

Um INFINITÃO, que é maior que um INFINITINHO!

*“Minha dor é perceber
Que, apesar de termos
Feito tudo, tudo,
Tudo o que fizemos,
Nós ainda somos
Os mesmos e vivemos
Ainda somos
Os mesmos e vivemos
Ainda somos
Os mesmos e vivemos
Como os nossos pais.”*

(Como nossos Pais – Belchior)

RESUMO

Com base na Sociologia do Cotidiano de Michel Maffesoli e outros estudos de temática relevante, empregando uma abordagem mais sensível, este estudo objetivou desvelar o que é ser enfermeira(o) no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva. Utilizou-se da pesquisa qualitativa e de uma entrevista semiestruturada, para a coleta de dados. Sua relevância nasceu de vivências profissionais e indagações pessoais do pesquisador, que se confirmaram no decorrer da fundamentação do estudo, bem como da necessidade de possibilitar uma forma de expressão mais abrangente para os enfermeiros e enfermeiras de unidades de terapia intensiva, uma vez que existe uma lacuna em estudos desta natureza. Buscou-se conhecer as vivências cotidianas, os sentimentos e os significados atribuídos pelas(os) enfermeiras(os) ao estar inserido em um ambiente de características especiais. Pode-se inferir deste estudo que a(o) enfermeira(o) possui sim uma visão produtivista e de resultados: percebe como úteis as tecnologias e as máquinas, pauta seu trabalho nas normas e rotinas e não se dá conta dos sentimentos que vivencia enquanto trabalha, mas utiliza todas estas ferramentas para desempenhar seu papel. Ao mesmo tempo, apresenta sensibilidade e organicidade em seu ser, dando valor ao estar junto, ao se importar com o outro, sem deixar de ser profissional, e ao trabalhar em equipe. Assim este SER enfermeira(o) é complexo, plural e singular, não podendo ser estereotipado ou classificado, é engrenagem motora do intrincado ambiente da unidade de terapia intensiva.

Descritores: Enfermagem. Terapia Intensiva. Sociologia do cotidiano.

ABSTRACT

Based on the Sociology of Everyday Life by Michel Maffesoli and on other studies of relevant thematic, and also employing a more sensitive approach, this study aimed to uncover what it is to be a nurse in the daily life of an intensive care unit. We did it with a qualitative study that used semi-structured interviews to collect data. Its relevance was born with professional experiences and personal questions of the researcher, which were confirmed in the reasoning course of the study, as well as with the need to enable a more comprehensive form of expression for nurses working in intensive care units, since there is a gap in studies of this nature aimed at getting to know the nurses' daily experiences, feelings and meanings of being inserted in an environment of special features. It was noticed in the study that this Being Nurse does have a productivist vision of results: he/she likes technology and machines, bases his/ her work on the norms and routines. It was also noticed that he /she does not realize the feelings he/she experiences while working, but he/she uses all these tools to perform his/her role. At the same time, he/she has a sensitivity and an organicity in his/her being, giving value to being together, while caring for the other, without ceasing to being professional, and while working as a team. Thus, this BEING nurse is complex, plural and singular, and cannot be stereotyped or classified. It is the driving gear of the intricate environment of the intensive care unit.

Keywords: Nursing. Intensive Care. Sociology of Everyday Life.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	O RACIONALISMO MODERNO DA TERAPIA INTENSIVA E O TRABALHO DA ENFERMAGEM	20
2.2	RELATIVIZAR: A SOCIOLOGIA DO COTIDIANO.....	29
3	MÉTODOS E TÉCNICAS	33
4	RESULTADOS ENCONTRADOS	37
4.1	OS SENTIDOS DO TRABALHO DA ENFERMEIRA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA <i>PRÁXIS</i> DO COTIDIANO.....	38
4.2	O “TER QUE FAZER” EXPRESSO PELAS TECNOLOGIAS, NORMAS E ROTINAS E O SER ENFERMEIRA NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	54
4.3	O CUIDAR EM ENFERMAGEM NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: AFASTAMENTOS E APROXIMAÇÕES	75
4.4	FLEXIBILIZANDO O SER ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	87
4.5	A MORTE NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	101
5	FINALIZANDO COM ALGUMAS REFLEXÕES	107
	REFERÊNCIAS	120
	APÊNDICES	126
	ANEXOS	129

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é um meio de dignidade e satisfação para o ser humano. É uma forma de incluir-se socialmente e de realização de sonhos e objetivos. Trabalhar é parte integrante da natureza humana, visto que, desde os primórdios de sua existência, o trabalho é a sua forma de sobrevivência. Outros aspectos, como a autorrealização, o desenvolvimento de relações interpessoais, o *status* social também são pontos fortes que o ato de trabalhar traz aos seres humanos.

Trabalhar permite ao ser construir a realidade da qual ele faz parte e, sendo assim, por meio do trabalho, o homem pode ser o agente de seu próprio destino, além de modificar aquilo que, de alguma forma, o incomoda ou que ele julga como sendo um aspecto ruim. Também é pelo ato de trabalhar que o homem edifica outros muitos aspectos de sua existência, como os círculos de amizade e influência, a participação em movimentos sociais e culturais, mantendo-se atualizado com o mundo e a sociedade que o cerca.

Assim, o local de trabalho constitui-se como fonte inesgotável de relações e interações sociais, nas quais o indivíduo tem a possibilidade de exercer suas capacidades de se relacionar, além de desenvolver habilidades e satisfazer necessidades de interação, expressão e construção de laços e vínculos sociais, que são importantes na vida. O trabalho e o ambiente social, formado por ele, são possibilidades de expressar o viver social.

Entretanto, este mesmo trabalho, que enobrece, engrandece e é fonte de prazeres e satisfações, pode ser fonte de desprazeres para a existência humana, dependendo do contexto em que o mesmo se desenvolve. Como percebemos, em um contexto desfavorável, o trabalho pode acarretar problemas físicos, como dores no corpo e cabeça, problemas musculoesqueléticos, ou problemas de ordem mental e emocional, exemplificados por: estresse, raiva, transtornos de humor, depressão, entre outros.

Hanzelmann e Passos (2010) dizem que, com a evolução da humanidade, o trabalho assumiu e assume, em cada época em que for analisado, um sentido e uma significação que lhe são atribuídos pelo contexto temporal de sua análise. Durante o Feudalismo, foi ferramenta de opressão e controle de uma nobreza sobre uma grande massa populacional. Com a Revolução Industrial, ganhou um olhar mais

urbano, sem deixar de ser ferramenta de opressão e manipulação de uma classe operária, com intuito de formar uma massa de consumidores para o que era produzido.

Mesmo nos dias atuais, autores como Vizeu (2010) relatam que, com todo um aparato de leis trabalhistas, sindicatos, avançados meios de produção, modernas técnicas de gerenciamento de recursos humanos e materiais, o trabalho tem uma carga opressora e massificadora sobre o trabalhador. Isso se justifica pela presença de uma jornada de trabalho excessiva, pressão pelo alcance de metas, a grande concorrência do mercado de trabalho, obrigatoriedade do constante aperfeiçoamento profissional e afastamento da vida familiar.

Percebe-se que, apesar de todo o avanço, ainda hoje, o trabalho é usado como meio de opressão sobre quem depende dele para subsistir, mas, apesar disso, os ganhos qualitativos e quantitativos que as diversas formas de trabalho têm na sociedade atual ainda lhe conferem qualidades ímpares. Como, por exemplo, a alta capacidade de produção, o desenvolver ou aprimorar de tecnologias e conhecimentos e o aumento do grau de instrução dos trabalhadores.

Neste processo histórico e evolutivo do trabalho, no trabalhar em enfermagem, também se registram, historicamente, muitas das características positivas e negativas de todo e qualquer trabalho. Uma breve análise de sua constituição histórica como profissão nos revela que muitas dessas características são inerentes ao próprio estabelecimento da enfermagem como profissão (ANDRADE, 2007).

Neste ínterim, Moreira (1999) e Costa et al. (2009) revelam que fatos como a utilização de pessoas consideradas socialmente desajustadas como mão de obra, a não remuneração destas pessoas, a utilização do trabalho de enfermagem como punição ou sacerdócio por religiosas são exemplos de características que historicamente receberam conotação negativa e que são observadas na história da enfermagem como profissão.

Esta situação pode ser vista ainda na atualidade do trabalhar em enfermagem, por meio de exemplos como a dupla jornada, as condições de trabalho adversas, a inadequada remuneração, a falta de reconhecimento profissional, a limitada autonomia de atuação e o insuficiente número de trabalhadores. Estas dificuldades foram escolhidas entre uma gama de fatores que são apresentados em diversos trabalhos aqui utilizados como fonte (SILVA et al., 2006).

No Brasil, segundo Pires (2009), a grande maioria dos profissionais de enfermagem exerce seu trabalho em ambiente hospitalar e assim está sujeita às normas institucionais empregadas nestes locais. Com base na análise de Foucault (2006), traçou-se um paralelo com o sujeito desta pesquisa (o ser enfermeiro), verificando que muitas destas normas hospitalares restringem a liberdade de atuação e julgamento dos profissionais da saúde.

A hegemonia do modelo biomédico dentro destas instituições, apontada na obra de Foucault (2006), com a retenção do poder e do controle das decisões na mão de uma classe profissional como a classe médica, mesmo que indiretamente, é fonte do cerceamento da atuação e da autonomia de outros profissionais dentro desses locais.

No contexto hospitalar dos profissionais de enfermagem, os Centros de Terapia Intensiva (CTIs), com as suas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), podem ser considerados os ambientes de trabalho mais controversos. Neles podem ser vislumbrados os extremos relacionados à vivência cotidiana dos enfermeiros e enfermeiras que ali atuam. Os Centros de Terapia Intensiva, no momento atual da saúde, são considerados os ambientes mais modernos e avançados no tocante à tentativa de recuperação da saúde.

A implantação dos CTIs no Brasil ocorreu de forma abrupta, sem que os enfermeiros designados para atuar ali fossem preparados para desempenhar as novas funções. Vê-se, assim, que, já em sua implementação, o CTI foi um cenário de atuação que surgiu desconsiderando o profissional da enfermagem e que não permitiu à enfermagem brasileira a assimilação e adaptação de forma adequada às peculiaridades destes espaços, como ressaltam Campos e David (2011).

Além disso, o rápido acréscimo de tecnologias no ambiente da UTI, a cobrança de familiares, médicos e pacientes, a pouca valorização por parte das instituições, bem como as dificuldades trazidas pelo fato de a enfermagem ter sua mão de obra formada, em sua maioria, por mulheres – que, historicamente, são malremuneradas e têm seu trabalho desvalorizado e não reconhecido em importância, se comparadas às condições de trabalho do gênero masculino –, podem, aparentemente, estar entre as interferências que facilitam a precarização da atuação do enfermeiro (CAMPOS; DAVID, 2011).

Toda essa conjuntura pode fazer com que o trabalho do enfermeiro, dentro da terapia intensiva, seja difícil, sistematizado, cansativo e não reconhecido,

deixando o profissional em uma posição desfavorável, até inferiorizada. Isso pode ser constatado nos baixos salários da categoria, na falta de participação dos enfermeiros nas tomadas de decisões administrativas e clínicas, como se pode perceber na prática desses profissionais.

Neste setor, a autonomia dos profissionais de enfermagem pode vir a ser prejudicada pelo seguir rígido de protocolos profissionais, normas e rotinas, que, possivelmente, impõem um atuar pouco crítico e pouco reflexivo, exigindo pouco, de toda a possibilidade e capacidade profissional dos mesmos. Logo, o enfermeiro pode ser relegado a uma mera execução de normas e protocolos.

Não que o olhar crítico e a reflexão sobre o trabalho estejam ausentes nestes profissionais, mas as determinações institucionais, talvez, não permitam ao trabalhador colocá-las em prática, exercê-las em sua plenitude. Situação agravada pela rigidez de horários, de condutas e a preocupação com aspectos técnico-biológicos, em sua maioria, impostos verticalmente aos enfermeiros, sem que os mesmos possam opinar ou fazer parte do seu processo de elaboração em alguns casos. Estes fatores também se apresentam aparentemente como obstáculos à prática e à consideração das subjetividades humanas e profissionais.

No tocante ao cuidar, Preto e Pedrão (2009), Ducci, Zanei e Whitaker (2008) dizem que, na relação direta profissional-paciente, elementos como a dor, o sofrimento e a terminalidade são constantes no dia a dia do enfermeiro. Estes fatores e outros, como a instabilidade clínica dos pacientes e a complexidade da assistência de enfermagem, podem vir a ter grande influência no atuar como enfermeiro de uma forma subjetiva e plena nestes locais. Fato devido, em hipótese, à assimilação destes aspectos em um nível pessoal, ou seja, o profissional, também ser humano, passa a sofrer junto com os pacientes.

Poderíamos questionar o porquê dos estudos aqui utilizados para ilustrarem a vivência dos enfermeiros, no que se refere a aspectos de seu trabalho cotidiano na terapia intensiva, apontarem para uma conjuntura tão pessimista nesta relação profissional. Quais seriam as prováveis causas desta conjuntura tão negativa? Será que esta impressão construída pelas literaturas utilizadas, até agora, neste trabalho, condiz com todas as Unidades de Terapia Intensiva? Ou pode existir uma realidade em que isso seja diferente?

Contudo, é permitido levantar uma hipótese, algo que tenha conseguido influenciar a formação das UTIs a ponto de desencadear toda essa conjuntura nada

favorável para a vivência cotidiana dos enfermeiros em seu ambiente de trabalho. Condições que tenham surgido concomitantemente a este setor de trabalho, que se desenvolveram no decorrer dos anos de amadurecimento deste e que são vistas ainda hoje. Assim, características como o racionalismo exacerbado e o cientificismo extremado podem ser os causadores deste contexto.

Portanto, o que aqui se denomina de racionalismo e que, mais adiante, será amplamente definido e explicado, pode ser o precursor da conjuntura negativa já mencionada. E que, em tese, influenciou decisivamente o cotidiano do trabalho nas unidades de terapia intensiva, vindo a ter como reflexo as situações que já foram apontadas e serão aprofundadas em momento oportuno neste estudo.

Este contexto racionalizado, surgido a partir do momento histórico conhecido como Revolução Industrial, é composto por uma série de movimentos ideológicos, filosóficos e sociais que transformaram o pensamento de toda a humanidade, abrangendo todos os setores da sociedade. Ele é composto por paradigmas trazidos pelo Iluminismo, pelo Capitalismo e pela Revolução Técnico-científica, o que nos leva a perceber as influências destas ideologias na correlação de todos estes aspectos relatados pelos enfermeiros.

Analisando estes fatores, e fundamentado em Baasch e Laner (2011), este estudo aponta a influência da visão redutora e classificatória nesta vivência da enfermagem no ambiente da UTI, por meio do confinamento e da perda de contato com o meio externo, objetivando-se manter alta a produtividade no trabalho da terapia intensiva.

Os ruídos seriam consequência da alta mecanização da terapia intensiva. A falta de ergonomia, o descuido com o ambiente físico, as condições inadequadas de trabalho também seriam características marcantes, herdadas da mentalidade segundo a qual o lucro e a produtividade eram os objetivos, e o bem-estar dos trabalhadores não fazia parte do planejamento e da gestão.

A altíssima e obrigatória mecanização são claramente características que geram uma dependência para a realização de tarefas no cotidiano. A ponto de, se estes aparatos tiverem seu funcionamento interrompido, seja por defeito ou por falta de energia elétrica, criar-se um caos no cotidiano vivenciado dentro da terapia intensiva. Por conseguinte, como mostra a experiência, por seu papel de liderança dentro da equipe de enfermagem, o enfermeiro fica sobrecarregado, pressionado a resolver problemas para os quais, muitas das vezes, não tem a solução em mãos.

Em um segundo momento, esta mecanização cobra do enfermeiro, dentro de sua relação com a terapia intensiva, um aperfeiçoamento constante, um adequar-se incessante às novas tecnologias e equipamentos, o que, muitas vezes, não é feito de maneira correta, gerando um déficit na atuação desse profissional. Mas, em momento algum, o vivido na terapia intensiva deixa de cobrá-lo por isso (MARTINS; ROBAZZI, 2009).

Os problemas interpessoais, queixa frequente dos enfermeiros nas literaturas já citadas, como Martins et al. (2009), não são uma característica exclusiva do trabalho na terapia intensiva, pois podem ser considerados inerentes aos seres humanos e ao viver em sociedade. No entanto, torna-se inegável que preceitos capitalistas, como a busca incessante por lucros e o antropocentrismo exacerbado ao ponto do egocentrismo, podem tornar os problemas interpessoais mais pungentes e notórios no ambiente da unidade de terapia intensiva, como mostra o trabalho de algumas equipes.

Gomes e Oliveira (2008) e Martins et al. (2009) conseguem mostrar que a falta de autonomia e todas as características relacionadas à precarização do trabalho do enfermeiro seriam causadas pelo modelo biomédico, gerado no auge da modernidade. Como ser pleno se não se pode escolher? Como estruturar uma relação sadia, com bases sólidas se lhe é cerceado o direito de dizer eu quero, eu posso. A falta de autonomia reclamada pelos enfermeiros nesta relação é, a grosso modo, um fator negativo que foi causado, supostamente, pela estruturação da mesma nos moldes produtivistas e capitalistas.

Os aspectos inerentes à terapia intensiva, como a dor, a morte e o sofrimento, não são características do racionalismo ou do cientificismo. São, sim, características do existir humano. Todavia, no contexto da terapia intensiva, de acordo com as observações empíricas, elas são agravadas pelo predomínio do pensar biomédico, resultado de um pensar objetivista, explicatório, em que todo e qualquer desequilíbrio à saúde tinha que ter uma causa determinável e justificável pela ciência.

O pensamento biomédico levou os profissionais médicos a adotarem uma postura negativa com relação à morte, como salientam Mota et al. (2011), deixando de vê-la como parte da vida, e, desta forma, no decorrer dos tratamentos de saúde, travar verdadeiras batalhas para evitá-la. Assim, a dor e o sofrimento das pessoas que necessitam estar na terapia intensiva seriam prolongados e exacerbados pelo

pensar *tecnicista*, influenciando diretamente no cotidiano de trabalho dos enfermeiros dentro das UTIs.

O referencial teórico adotado nesta pesquisa mostra as interferências dos tempos modernos como impulsionadores das mazelas na relação dos enfermeiros com a terapia intensiva. O pensamento apresentado pelo sociólogo francês Michel Maffesoli, na *Sociologia do Cotidiano*, é uma forma de pensar da contemporaneidade, contrapondo-se a algumas características do que este autor chama de racionalismo moderno.

O pensar pós-moderno busca uma compreensão da vida cotidiana, que é plural e individualizada. Busca vislumbrar todo o relacional da vida do ser, não só o primordial, o central, o aparentemente importante. Ele quer ver e conhecer os detalhes, as nuances, o que de subjetivo existe nas relações de cada ser, suas motivações, sonhos, desejos e opiniões, em certo modo, tudo o que o pensar moderno não tenha dado o devido valor.

Michel Maffesoli, estudioso do cotidiano, apresenta o significado pós-moderno do cotidiano, que vem permeando os grandes pensadores tanto da filosofia quanto da sociologia. Maffesoli (2001) propõe que o sujeito deixe de ser analisado sobre a lente das grandes teias de relações sociais e passe a ser estudado de forma micro, em uma visão individualizada, com a percepção do social, do coletivo, mas de forma significativa para cada um.

Para o autor em questão, o cotidiano não fica preso a poderes institucionais e dogmas, como política, moral ou economia. Nesta visão, tais poderes devem ser relativizados. Conforme tal conceituação, deve-se rejeitar o hegemônico, o reducionismo moderno. Isso porque, na sociologia do cotidiano, a preocupação deve ser com os sentimentos, o imaginário, o sensível, o não lógico, devido à singularidade da existência de cada ser humano, e o fato de a vida ser plural, complexa e inacabada.

O cotidiano apontado por Maffesoli (2001) é o lugar onde todas as coisas da vida se desenvolvem, é o lugar onde se podem expressar todos os aspectos de uma “razão sensível”, termo utilizado por ele para dizer que os aspectos emocionais, lúdicos, oníricos, de prazer e motivacionais devem ser considerados, pois, assim como todos os outros, constituem importante substrato para o entendimento da vida cotidiana e social.

Sendo assim, após essa breve contextualização, pode-se reafirmar a problemática do trabalho, de forma mais clara, objetiva e explícita. O pensamento reducionista explicatório e objetivista ou racionalismo moderno, termo utilizado por Maffesoli em suas obras, seria, analogicamente e aparentemente, o possível responsável por esta condição de negatividade e desarmonia no cotidiano vivido pelo enfermeiro dentro de uma UTI.

Com o contexto desenhado até o momento, surgem as questões que permeiam e incentivam a construção e realização deste estudo. Será que o cotidiano do enfermeiro em uma UTI é realmente tão carregado de problemas e dificuldades? Como os enfermeiros veem este cotidiano? O que lhes motiva a viver o cotidiano profissional de uma UTI? O que de bom eles vivenciam neste cotidiano? Como ficam os sentimentos, os desejos, as pretensões e aspirações destes enfermeiros que atuam em Centros ou Unidades de Terapia Intensiva?

Algumas outras questões que instigam a pesquisa são: como ficam seus sonhos e desejos profissionais no contexto já apresentado? Como estes profissionais percebem sua atuação dentro destes ambientes ditos tão opressores, castradores, precarizados e repletos de situações conflitantes e angustiantes como a dor e a morte? Eles possuem estratégias de enfrentamento para estas situações? Essas estratégias são eficientes? Eles se sentem valorizados e reconhecidos? Percebem a frutificação de seu trabalho? A relação com o ambiente de trabalho interfere em suas vidas fora dele?

Com isso, delimita-se o objeto desta pesquisa como sendo o ser enfermeiro no cotidiano da unidade de terapia intensiva, e o objetivo da mesma, desvelar o ser enfermeiro neste cotidiano. Com o estudo deste objeto e a tentativa de alcançar este objetivo, pode-se produzir críticas e reflexões para a construção de uma atuação profissional da enfermagem mais consciente e mais conjuntural e contextual. Um exercício profissional que tenha maior clareza de suas bases conceituais e valorativas, que seja detentor de metaparadigmas mais definidos e que tenha maior domínio de seus campos de atuação, entre outros avanços para os profissionais e para a profissão.

Fornecer aos enfermeiros um saber de si e de sua realidade funcional, apontar fundamentos para uma prática mais embasada na realidade de trabalho desta classe é trazer o olhar do próprio enfermeiro sobre sua profissão. Consequentemente, é agregar valores ao cuidar, beneficiando não só a

enfermagem, mas também quem dela necessita para a restauração e conservação de sua saúde. Pretende-se chegar a isso tornando públicos os resultados obtidos neste trabalho por meio de artigos científicos, bem como retornar ao local de pesquisa apresentando os resultados.

Assim, o desenvolvimento deste estudo se fundamentou em desvelar o ser enfermeiro na UTI em toda a sua complexidade, e isso pode ser uma importante estratégia para flexibilizar este cotidiano, dar voz a estes trabalhadores, buscar uma prática mais eficiente e significativa e, principalmente, criar espaços para que o tema renascimento do trabalho da enfermagem na prática de um novo momento social possa ser abordado cientificamente.

Trata-se de uma maneira de, como refere Penna (1997), reacender a lâmpada implementada por Florence Nightingale no apogeu da modernidade e reconduzi-la por outros caminhos, de forma que o trabalho da enfermagem possa ser redimensionado em seus aspectos humanísticos e teóricos por enfermeiros críticos e reflexivos de sua prática, produzindo novas práticas, novos valores e novos conceitos para sua atuação em uma área tão delicada como a da terapia intensiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir deste ponto, serão apresentadas as bases conceituais e filosóficas de pensamento e análise que foram adotadas na elaboração deste trabalho. Ressalta-se que a análise entre o tecnicismo e o racionalismo, assim como entre a sensibilidade, a organicidade e a pluralidade de um novo momento social, faz-se fundamental para a compreensão da pesquisa. Pois, em uma realidade ainda regida pelas ideologias primeiramente citadas, propôs-se uma análise fundamentada na utilização de um novo olhar.

Contudo se faz necessário ressaltar que, em momento algum, o sociólogo Michel Maffesoli ou qualquer outro estudioso utilizado aqui para fundamentar o trabalho negam ou rejeitam o tecnicismo e o racionalismo do pensar moderno. Muito menos imputam ao racionalismo moderno ou razão abstrata, como Maffesoli salienta, o rótulo de mal da humanidade.

Mesmo porque, hoje em dia, toda esta “onda” de prosperidade e qualidade de vida, bem como o desenvolvimento vivido por nossa sociedade, em grande parte, deve-se a esta forma de pensar estabelecida na modernidade.

Tanto o pensamento moderno quanto o pós-moderno têm sim seu marco histórico inicial. Contudo, principalmente o pensamento moderno, não tem um marco histórico final, ele não é finito, muito menos se pode dizer que o pós-moderno se inicia quando acaba o moderno.

Hoje vivemos ainda uma plenitude do moderno, de seus valores, de suas influências e ideias, mas, em certos aspectos, segundo Maffesoli (2008), surge uma necessidade de resgatar valores esquecidos, sendo assim, moderno e pós-moderno coexistem no mesmo tempo e no mesmo espaço social. Efervescem e se completam. E, talvez, esta condição adversa entre os preceitos da racionalidade e da sensibilidade é que tornam o momento social vivido tão singular. E o mesmo poderá ser observado no vivido cotidiano do ser enfermeira(o) na unidade de terapia intensiva.

2.1 O RACIONALISMO MODERNO DA TERAPIA INTENSIVA E O TRABALHO DA ENFERMAGEM

O pensamento moderno neste estudo reflete um conjunto de conceitos e ideologias que englobam inúmeros segmentos da vida humana e que surgiram com a crise do sistema feudal e sua transição para a era moderna. Esta, por sua vez, tem como marco maior e inicial a Revolução Francesa iniciada em 1789.

Este evento desencadeou, através de suas ideologias, uma série de profundas transformações em todos os setores da época: sociedade, política, religião, economia, meios de produção, relações internacionais, entre muitos outros (MARTINS et al., 2009).

O Iluminismo, movimento cultural e intelectual que tinha por primazia o uso da razão em sobreposição ao obscurantismo do sistema feudal, possibilitou ao homem moderno adotar uma postura crítica e reflexiva para com o mundo que o cercava. Possibilitou a este homem o direito de escolha, fez isso justamente com o Racionalismo, que lhe proporcionou a possibilidade de valorizar o técnico, o científico e a razão comprovada pela ciência em detrimento ao empirismo do senso comum e religioso do momento histórico anterior.

No Antropocentrismo, corrente de pensamento que colocou o homem no centro de todas estas transformações, seja como agente transformador, ou como alvo das mudanças, o ser humano passou a ser a mola mestra e motivadora de todos os nichos sociais. Era por causa e para a causa do ser humano que os mais diversos setores sociais passaram a funcionar (FALCON; RODRIGUES, 2006).

No campo econômico, Mercure e Spurk (2005) e Vizeu (2010) acrescentam que o Capitalismo, com seus respectivos desdobramentos, como o trabalho assalariado, somado à Revolução Industrial, gerou uma nova modalidade nos meios de produção, que passaram a ser fabris, e nas relações laborais, com o já citado trabalho remunerado, as jornadas de trabalho, as metas de produção, a mentalidade de acúmulo de capital, a propriedade privada e a mentalidade exportadora, entre outras. Todas estas foram causadoras de uma série de mudanças sociais, principalmente a mudança do foco rural para o urbano.

A Revolução Técnico-Científica, que foi responsável pela introdução do mecanicismo, do uso do vapor e do carvão como fontes de energia para as

máquinas, alterou radicalmente a forma e a mentalidade dos meios e métodos de produção. Os insumos deixaram de ser produzidos artesanalmente para a subsistência e passaram a ser produzidos em larga escala, em massa, para serem consumidos também nestas proporções.

Com o passar dos anos, estas conceituações primordiais que alicerçaram a gênese do pensamento moderno passaram a sofrer transformações e mutações incentivadas pelas realidades nas quais estavam inseridas. Assim, assumiram conformações que se adequavam à realidade de cada país, bem como evoluíram e passaram a incorporar novos conceitos e realidades (FALCON; RODRIGUES, 2006).

Os autores supracitados concordam em dizer que, com a evolução destes conceitos modernos, criou-se um modelo social que foi amplamente difundido por todo o mundo ocidental moderno e contemporâneo, com algumas características a serem ressaltadas. No campo econômico e trabalhista, Vizeu (2010) destaca que se cria a cultura da alta produtividade, do alto rendimento profissional, ou seja, o bom trabalhador é aquele que trabalha de forma incessante até atingir as metas da empresa.

Ainda segundo Vizeu (2010), no início das relações trabalhistas, não existia a mentalidade de oferecer as condições adequadas para que o trabalhador desenvolvesse bem suas funções, nem a preocupação com o ser humano, seus sentimentos, seus interesses, seus desejos e pretensões. Durante fases do processo de desenvolvimento das relações trabalhistas, o ser humano era simplesmente mais uma máquina dos meios de produção. Esta preocupação com o ser humano que trabalha é relativamente nova, data dos últimos 30 ou 40 anos.

Todas as características citadas do que se denomina como pensamento moderno foram os pilares do modo de vida que se presencia hoje, como tal, são fundadoras de todos os aspectos com que se convive no dia a dia. Se hoje há avançados meios de comunicação e toda a tecnologia com computadores, telefones, internet e afins, é porque o desenrolar do pensar moderno propiciou esse desenvolvimento.

Se os meios de produção fornecem à humanidade, em larga escala, inúmeros insumos como automóveis, tecnologias e moradias, se há a capacidade de se produzir e armazenar alimento para todo o contingente populacional do mundo, foi porque o pensamento moderno possibilitou o desenvolvimento de inúmeras técnicas que viabilizaram esses processos.

Acrescido a isso, há todo o bem-estar com relação à cura e ou à erradicação de doenças, que outrora matavam ou incapacitavam um grande número de pessoas. As vacinas, os medicamentos, as favoráveis condições sanitárias, os avançados meios de diagnóstico, os aparelhos, as especialidades médicas, tudo isso propiciado pelo desenvolver da humanidade, alicerçado pelas ideologias do pensamento moderno.

Este pensar moderno, mais especificamente o que Maffesoli (2008, 2009) denomina “racionalismo moderno”, também foi o precursor das grandes desigualdades existentes, sociais, econômicas e políticas.

Maffesoli (2008), por não propor conceitos, não apresenta um sobre o racionalismo moderno, mas ele nos aponta as características deste pensar que o tornam reducionista e limitado em certos aspectos. O autor fala do olhar crítico, classificador, obtuso para as coisas da vida comum. Aponta também a rigidez de julgamento e a vontade de enquadrar as coisas em padrões predefinidos, a não aceitação do que não é científico, isto é, do que não possui uma finalidade definida clara e objetiva.

Retomando a temática, é possível perceber os contornos de como a modernidade, na figura do racionalismo moderno, influenciou na constituição do cotidiano dos enfermeiros na terapia intensiva. Assim, durante décadas, o vivido diariamente se desenvolveu sob o racionalismo moderno, sem que os aspectos humanísticos, rejeitados pelo racionalismo e cientificismo moderno, fossem valorizados, embora estivessem sempre presentes.

Consequentemente, com o passar de tanto tempo, houve um momento em que a parte mais afetada e menos compreendida neste contexto, como exemplo a profissão da enfermagem que tem em seu processo de profissionalização a divisão social do trabalho, passou a perceber todos os pontos negativos que se acumularam durante tantos anos.

A partir desta percepção, estes profissionais passaram a ter a possibilidade de apontar e agir de forma pró-ativa, com o intuito de promover mudanças neste vivido. Aqui se inclui o espaço da Terapia Intensiva, que, tendo surgido como fértil campo para o desenvolvimento do paradigma moderno e tecnicista, também é um ambiente de relações.

Esse ambiente de relações que hoje se conhece como terapia intensiva remete ao nascimento e à história da enfermagem como profissão. O surgimento

deste ambiente de trabalho e sua relação com os enfermeiros, em muitas fontes, como a Sociedade de Medicina Intensiva (MEDICINA INTENSIVA, 2012) e textos da associação de Medicina Intensiva Brasileira (BIONDI, 2013), são creditados à precursora da enfermagem como profissão: Florence Nightingale. Sua visão e atitude de separar os feridos na guerra, por gravidade e em ambientes diferentes, são consideradas o primeiro vislumbre da formação de um CTI e, conseqüentemente, o início da atuação dos profissionais de enfermagem neste setor.

No Brasil, Penna (1997) diz que as Unidades de Terapia Intensiva foram introduzidas a partir da década de 1970 e Ducci, Zanei e Whitaker (2008) acrescentam que este processo foi feito de forma brusca, sem os devidos preparos administrativos e instrutivos para todos os profissionais que atuariam neste setor. Na contemporaneidade, as unidades de terapia intensiva se caracterizam por serem a principal linha de trabalho da saúde quando se fala em pacientes gravemente doentes, que são submetidos a grandes e complexas cirurgias ou que se vitimaram em acidentes de todas as ordens.

As UTIs têm socialmente o conceito de ser a última esperança de vida para estas pessoas e seus familiares, mas, para atingir tal *status*, este setor passou por profundas transformações desde sua implantação no país, até atingir o patamar atual. Régis e Porto (2011) esclarecem que, com o advento da tecnologia, este setor ganhou uma gama infindável de aparatos tecnológicos, aparelhos e máquinas destinados a salvar vidas. Aparatos estes que, juntamente com conhecimentos e técnicas, formam esta capacidade.

Com a disseminação das bactérias multirresistentes e das infecções hospitalares, adotaram-se normas rígidas de controle de infecção hospitalar para se obter uma uniformidade das ações de prevenção e tratamento de agravos à saúde nestes setores. Protocolos de atuação foram criados e devem ser seguidos muitas vezes de forma cega. Tudo isso, segundo Régis e Porto (2011), para sustentar o paradigma de que os CTIs são sim a última linha de defesa contra a morte.

Para que possamos perceber a importância das Unidades de Terapia Intensiva, o Ministério da Saúde do Brasil, em documento publicado no ano de 2010 – com dados fornecidos pelo sistema Datasus referentes ao período de 2003 até o ano de 2010 –, aponta que foram credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) cerca de sete mil novos leitos para terapia intensiva no Brasil, totalizando

aproximadamente 27.650 leitos nessa modalidade de tratamento, sendo que 17.350 são ofertados ao SUS (BRASIL, 2010). Mesmo assim, ainda é grande a diferença entre os leitos ofertados e a real necessidade destes leitos para a população brasileira.

Assim, o Ministério da Saúde do Brasil e seus órgãos correlatos advertem que, para atender adequadamente à demanda da população brasileira que necessita de atendimento na forma de terapia intensiva, esta modalidade de atenção à saúde ainda tem muito a crescer em termos quantitativos e qualitativos.

Mas, antes mesmo de ser a linha limítrofe entre a esperança de vida e a fatalidade da morte, o ambiente de uma UTI é um ambiente social em que incontáveis relações sociais ocorrem. Devido as suas características, algumas destas relações podem vir a ocorrer com uma carga de emoções tão grande, que, sob o olhar da sociologia do cotidiano, é o local perfeito para se estudar o desenvolver das relações cotidianas.

Neste sentido, Maffesoli (2001) afirma que o viver social, a capacidade de socializar ou “socialidade” tem vários aspectos e um deles é a dimensão espacial. O autor afirma sobre a socialidade e seu espaço que:

Tudo o que se pode dizer de sua estrutura e de seu desenvolvimento, sua pluralidade, seu imoralismo, seu ludismo, etc., encontra sua encarnação num espaço determinado que estrutura, ele também, as situações que suporta. O hedonismo de todos os dias tem necessidade de um território para irromper e exprimir-se (MAFFESOLI, 2001, p.79).

Mas o espaço ao qual Maffesoli (2001) se refere não se limita somente a isso, ele ainda acrescenta que é o espaço o responsável por produzir hábitos e costumes no dia a dia e que são estes hábitos e costumes os responsáveis por uma estruturação, o construir de um viver social. O espaço também é a base para o estar junto da vida cotidiana, sendo o fator que possibilita a expressão das intencionalidades de cada um para com o viver cotidiano. Em sua linha de raciocínio, ele finda por afirmar que “o espaço é o lugar das figurações”, ou seja, é no espaço que o indivíduo expressa suas particularidades, sonhos, desejos e práticas cotidianas.

Assim, para este trabalho e para a vida real e cotidiana, a UTI torna-se o espaço da “socialidade” de ser enfermeiro. Configura-se como o espaço onde ele

pode satisfazer e expressar suas subjetividades profissionais e até pessoais. Configura-se como uma oportunidade de construir e transformar a realidade ao seu redor, seguindo, em muitos momentos, todos estes adjetivos utilizados por Maffesoli em suas obras.

Logo, seja do ponto de vista sociológico, ou do olhar trabalhista, neste ambiente, fica inegável a importância da participação do enfermeiro como ser das relações sociais que ali se desenvolvem, pois, como se poderá ver mais adiante, este profissional é o protagonista deste palco, e é em torno dele que muitas das tramas sociais irão se desenvolver.

Após o momento em que se decidiu pela realização do estudo do cotidiano dos enfermeiros dentro de um centro de terapia intensiva, adotou-se a premissa de ir à busca do que já havia sido estudado sobre a temática, descobrindo até que ponto o viver cotidiano já havia sido analisado e desvelado.

Contudo, especificamente sobre a temática e a forma de abordagem aqui proposta, verificou-se que quase nada havia sido abordado de modo científico, o que, de certa maneira, instigou ainda mais a realização do trabalho. Sendo assim, a busca dirigiu-se para temáticas que possibilitassem um vislumbre, uma noção do que seria para os enfermeiros seu viver cotidiano dentro de uma UTI.

As características físicas da terapia intensiva têm forte influência no viver cotidiano do enfermeiro na UTI. No trabalho realizado por Preto e Pedrão (2009), os enfermeiros reclamam que o confinamento ao qual são submetidos pela terapia intensiva, em associação a fatores como ar seco e gélido, iluminação artificial inadequada, altos níveis de ruídos e de forma intermitente e a perda de contato com o ambiente exterior são pontos de descontentamento.

Juntamente com o espaço físico, a falta de ergonomia no posicionamento de armários, mesas e outros mobiliários, equipamentos com instalações inadequadas ou improvisadas, falta de ambientes para descanso ou alimentação, falta de recursos humanos e materiais são aspectos apontados pelo estudo de Preto e Pedrão (2009) como sendo constantes no cotidiano da terapia intensiva.

Seguindo a mesma linha, Martins e Robazzi (2009) apresentam em seu trabalho outro fator que, constantemente, aparece como presente no cotidiano dos enfermeiros na unidade de terapia intensiva. Trata-se da alta mecanização e o uso de tecnologias. São tantos aparelhos, como ventiladores, bombas infusoras, monitores com múltiplas funções, ressuscitadores, máquinas de hemodiálise, entre

muitos outros, que criam uma dependência dentro da UTI e exigem, por vezes, dos enfermeiros mais do que estão preparados para fazer.

Não só as tecnologias duras, mas as do conhecimento também se incluem neste montante. Os avanços em técnicas, materiais e procedimentos, bem como suas atualizações, são tão constantes que impelem os profissionais das Unidades de Terapia Intensiva, dentre eles o enfermeiro, a se manterem em constante atualização. Este tipo de necessidade, muitas vezes, acaba por tomar deste profissional um tempo que seria destinado a sua família, ao seu divertimento ou, simplesmente, ao seu descanso.

Abordando um novo prisma, apontado por Hanzelmann e Passos (2010), vê-se que, como qualquer vivência, o cotidiano do enfermeiro não se resume a sua pessoa, existem muitos outros fatores e outros atores, que estão direta ou indiretamente envolvidos no cotidiano de vivências do enfermeiro na unidade de terapia intensiva, e, como parte integrante deste ambiente, também podem ser fontes de desavenças e atritos.

Neste espaço social, existe toda uma equipe que, tendo o enfermeiro como ponto de referência ou não, deveria trabalhar de forma harmoniosa, em prol de um bom relacionamento entre todas as partes envolvidas. Na prática, isso não ocorre, pois, neste cotidiano, não são raros os problemas de convivência entre as pessoas que coabitam nesse ambiente e que, de alguma forma, interferem no vivido cotidiano do enfermeiro dentro da unidade de terapia intensiva (PIRES, 2009; RÉGIS; PORTO, 2011).

Campos e David (2011), bem como Oliveira e Spiri (2011), ressaltam que, em geral, conflitos interpessoais são causados por falta de comunicação entre as diversas pessoas que constituem este ambiente relacional. Mesmo que o enfermeiro não esteja envolvido, direta ou indiretamente, estes conflitos irão interferir na sua interação social no ambiente da terapia intensiva. Seja pelo fato de ele ser o líder da equipe de enfermagem ou por ser responsável em resolver conflitos dentro da mesma e desta para com outros profissionais.

Esta temática propicia um olhar a outro ponto desta relação que é a falta de reconhecimento e a incompreensão sofrida pelos enfermeiros, apontadas por Oliveira e Spiri (2011). Estes profissionais reclamam que seu trabalho dentro da terapia intensiva, bem como seus esforços, não são devidamente reconhecidos por seus colegas, por outros profissionais da terapia intensiva, pela instituição em que

trabalham, pelos familiares dos pacientes e pelos próprios pacientes, opinião também compartilhada por Martins e Robazzi (2009).

Martinato et al. (2010) e Campos e David (2011) apontam que a falta de reconhecimento profissional desperta nos enfermeiros, inseridos no cotidiano da terapia intensiva, sentimentos de desvalorização pessoal e profissional, sem falar de problemas como estresse e sofrimento psíquico e emocional. Como ter bons relacionamentos, como viver harmonicamente se os sentimentos propiciados pelo ambiente relacional são desfavoráveis a estes tipos de relações?

Em outros momentos, as mesmas fontes já utilizadas apontam que os enfermeiros têm reclamado da organização do dia a dia de atividades na terapia intensiva. Eles ressaltam dificuldades como negligências dos gestores dos serviços, o que acarreta uma série infindável de problemas listados pelos enfermeiros.

O ritmo acelerado de trabalho; a pressão para cumprir as tarefas e atender a prazos; a forte cobrança por resultados e para atender exigências institucionais, normas, rotinas rígidas, escalas malelaboradas, que não levam em conta a real situação laboral dos enfermeiros, são exemplos dos problemas trazidos pela má organização das atividades diárias dentro da UTI.

Martins e Robazzi (2009), Martinato et al. (2010) ressaltam que, com esta configuração de processo de trabalho, o cotidiano dos enfermeiros dentro da terapia intensiva apresenta muitos dos aspectos de um padrão taylorista, rígido, centrado na produtividade, com foco na realização das tarefas. Portanto, fica muito bem caracterizada a forte e decisiva influência do pensar moderno na relação da enfermagem com a UTI, pois a modalidade taylorista é um dos expoentes do modo de produção capitalista, característica marcante do produtivismo.

Dentro deste panorama, Matos e Pires (2006) e Moraes Neto (2009) têm o mesmo ponto de vista, dizem que é possível notar que, com o passar dos anos, o modelo taylorista, que cedeu características modernas a enfermagem e por consequência ao setor de terapia intensiva, sofreu algumas tentativas de flexibilização, como: modelos de gestão participativa, divisão das responsabilidades, passando a adotar características de um trabalho mais cooperativo e criativo. Mas estas alterações apenas servem de “fachada”, pois, na prática, permanecem a forte centralização e a racionalização da produção, o desperdício de tempo por parte dos trabalhadores, assim como o produzir cada vez mais e melhor, entre outras características redutoras e classificatórias.

No processo histórico da consolidação da terapia intensiva como área de atuação da saúde, verifica-se que o modelo biomédico foi a forma de pensar que prevaleceu e prevalece dentro deste setor. Este fato tem um reflexo significativo no cotidiano do profissional de enfermagem, até dentro da unidade de terapia intensiva. Tal reflexo é percebido em alguns momentos como na falta de autonomia dos enfermeiros que pode ser vista dentro deste ambiente (PIRES, 2009).

Michel Foucault (2006), em sua célebre obra "*O Nascimento da Clínica*", aponta que o modelo biomédico é uma expressão que surge como consequência dos valores modernos e que foi a aliança entre conceitos como o tecnicismo, o racionalismo e o antropocentrismo, aplicados à área da saúde; tendo como mola mestra a figura do médico, que passou a ser o detentor de toda capacidade de decisão no tocante à assistência à saúde.

Assim, presos a um modelo de trabalho que não lhes permite exercer de forma plena e livre suas potencialidades e funções de direito, são despertados sentimentos de frustração, impotência e incapacidade nos enfermeiros frente a este tipo de cerceamento; agravado pelo fato de que estes profissionais, muitas vezes, não encontram alternativas legais capazes de romper com este modelo (MARTINS; ROBAZZI; GARANHANI, 2009).

Com base em Martins e Robazzi (2009) e Oliveira e Spiri (2011), em uma nova abordagem, vê-se que algumas especificidades da terapia intensiva também são citadas pelos enfermeiros, não como problemas, mas como aspectos que tornam as vivências cotidianas sobrecarregadas.

Todavia, mesmo sendo características inerentes ao ambiente da unidade de terapia intensiva, deve e pode haver uma maneira de relativizar estes elementos cotidianos, com intuito de deixá-los mais aprazíveis. Embora as já tão citadas características de um pensar que não aceita elementos subjetivos, acrescidas de um modelo que privilegia o biológico, sejam elementos contribuintes para que tais fatores adquiram a conotação anteriormente citada (MOTA et al., 2011).

Esta análise pode se alongar por mais inúmeros pontos e apontamentos dos enfermeiros. Os que foram apresentados e discutidos são os mais comuns na literatura estudada, mas servem muito bem para caracterizar como a satisfação e a insatisfação, na relação entre os enfermeiros e a terapia intensiva, foram alicerçadas sobre as égides das características do pensamento moderno e, por consequência, influenciadas decisivamente por ele.

2.2 RELATIVIZAR: A SOCIOLOGIA DO COTIDIANO

A partir deste momento, busca-se olhar através das aparências das vivências, da produtividade e dos resultados, das normas, da rigidez e da frieza. Deseja-se poder enxergar os detalhes, sentimentos, envolvimento da parte humana. Ou seja, todas estas perspectivas observadas e estudadas a partir da visão dos enfermeiros que estão inseridos na unidade de terapia intensiva.

Como os atributos flexibilizadores e relativizadores citados acima não fazem parte do contexto racional reducionista já configurado, o olhar sobre eles não pode e nem deve partir desta perspectiva. Para tanto, necessita-se de um olhar que abranja estes atributos e que possa analisar o cotidiano dos enfermeiros na terapia intensiva, que possa vislumbrar as nuances e os detalhes deste cotidiano. Sendo assim, aponta-se a Sociologia do Cotidiano de Michel Maffesoli como uma nova forma de olhar e de analisar as relações cotidianas que se desenvolvem entre os enfermeiros e as inferências do ambiente da unidade de terapia intensiva.

Este modo de pensar e ver as relações na pós-modernidade é apontado por Penna (1997) e por Alves (1999) como tendo a capacidade de apreender o vivido das relações, os detalhes, as nuances que constituem o ser nas relações de um novo momento social. Consegue ver o afeto, o sensível, o emocional, que extrapolam a esfera do indivíduo e vão se manifestar no coletivo das relações. Assim, torna-se impulsionador de um método que propicia uma reflexão de noções de inúmeros fenômenos relacionais, que, se não fossem abraçados por este pensamento, continuariam velados.

A adoção deste pensamento se enquadra perfeitamente à análise que realizamos no cotidiano do enfermeiro na terapia intensiva, pois justamente são estes importantes detalhes que queremos saber, são eles que constituem o âmago do vivido social não só na terapia intensiva, mas também em todas as situações de socialidade. Maffesoli (2001, 2008) aponta isso quando mostra que o cotidiano é formado por muito mais do que transparece, ele é alicerçado realmente por estas nuances, estes matizes.

Maffesoli (2010a) também revela que a “Razão sensível” pode e deve ser vista através de toda uma aparência social que, muitas vezes, não permite que esta

sensibilidade seja revelada a olhos vistos; é enxergar além do fazer e saber o porquê se faz e para quem se faz.

Assim pode-se perceber que, embora o desenrolar do cotidiano do enfermeiro na unidade de terapia intensiva tenha sido concretizado na racionalização tecnicista, ele sempre foi repleto de “cotidianidade”. Logo, o próprio vivido cotidiano do enfermeiro na UTI precisa ter a capacidade de se enquadrar a este novo cenário de relativização.

Quando se fala em vida, em vivido e em relação social, o cotidiano é, segundo a sociologia do cotidiano, a unidade básica constituinte destes elementos. Ainda segundo este pensamento, este cotidiano também é muito diferente do cotidiano em que o enfermeiro está habituado, ou seja, se a vida, no momento da pós-modernidade, é diferente, também seu cotidiano o é.

Isso se deve ao que Maffesoli (2008) chama de “razão abstrata” em sua obra *“Elogio da Razão Sensível”*, em que ele mostra o quanto a forma de pensar do racionalismo retirou das inúmeras relações sociais todo e qualquer envolvimento que não fosse o da produtividade como meta e fundamento de relação, levando à prevalência do vitalismo moderno nos tratos sociais.

Pode-se concluir que a função do pensar maffesoliano não é nada mais do que trazer à tona tudo que ficou escondido sobre as aparências e as durezas das imposições redutoras durante anos de um vivido cotidiano. Pretende-se fazer isso tendo por pensamento um novo cenário relacional, que ainda não é bem delimitado: não mais uma terapia intensiva com um espaço frio, mecânico e objetivo, mas uma UTI capaz de oferecer aos enfermeiros a possibilidade de expressar toda a sua complexidade humana, orgânica e visceral.

Apesar de todo o exposto, é em sua obra “A conquista do Presente” que Maffesoli (2001) mostra todo o poder do cotidiano, toda sua capacidade de ser o fomentador de todo o vivido. Ele começa por elucidar que, quando se recorre ao cotidiano para estudar o social, é uma forma de retomar um vínculo com a coletividade que foi renegada pelo racionalismo redutor. Complementa dizendo:

Mas, numa perspectiva fenomenológica, que analisa o que é e não o que “deveria ser”, podemos considerar que o cotidiano em si mesmo, como o lugar a partir do qual se fundam os vínculos sociais. [...] É neste sentido que o cotidiano deve ser compreendido como laboratório alquímico das minúsculas criações que pontuam a vida cotidiana, como lugar da “recriação” de si e da manutenção da identidade que permite resistência (MAFFESOLI, 2001, p.18).

Com isso, Maffesoli diz que é no cotidiano que se constrói a vida, é através dele que se manifesta o vivido real, os verdadeiros porquês, as sinceras motivações da vida. Tudo o que se quer apreender do vivido cotidiano dos enfermeiros na terapia intensiva não é o mostrado por um racionalismo objetivado e produtivista, que permite apenas que sejam expressos seus dogmas.

Submeter o viver cotidiano do enfermeiro, em uma UTI, a uma análise é importante, no tocante a propiciar um olhar que valorize o subjetivo do viver social; que possibilite a expressão dos adjetivos desta vivência há tanto reprimidos, ou, quem sabe, que ao menos descubra a maneira com que os enfermeiros expressam e vivenciam estas subjetividades, conseguindo uma compreensão mais verdadeira.

Neste aspecto, Maffesoli (2008, 2010a) diz, primeiramente, que o racionalismo moderno – com toda sua pretensão científica em determinar causas e classificar as coisas dentro de padrões rígidos e toda a sua racionalização científica – torna-se inapto para perceber e, acima de tudo, compreender o que o autor chama de aspectos densos, imagéticos e simbólicos da experiência única do vivido e do cotidiano.

O autor justifica a afirmação anterior ao dizer que, em muito, o viver cotidiano é empírico, vivenciado, sentido e não racionalizado, que o mesmo é repleto de um senso comum social e individual das pessoas e dos grupos sociais aos quais elas pertencem. Fonte de construção de saber e de um ser social, claramente negligenciado pelo rigor do racional, do cientificismo e pela necessidade da comprovação dos fatos para que estes sejam verdadeiros.

Por considerar que a vida e suas relações sociais não são enclausuráveis ou redutíveis e que, no máximo, elas se deixam perceber em seus contornos e nuances, vê-se que este sociólogo propôs um novo método de ver a vida e suas relações sociais, método este que adotado neste trabalho. Maffesoli, ao analisar o social, e não se pode esquecer que o cotidiano vivido do enfermeiro na terapia intensiva é muito mais que uma atividade profissional, uma vez que se constitui

também de relações sociais, constatou que a formação do novo momento social vivenciado é plural, uma mistura de passado, presente e futuro.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS

Para o desenvolvimento deste estudo, em que se pretendeu apreender as percepções subjetivas dos entrevistados, adotou-se o método qualitativo de pesquisa. Segundo Turato (2005), este método de investigação científica é considerado novo dentro do universo da ciência, surgiu há cerca de cem anos pela necessidade de as ciências humanas se organizarem cientificamente frente aos já validados métodos das ciências naturais.

Sua valia para esta dissertação parte da premissa apresentada por Turato (2005) de que as bases teóricas conceituais da pesquisa qualitativa conferem a capacidade de retirar a cortina que esconde os reais mecanismos de interação do indivíduo com o mundo que o rodeia, permitindo um profundo e novo entendimento do ser humano e de suas relações e significações para com este mundo.

Acrescentando o já exposto, Duarte, Mamede e Andrade (2009) informam que a pesquisa qualitativa tem a capacidade de entender questões peculiares de um indivíduo, alcançando uma gama de significados e outras características de suas relações e processos, como: aspirações, crenças religiosas e valores; o que vem a satisfazer o objetivo do presente trabalho.

Na área da saúde, Minayo (2012) ressalta que o método qualitativo propiciou, entre outras coisas, uma melhoria das inúmeras relações interpessoais envolvidas neste contexto (profissionais, pacientes, familiares e instituições), o entendimento de certos sentimentos, ideias e comportamentos desses mesmos atores. Desta forma, aproximou intimamente o pesquisador de seu objeto de estudo, em consonância com o pensamento maffesoliano escolhido como referência teórica deste trabalho.

Como linha primária de referencial teórico-filosófico para elaboração do estudo em questão, destaca-se a escolha da Sociologia do Cotidiano. Como apresentado por Maffesoli (2008), esta possibilita o estudo de um fenômeno ou acontecimento tal qual ele se mostra, ressaltando que ele tem um tempo e um espaço de acontecimento, que, se forem mostrados, permitem a compreensão, a reflexão e o pensar destes fenômenos, o que leva a uma contribuição com o vivenciar do fenômeno.

Ainda segundo Maffesoli (2008), essa linha de pensamento se importa com a compreensão do ser, inserido em seu contexto de vida, o que caracteriza a expressão utilizada pelos pesquisadores da fenomenologia: compreender o ser-no-mundo, tendo seu rigor científico validado na valorização da singularidade do ser, enxergando as diferenças das pessoas e de suas relações com o vivido.

Nota-se que é um pensamento atento aos fenômenos empíricos do viver, que se concentra em compreender os fatos e não o julgamento de valores. Um modo de ver o mundo que sabe aliar forças opostas formadoras do vivido como o concreto e o abstrato, o estático e o dinâmico, o lúdico e o real, o literal e o metafórico, entre outras.

Delimitou-se como local de pesquisa o Centro de Terapia Intensiva adulto de um hospital de médio porte, filantrópico, localizado em um município da Zona da Mata Mineira. Este CTI possui três unidades de terapia intensiva fisicamente separadas, uma unidade de atendimento geral, uma de atendimento cirúrgico e uma de atendimento cardíaco.

A instituição foi escolhida justamente por esta característica, de possuir um Centro de Tratamento Intensivo, com três unidades de terapia intensiva distintas, o que, para o trabalho, resulta em diversidade de cenários de pesquisa, minimizando assim a possibilidade de viés na pesquisa por saturação prematura de dados.

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras e enfermeiros que estavam atuando nas unidades deste Centro de Terapia Intensiva durante a realização do presente trabalho e que já tinham algum tempo de experiência dentro do setor. Inicialmente, tinha-se pensado em no mínimo um ano de atuação, mas, no decorrer da pesquisa, o local escolhido mostrou uma realidade diferente, e, desta forma, houve a necessidade da alteração deste critério, passando a não se adotar mais um tempo mínimo de atuação na unidade de terapia intensiva.

Ainda a este respeito, o vivido referenciado por Maffesoli em suas obras, nunca foi delimitado por temporalidade, assim, pode ser o vivido de um dia ou o vivido de anos. Logo o abandonar deste critério, adotado inicialmente, não se configura como fator que venha a prejudicar os resultados desta pesquisa, pois, além de se adequar à realidade encontrada no campo de pesquisa, não fere os postulados do referencial teórico adotado.

A equipe de enfermeiros destas UTIs totalizava 12 profissionais, dos quais três se recusaram a fazer parte da pesquisa por motivos pessoais, e um quarto, por

estar em período de férias, não pôde ser contatado, portanto também não pode ser incluído. Desta forma, foram entrevistados oito profissionais de enfermagem com nível superior, com predominância de mulheres, cinco mulheres e três homens. Por este motivo, adotou-se o gênero feminino como determinante no debate das categorias que se formaram. Salvo os momentos em que as fontes utilizadas empregavam o termo no masculino, enfermeiro.

Os sujeitos tinham de 20 a 45 anos de idade, com tempo de atuação em UTI de cinco meses a 18 anos. Os sujeitos foram identificados como “entrevistados”, cada entrevista recebeu um número para que fosse feita a diferenciação. Estes números foram escolhidos pelo pesquisador por um sorteio aleatório, sem qualquer relação com os entrevistados ou a sequência das entrevistas, logo seus anonimatos estão garantidos em todas as fases da pesquisa e em possíveis publicações decorrentes dela.

Em um primeiro contato, feito pessoalmente, os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, esclarecidos sobre todas as nuances referentes à mesma, principalmente quanto ao fato de se tratar de uma pesquisa de risco mínimo, ou seja, que não propiciaria nenhum dano a suas atividades diárias. Foram garantidos aos participantes sigilo e anonimato em todas as fases do trabalho.

Com a concordância em participar da pesquisa, foram agendados, conforme disponibilidade dos participantes, uma data e um local para a realização da entrevista. Em sua totalidade, os enfermeiros preferiram que as entrevistas fossem realizadas em seu local de trabalho durante o momento de descanso ou dedicado a atividades burocráticas.

Desta forma, todas as entrevistas foram realizadas dentro das UTIs, geralmente em uma sala dedicada aos enfermeiros, tiveram duração entre 30 e 45 minutos e transcorreram sem interrupções que atrapalhassem seu andamento e o envolvimento dos enfermeiros. As entrevistas foram realizadas entre os meses de março, abril e maio do ano de 2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi assinado pelos participantes após terem sido sanadas quaisquer outras dúvidas. As entrevistas foram gravadas em formato digital (MP3) e, posteriormente, transcritas em sua totalidade para análise do pesquisador.

Neste contexto, ressalta-se que foram respeitadas todas as normas vigentes para a realização de pesquisa com seres humanos, bem como foi aguardada a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa para início da fase de pesquisa de

campo. Respeitou-se, assim, o que rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos. Sua autorização consta no parecer consubstanciado, aprovado em dezembro de 2011 (Anexo A).

A pesquisa foi realizada por meio do que Minayo (1994) e Gibbs (2009) denominam de entrevista semiestruturada (Apêndice B), que teve por objetivo fazer um breve levantamento de dados de cada entrevistado e de iniciar a entrevista com uma pergunta norteadora aos entrevistados: o que é para você ser enfermeiro(a) de uma unidade de terapia intensiva? A partir da resposta a esta questão, outras foram levantadas, tendo como ponto de formulação a resposta e os interesses investigativos desta pesquisa.

A análise dos dados coletados deu-se, primeiramente, com a transcrição na íntegra das entrevistas, em seguida, foi realizada uma leitura de cada uma delas para identificação das falas significantes e posterior agrupamento de falas semelhantes, compondo as categorias formadoras da pesquisa.

A partir de então, iniciou-se o processo indutivo de análise, confrontando os materiais empíricos obtidos nas entrevistas e categorizados com os referenciais teóricos adotados para o trabalho, juntamente com os conhecimentos do pesquisador. Técnica conhecida como triangulação dos dados, a qual busca atingir o ápice da descrição, explicação e compreensão, considerando a relação entre o fenômeno aqui estudado e todas as variáveis que o influenciam (GIBBS, 2009).

4 RESULTADOS ENCONTRADOS

Neste capítulo, apresentar-se-ão as categorias que se formaram com o final da fase de triangulação entre as entrevistas, o referencial teórico e os conhecimentos do pesquisador. As categorias aqui mostradas são aquelas que, no final do processo, tiveram uma maior relevância do ponto de vista metodológico.

Os temas levantados das entrevistas foram unidos a fim de estruturarem as categorias, foram acoplados, tendo por princípio um eixo central de pensamento que uniu estes temas sobre uma mesma temática. Há de se considerar que alguns destes temas poderiam muito bem ser intercambiáveis entre si dentro das categorias, contudo sua adequação dentro de uma categoria ou outra foi decisão, antes de tudo, do pesquisador, tendo por base seus conhecimentos sobre a temática.

Há de se ressaltar que, mediante as categorias que se formaram no final do processo de análise, surgiu a necessidade de se acrescentarem novas noções sobre aspectos que não foram, *a priori*, abordados na construção do referencial teórico desta pesquisa. No entanto estes são de grande relevância para o entendimento das categorias formadas.

Logo, a abordagem destes novos termos, ou temas, foi feita dentro de cada categoria de interesse e de uma forma que pudesse ser, ao mesmo tempo, clara, precisa e abrangente, sem, contudo, ser extensa. Isso para que, desta forma, as falas das entrevistadas pudessem ser o verdadeiro destaque na construção do texto.

4.1 OS SENTIDOS DO TRABALHO DA ENFERMEIRA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA PRÁXIS DO COTIDIANO

*“Subiu a construção como se fosse máquina
Ergueu no patamar quatro paredes sólidas
Tijolo com tijolo num desenho mágico
Seus olhos embotados de cimento e lágrima
Sentou pra descansar como se fosse sábado
Comeu feijão com arroz como se fosse um príncipe
Bebeu e soluçou como se fosse um naufrago
Dançou e gargalhou como se ouvisse música
E tropeçou no céu como se fosse um bêbado
E flutuou no ar como se fosse um pássaro
E se acabou no chão feito um pacote flácido
Agonizou no meio do passeio público
Morreu na contramão atrapalhando o tráfego.”*

(Construção – Chico Buarque de Holanda)

Neste momento, as falas das enfermeiras nos revelam alguns dos motivos de a unidade de terapia intensiva ser a escolha como ambiente de trabalho, bem como o porquê de existir, por parte delas, um interesse em permanecer atuando nestes ambientes. Podem ser percebidas as nuances da forte influência do modo de pensar moderno, racional, produtivista em suas características, que tendem a rejeitar uma relativização.

Todos estes porquês, identificados nas entrevistas e que levam as enfermeiras a estarem cotidianamente inseridas no ambiente da unidade de terapia intensiva, quando analisados em conjunto, têm a propriedade de constituir elementos de uma práxis. A práxis de ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva.

O entendimento do que é práxis passa por inúmeros conceitos, que, no decorrer do tempo, sofreram e ainda vêm sofrendo alterações de acordo com sua aplicabilidade e correntes de pensamento que os formulam.

Para entendimento da proposta e dos resultados aqui apresentados, pense-se a práxis como sendo os significados que uma prática assume para aquelas pessoas que a desempenham (KOSIK, 1995). Assim práxis assume um espectro

mais amplo e diferenciado porque sucinta de cada um uma reflexão, uma conscientização e uma significação do papel que desempenha.

Estudar a práxis sob esta conceituação e poder lançar um olhar sobre a realidade do vivido cotidiano das profissionais de enfermagem e ver com os olhos destas pessoas, entendendo, não como as coisas deveriam ser, mas como elas realmente são. Pode-se obter com este olhar um maior embasamento da realidade profissional de toda uma profissão. É a oportunidade de observar a dialética de quem faz e do porque faz (KOSIK, 1995).

Como esclarecem Kosik (1995, 2012), o ser humano perante sua realidade não se posta passivamente, mas de forma proativa, agindo mediante seus interesses e necessidades. Assim, inserido concretamente em sua realidade, tem experiências úteis que lhe permitem criar sua própria representação das coisas que o cercam.

Logo a práxis de ser enfermeira no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva remete ao que significa para estas enfermeiras todas as suas funções, fazeres e atuações dentro deste ambiente. O que dá sentido ao seu papel profissional, o que, sob sua visão e reflexão, significa seu trabalho como enfermeira de uma UTI, setor de trabalho tão complexo e repleto de vivências e experiências.

Dentro deste contexto, o que inicia o sentido desta práxis é o fato de as enfermeiras em seu cotidiano, vivido dentro da unidade de terapia intensiva, perceberem esta como uma escola. Se pensarmos em um conceito clássico de escola, logo lembraremos das academias, formadas e instituídas no auge do cientificismo moderno, em que todo o conhecimento era feito e transmitido verticalmente para uns poucos escolhidos que tinham a oportunidade de ingressar neste universo.

No entanto, no vivido cotidiano da UTI, a função de escola ganha um sentido mais amplo e plural, o sentido do aprender no dia a dia, o aprender contextualizado. Sentido esse que vem elucidando a importância exercida pelo meio social dentro da formação de uma pessoa. Assim, as falas conseguiram apontar que a interação entre academia e o meio social ao qual o indivíduo pertence é fundamental para o processo e a qualidade do que se aprende.

O pensar Maffesoliano tange esta temática quando em seu livro “Elogio da razão sensível” aborda o conhecimento do senso comum, também chamado de conhecimento empírico, adquirido a partir da vivência do dia a dia. E, no tocante a

esta pesquisa, embora o papel da escola esteja centrado em um modo de conhecimento racional, científico, vê-se que ele se desenvolve sob uma ótica mais sensível, ou seja, no viver do cotidiano da unidade de terapia intensiva. A fala abaixo ilustra bem a abordagem do significado desta categoria:

Aqui eu aprendi tudo que eu não aprendi na minha faculdade, porque só a gente vivenciando a prática que a gente sabe, que a gente conhece. Quando você sai da faculdade, você acha que sai sabendo, assim, muita gente acha que sai não sabendo nada, mas tem gente que, se passou uma sonda, eu já sei tudo. Aqui você vive experiências que você jamais imaginou viver (Entrevistada 8).

Como nos mostra a fala anteriormente apresentada, a formação profissional dos enfermeiros, em concordância com Silva et al. (2012), prepara-os, de forma generalista, para a realidade de trabalho, com um ensino tecnicista e de conteúdos desconectados, feito, em muitos casos, de forma ainda vertical e descontextualizada. Assim, Silva et al. (2010) nos alertam em seu estudo que este tipo de formação não coloca os enfermeiros em contato com a pluralidade de situações que podem ser vividas no cotidiano de trabalho, ainda mais em se tratando de uma complexa unidade de terapia intensiva.

Fica muito marcante nas falas das entrevistadas a importância da UTI como formadora do seu profissional, seja como complementação da sua graduação, ou como incentivo para continuar a estudar, a aprender, a se aperfeiçoar. Esse fato é tão importante, que tanto as enfermeiras que iniciaram sua prática na UTI há mais de 15 anos como aquelas que têm apenas cinco meses de vivência percebem o papel de escola exercido por este setor no cotidiano. Fato apontado por mais esta fala:

Mas todas as vezes que eu chegava e perguntava porque isso, sempre vinha uma pessoa que me explicava é por isso, isso e isso. E isso foi me empolgando, entendeu? Aí, eu comecei a perceber que aquilo ali tava pouco. Só de chegar e olhar, e perguntar como é que é. Eu queria saber mais, então eu pedi, eu fui estudar fora, eu fiz estágio fora, eu fui ao Rio, entendeu? Eu fiz muitos estágios, fui conhecer outros serviços, entendeu? (Entrevistada 1)

Reforçando o que foi expresso na fala anterior da entrevistada 1, trabalhos como o de Silva e Ferreira (2011b), Silva, Campos e Pereira (2011) apontam um acrescentar constante de tecnologias tanto materiais como de conhecimentos dentro do ambiente da UTI, sendo assim, faz-se necessário um sempre aprender, um sempre ter que saber, que, em análise, acaba por ser uma imposição do modelo racional tecnicista que vigora neste local de trabalho.

Ser uma enfermeira no cotidiano de uma UTI passa pelo aprendizado constante, pela busca infundável e quase que obrigatória do saber mais. Busca essa que se origina da vivência cotidiana e das exigências percebidas neste cotidiano. Isso é um elemento formador da enfermeira, que expressa na UTI o seu ser profissional. Contudo, esta busca é puramente acadêmica, voltada para as finalidades da UTI, exigência talvez do caráter racional moderno, produtivista e objetivista do ter que, neste caso, salvar vidas.

Esta característica é bem definida por Maffesoli (2008, p.32), quando ele afirma que “[...] no racionalismo é bem isso: um extraordinário fechamento sobre si mesmo, uma energia que é dispensada e empregada de maneira unicamente interna”. Tal fato não implica dizer que esta busca é ruim, muito menos desnecessária, apenas perceber que o porvir do ser enfermeira no cotidiano da UTI é aprender para trabalhar: trabalhar melhor, trabalhar condizente com os preceitos nos quais estão inseridas.

O aperfeiçoamento, o estar ciente do que é mais novo e atual em relação a conhecimentos científicos também é parte de ser enfermeira no cotidiano da UTI, mas também é uma característica do racional, que impõe aos que trabalham sob suas égides essa dura rotina do aprender. Só que as enfermeiras sabem, gostam e consideram isso um elemento motivador para seu trabalho na UTI. As falas abaixo emolduram esta conjuntura.

Esta luta, eu gosto de desafio, eu gosto do que é novo, eu gosto de estar sempre procurando aperfeiçoar, eu gosto de novidade. Não gosto de mesmice não. E aqui não existe isso(Entrevistada 1).

[...] aprendi muito, e daí você começa a ter que buscar também, porque a gente vem pra cá e, apesar de já ter um ano trabalhando na casa, mas, aqui dentro, as coisas são bem mais complexas, né,

então você começa a buscar mais conhecimento e tal, então eu acho que foi muito bom (Entrevistada 2).

Temos que estudar, temos que estudar e temos que praticar uma terapia intensiva (Entrevistada 4).

Dos trechos acima, as palavras “luta” e “desafio” da primeira entrevistada; o final da fala da segunda: “eu acho que foi muito bom” e a fala incisiva da entrevistada quatro: “temos que estudar” ilustram bem a questão debatida, que, apesar de ser uma exigência moderna da UTI e ser vista como algo, muitas vezes, difícil e obrigatório, as enfermeiras, no cotidiano da UTI, sentem prazer, motivação e estímulo neste aperfeiçoar constante e quase obrigatório.

Assim, ser enfermeira, no cotidiano da unidade de terapia intensiva, é estar em constante aprendizado, buscar conhecimento científico que torne a prática cada vez mais otimizada, capaz de conferir ao enfermeiro uma capacidade produtora cada vez maior e melhor, tornando-o um profissional moderno, polivalente, capaz de dar conta de muitas das fases produtivas dentro de uma unidade de terapia intensiva.

Contudo, talvez sejam essas características que tornem a enfermeira, no cotidiano da UTI, uma profissional de tamanha relevância, pois sua busca por conhecimento a habilita a intervir em muitas das situações da UTI. Conforme afirmam Silva, Campos e Pereira (2011), que apresentam o enfermeiro da UTI como detentor de conhecimentos que o habilitam a lidar com novos saberes e aparatos modernos e avançados.

O expressar deste conhecimento também pode vir a ser justificativa desta constante busca por aprendizado. A pesquisa feita por Backes et al. (2012) revela que, no cotidiano da UTI, o enfermeiro participa ativamente da tomada de decisões em vários âmbitos (sejam assistenciais ou administrativos), na formulação de normas e condutas, no gerenciar de toda a equipe de enfermagem, entre outras decisões.

Pensamento este, reafirmado na fala de outra entrevistada.

[...] cada dia querendo aprender mais, chego em casa, sempre to lendo, sabe? Então assim, depois que eu vim aqui pra dentro do setor, pra mim, foi um estímulo muito grande em relação à enfermagem, que eu estava um pouco desanimada com a profissão (Entrevistada 5).

Logo, para se envolver em todas estas atividades e executá-las com seriedade e competência, a enfermeira necessita acumular uma ampla variedade de conhecimentos. Estes fornecem um arcabouço de saber que respalda esta profissional a se envolver em todas as tarefas com conhecimento de causa, e não meramente como uma cumpridora de tarefas.

Por conseguinte, é visível no cotidiano da UTI que a enfermeira aprende muito sobre si e sua profissão, seja este aprendizado por imposição do vivido racional da UTI, ou necessidade de conhecer mais e melhor, para expressar sua prática, ou por outro motivo. Assim, torna-se perceptível e inegável que o viver diário da unidade de terapia intensiva é repleto de um aprender que é integrante do cotidiano.

No tocante ao papel de escola da UTI no cotidiano da enfermeira, ainda existe outro aspecto que tem seu aprendizado facilitado pelo viver deste ambiente. Trata-se do aprender a lidar com emoções, principalmente nas situações extremas que podem ser vivenciadas neste setor. Contudo este aspecto será abordado mais adiante, devido a sua similaridade mais contundente com outra categoria deste estudo.

Outro ponto relevante, observado nas entrevistas, e que, da mesma forma, vem a formar a práxis foi a questão do *status* profissional. Em suas falas, as entrevistadas revelaram o viver cotidiano de um *status* diferenciado dentro da UTI, o qual as coloca em um patamar de ser uma profissional e uma pessoa diferenciada entre seus iguais de profissão.

Com o evoluir de todo o processo de trabalho e das relações trabalhistas, aqueles que, antes, eram mão de obra e viviam motivados por um salário passaram a almejar mais do que o simples pagamento em moeda. Assim o *status* profissional passou a fazer parte do contexto de trabalho.

Devemos entender por *status* um reconhecimento, ser notado por aquilo que faz, em geral, por ser uma tarefa executada de maneira primorosa, qualitativa ou

quantitativa, mas sempre sob os dogmas do produtivismo moderno, aquele que produz mais é melhor. Ou por ser uma tarefa com exigências tão complexas que poucas pessoas se propõem a realizá-las. Este seria o caso de ser enfermeira no cotidiano da UTI.

Ser enfermeira no cotidiano da UTI é viver um *status* profissional, ser reconhecida entre seus pares ou não, por desempenhar uma tarefa diferenciada, algo que poucos querem ou têm aptidão para fazer. É estar em foco, ser notada, elogiada e até mesmo requerida por outros para desempenhar suas atividades profissionais.

Para estas enfermeiras, a UTI é a possibilidade de conseguir a notoriedade pelo que são e pelo que têm a capacidade de fazer e produzir. No contexto de desvalorização do profissional enfermeiro, a unidade de terapia intensiva é o lugar onde se é valorizado. A UTI possibilita à enfermeira alcançar um *status* diferenciado, que talvez, em nenhuma outra área de atuação da enfermagem, possa se almejar.

Pode-se constatar isso por meio das seguintes falas:

Nossa, olha, deixa eu te falar, é uma valorização muito grande, assim, eu trabalhei em maternidade dois anos e caí no CTI, são trabalhos totalmente distintos. Igual, eu falo que é dentro do CTI que eu me descobri, porque é um trabalho que você se sente valorizado [...] (Entrevistada 5).

[...] a gente sente, sente que muitas vezes é solicitado, sente que muitas vezes a gente é atendido [...] (Entrevistada 6).

Inicialmente Shimizu, Couto e Merchan-Hamann (2011) indicam que este *status* vivenciado pelo enfermeiro no cotidiano da UTI surge da visão e da noção que se tem deste setor. Segundo os autores, a visão de que a UTI é o setor mais importante dentro de um hospital já é propiciadora de um *status* para quem trabalha dentro dele. Agregado a isso, a relação: situações de trabalho *versus* o frutificar do trabalho também é um gerador de *status* para o enfermeiro que vive seu cotidiano neste setor.

As unidades de terapia intensiva são os setores com a responsabilidade de assistir as pessoas com as maiores complicações e riscos de vida, o que propicia ao

enfermeiro ser o responsável por um cuidar complexo e altamente qualificado. Só este fato em si, segundo Vargas e Ramos (2010), já é propiciador de um *status* para o enfermeiro.

Conseqüentemente, se somarmos a esse fato o frutificar desse cuidado, com resultado de melhora, cura e alta da UTI, em muito, devido ao atuar do enfermeiro, este *status* toma proporções maiores e mais satisfatórias (MARTINS et al., 2009; SILVA; FERREIRA, 2011c). O relato abaixo aponta o desenvolvimento profissional alcançado:

[...] assim, posso te afirmar que eu cresci assim uns 200 por cento. Já sei lidar com as situações, se um paciente para, é outra coisa entendeu? Porque você está vivenciando aqui diariamente, então assim, profissionalmente, um crescimento muito grande. Pessoalmente, um crescimento também pessoal [...] (Entrevistada 8).

Assim se começam a perceber quais são as origens deste *status* relatado pelas entrevistadas. O setor em si já fornece a seus profissionais um “ser mais importante”, a especificidade do serviço ali desempenhado também, acrescida do perceber mais de perto os frutos, os resultados do seu trabalho.

A participação efetiva dos enfermeiros nas mais diversas situações na UTI, bem como o fato de suas opiniões serem levadas em consideração nas tomadas de decisão, torna-se fato gerador de importância e reconhecimento para este profissional (BACKES et al., 2012). Assim a enfermeira deixa de ser uma mera executora de tarefas, como apontado em trabalhos citados no referencial teórico, e passa a ser sujeito ativo no cotidiano da UTI, participando e se envolvendo ativamente.

Corroboram com essa afirmativa Vargas e Ramos (2010), ao ressaltarem que o atuar com elementos como a complexidade dos pacientes, aparelhos e equipamentos de ponta, tecnologias de conhecimento inovador, assim como o fato de a enfermeira vivenciar de perto a dor, a morte e o sofrimento de outras pessoas, é valorizado por aqueles que não estão inseridos neste contexto.

Esta profissional também é considerada possuidora de qualidades como: raciocínio rápido, frieza de decisões em momentos críticos, controle emocional para lidar com situações conflitantes, capacidade de gerir e orquestrar uma equipe em

situações de urgência e emergência, conforme apontam Silva e Ferreira (2011b), Vargas e Ramos (2010). A fala abaixo exemplifica esse pensamento:

Eu acho que é um, uma posição das mais importantes, sem menosprezar nenhuma das outras... Às vezes, a gente, né, por trabalhar em terapia intensiva, a gente é solicitado a prestar auxílio em outros setores, porque eles julgam que a gente é mais completo: “Ah não, paciente grave é com vocês!” Então, às vezes, me chamam para ir em outros andares prestar um socorro, às vezes até puncionar uma veia que o médico não consegue passar um acesso central, você chega lá e consegue resolver a situação. Então você se vê mesmo como um profissional assim, muito completo. (Entrevistada 3).

Esse ser reconhecida, ser valorizada, ter um *status* diferenciado, que foi ilustrado pelas falas, também se estende para fora do contexto hospitalar e reflete na vida pessoal destas enfermeiras, agregando em um ambiente social distinto da unidade de terapia intensiva uma importância a estas pessoas. Dentro do contexto social familiar do enfermeiro, este *status* pode ser notado e ele acaba tendo uma posição diferenciada por trabalhar em uma UTI.

[...] quando alguém tem algum problema na família, a primeira coisa que faz é ligar pra você: “Oh fulana, tá acontecendo isso e isso, então, né”. Os meus filhos, eles sentem muito orgulho de mim porque eu sou enfermeira, eu acho legal isso, né, então assim, ele tem orgulho de contar pros amigos que: “Minha mãe é enfermeira, trabalha no CTI [...]” (Entrevistada 2).

Por que querer *status*? Por que querer ser notada, apontada como diferenciada, como melhor em algo? As falas não deixam claro o porquê, ou mesmo, se existe um motivo. Basta compreender que ser enfermeira no cotidiano da UTI é poder ser diferente, ter seu papel como profissional reconhecido de forma como poucos outros enfermeiros o são. É o que Maffesoli diz do cotidiano no pós-moderno, feito de tudo que a vida tem a oferecer para cada um de nós.

O pensamento maffesoliano aponta o cotidiano de cada indivíduo como plural, diverso e formado pelo vivido de todas as situações, sentimentos, prazeres e desprazeres da vida. Para as enfermeiras da unidade de terapia intensiva, é ter um *status* e poder ser alguém que nem todos podem ser e salvar vidas que nem todos podem salvar.

Não se podem fechar os olhos para a necessidade e o desejo de uma profissão e de seus profissionais em serem reconhecidos pela importância do papel que desempenham socialmente. Os enfermeiros querem ser reconhecidos pela qualidade das atividades que exercem e por serem engrenagem fundamental na máquina da saúde.

Contemporaneamente, é no cotidiano da unidade de terapia intensiva que essa profissão e seus profissionais têm a oportunidade de alcançar este reconhecimento. Têm a chance de ser valorizados, de elevar-se e a sua profissão a um patamar de reconhecimento que é merecido, mas ainda não admitido amplamente pela sociedade e pelos serviços de saúde.

Cabe salientar que, neste sentido, emergiram falas que remetem a uma característica da enfermagem desde seu estabelecimento como profissão: o trabalho em equipe. Este sempre esteve presente no cotidiano de enfermeiros, independentemente do setor em que estes trabalhem, e é alicerce da práxis destes profissionais no seu cotidiano na UTI. Empiricamente, torna-se quase impossível não associar o enfermeiro a uma equipe.

No tocante a este trabalho – mesmo que as enfermeiras estejam inseridas em um ambiente de características tecnicistas, no qual o produtivismo, o racionalismo e o individualismo podem ser percebidos –, vê-se uma luz, uma ponta de coletividade dentro da rigidez racional, pois a valorização do grupo, do social, da equipe esteve presente de forma recorrente na fala das enfermeiras no cotidiano da UTI. Elas, consciente ou inconscientemente, já não aceitam o individualismo como parte do seu ser profissional inserido neste setor. Isso se pode perceber nesta fala:

A gente forma uma equipe, a gente forma uma equipe, um entendendo o outro nas suas dificuldades no seu trabalho .(Entrevistada 4).

Seja dentro de uma divisão de categorias inerente à enfermagem, como a do auxiliar, do técnico e do enfermeiro; seja dentro de uma divisão classista profissional como o médico, o fisioterapeuta, o psicólogo e o nutricionista; a enfermeira que atua em uma UTI sabe a importância da equipe, do social no cotidiano vivido deste setor, e mais, sabe seu papel e sua importância neste contexto social.

Estudos como o de Martins, Robazzi e Bobroff (2010) chamam a atenção para essa questão, dizem que o trabalho em equipe para a enfermagem deve ser entendido sobre muitos contextos, ou aspectos, que podem ser sociais, culturais e até mesmo econômicos. Ainda Martins e Robazzi (2009) complementam este pensamento quando dizem que o trabalhar em equipe pode vir a ser um dos pontos mais importantes da atuação da enfermagem. A enfermeira no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva tem consciência disso

Martins e Robazzi (2009) apontam como parte dos resultados de sua pesquisa que o trabalhar em equipe na terapia intensiva exige características sociais imprescindíveis, como: coletividade, cooperatividade, compromisso e responsabilidade. Pelas características da UTI, como a alta complexidade, a mecanização e o grande volume de serviço, mostra-se relevante que este trabalho em equipe seja harmonioso, que exista uma união entre as partes, e que, toda a equipe seja comprometida com as tarefas. Visto na fala abaixo.

[...] então, pra mim, é essencial uma equipe que converse entre si, desde o técnico ao auxiliar, até o médico é essencial. Ajuda o setor, o paciente, a gente mesmo, então, pra mim, é essencial [...]
(Entrevistada 8).

Os resultados desta pesquisa são muito semelhantes aos encontrados por esses estudos, como pode ser constatado nas falas abaixo:

Olha, vou te dizer que eu gosto bem de trabalhar com as mesmas pessoas porque você vai conhecendo, vai vendo o jeito de cada um, você vai vendo os defeitos de cada um, você vai aprendendo a lidar com cada um melhor do que quando você cada hora você tá com uma equipe, então, assim, eu gosto bem de trabalhar com um grupo mesmo fechado. E, quando chega um novato, aí tem todo um processo de acolher [...] (Entrevistada 5).

Equipe, ter senso de equipe, senso de equipe eu coloco muito para os meus alunos, porque a gente trabalha com aluno, academia aí que eu mexo muito, pós-graduação e tal, que trabalhar em equipe não é só pensar em enfermagem como equipe não, é chamar o fisioterapeuta pra responsabilidade dele, o médico, o fonoaudiólogo, psicólogo e tornar todo mundo parte daquele meio ali, daquela engrenagem entendeu? (Entrevistada 3).

Nessas falas, percebe-se que, embora este ser social do trabalhar em equipe seja desejado pela enfermeira como um agregar de valores pessoais, como um viver em sociedade, ele tem também uma função muito prática e operacional, que é a de facilitar a resolubilidade das dificuldades do serviço do cotidiano da UTI. Martins e Robazzi (2009) apontam esta mesma concepção em seu estudo.

Martins et al. (2009) apontam este lado mais prático do trabalho em equipe, quando esclarecem que como líder da equipe, muitas vezes, cabe à enfermeira a utilização desta equipe para otimizar todo o andamento do serviço. O que também pode ser observado nos depoimentos obtidos nesta pesquisa.

Assim, percebe-se o quanto a enfermeira que vive o cotidiano da UTI pensa no coletivo e vive o coletivo. No pensar maffesoliano, este coletivo é matéria-prima para a formação do ser e de sua vivência, que vem das interações e relações desenvolvidas no social, e não como um ser isolado.

A fala abaixo consegue apontar o viver destas reflexões no cotidiano da UTI.

[...] tenho uma abertura muito grande com os técnicos de enfermagem, com os psicólogos, com os fisioterapeutas, é a gente, na verdade, tem um relacionamento muito aberto a questionamentos [...] a gente tem uma paridade muito grande, a equipe entende a posição do enfermeiro, aceita o enfermeiro com chefe da equipe [...] (Entrevistada 6).

Para ilustrar o contexto apresentado pelas enfermeiras no tocante ao trabalho em equipe e sua importância, pode-se utilizar das palavras de Maffesoli (2010b, p. 64): “Percebe-se que a sociedade não é apenas um sistema mecânico de relações econômico-políticas ou sociais, mas um conjunto de relações interativas, feito de afetos, emoções, sensações que constituem, *stricto sensu*, o corpo social.”

Seja pelo prazer do estar junto, caracterizado na sociologia do cotidiano, em que o que se vive neste estar junto é fundamental para a construção de quem somos neste cotidiano, seja pelo pensamento de resolubilidade e agilidade do serviço, ou ainda como característica própria da profissão enfermagem, é evidente que o trabalho em equipe é sim primordial para a enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva. E, sendo primordial, é valorizado e desejado por estas profissionais.

Com base nas falas formadoras desta categoria, surgiram, com força, algumas que também têm um grande apelo da sociologia do cotidiano. Elas se valem do “estar junto” de que Maffesoli tanto fala, dos porquês que constroem o que somos, o que sempre mostra o quanto o serviço do enfermeiro e a profissão enfermagem é plena em elementos relativizadores.

Trata-se do estar mais próximo, do estar junto daqueles que, pelas vicissitudes da vida, dependem do trabalho do enfermeiro no ambiente da unidade de terapia intensiva. Para a práxis de ser enfermeira no cotidiano da UTI, é importante, é necessário estar junto e bem próximo dos pacientes que ali estão internados. Assim como o trabalho em equipe, o estar junto é inerente à constituição da enfermagem como profissão e assim vem se perpetuando na história da enfermagem e do profissional enfermeiro.

Logo, dentro da UTI, as enfermeiras valorizam ainda mais um estar junto, como mostra este depoimento:

Eu sempre visualizei trabalhar em unidade de terapia intensiva, olhando mais pelo cuidado que a gente presta, que é a oportunidade que a gente tem de ter um cuidado mais próximo do paciente, que, muitas vezes, você não tem tanta oportunidade quando você tá em andares, eu acho que a gente acaba tendo um contato maior e, além disso, eu sempre tive o interesse de trabalhar com paciente crítico (Entrevistada 7).

As próprias enfermeiras relatam que talvez seja o local onde o contato entre as duas partes – a equipe e o paciente – seja mais visceral. Os motivos para isso são claros e já foram apontados por pesquisas como a de Campos e David (2011). Um deles é o fato de a unidade de terapia intensiva ser um setor fechado, no qual a

capacidade de ir e vir de pacientes e enfermeiros é limitada; daqueles, devido a suas condições clínicas e destes, pelas necessidades do setor, como a constante observação dos pacientes e a observação das normas de prevenção de infecções.

Logo, este contexto propicia a criação de vínculos entre essas duas partes, que, cotidianamente, vivem e convivem juntas nas 24 horas do dia, durante todo o tempo de permanência do paciente na unidade de terapia intensiva. Essa convivência nem sempre é harmoniosa, Campos e David (2011) e Martins e Robazzi (2009) apontam isso, mas é necessária e consegue trazer ao profissional de enfermagem sentimentos de prazer e satisfação. Como podemos ver nas falas abaixo:

Porque você acaba se relacionando mais com o paciente, interagindo mais com o paciente, então você acaba tendo o compromisso de ver, de fazer um bom trabalho, porque, no final, você quer ver o paciente bem (Entrevistada 1).

É muito bom, você fica mais próximo do doente, digamos assim, você fica mais próximo (Entrevistada 4).

Maestri et al. (2012) ressaltam que esse ambiente das Unidades de Terapia Intensiva nas instituições é uma necessidade e faz parte de um processo de acolhimento e humanização, o que, para as enfermeiras e para os pacientes, surge como um vínculo, por vezes obrigatório e conflituoso, mas repleto de positivities. Justamente por serem ambientes onde imperam algumas das características do racionalismo.

A objetividade racional produtivista de uma UTI, por vezes, pode levar as enfermeiras a se esquecerem, como é comum a estas características modernas, de que são pessoas que estão ali e de que estas pessoas têm suas necessidades subjetivas. Por isso há necessidade de se humanizar o ambiente da UTI, uma vez que todos os ocupantes daquele ambiente são seres humanos, com suas necessidades peculiares.

Assim pode-se inferir que este estar próximo pode vir a satisfazer deficiências tanto da equipe profissional quanto dos pacientes. Pois qualquer que

seja a interação social, ela agrega, acrescenta e modifica ambas as partes envolvidas.

Essa proximidade que remete a um contexto do estar junto, do devir do outro, do relacional e do orgânico, como visto nas falas acima, pode também ter um aspecto produtivista, de objetivismo, de facilitar a execução do cuidar. Mas, mesmo assim, não deixa de ser uma interação, não deixa de carrear consigo elementos que *a priori* podem ser imperceptíveis, conforme expressa a fala a seguir:

Aproximação, quanto mais próximo do paciente você está, você vai minimizar o caráter dos riscos que você tem com o seu paciente, então quanto mais próximo da terapia intensiva, indica que você tem uma aproximação muito grande... isso traz uma aproximação muito grande e respostas muito rápidas, em qualquer momento de uma fibrilação, em qualquer momento de uma taquicardia, que aquele paciente tá evoluindo, em qualquer momento você está próximo ao paciente, então essa aproximação é muito interessante, traz respostas imediatas,... essa aproximação que você tem com ele e que te permite uma resposta imediata, te permite uma ação imediata, né, minimizando riscos de morte, minimizando risco, qualquer tipo de risco que possa vir a esse paciente... É sempre estar no box, é estar perto, no leito do paciente, ao alcance de suas mãos, então qualquer intervenção, qualquer alarme que vai tá soando por causa de uma hipotensão, o alarme que vai tá soando por uma taquicardia, uma fibrilação que o paciente tá apresentando, isso você tá com uma ação imediata ali (Entrevistada 6).

Visão muito semelhante é apresentada de forma mais resumida pela entrevistada 5:

O cuidado crítico que eu vejo assim... você tá ali o tempo todo, olhando o paciente 24 horas, é holisticamente 24 horas, entendeu? (Entrevistada 5)

Notório fica que, embora de cunho ainda técnico, revestido com o olhar do produtivismo de metas e objetivos, a intencionalidade é de um cuidar que está

presente nas falas das entrevistadas. O objetivismo de suas falas se refere ao relacional e à preocupação de estar junto para propiciar o bem-estar, o cuidado intensivo, é uma forma de se preocupar com o próximo. E não há nada mais relativo, mais sensível do que o estar junto, o que pode ser observado nas falas a seguir:

Então é ter mais responsabilidade, exercitar mais o lado humano, porque são pacientes totalmente dependentes de tudo mesmo, mesmo que estejam lúcidos e orientados, eles dependem de todo mundo pra tomar uma medicação, tomar uma água, comer, tomar um banho, fazer um xixi, tudo. Então é assim, ser mais humano, ter mais responsabilidade [...] (Entrevistada 8).

Eu tenho satisfação, quando a gente consegue fazer o bem para o paciente, é prazer mesmo quando a gente vê um sorriso, você arrancar um sorriso de um paciente. Às vezes, o paciente está deprimido e você chega lá, toca nele, pega na mão dele, ouve ele um pouquinho enquanto todo mundo tá falando, ou ele tá desorientado e tal, mas ninguém se doou um pouquinho, deu dois minutos pro cara, então é prazer, é satisfação, é alegria, bem-estar, a gente se sente bem [...] (Entrevistada 3).

Praticar o exercício de romper com o reducionismo para enxergar o que ele escondeu e esconde até hoje, ou seja, o orgânico, o intencional, o afetivo, que pode existir neste estar junto, muitas vezes, objetivado por preceitos normativos. O tecnicismo esconde, nega, mas não impossibilita estas características de afeto, sensíveis e fundamentais deste estar junto. O estar próximo do paciente é parte crucial de ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva. É parte determinante do cuidar neste ambiente, cuidar que será referenciado mais adiante em outras falas.

Os depoimentos aqui apresentados começaram a elucidar sobre o ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva e suas práxis, mas estão longe de ser um resumo acabado destes elementos. Sua maior contribuição talvez tenha sido o privilégio de mostrar uma capacidade sem precedentes deste ser enfermeira e de sua práxis. A capacidade que a enfermeira tem de, no seu cotidiano

dentro da unidade de terapia intensiva, transitar, sem problemas, entre os preceitos distintos do redutor, objetivo e científico e do sensível, orgânico e relativo.

É a capacidade de ser objetiva e produtiva quando isso se faz necessário, mas também a capacidade de falar, escutar, compreender, tocar, sentir o humano de quem ela cuida. Valorizando assim elementos relativizadores, mas que não são novos nem inéditos, pois alguns desses elementos são inerentes ao cerne da enfermagem como profissão.

Esta práxis que aqui se mostra em pequenas nuances tem a capacidade de apontar o quão importante é o papel das enfermeiras dentro das Unidades de Terapia Intensiva, da mesma forma que estas unidades são significativas para estas profissionais. O significado de trabalhar com toda a complexa vivência do cotidiano da UTI ajuda a construir, em contorno ainda não muito bem definido, o que é o ser enfermeira em uma unidade de terapia intensiva.

4.20 “TER QUE FAZER” EXPRESSO PELAS TECNOLOGIAS, NORMAS E ROTINAS E O SER ENFERMEIRA NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

*“Pane no sistema, alguém me desconfigurou
Aonde estão meus olhos de robô?
Eu não sabia, eu não tinha percebido
Eu sempre achei que era vivo
Parafuso e fluído em lugar de articulação
Até achava que aqui batia um coração
Nada é orgânico, é tudo programado
E eu achando que tinha me libertado
Mas lá vem eles novamente
E eu sei o que vão fazer:
Reinstalar o sistema”*

(Admiravel Chip novo – Pitty)

Partindo-se do pressuposto de que a unidade de terapia intensiva é um ambiente racional e tecnicista, que adota as características já mencionadas nesta pesquisa, pode-se afirmar que ela impõe às enfermeiras a adoção de práticas e

filosofias próprias desta condição, por um processo natural da vivência cotidiana neste ambiente. Isso traz reflexos no ser enfermeira neste ambiente.

As falas aqui apresentadas ajudam na visualização destes possíveis reflexos, ou seja, o que afirmado acima era pressuposto, o que, no referencial teórico desta pesquisa, era possibilidade, agora tende a se tornar uma constatação, uma realidade percebida e relatada do cotidiano do ser enfermeira na unidade de terapia intensiva.

Toda a pressão exercida por uma revolução industrial crescente e massificante, o dogma da acumulação de capital e do que hoje é conhecido como capitalismo formaram, nas mais diversas camadas sociais, um pensamento que hoje se denomina como forma de pensar funcionalista e que influenciou a enfermagem como profissão e tem seus reflexos percebidos no momento atual.

A enfermeira, no cotidiano da terapia intensiva, tem incorporado na sua prática diária um preceito herdado dos tempos fabris, em que, sem qualquer motivação, além da subsistência, os trabalhadores tinham que ser e que fazer sempre mais, dar conta de uma produtividade cada vez maior. Isso pode ser percebido nos depoimentos das enfermeiras, ou seja, há, no cotidiano do enfermeiro na unidade de terapia intensiva, um ter que ser e fazer que vem de tempos antigos. As falas a seguir demonstram isso.

A única coisa que me faz sair chateada é quando eu quero alcançar um objetivo e não alcanço, mas eu luto pra alcançar, e eu só desanimo quando eu alcanço, então dificilmente eu saio do meu plantão sem alcançar, porque eu não saio se eu não alcanço. A única coisa que eu aceito é com relação a eu estou lutando com o paciente e ele foi ao óbito. Perdi! É a única coisa que eu aceito (Entrevistada 1).

De repente você troca o paciente, faz alguma coisa com mais voracidade, pra ganhar tempo, porque aqui tem muito disso, ganhar tempo, é muita coisa pra fazer (Entrevistada 8).

As falas acima ilustram bem este ter que ser e que fazer, mostram muito claramente como a enfermeira no ambiente da UTI possui uma mentalidade produtivista, de cumprir a tarefa, dar conta do serviço. A mentalidade de ter uma

meta a ser cumprida, a ser produzida, assinalando seu passado e presente funcionalista. Presente este que é tão marcante que interfere até mesmo na percepção autorreferida da qualidade do serviço deste profissional.

No que tange a essa temática, a entrevistada 2, questionada acerca da sensação “de faltar algo”, embora se tenha feito o que era possível no plantão, responde:

Fica. Fica sim. risos, risos. Fica a sensação de estar deixando algo para trás. Algo sem fazer (Entrevistada 2).

Buscando um aprofundamento maior sobre esta sensação, indagou-se se a entrevistada saberia dizer por que este sentimento fica presente, embora tivesse a certeza de ter feito o possível:

Não, eu não sei. Eu não sei se é responsabilidade talvez, que a gente tem de tá deixando tudo mais ou menos, né, correto pra, pro decorrer do outro plantão. Eu não sei te falar exatamente porque, mas eu sei que fica (Entrevistada 2).

Percebendo que ainda havia algo a ser dito por essa entrevistada, o pesquisador deu continuidade a essa temática, lançando novamente a pergunta: “Mas, mesmo assim, você tem este sentimento?” Ao que ela respondeu, mostrando com mais profundidade o conteúdo de seus pensamentos acerca disso:

Tenho, sei que fiz tudo que podia mais fica. Semana passada, não, hoje é segunda, não, hoje é quarta, na outra segunda há 15 dias atrás, eu trabalhei e teve um plantão mais ou menos assim, que é... não deu pra fazer tudo que precisava, porque tava com falta de funcionário, eu tô com dois funcionários de licença médica, então, assim, trabalhei com um plantão com falta de funcionário, um plantão muito corrido, eu não tive tempo nem de sentar pra fazer um lanche, pra você ter uma noção. Eu sei que eu fiz tudo o que eu podia, mas eu sai daqui de manhã assim, sabe? Com aquele desejo de que se eu pudesse voltar mais uma horinha pra tentar terminar o que precisava, ao mesmo tempo você tá com vontade de ir embora, né,

porque você já tá cansado, mas ficou alguma coisa pra trás. É muito ruim, é uma sensação meio estranha (Entrevistada 2).

Em analogia, por alguma semelhança, não se pode deixar de comparar o sentimento dessa enfermeira com o de um funcionário fabril do início da Revolução Industrial, que tinha que dar conta de todo um serviço, custasse o que custasse. Em relação às enfermeiras, podemos notar pelas falas que existe uma agravante: enquanto o funcionário fabril se preocupava com uma única função, como retratado no clássico do cinema mundial “*Tempos Modernos*” de Charles Chaplin, a enfermeira da unidade de terapia intensiva tem que executar suas tarefas, além de “ser referência” para outros serviços: vigiar, tomar conta e ajudar outros a resolverem suas funções.

Este ter que ser pode ser traduzido pela expressão “pau para toda obra”, ou seja, o profissional de enfermagem no cotidiano da UTI tem que ser responsável por todas as tarefas, sejam elas de sua competência ou não. Questiona-se, assim, o porquê deste ter que ser. Porque adotar esta postura? O depoimento a seguir esclarece isso.

[...] a gente acaba sendo tudo num CTI, não só no CTI, mais em qualquer outro lugar que o enfermeiro trabalhe, quem trabalha na área sabe disso, então você acaba tendo que ver tudo da parte burocrática, de funcionamento do setor de um modo em geral, equipamento, vê tudo quando tá trabalhando, até de higiene e limpeza (Entrevistada 7).

Este sentido de ter que ser e, por conseguinte, o de ter que fazer, ter que dar conta de todos os afazeres que lhes são atribuídos não podem nem devem ser justificados apenas por características da forma de pensar funcionalista e tecnicista. Existem muitos outros fatores que valem como explicação para estas posturas adotadas pelas enfermeiras no cotidiano da UTI.

Aguiar et al. (2012) ressaltam que este ter que ser e fazer é algo inerente à formação do enfermeiro, pois, na constituição desta profissão, esta forma de pensamento já estava presente e vem se perpetuando na formação acadêmica do

enfermeiro, através de uma constituição tecnicista, em que o cumprir de tarefas e técnicas é preconizado e valorizado.

Acrescenta-se a este pensamento a busca, de origem histórica, por um reconhecimento no meio em que este profissional está inserido, que também serve de propulsor para este ter que ser e fazer. Martins, Robazzi e Bobroff (2010) apontam que é através do cumprimento de tarefas que o enfermeiro consegue ser reconhecido e valorizado, que é sendo e fazendo de tudo um pouco que este profissional consegue alcançar algum reconhecimento entre seus pares e pela sociedade. A fala que se segue reafirma essas colocações.

Com uma sensação que eu deixei alguma coisa pra trás, eu vou embora com esta sensação. Eu falo: “Gente ficou isso, ficou aquilo”. Só que, na hora de passar o plantão pro colega: “Ó Colega, né, a gente sabe que é uma continuidade, mas ficou isso sem fazer, você desculpa”. Mas tá aqui aquela sensação do dever não cumprido, mais ou menos isso. E a gente vem pra cá com a intenção de fazer tudo o que você precisa, né, e de resolver todos os pequenos probleminhas que vão surgindo e tal, mas o dia que não dá é uma sensação ruim, de dever não cumprido mesmo (Entrevistada 2).

Assim, tem-se um setor repleto de incumbências de ordem técnica, de múltiplas tarefas a serem cumpridas, de organização difícil devido à complexidade dos pacientes, das situações vividas, dos equipamentos utilizados e a enfermeira como uma profissional que necessita cumpri-las para ser notada. Somando-se estes dois elementos, temos como resultado esta postura de “ter que ser e fazer” da profissional enfermeira.

Shimizu, Couto e Merchan-Hamann (2011), Vargas e Ramos (2010) expõem em seus trabalhos que a conformação que apresentam as unidades de terapia intensiva pode ser causadora deste modo de agir e de pensar dos enfermeiros, como dito anteriormente. São locais com grande volume de serviço, grandes exigências técnicas, que necessitam de um profissional que consiga abarcá-las como um todo, o que justifica a colocação feita pelas entrevistadas nas falas anteriores.

Ou seja, toda a conformação já apresentada por esta pesquisa com relação às unidades de terapia intensiva é motivadora desse ter que ser e fazer, e não se pode negar que este é de cunho tecnológico, pois são formas de satisfazer as necessidades de um produzir.

Toda esta conjuntura do ter que ser e fazer está, de certa forma, impregnada no profissional de enfermagem, de tal forma que, por vezes, este nem se dá conta desta sobrecarga de afazeres, uma vez que isso se tornou algo inerente a ele. Observe-se a fala a seguir:

[...] eu quero saber, eu quero conhecer, porque eu acredito que, no meu setor, eu tenho que dominar tudo, porque a referência aqui, pelo menos durante o meu plantão, é o enfermeiro. Então é todo mundo, é higiene e limpeza, é o fisioterapeuta, é o médico, é o técnico, então todas as pessoas vão vir direto em você, serviço social, psicologia que aqui a gente trabalha. Então todo mundo é essa referência, então, se você não estiver por dentro de tudo que acontece, o setor vai passar, a assistência vai passar e você vai ficar alheio [...]
(Entrevistada 5).

Assim se desenha um perfil, o de ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva. Um perfil que, embora não o seja em sua totalidade, acaba por ganhar contornos funcionalistas, racionais, objetivistas e produtivistas, pois é assim que a enfermeira acaba por se expressar neste ambiente. Este perfil foi apontado nos seguintes depoimentos:

É assim que eu gosto de trabalhar, são pessoas resolutivas, graças a Deus, meus funcionários todos, assim, foram bem selecionados e todos são resolutivos, que é o que a terapia intensiva precisa [...]. A gente tem que ser resolutivo, então, assim, a galera que eu trabalho já tem muito tempo, tem até mais tempo que eu de terapia intensiva. Eu tenho colaboradores aqui de 15, 18 nos de UTI, e parece que os chefes deles aí, os enfermeiros deles não eram muito diferentes de mim e eles já têm, mais ou menos, esse ritmo de resolutividade rápida pronta, porque os nossos pacientes são muito instáveis. E é UTI, cara, é pra isso mesmo, pau no lombo ali toda hora, então eu to

tranquilo com isso aí, eu sei que eu fico taqui, eu quero é resolver, resolver (Entrevistada 3).

Basicamente, o trabalho em terapia intensiva a gente julga necessário muitas vezes pelas ações rápidas. Basicamente, eu acho que o trabalho em terapia intensiva, por ser um trabalho mais intenso [...] (Entrevistada 6).

Com base nessas, percebe-se que a impressão deixada pelos preceitos funcionais e tecnicistas é tão forte que a enfermeira, no cotidiano da unidade de terapia intensiva, estabelece como pré-requisitos para ser uma enfermeira na UTI qualidades de comportamentos super-humanos: dar conta de tudo, saber de tudo, abarcar todas as fases do processo produtivo em saúde na unidade de terapia intensiva, saber o que acontece da hora que chega até a hora que vai embora.

Mas, ao mesmo tempo, ela percebe, por vezes, esta sobrecarga, este “fardo” que ela quer “tirar das costas” e que atrapalha o desempenho de sua profissão; percebe também que este “fardo” não lhe pertence, e, para tal, as responsabilidades têm que ser divididas. Mas a enfermeira no cotidiano da UTI ainda age pouco para dividir o “fardo” com todos aqueles que têm a responsabilidade de carregá-lo dentro da UTI.

[...] não é só pensar em enfermagem como equipe não, é chamar o fisioterapeuta pra responsabilidade dele, o médico, o fonoaudiólogo, psicólogo e tornar todo mundo parte daquele meio ali, daquela engrenagem, entendeu? E, geralmente, quem vai proporcionar isso é o enfermeiro, porque agente vive sobrecarregado, mas também não faz nada pra mudar, então, quando a gente dá um basta naquilo e começa a dividir as responsabilidades, né, e você consegue enxergar isso no seu dia a dia, as coisas começam a ficar mais fáceis. Você tira um pouco o fardo das suas costas e você consegue até desempenhar mais o seu trabalho. Então é você ter este senso de equipe na sua cabeça e, pô, ser águia mesmo, ser esperto pra caramba e saber tudo que esta acontecendo (Entrevistada 3).

Assim, a soma de fatores como as características da profissão enfermagem, as necessidades da profissional enfermeira, sua formação acadêmica, a conformação conceitual das UTIs, suas características de trabalho, entre outras, propicia este ter que ser e ter que fazer, que, no vivido cotidiano do ser enfermeira na unidade de terapia intensiva, é fator componente do objeto deste estudo.

Ainda no tocante às características funcionais do ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva, um aspecto muito evidente é o uso de grandes recursos tecnológicos dentro deste ambiente. Nesse trabalho, não poderia ser diferente. Essa temática é emblemática em seu ser profissional e, por conseguinte, na fala das entrevistadas.

A literatura que comprova que a unidade de terapia intensiva é um ambiente altamente mecanizado e tecnológico é vasta e parte desta literatura foi utilizada como referencial teórico para o embasamento desta pesquisa. De modo geral, o cotidiano dos enfermeiros, com esta mecanização e esta tecnologia, na literatura, é tão ambíguo e dualístico que só mesmo a relativização e a sociologia do cotidiano para percebê-lo em sua complexidade.

Segundo nossas entrevistadas, suas relações com a mecanização e a tecnologia, elementos essencialmente surgidos e fortificados no seio do tecnicismo, são possuidoras de vantagens, desvantagens e de uma humanidade e uma organicidade imprescindíveis para as enfermeiras.

Para nossas entrevistadas, estes dois elementos, a mecanização e a tecnologia, são pilares fundamentais do que hoje se conhece como unidade de terapia intensiva. Muito da capacidade de se salvar vidas na UTI atual é devido a estes elementos: aparelhos como respiradores, desfibriladores, máquinas de diálise e bombas infusoras; acrescidos das tecnologias do conhecimento, procedimentos, normas e condutas de enfermagem cada vez mais modernas e atualizadas. A fala a seguir ratifica isso.

Particularmente, eu adoro, eu acho assim, quanto mais tecnologia tem melhor. Primeiro, que a gente, né, vê aí que os avanços vêm pra proporcionar viabilidade pras pessoas que eram inviáveis, né? Antigamente, aí a gente não fazia massagem cardíaca, só há 60 anos que a gente vem praticando esse tipo de coisa. Ventiladores a gente tem hoje ultramodernos, né, e terapias outras que a gente

institui aí, monitorizações, né, importantíssimas, que proporcionam sobrevida pra quem morreria [...] (Entrevistada 3).

Para estas enfermeiras, no cotidiano da UTI, o uso de máquinas e de tecnologias facilita o seu trabalho, otimiza; significa poder trabalhar mais e melhor, poder cuidar com mais respaldo e ter melhores condições de saber o que se passa com o alvo de suas atenções e intenções: o paciente.

Com certeza, que [a tecnologia] ajuda, ajuda e muito. Olha, vamos supor um aparelho de oxímetro, como é que você vai saber se um paciente tá bem se ele não tá, aí você põe um aparelhinho no dedo do paciente e acabou, você sabe se ele tá com a saturação boa. Às vezes, ele tá passando mal, tá suando, tá tremendo, e você vai lá e vê que o nível de oxigênio no sangue tá bom. Aí você já vai pensando em outras coisas: “vamos fazer uma glicemia”. Às vezes, o paciente tá com uma hipoglicemia, ele tá saturando muito bem, assim, acho que ajuda muito, faz a gente crescer, só vem pra melhorar (Entrevistada 8).

Assim como o trabalho de Schwonke et al. (2011) aponta, constata-se que existe uma correlação muito forte entre o ser enfermeira no cotidiano da UTI e o fator mecânico, tecnológico, que surge como uma maneira de melhor atendimento da profissional às necessidades dos pacientes. Corroboram essa visão Baggio, Erdmann e Sasso (2010) quando indicam que, para as enfermeiras que atuam em unidade de terapia intensiva, os maquinários tecnológicos são, talvez, a principal ferramenta de seu cuidar.

Assim, para ser enfermeira no cotidiano da UTI, a tecnologia, seja ela mecânica ou do conhecimento, torna-se uma extensão de si mesma, um prolongador de sua capacidade de cuidar e um multiplicador no tocante à agilidade, à fluidez, à capacidade quantitativa e à qualidade do trabalho da enfermeira. Com estes elementos, seu trabalho torna-se mais preciso, mais acurado, mais fidedigno a responder às necessidades do paciente (PADILHA; MATSUDA, 2011). A fala seguinte ilustra isso:

É necessário pra diagnóstico rápido, é necessário, na verdade, pra informações precisas em um tempo necessário, porque você, na verdade, tem que ganhar tempo. É um ultrassom rápido no leito, é um equipamento multiparâmetro a sua disposição, te dando valores de saturação de PsO₂, de SO₂ uma PAM, uma pressão invasiva, entendeu? Que, na verdade, te dá uma resposta muito mais rápida que uma pressão não invasiva [...] (Entrevistada 6).

Ainda sobre este aspecto, um fato interessante pode ser observado. Além de atribuir adjetivos ao trabalho da enfermeira, vê-se claramente que o fato em si de se trabalhar com alta tecnologia já satisfaz em muito a enfermeira no cotidiano na UTI, e, neste local, é onde esta profissional mais se satisfaz por encontrar o maior leque tecnológico a sua disposição. Fato bem elucidado e ilustrado pelo estudo de Padilha e Matsuda (2011), bem como pela fala a seguir:

Eu amo tecnologia! Quando vem representante aqui trazendo coisas novas e a gente coloca em teste... mas eu acho assim, a tecnologia, as coisas que estão vindo pra melhorar, pra fazer as coisas mais inteligentes eu acho muito importante, [...] então, assim, a tecnologia vem pra ajudar o nosso trabalho. Eu acho assim excelente, eu sou uma pessoa aberta à tecnologia porque eu acho que só melhora. A instituição informatizou o prontuário, o prontuário é eletrônico, e algumas coisas estão sendo adaptadas ainda, mas assim melhorou muito. Porque eu cheguei a pegar a forma antiga, a gente evolui no computador, tudo no computador, só a checagem que ainda não tá. Então, assim, esta parte da tecnologia também, eu vejo os monitores, os respiradores, cada vez melhorando mais, melhor pro nosso trabalho e melhor pro paciente (Entrevistada 7).

Contudo, como dito anteriormente, a relação cotidiana da enfermeira com a tecnologia é multifacetada, e nem todas estas facetas são bem recebidas ou agradáveis como as mostradas até aqui. Esta faceta adversa, desfavorável do viver cotidianamente com o tecnológico é bem configurada na seguinte fala:

Porque, às vezes, a gente tá tão mecânico que já aconteceu comigo do respirador disparar. Em vez de eu olhar o paciente, eu já olho direto o respirador, entendeu? Você tá tão acostumado e, na verdade, era o paciente, entendeu? Ah! Despertou, você vai direto no equipamento, né. Muitas vezes, você vai e olha e você já chama o médico porque tá taquicárdico, aí você vai ver, na verdade, tava solto o eletrodo, entendeu? Então você acaba ficando muito viciado em equipamentos (Entrevistada 5).

O hábito do costume com o mecânico já é assunto abordado em outros estudos. Marques e Souza (2010) apontam isso quando propõem a reflexão de que, embora auxiliem o serviço da enfermeira, a mecanização e a tecnologia podem afastá-la das relações humanas, tão necessárias no serviço de enfermagem. Mas ainda que isso possa acontecer, fica explícito nas falas que as enfermeiras, no cotidiano da UTI, estão preocupadas e atentas para que isso não aconteça.

Eu evito me acostumar com este aparelho porque, senão, daí a pouco, ele vai alarmar e eu não vou perceber. Então procuro estar sempre atenta, entendeu? Alarmou uma, duas vezes, alguma coisa está errada, porque você acostuma com isso e acaba você não dando a atenção a isso (Entrevistada 1).

Esta mecanização pode ser capaz de forçar ou induzir a enfermeira a se esquecer, ou se distrair de aspectos orgânicos do ser humano que é cuidado. Assim, a enfermeira da UTI abandonaria diretrizes de sentimentos, emoções, valores, crença das pessoas de quem cuida. Isso porque esta mecanização agiliza seu fazer e, nesta agilidade, ela não se preocuparia em parar e atentar-se para estes fatores.

Há mais tempo, Martins e Nascimento (2005) e Oliveira, Collet e Viera (2006) já atentam para isso e ainda acrescentam que a tecnologia e a mecanização podem ser desumanizantes, frias e objetivistas, quando o profissional que as executa se deixa afastar da humanização do atendimento.

Almeida et al. (2009) contribuem para esta reflexão quando dizem que, em alguns serviços de saúde, os pacientes se queixam não da falta de recursos materiais e tecnológicos, mas da falta de atenção e do descuido dos profissionais a

darem ouvidos as suas queixas, as suas dores. Reforçando a ideia de que: o mecânico pode até contribuir para um possível distanciamento entre as pessoas envolvidas no processo de cuidar, mas somente se os profissionais o permitirem.

A percepção das enfermeiras acerca deste assunto indica o quão elas estão atentas às mazelas da mecanização. Elas sabem que existem, não tentam negá-las e, reconhecendo sua existência, esforçam-se para que estas mazelas não se expressem no seu vivido cotidiano na UTI. Ou seja, elas tentam manter uma vigília constante sobre si mesmas e suas equipes para não se tornarem desumanizadas. Como aponta o depoimento a seguir:

[...] só que tem uma coisa, uma contrapartida, atrás da tecnologia tem que ver a parte humana: Será que a gente tá investindo em quem deveria investir? Tem paciente que vem parar na terapia intensiva que a gente fica magoado, a gente que estuda e lê com o que acontece no primeiro mundo, pacientes que são inviáveis, o cara terminal, você não tem que investir em tecnologia para prolongar aquela vida, você provocar e proporcionar um conforto para que sujeito. Você não vai deixar ele sofrer, bota até uma prótese ventilatória, mas esse cara fica junto da família e não na terapia intensiva. Aqui, no Brasil, é comum a gente vê as pessoas serem jogadas na UTI pra ficar longe daquela família, enquanto jovens, adolescentes, acidentados, que teriam viabilidade, que teria que se investir... A semana passada mesmo, morreu um aqui em “nome da cidade”, por conta de falta de vaga, então isso que tá precisando ser trabalhado, não adianta nada a gente ter tecnologia se não tem o bom senso, né. UTI foi feito, não é um lugar pra morrer, é um lugar pra se investir em quem viabilidade, então acho que falta esta sensibilização e preparo também, que as pessoas assim, a gente vê que, eu trabalho em uma outra UTI que, em termos de aparelhagem, de estrutura é a melhor da região, mas não adianta nada eu ter aquilo tudo se os profissionais não sabem mexer naquilo. E isso acontece pra caramba (Entrevistada 3).

Lorenzetti et al. (2012), Schwonkeetal (2011) apresentam uma reflexão que ilustra muita bem este posicionamento das entrevistadas. A reflexão de que todo

este avanço tecnológico aplicado à área da saúde fez insurgir inúmeras indagações sobre sua aplicabilidade e a ética envolvida nisso. Desta forma, surge a questão: até que ponto o humano e as relações sociais podem ser substituídos pela máquina, pelo técnico e pelo tecnológico?

No que se refere a isso, estas enfermeiras, no cotidiano da UTI, já se posicionam e reafirmam, em uma postura sensível, no sentido de que o humano, o orgânico e o social não podem ser substituídos por fios, aparelhos e leituras. Assim, esta humanização que hoje é tão almejada e debatida e que, como se pode ver, na verdade, está sendo resgatada, nunca foi esquecida, nem deixou de ser praticada pela enfermeira na UTI. Apenas foi encoberta e pouco valorizada por imposições de muitas situações, como mostra a fala abaixo:

Eu acho que a gente tem que tá sempre, não esquecer de coisas básicas, deixa eu dar um exemplo com monitorização: Quando dá alguma alteração, alguma coisa muito exorbitante, eu sempre olho, então direciono os técnicos que trabalham comigo pra gente conferir. Olho, ouvido, a técnica realmente, a parte humana, não pode ser substituída, então, assim, a gente sempre, não desconfiando do que tá acontecendo, mas vamos conferir pra ver se é aquilo ali mesmo, então assim a gente não pode deixar a tecnologia trabalhar por nós. Eu acho que a gente tem que ter um meio-termo nisso aí. É importante? É. Ajuda o nosso trabalho? É. Mas você também tem que ter um olhar clínico naquilo ali. Tem que ver se aquilo ali tá correto, se tá fidedigno pra não atrapalhar o seu trabalho (Entrevistada 7).

As falas são capazes de indicar um posicionamento orgânico e relativizado das enfermeiras, pois a importância do ser humano, do orgânico sobre as máquinas e o tecnológico extrapola a intenção do outro, sendo capaz de atingir a intenção de si mesma, como apontam Silva e Ferreira (2011b). Ou seja, as enfermeiras, no vivido cotidiano da unidade de terapia intensiva, reconhecem a importância de sua própria organicidade sobre as máquinas. A ponto de tecerem uma autocrítica sobre si e seus iguais, quando estes se deixam ser tomados pelo mero cientificismo tecnológico, tornando-se apenas operadores de máquinas, frente a toda uma “socialidade orgânica” que pode ser vivida no cotidiano da UTI. Essa atitude de se

deixar ludibriar pelas maravilhas do tecnológico motivou as reflexões propostas por Lorenzetti et al. (2012) e Schwonke et al. (2011) e apresentadas nos parágrafos anteriores.

A fala a seguir corrobora o panorama desenhado.

Aparelhos, ECG, monitor multiparâmetro, balão intra-aórtico que a gente tem aqui, por ser um setor cirúrgico, então, muitos querem aprender aparelhos, e, basicamente, isso é o periférico, de tudo, na verdade, que tem em uma UTI isso é um arsenal periférico, o fator principal que a gente tem aqui é o paciente, é a clínica, e o caráter de estudar o paciente, o que que ele precisa, se ele tá, na verdade, só precisando de uma visita humanizada (Entrevistada 6).

Outra faceta deste viver cotidiano da enfermeira que complementa a discussão estabelecida até aqui nessa temática foi a necessidade de um novo olhar por parte das instituições e seus gerenciadores no que se refere à forma como são inseridas novas tecnologias na UTI. As falas mostram que esta, muitas vezes, não é feita de forma adequada.

Embora, às vezes, a gente tem alguma dificuldade, por exemplo, às vezes, chega algum equipamento novo, nem sempre a gente tem acesso a um treinamento para este equipamento, então, muitas vezes, a gente vai aprendendo com o uso, né. Às vezes, tem um manual que é muito extenso, você não tem tempo de tá pegando aquilo ali e tá lendo. Então essas dificuldades a gente encontra, porque, quando chega um monitor novo, um respirador novo, a gente vai aprendendo assim, com o uso mesmo, com a ajuda de outros colegas [...] (Entrevistada 2).

Por conseguinte, até mesmo as pretensões mais produtivistas do pensamento capitalista moderno são colocadas “por terra”, pois, sem o devido preparo dos profissionais para a utilização destas tecnologias cada vez mais modernas e cheias de recursos, como esperar que elas sejam bem utilizadas? Como exigir que as tecnologias e as pessoas que as manipulam cumpram adequadamente suas funções, atinjam seus objetivos?

Dizer que esta mentalidade adotada, algumas vezes, pelas instituições e seus gestores é de cunho totalmente técnico, no sentido mais fabril e produtivista da palavra, não é leviano. Hoje ela é apenas réplica destes tempos idos, nos quais se exigia dos trabalhadores apenas a prática repetitiva e acrítica da manipulação de seus teares fabris, sem lhes ofertar nenhuma possibilidade de conhecer o mínimo das máquinas que manipulavam.

Tanto as instituições como seus gerenciadores deveriam seguir o exemplo de seus enfermeiros e, adotando uma postura orgânica e humanística, lançar seus olhares para além do mecânico, enxergando as pessoas que, de uma forma ou outra, necessitam deste maquinário para trabalhar ou para viver. Assim, romperiam com este paradigma tecnicista que reina soberano em suas ideologias.

Falta de preparo e, às vezes, de interesse dos gestores, então aí vem da gestão, se o cara te compra um aparelho, né, tem que ser o interesse que todo mundo saiba mexer [...] (Entrevistada 3).

Falar do vivido relacional cotidiano das enfermeiras com toda espécie de tecnologia no âmbito da UTI significa falar de um dos elementos mais fundamentais deste vivido, mas que, nem por isso, deixa de ser pleno de uma sensibilidade inigualável. Basear a análise na Sociologia do Cotidiano e nos dizeres de Maffesoli foi a chave mestra para o entendimento de toda esta complexidade, que, aqui, foi sucintamente apresentada. Negar a importância do tecnológico na UTI e no cotidiano de ser enfermeira seria negar a própria função da enfermeira, pois, como visto, aquele é fundamental, primordial para a atuação desta, bem como a íntima interação entre eles.

Ainda sobre a tecnologia e o ser enfermeira no cotidiano da UTI, mais uma pauta foi alicerçada pelas falas das entrevistas. É a relação que esta enfermeira tem com uma série de normas, rotinas e protocolos a serem seguidos, principalmente dentro desse ambiente.

Maffesoli (2008) explica a disfunção do racionalismo em relação à organicidade, à incapacidade deste racional em entender e se adequar à multiplicidade do momento que surge, apresenta, de forma bem consistente, essa incapacidade. Ele afirma que existe uma pequena correlação entre o individualismo, racionalismo e o dogmatismo, a que chama de sistema.

Quando Maffesoli (2008, 2009) ressalta este dogmatismo, ele diz que o racional redutor se cercou de dogmas e sistemas seguros de si e que não compreendia nada que estivesse fora deste círculo. A justificativa apresentada para esta propriedade, e outras do pensar racional, vem de sua prática produtivista e por suas intenções de ser detentor de todo conhecimento, de todo saber, de classificar e rotular todas as coisas conforme seus padrões.

Assim, estes sistemas podem ser traduzidos em determinações que visam a atingir um objetivo. Passada a fase inicial do que se conhece como tempos modernos, surge uma nova necessidade, a de se produzir mais e melhor. Assim, tendo por base esta necessidade, emergem conhecimentos de como administrar os processos produtivos a fim de torná-los ainda melhores. Surgem as inúmeras teorias administrativas, processos metódicos e científicos de se organizarem os meios de produção.

A enfermagem, neste contexto, como mostram Amante, Rosseto e Schneider (2009), faz-se valer deste movimento de conhecimentos com intuito inicial de se tornar uma profissão de cunho científico, e não apenas empírico, como em tempos passados. Assim, inicia-se o processo das teorias de enfermagem, que nada mais eram e são do que marcos teóricos científicos de se realizar de forma sistemática o serviço de enfermagem. Estas teorias inauguraram o que é largamente difundido como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Mais um método cientificamente produzido para se realizar o serviço de enfermagem.

É necessário ressaltar que, apesar de a Sistematização da Assistência de Enfermagem em seus conceitos e em suas finalidades não ser um conjunto de normas e rotinas, longe disso, no vivido cotidiano das enfermeiras na unidade de terapia intensiva, ela é vista como tal. A experiência cotidiana que as profissionais têm com a SAE, e que estão expressas em suas falas, coloca a sistematização no patamar de normas e rotinas.

Desta forma, seguindo o proposto na metodologia deste trabalho, respeita-se a visão das entrevistadas, e mesmo sabendo que não o é, a sistematização da assistência de enfermagem será mencionada como normas e rotinas.

As falas a seguir, acerca do cotidiano da terapia intensiva, mostram como ele está inserido em um sistema de normas e rotinas, ou dogmas operacionais feitos para que o desempenhar de suas atividades funcionais seja otimizado e produtivista.

Estes sistemas de normas e rotinas têm por finalidade criar, dentro de uma visão tecnológica, um padrão de atuação e de conduta frente às atividades a serem desempenhadas pelo enfermeiro, buscando, desta forma, uma unicidade de fazeres e de pensamentos. É a enfermagem se valendo dos sistemas para se firmar como profissão.

Retomando a proposta deste trabalho, a intenção aqui é saber como as enfermeiras, inseridas cotidianamente neste sistema de normas e rotinas, assimilam e administram esta inserção e quais as possíveis consequências desta. É saber como é para estas profissionais ter estes dogmas profissionais presentes em seu cotidiano. Inicia-se pela fala abaixo.

Eu consigo adaptar, eu penso que as coisas estão sempre mudando, a norma e a rotina já faz parte da UTI, do trabalho, e, às vezes, isso ajuda a gente, entendeu? As normas e rotinas. Às vezes, você precisa de... como eu vou te falar? De um norteador, e, às vezes, as normas e as rotinas trabalha nisso (Entrevistada 1).

Esse mesmo pensamento pode ser visto no depoimento de outra entrevistada quando questionada sobre seu posicionamento quanto a trabalhar dentro destas normas e rotinas.

Direciona meu trabalho, é isso, porque temos que seguir normas e rotinas de um setor, então, normas e rotinas de uma atividade (Entrevistada 4).

Buscando obter um maior esclarecimento e conhecer melhor este elemento do vivido cotidiano desta profissional, questionou-se: você diz isso no sentido de dar uniformidade ao trabalho? Pergunta feita com base nas entrevistas anteriores. E ela respondeu:

É sistematizando ele (Entrevistada 4).

Sendo assim, indagou-se à entrevistada se este sistematizar em algum momento ou situação pode tirar-lhe a liberdade de atuação:

Não, muito pelo contrário, me ajuda. [...] Direcionando meu trabalho. Seguindo uma norma pro meu trabalho (Entrevistada 4).

Torna-se claramente perceptível que, para o ser enfermeira, no cotidiano da UTI, as normas e as rotinas são vistas como um aspecto bom, positivo, que otimiza seu trabalho, agregando valores como uniformidade e organização. O padrão, no sentido exato da palavra, é parte inerente do ser enfermeira na UTI. Trata-se, conforme os depoimentos, de um norte a seguir, proporcionado pelas normas e rotinas.

Mais outra entrevistada ratifica a importância das normas e protocolos:

Eu acho que é muito bom, eu acho assim, todas estas normativas, todos estes protocolos, eles são importantes pra gente ter uma... pra falar a mesma língua, por assim dizer, porque é uma equipe multidisciplinar, são vários enfermeiros trabalhando no mesmo local. Então isso direciona o serviço, acho isso muito bom. Igual agora a gente tem o projeto 5S, que eu acho excelente, ajuda a organizar, ajuda a manter as coisas funcionando melhor, então essas normas, esses protocolos, todos esses programas, acho que só tende a melhorar a qualidade do serviço, eu acho importante, acho que tem que ter. ... Eu acho assim tem que ter, tem que tá em prática, tem que existir e tem que ser atualizado principalmente (Entrevistada 7).

Assim, podemos desmembrar estas falas em alguns aspectos de grande relevância para as pretensões desta pesquisa em desvelar o ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva. Em um primeiro momento, ver-se-á este sistema de normas e rotinas sob um aspecto que em muito se assemelha com proposições encontradas no trabalho de Truppel et al. (2009), que ressaltam que, para as enfermeiras, no cotidiano da UTI, estas normas e rotinas são mecanismo de valorização do trabalho.

Quando se referem a normas e rotinas, as enfermeiras pensam em valores como uniformidade, padronização, eficiência e profissionalismo. Elas salientam que com este tipo de artifício de trabalho faz com que toda a equipe de enfermagem deste setor consiga “falar a mesma língua”, trabalhar regida pelos mesmos princípios, diminuindo, assim, a possibilidade de conflitos e desentendimentos

gerados por filosofias diferentes (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012; VARGAS; RAMOS, 2008). O depoimento a seguir confirma essa afirmação.

É tudo uma questão de costume, se você faz todo dia, você vai acabar acostumando, lógico que, no início, é chato, tem muita coisinha, né, mas questão de costume. Como eu trabalho todos os dias e tendo que fazer todos os dias, acaba sendo rotineiro. [...] A organização, está tudo no lugar, você já sabe o que que é, onde tá, você não tem que ficar procurando, caçando no setor as coisas, entendeu? A organização é o principal. [...] Com certeza. Você trabalhar dentro de uma UTI organizada é muito diferente de você trabalhar no meio de uma bagunça, que aqui já tem muita coisa pra você se preocupar, se ainda tiver que se preocupar com isso, vamos supor, você tá procurando um papel de um procedimento padrão. Se você já tem tudo ali (Entrevistada 8).

Um segundo aspecto que pode ser percebido nas falas, como já mencionado no início da discussão sobre normas e rotinas, é o fato de a enfermeira, inserida no cotidiano da unidade de terapia intensiva, perceber que estas normatizações e sistematizações conseguem atribuir ao fazer da profissão enfermagem um respaldo científico muito importante no contexto racional funcionalista. O depoimento a seguir corrobora a relevância.

[...] então rotina, norma, estas coisas foram feitas pra ser cumpridas, eu sou totalmente a favor, brigo por elas, exijo muito da minha equipe aí tá sempre cumprindo, qualquer coisa, por mínima que seja: “Ah, o rótulo vai ter que colar aqui, não é mais aqui”. A gente passa a rotina e faz com que ela seja cumprida, por quê? Se é pra colar no lugar certo, é pra ser visível, ou pra evitar erro ou pra evitar dano ao paciente, então é pra gente fazer. Então norma, rotina, regra, essas coisas, os POPs, né, que a gente fala, foi feito pro bem do paciente (Entrevistada 3).

O respaldo de conhecimento, de uma ciência, tirando a enfermagem da seara do empirismo e transferindo-a para o campo das ciências, dos conhecimentos

acadêmicos, engrandece o fazer desta profissão. Oferece às enfermeiras segurança nas tomadas de decisão em todos os momentos e situações em que isso é requerido dentro deste ambiente. Amante, Rosseto e Schneider (2009) acrescentam que estes modelos ou moldes de atuação cumprem muito bem o papel de conferir ao serviço de enfermagem o *status* de ciência, como vemos na fala seguinte:

Essas informações são cabíveis frente, na verdade, uma operacionalização pra padronizar, se acontece uma situação frente à necessidade do paciente aqui no CTI, a conduta vai ser a mesma aqui na UC, no CTI Cirúrgico, no clínico, na porta. Quer dizer, essa rotina é viável, tem que ser realizada, tem que ser, na verdade, mantida frente, na verdade, a o quê? Padronizar o serviço e garantir, na verdade, e respaldo, respaldo da CCIH, respaldo pro setor que você trabalha, entendeu? Você, na verdade, precisa destes impressos, destas rotinas até mesmo pra você criar, na verdade, um respaldo (Entrevistada 6).

Amante, Rosseto e Scheider (2009) apontam, assim como as falas das entrevistadas desta pesquisa, um terceiro aspecto do viver cotidiano das enfermeiras com relação às normas e rotinas da unidade de terapia intensiva: os elementos normativos da UTI servem para auxiliá-las a ser capazes de “dar conta” do grande volume de serviços que existe no cotidiano daquele ambiente.

De posse destas normas e rotinas, a enfermeira da UTI tem consigo instrumentos para auxiliá-la a trabalhar de forma tranquila, respaldando sua atuação. Assim as normas e rotinas mostram-se intimamente ligadas a outro componente do ser enfermeira no cotidiano da UTI, que é o ter que ser e fazer. As normas e as rotinas possibilitam, são fomentadoras deste ter que ser e fazer, debatido no início da apresentação desta categoria.

No entanto, assim como se afirmou no referencial teórico desta pesquisa quanto à tecnologia e à mecanização, as normas e as rotinas do cotidiano da UTI são elementos que podem fazer com que o enfermeiro exerça um papel do tipo cumpridor de tarefas, limitando sua capacidade de atuação e sua autonomia.

As falas apresentadas a seguir mostram a relação das enfermeiras com estes elementos:

Sim, agente, no meu horário, nós do horário noturno, agente não participa tanto disso pelo menos, mas, normalmente, a formulação destes padrões, agora tem os POPs, que já estão sendo colocados aí, então o pessoal da manhã participa, ajuda na confecção, monta direitinho dentro do que já tinha, eles vão atualizando, né, então participa sim (Entrevistada 2).

[...] desde que estas normas e rotinas sejam elaborados por ele, ele é participando desta norma, entendeu? Eu acho que até facilita porque todo mundo vai seguir o mesmo, o raciocínio vai ser o mesmo, nós vamos trabalhar com objetivos iguais, vamos trabalhar, as atribuições vão ser iguais, entendeu? (Entrevistada 5)

E o que *a priori* era negativo– uma aparente frieza de imposição de normas – passou a ser positivo, uma vez que ganhou contornos de uma organicidade e relativização. A própria enfermeira no cotidiano da UTI ressalta isso quando informa que essas normas e rotinas são úteis, mas devem feitas de acordo com a realidade do cotidiano, por pessoas que o conhecem, para que sejam funcionais.

Caso contrário, estas normatizações perdem toda esta conformação orgânica e sensível e passam a exercer sobre estas profissionais e seu cotidiano de trabalho um papel racional imposto, não compreensível, que ignora a realidade que as cerca. Isso poderia, conforme já exposto no referencial teórico deste estudo, tornar essa normatização um instrumento castrador da livre atuação das enfermeiras nas UTIs.

4.3 O CUIDAR EM ENFERMAGEM NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: AFASTAMENTOS E APROXIMAÇÕES

*O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.
Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.
Portanto, abrange mais que um momento de atenção.
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,
de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.*

(Leonardo Boff)

A definição de um conceito auxilia a contextualização das falas e a compreensão do que poderia vir a ser o cuidar para o vivido das enfermeiras no cotidiano da unidade de terapia intensiva. Para tal, nesta pesquisa, adotam-se os preceitos expostos pela enfermeira Jean Watson no desenvolvimento de seu ensaio sobre enfermagem publicada no livro intitulado “Enfermagem Pós-moderna e Futura. Um novo paradigma da Enfermagem”.

Desta obra, podemos citar os seguintes aspectos, que, em seus postulados, Watson (2002) aponta sobre o que seria o cuidar:

- Meio de reconhecer conceitos de quantidade e fenômenos como a energia da cuidar- curar, intencionalidade e consciência humana em evolução.
- Meio de honrar a unidade do corpo-mente-espírito; ambos imanes e transcendentais do ser humano.
- Caminho de uma ontologia relacional, aberta a novas epistemologias da existência (WATSON, 2002, p.xv).

Watson (2002), quando integra corpo-mente-espírito, fala de energia e sobre o fato de o cuidar abranger indivíduos e comunidades. Refere-se, assim, ao que se considera ser integralidade em nossa compreensão. Este termo, na contemporaneidade, é largamente utilizado. Muito se estuda sobre a integralidade da assistência de enfermagem, e, assim como aponta Watson (2002), para fins desta pesquisa, considerar-se-á que o cuidar tem que ser integral, relativo a todas as demandas, necessidades e dimensões do ser humano.

Mesmo que, na teoria, em pensamento ou em desejo, não se possa pensar o cuidar sem agregar a este o conceito de bem-estar nas mais diversas instâncias

do ser humano, na prática, sabe-se da dificuldade de se expressar, no vivido dos serviços de enfermagem, esta integralidade do cuidar. Porém, esta dificuldade não deve afastar o profissional desta intencionalidade e desta meta.

Ainda de acordo com Watson (2002), destacam-se a intencionalidade e a consciência, características universais do cuidar. Assim, neste estudo, entende-se que o cuidar deve ser um ato intencional; o ser enfermeira deve ter a intenção de cuidar e produzir com o seu ato algo benéfico para quem é cuidado. Deve haver a intenção consciente de que se está cuidando.

Não que todo cuidado deva ser consciente, mas, em se tratando de uma profissional que se dedica a isso, seus atos de cuidar devem ser intencionais e conscientes, desde o ato técnico mais complexo que possa estar sob a responsabilidade da enfermeira até conversa mais corriqueira com seus pacientes. Este conceito deve sempre estar presente nas ações da enfermeira.

Watson (2002) afirma que o cuidar é uma “ontologia relacional”, é inerente ao ser humano e um ato relacional, interativo entre duas pessoas, dialógico. Nele está subentendido envolvimento, o dar e receber entre duas partes: a enfermeira e seus pacientes.

Cabe ressaltar que, para as enfermeiras que vivem o cotidiano de uma unidade de terapia intensiva, a burocracia faz-se presente, e, segundo elas, o burocrático pode ser um grande entrave para desempenhar o cuidado direto com o paciente da UTI. Em vários momentos, as entrevistadas relatam que o tempo perdido com as evoluções, registros, elaborações de escala, requerimentos e justificativas é demasiado e as distancia do cuidado e do contato direto, não só como paciente, mas também com a equipe da UTI, como ilustra a fala a seguir:

Sim, sim, ela é muito boa, ela vem pra agregar e tal, mas, quando se envolve a parte burocrática que vem junto, ai ela te atrapalha, porque agente tem este problema de não estar cumprindo a legislação né, por exemplo eu sou responsável por 14 a 16 pacientes, sendo que a RDC 17 me fala claramente que é um enfermeiro para oito pacientes ou fração, então você vê que já existe uma sobrecarga quase que do dobro e quando eu chego lá e tenho que fazer aquele monte de coisa burocrática que as normas e as rotinas me exigem, vai me afastar do paciente, então ai que vem esta problemática, então ai já da uma escorregada, mas elas estão ai tão pra ser feitas (Entrevistada 3).

A fala acima delinea bem o posicionamento das enfermeiras da UTI com relação a este aspecto, o que a sétima entrevistada chama de “parte administrativa” são justamente os entraves burocráticos, herdados da visão produtivista e que subsidiam o ser enfermeira no cotidiano da UTI.

O estudo produzido por Hausmann e Peduzzi (2009), que também discute essa questão, ratifica que os instrumentos de ordem administrativo-burocrática podem sim, por vezes, configurar-se como entraves ao cuidar. O referido artigo aponta que o tipo de rotina vivida cotidianamente dentro de uma UTI, se acrescido de elementos como a falta de impressos, a inadequação destes à realidade ou o excesso dos mesmos acarreta certa dificuldade em se aliarem estas atividades do ser enfermeira com o cuidar diretamente ao paciente.

Da mesma forma, Hausmann e Peduzzi (2009) explicam que esta relação entre o cuidar e o gerenciar já vem sendo estudada no Brasil desde o início da década de 1980, e que, mesmo nesse início, já ocorria a constatação de uma dominância da parte gerencial administrativa sobre o cuidar. Contudo o presente estudo ressalta a importância de ambas as atividades.

Hausmann e Peduzzi (2009) destacam que estas duas atividades da enfermeira, não só no cotidiano da UTI, são complementares e interdependentes, uma subsidiada ao perfeito executar da outra, mas, apesar disso, ocorre uma má articulação entre estas duas atividades. Esta articulação deficitária leva ao que, nesta pesquisa, chamou-se de burocracia como afastamento do cuidar, o que pode ser notado na fala a seguir:

Normalmente, eu chego, pego plantão, se tiver pendências administrativas, eu já resolvo. Às vezes, a administrativa me toma duas horas do dia [...] (Entrevistada 5).

Em sua fala, essa entrevistada teve por intenção exemplificar como a dimensão administrativa, em um plantão de seis horas, toma-lhe o tempo destinado ao cuidar. Distancia-a de sua equipe e dos pacientes internados na UTI, mas, embora este afastamento seja perceptível e incomode as enfermeiras, todas elas, direta ou indiretamente, reconhecem a importância do que chamam de parte administrativa do seu ser profissional no cotidiano da UTI.

Abaixo, as falas das entrevistadas relatam bem como as enfermeiras percebem que a burocracia atrapalha suas funções cotidianas, mas, ao mesmo tempo, é importante dentro da organização do serviço.

[...] quando se envolve a parte burocrática que ela vem junto, aí ela te atrapalha [...] e, quando eu chego lá e tenho que fazer aquele monte de coisa burocrática que as normas e as rotinas me exigem, vai me afastar do paciente, então aí que vem esta problemática, então aí já dá uma escorregada, mas elas estão aí tão pra ser feitas (Entrevistada 3).

[...] é muito importante, eu gosto muito quando eu consigo colocar o que eu sei em prática, acho que isso é muito gratificante. Então a minha parte técnica é do que conheço é do que eu sei de trabalhar é muito bom. Você está entendendo? Sair um pouquinho da parte administrativa e ficar na assistência, eu gosto muito de ficar na assistência, eu gosto muito de ficar com o paciente, colocar o meu conhecimento em prática, entendeu?(Entrevistada 7).

É importante salientar, de acordo com Hausmann e Peduzzi (2009), a importância da articulação entre as dimensões gerencial e do cuidar, que é percebida pela enfermeira no cotidiano da UTI. Entretanto, esta articulação não vem sendo feita de forma a evitar que uma dimensão atrapalhe a outra.

A terceira entrevistada foi bem enfática, relatou claramente esta desarticulação entre as duas dimensões e ainda apontou alguns elementos inerentes ao cotidiano da UTI que podem vir a ser os causadores desta desarticulação:

Quando eu tenho um plantão que eu sou muito tomada pela burocracia, que é um caso que acontece com a gente, que a gente perde muito tempo com a burocracia e não tem muito tempo de se dedicar ao paciente como agente gostaria, aí a gente termina o plantão com a decepção, que você sente que você poderia ter feito pelo paciente e você não fez, então a gente anda ali junto ali com o prazer de fazer o bem ao próximo e, ao mesmo tempo, bate uma

decepção de você não ter conseguido, por sobrecarga, aquilo tudo que já tá massacrado aí e todo mundo já sabe que a carga horária nossa tá errada, o número de pacientes que a gente supervisiona por lei tá errado [...] (Entrevistada 3).

Embora tenham sido obtidos há mais tempo, Willg e Lenardt (2002) apresentam resultados semelhantes aos encontrados por Hausmann e Peduzzi (2009), quando abordam de forma concisa que esta distância existente entre o cuidar e o administrar burocrático pode gerar nos profissionais de enfermagem inquietações de ordem pessoal e profissional. Inquietações estas que foram expostas na fala anteriormente apresentada.

A burocracia afasta as enfermeiras da UTI, do contato com suas atividades do cuidar, mas, ao mesmo tempo, ela é importante para a organização dos serviços destas profissionais. Logo, a relevante pergunta que se deve fazer é: como evitar que a burocracia, ou “a parte administrativa”, torne-se um obstáculo para as atividades cotidianas destas enfermeiras no cuidado direto ao paciente?

A resposta para esta indagação não é genérica, não é aplicável a todas as situações em que isso ocorre. Essa resposta cada uma das enfermeiras que vivem o cotidiano da UTI deve buscar, baseada nas suas condições de trabalho, experiências profissionais e necessidades cotidianas.

Sendo o cuidar o cerne da enfermagem e atividade prioritária do ser enfermeira no cotidiano da UTI, ela não pode ser relegada a segundo plano, ainda mais em se tratando de elementos de origem funcionalista. Watson (2002, p.xxi) salienta: “Frequentemente os enfermeiros sucumbem e são ‘comprados’ pela corrente dominante da cultura, negligenciando a alma do seu trabalho”.

Watson (2002) ainda ressalta que, no cuidar, é que reside a força e a importância da enfermagem e de seus profissionais, mas que este está demasiadamente impregnado de práticas que chama de modernas. A autora propõe que os profissionais de enfermagem trabalhem a fim de alterar esta impregnação e destaca: “Não somos mecânicos nem técnicos consertando pessoas e doenças, não importa o quão bem fomos profissionalizados em agir desse modo” (WATSON, 2002, p. xxvi).

No que tange ao cuidado, cabe salientar que a rotina de cuidar de pacientes graves também se relaciona com o cuidar. A enfermeira, no cotidiano da terapia

intensiva, tende, por vezes, a prestar um cuidado rotineiro e repetitivo, mas com uma forte característica de sensibilidade. Contudo, apesar dessa rotina que se traduz em quietude e mansidão, o ser enfermeira no cotidiano da UTI revela que as coisas não são bem assim. A calma do ambiente pode mudar inesperadamente de forma a causar um furor, um reboiço, uma agitação, que tem a capacidade de alterar toda a dinâmica do setor, afetando também o cuidado.

Eu acho que é uma coisa, como é que eu vou te explicar, é uma rotina já, então é uma coisa, assim, pra mim, tranquila, mas, ao mesmo tempo, é, a gente tá sempre na expectativa. Então eu acho que é isso, a gente nunca tem, nunca posso falar pra você a UTI hoje tá muito tranquila, porque, de um minuto pro outro, eu acho que esta complexidade. A gente tem que ter esta noção, que você nunca pode, por exemplo, relaxar e falar “meu plantão tá muito tranquilo”, eu acho que você tá sempre ali naquela, naquela preocupação de estar olhando se tá todo mundo bem, e não tem nenhuma alteração, entendeu? É mais ou menos assim que eu lido com isso (Entrevistada 2).

Desta forma, embora seja chamado de rotina, o vivido cotidiano de ser uma enfermeira na UTI, no tocante ao cuidar, não tem nada de rotineiro. Pois, como já caracterizado, esse é um setor que tem por finalidade acolher os pacientes com as maiores complicações de saúde e o maior risco de morte. Assim, Backes et al. (2012) classificam o cuidar neste ambiente como cuidado intensivo; seja pelas suas extenuantes exigências ao profissional, seja pela constante vigilância. Isso é confirmado nas seguintes falas:

Com certeza, a complexidade do cuidado, o estado clínico nunca me assustou, a complexidade do cuidado e do trabalho, entendeu? Me assustou porque eu não conhecia (Entrevistada 1).

A unidade de terapia intensiva, por mais que ela esteja tranquila, ela nunca é, porque qualquer paciente que esteja aqui ele vai exigir um cuidado, ele tá aqui dentro, ele vai ter muita medicação pra tomar, vai ter que ter o controle da diurese, vai ter que ser trocado porque ele

não pode ir ao banheiro, se é um paciente que tá acamado não pode, você tem que virar os pacientes toda hora, de acordo com as normas, é muita coisa, é glicemia. Aqui a glicemia é feita de duas em duas horas, ou, de repente, você tem paciente que requer mais atenção, a glicemia é de hora em hora [...] (Entrevistada 8).

Desta forma, esta imprevisibilidade do cuidado dentro do cotidiano da UTI é muito relevante para a enfermeira, pois é a base, o alicerce, de seu viver cotidiano. Mas esta imprevisibilidade já é esperada e conhecida pelo ser enfermeira, como visto nas falas que caracterizam este momento. A profissional já se apresenta para o trabalho sabendo que, de um minuto para o outro, o cuidar pode exigir algo inesperado. Fato reforçado pela fala que segue:

Eu não tenho dificuldade com isso não. Eu acho que já ficou uma coisa muito, é... como eu vou te falar? Pelo tempo em que eu to aqui dentro, já ficou uma coisa meio que normal, assim, vamos dizer assim, né. Porque a gente já vem pra cá esperando isso, então você já chega aqui, você já espera, como que vai ser hoje? Aí você já tem mais ou menos uma previsão de como vai ser o plantão, às vezes, acontece coisas que você não previa, né? São as intercorrências que vão acontecendo durante o plantão, mas que, pra mim, isso não tem muita dificuldade não (Entrevistada 2).

As enfermeiras conseguem mostrar o que, para elas, significa o cuidado e o cuidar intensivos e quais os significados em se cuidar de pacientes com uma instabilidade clínica. Esta denominação surge, principalmente, atrelada às características clínicas que estes pacientes apresentam no âmbito da unidade de terapia intensiva (BACKES et al., 2012). A fala a seguir expressa isso:

É olhar um indivíduo muito grave, cuidado intensivo pra mim é aquele paciente, quando você fala cuidado intensivo, eu vejo um cara entubado, com sedação contínua, com um monte de droga, com DVE, com pressão intra-arterial, com todas as monitorizações possíveis, eu penso naquele paciente que não mexe pra nada, que precisa de você pra tudo, pra dar um banho, pra se movimentar, pra

cuidar de uma ferida, pra alimentar, pra medicar, pra ventilar, pra ver se ele tá com perfusão ou não tá, pra aquecê-lo, pra fazer tudo por aquele cara, que ele depende de você muito. E você quer ver resultado nele ali (Entrevistada 3).

Assim, este cuidado é o praticado dentro das unidades de terapia intensiva e exige das enfermeiras uma dedicação maior, um olhar diferenciado, comparado com outros setores, por exemplo, a enfermaria, sobre as necessidades e condições dos pacientes. Diante do exposto, entende-se melhor porque a mecanização, a tecnologia e as normatizações se configuram como fundamental auxílio a este cuidar. Uma das entrevistadas explicita esta diferenciação:

É intensivo, é diferente de enfermaria, porque, na enfermaria, você cuida de vários, aqui não, aqui cada um é um, entendeu? Então você tem que é, é, desempenhar, para cada um, um tipo de cuidado. Este está no respirador, este também tá no respirador, mas a clínica deste é diferente deste. Então eu vou olhar este aqui de um jeito, aquele ali de outro, a diferença de UTI é que aqui cada paciente é um. E, em enfermaria, você vai olhar todos de mesmo modo. Eu aqui não. Acho que a diferença pra mim é esta. Eu não olho um paciente, o seu João igual a dona Maria, não todos dois semelhantes, não, cada um é um. O cuidado de um é diferente do outro (Entrevistada 1).

Cabe ressaltar que, conforme depoimentos das enfermeiras participantes desta pesquisa, o cuidado intensivo, apesar de toda sua complexidade e exigência sobre o ser enfermeira, proporciona-lhes muita satisfação no cotidiano da UTI. E é através do frutificar desse cuidado que as enfermeiras da unidade de terapia intensiva colhem os louros de seu trabalho. Bueno e Queiroz (2006) corroboram essa constatação. A fala a seguir sintetiza essa visão.

Então, é também um desafio, eu vejo também como um desafio e é bom você trabalhar assim, muitas vezes, este paciente ele não vai ter condição nenhuma de tá te passando o que que tá acontecendo com ele, então o seu olhar clínico e o seu conhecimento técnico-científico

tem que estar muito apurado, porque você que vai ter que ver isso, né, o que que tá acontecendo com ele, esse cuidado, essa vigília constante 24 horas, é um paciente que não dá pra você descuidar um segundo, tudo pode acontecer com ele, e eu gosto de cuidar, eu gosto de ver. É um incentivador você ver o paciente tendo uma melhora, às vezes, até muito lenta. Igual a gente tem um paciente aqui com 16 anos que já esteve muito grave e a gente trabalhando, a equipe toda trabalhando e ele cada vez melhor. Então assim, hoje, ele andou pelo corredor, então assim é muito gratificante você vê isso. E isso você vê refletir no seu trabalho, eu me preocupo muito com a questão do bem-estar do paciente de um modo geral e obviamente, com todos os cuidados, né, e, assim, busco muito também o cuidado pra evitar alguns agravantes que assim o paciente já tem o favorecimento de acontecer, o desenvolvimento de úlcera, eu trabalho muito aqui no CTI. Então, todos os dias, a gente tá olhando, é, atuando, pra isso não ser mais um fator de piora do paciente, isso entre outras coisas (Entrevistada 7).

O cuidar ultrapassa estes elementos de rotina, imprevisibilidades ou complexidades, pois este é um dos elementos mais importantes, senão o mais importante, do ser enfermeira no cotidiano da UTI, gerador de satisfação em quem cuida. Nos estudos realizados por Shimizu, Couto e Merchand-Hamann (2011), Silva, Campos e Pereira (2011), este aspecto também foi identificado no tocante ao ser enfermeira no cotidiano da UTI.

Aaaah... eu...muita esperança, é uma coisa que bate muito no meu peito no início de cada plantão. Eu tenho a esperança que eu vou fazer alguma coisa de bom pra alguém, que eu vou proporcionar um conforto nem que seja pro cara respirar melhor um pouco, eu me preocupo muito com esta parte de conforto do paciente, se o paciente está com dor, se o paciente está bem adaptado no respirador, se ele está bem monitorizado. Então eu fico naquela esperança, na vontade de fazer alguma coisa pra aquele sujeito que está ali naquela situação muito grave, então eu fico com este tipo de sentimento dentro de mim. (Entrevistada 3).

O cuidar motiva e impulsiona o ser enfermeira no cotidiano da UTI, a estar diariamente neste ambiente e ter a capacidade de fazer bem ao outro, de expressar o seu ser em seu fazer, no cuidar, por mais exigente e imprevisível que este cuidar possa ser. Shimizu, Couto e Hamann (2010) ainda esclarecem que é por meio do cuidar na UTI que a enfermeira tem espaço para imprimir características pessoais ou de estilo próprio, acrescentando ao cuidar um significado mais sensível, de maior relevância. Torna-se uma possibilidade de autonomia e satisfação, aspecto também apontado por Girondi e Hames (2007).

Outra fala aponta esses aspectos:

Satisfação. Eu tenho satisfação, quando a gente consegue fazer o bem para o paciente, é prazer mesmo quando a gente vê um sorriso, você arrancar um sorriso de um paciente, às vezes, o paciente está deprimido e você chega lá, toca nele, pega na mão dele, ouve ele um pouquinho enquanto todo mundo tá falando ele tá desorientado e tal, mas ninguém se doou um pouquinho, deu dois minutos pro cara, então é prazer, é satisfação, é alegria, bem-estar, a gente se sente bem. Às vezes, você tá chateado com alguma coisa e você vem pra dentro de uma UTI e você sai muito melhor do que você entrou, porque você se doou um pouquinho [...]. Então eu acho que vem um retorno positivo, parece que a gente se energiza de novo. Então quando a gente faz a coisa benfeita eu acho que a gente acaba recebendo de alguma forma (Entrevistada 3).

Conclui-se que é por meio do ato de cuidar e dos resultados obtidos com ele, na troca com o outro a ser cuidado e na sua própria intencionalidade, que a enfermeira consegue se realizar, satisfazer-se e se gratificar com sua atuação, pois, sobre nenhum dos outros aspectos aqui apresentados, houve tantas falas que indicassem prazer e satisfação em ser enfermeira no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva.

No entanto, esses aspectos são mais bem compreendidos quando se associam essas falas como aquelas que se referiam ao *status* de ser enfermeira na unidade de terapia intensiva. Destaca-se que o frutificar do cuidar, que, aparentemente, pode causar uma impressão produtivista, de resultados, configura-se como a satisfação com os resultados de um trabalho feito com dedicação.

Tendo em vista o fato de o cuidar propiciar a realização do ser uma enfermeira, ele ganha um olhar mais sensibilizado nos aspectos de suas abrangências, o que pode ser notado nas falas apresentadas anteriormente e em outras a seguir. Mas, embora orgânico e relativizador, em certos instantes, este cuidar ganha ares produtivistas, voltado para o resultado de curar.

Com base nos depoimentos das entrevistadas, observa-se que esta visão vai muito além do produtivismo. Ela tem um alcance maior, que outrora foi chamado de holístico e que aqui se prefere chamar de integral. As seguintes falas apontam essa visão:

[...] então, frente a isso, a gente tem momentos de muita satisfação dentro do setor, a gente tem uma média de cirurgia, hoje uma média de duas a três cirurgias cardíacas por dia. Frente a isso, a gente tem duas altas por dia e isso é muito prazeroso, quer dizer, o sucesso dentro da cirurgia cardíaca não é somente do cirurgião, não é somente do plantonista, mas de toda a equipe(Entrevistada 6).

[...] quando a gente vê um paciente que, às vezes, você é, deixa ele aqui e, quando você volta, ele teve aquela melhora, muitas vezes até já saiu da UTI, já foi embora, e às vezes, era um paciente que você não tinha expectativa com ele. Então, isso me deixa muito feliz, um paciente que está em coma e, de repente, você percebe que ele começa a te dar algum tipo de reação e você começa a ter um contato com ele, e ele começa a te esboçar alguma coisa. Isso também é muito bom, eu acho que isso é muito gratificante pra gente. Muito mesmo (Entrevistada 2).

Como apontado no tocante a todas as características que foram apresentadas até o momento como integrantes do ser enfermeira no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva, o cuidar também possui características que oscilam entre o racional produtivista e a sensibilidade relativizadora. Porém se torna inegável nas falas dos entrevistados uma supremacia do cuidar em quantidade e em qualidade sobre as outras características apresentadas.

Cabe salientar que a visão que a enfermeira, no cotidiano da UTI, tem do cuidar não se limita às falas aqui apresentadas. Esta visão tem muitos outros

alcances que ainda não se identificaram ou não se puderam apresentar nesta pesquisa, devido a questões de método e objetivos. Contudo se pode vislumbrar esta multiplicidade de alcances do cuidar na fala que se segue:

Não adianta eu chegar aqui e ficar preocupada com a cirurgia cardíaca dele se daí a dois ou três dias, por conta da posição que ele ficou, ele começa a abrir uma úlcera por pressão que vai prejudicar na cirurgia que ele fez. Então, assim, não adianta você focar só: “Ah, ele operou o coração”. Claro, a gente tem os principais, entendeu? Eu acho que cuidar é tudo, e vai muito além de você dar remédio, vai muito além de você fazer um curativo. É o toque com o paciente. Muitas vezes, você sente, muitas vezes, você toca na mão e o paciente te segura sua mão. Às vezes, ele não quer mais nada só aquilo, né? E você ouvir, plantão passado aconteceu um fato, agora a gente estava até tendo um problema com uma paciente ali, ela veio pra cá em um pré-operatório e ela tava muito ansiosa e, de manhã, eu fui lá conversar com ela e ela chorando, chorando muito, muito nervosa, com muito medo da cirurgia. Então eu conversei com ela, falei com ela que ela podia ficar tranquila e tal. Conversei, né? Fui falando algumas coisas, aí, na hora que eu dei tchau, ela segurou na minha mão: “Ó minha filha, muito obrigado, tá!?” Então eu acho que o cuidado, o cuidar aqui dentro, vai muito além disso. Às vezes, uma família [...] mas já aconteceu várias vezes de vir algum familiar de um paciente que tá mais grave e o familiar querer dar uma olhadinha, conversar com você a respeito. Então eu acho que envolve tudo isso. Você dar uma atenção, né? Você tá ali perto, você tá, porque, às vezes, o paciente tá aqui consciente e tal, mas tá angustiado pelo fato de estar aqui dentro. Então eu acho que o cuidar vai muito além disso, muito além de você fazer o curativo, dar o remédio e pronto e acabou e deixar o doente lá na cama. Abrange muito mais (Entrevistada 2).

Embora as falas de outras categorias tenham sido apresentadas sob outro prisma, com um enfoque diferente, em todos os momentos, percebe-se que o ser enfermeira no cotidiano da UTI, mesmo que subjetivamente ou inconscientemente, significava o cuidar.

Assim, em quase todas as categorias levantadas e apresentadas sobre o que é ser enfermeira dentro de uma unidade de terapia intensiva, o relato das entrevistadas se referia ao cuidar, ao olhar o outro que enfrenta um momento de fragilidade de saúde.

4.4 FLEXIBILIZANDO O SER ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

*“Prefiro ser
 Essa metamorfose ambulante
 Eu prefiro ser
 Essa metamorfose ambulante
 Do que ter aquela velha opinião
 Formada sobre tudo
 Do que ter aquela velha opinião
 Formada sobre tudo
 Eu quero dizer
 Agora, o oposto do que eu disse antes
 Eu prefiro ser
 Essa metamorfose ambulante”
 (Metamorfose Ambulante – Raul Seixas)*

Neste momento da análise, reuniram-se as falas em que, *a priori*, o entender o outro em toda a sua complexidade é fator primordial para o desvelar do ser enfermeira no cotidiano da UTI. As situações vividas pelas enfermeiras em uma unidade de terapia intensiva culminaram em vivências pessoais, sentimentais e, nesta seara, o racional explicativo não tem, e nunca teve, por intenção levar em consideração estes aspectos imagéticos, subjetivos, sentimentais e pessoais da vida, como diz Maffesoli (2008).

Sabe-se que a unidade de terapia intensiva é um local complexo e que, por isso, o enfermeiro, neste ambiente, vive situações adversas, conflitantes, que podem gerar descontentamento e desconforto. Contudo, para o ser enfermeira que vem se caracterizando na construção deste trabalho, isso não é tão relevante. As entrevistadas reconhecem estas adversidades, estes conflitos e dificuldades como também as vivências que eles geram. Entretanto, isso não é o primordial na visão das enfermeiras.

Segundo elas, seus olhares ficam focados em outros aspectos que vão além da adversidade. Apontam que esta as torna melhores profissionais e que gostam de trabalhar com a complexidade da unidade de terapia intensiva e com os desdobramentos advindos desta. Estes são pontos tão significativos que superam os aspectos negativos da questão. Isso pode ser exemplificado pela fala a seguir:

Eu acho que nada que, nada é pesado, nada é difícil. Muito pelo contrário, se você faz uma coisa que você gosta, prazerosa, aquilo que é pesado e difícil torna-se prazeroso, entendeu? Porque você vai lutar pra aprender aquilo ali, pra melhorar, então eu não vejo, pesa não. Entendeu? Eu vejo uma disputa, estar sempre disputando, isso é muito gostoso (Entrevistada 1).

Assim, caracteriza-se o que se pode chamar de o gosto por trabalhar com a adversidade. Adversidade esta já caracterizada anteriormente no referencial teórico deste estudo, mas que, aos olhos das enfermeiras no cotidiano da UTI, toma outro sentido, um sentido de valor: por meio da adversidade, ela tem o seu fazer reconhecido e valorizado. Silva e Ferreira (2011a) encontraram, em estudo realizado, depoimentos muito semelhantes aos obtidos nesta pesquisa. No que tange à adversidade, os autores ressaltam: “Ser destemido, gostar de desafios e estar disposto a viver novas experiências foram qualidades apresentadas [...]. Isso porque, neste ambiente, as dificuldades podem aparecer a qualquer momento [...]” (SILVA; FERREIRA, 2011a, p. 619).

O depoimento a seguir mostra o que é para a entrevistada trabalhar nas adversidades da UTI:

Olha, pra mim, isso já se tornou uma coisa assim... natural, entendeu? Uma coisa que já faz parte da minha atuação. Então nem sinto que seja tanta pressão de tanto que a gente já tá habituado, eu até brinco, às vezes, com os colegas: “Ah, se eu tivesse num determinado setor, eu me sentiria até meio parada”. Brincando assim, mas é porque a gente já tá acostumada com esta atividade intensa e como eu gosto de trabalhar e de tá o tempo todo com esta pressão, pode-se dizer assim. Pra mim, eu encaro numa boa, acho que já tô

acostumada e, na verdade, eu gosto de trabalhar assim (Entrevistada 7).

Como entender que as enfermeiras no cotidiano da UTI têm um gosto por estas adversidades? Bem, não cabe aqui o desempenhar do papel racional, o papel de buscar justificativa ou explicação para tudo. Deve-se utilizar de toda a sensibilidade relativizadora e aceitar que, para estas enfermeiras, no cotidiano da UTI, o que em tese é adversidade e dificuldade, no vivido real de seu cotidiano, é fator de motivação de um encantamento profissional. A fala seguinte explicita esse sentimento.

Bom, é a minha paixão, eu amo trabalhar em CTI, eu amo trabalhar com as equipes de terapia intensiva, é um tipo de paciente que eu gosto de lidar que é o de alta complexidade. Quando a gente trabalha em outros locais assim, você acaba não tendo tanto contato, como te falei, com este tipo de paciente, a equipe, sendo mais especializada, e tudo isso favorece você trabalhar melhor e aplicar aquilo que você conhece (Entrevistada 7).

O conjunto de falas apresentado deixa claros os aspectos do gostar da adversidade e o valor que estas vicissitudes podem agregar ao trabalho da enfermeira no cotidiano da UTI. Campos e David (2011) apontam uma explicação para este gostar e este valor atribuído ao trabalho na adversidade. Dizem que os profissionais de enfermagem conseguem fazer uma ressignificação destas adversidades e destas vicissitudes, transformando-as em aspectos motivadores.

Ao ver desta pesquisa, talvez, este seja um ótimo exemplo do relativismo tão abordado por Maffesoli (2008), o que, para tantos, é adversidade, dificuldade, empecilho, para a enfermeira, no cotidiano da UTI, é relativizado e ela atribui um novo significado com aspectos totalmente opostos. Transformando, desta forma, um cotidiano que poderia ser desagradável em algo sensível e prazeroso, como mostra a fala a seguir:

É UTI cara! É pra isso mesmo! “Pau no lombo” ali toda hora, então eu to tranquila com isso aí. Eu sei que eu fico acelerada, eu quero é

resolver, resolver. Eu acho que me desgasta não é, gera um desgaste pessoal muito grande, mas a gente tá aí pra isso aí mesmo, é assim que a gente gosta de trabalhar (Entrevistada 3).

Engana-se quem quiser supor que o ser enfermeira no cotidiano da UTI pode vir a ter uma visão equivocada destas vicissitudes, ou não reconhecê-las no seu cotidiano. A enfermeira no cotidiano da UTI sabe muito bem da existência destas vicissitudes e pode apontá-las com a maior facilidade, tendo em vista o viver real do cotidiano do setor, mas também é capaz de todo o relativismo já relatado. O depoimento seguinte exemplifica bem isso.

E você ser intensivista não é fácil, você lidar com mortalidade toda hora, terminalidade, sobrecarga, com todos aqueles problemas, mas é uma cachaça, desculpa a palavra, é gostoso. Eu, por exemplo, eu não consigo me ver trabalhando em outro setor que não seja a terapia intensiva [...] (Entrevistada 3).

Com base nas falas das entrevistadas, fica claro que sentimentos conflitantes, antagônicos no viver cotidiano, como indicam Martins, Robazzi e Garanhani (2009), e toda a capacidade de relativizar suas vivências, utilizados pela enfermeira são, ao ver deste estudo, a expressão máxima da reciprocidade social tão falada por Maffesoli (2001). O cotidiano que se vive é o palco principal dos atos da vida.

Deste modo, sobre este emaranhado de relativismo e da impossibilidade do racional em entender esta complexidade, Maffesoli (2008, p.30) esclarece que “O racionalismo esquece que existe uma lei, é a da “*coincidentia oppositorum*”¹, que faz com que as coisas, seres, fenômenos totalmente opostos se combinem.”. E ainda completa que, por negligenciar esta premissa, o racionalismo vai se empenhar em negar que estas oposições existem ou fingir que não têm nenhuma importância. Este talvez seja o diferencial deste trabalho, a intenção de apresentar esta visão relativizada.

¹ Na referida obra, Maffesoli não apresenta um tradução literal para este termo. Mas, no contexto de seu pensamento, o termo “*coincidentia oppositorum*” faz referência a uma coincidência que existem entre coisas opostas.

Essa visão reflete a realidade do mundo vivido do cotidiano da UTI, explicitada por mais estas falas:

Eu consigo viver nas fases difícil e tudo o que eu faço eu consigo refletir e ver o que foi errado, porque que isso aconteceu, entendeu? O que eu poderia ter feito pra melhorar e, às vezes, eu consigo fazer isso. Então meu tempo todo de UTI, todo de profissão, é sempre isso, eu tô sempre lutando, eu não sei se porque eu sempre tive muita garra, eu nunca vi dificuldade em nada, entendeu? Eu gosto de dificuldade, eu gosto da coisa que eu faço, então, quando você faz uma coisa que você gosta, por mais que ela seja difícil, você consegue tirar proveito, consegue tirar coisas boas [...] (Entrevistada 1).

Bem, é um trabalho assim muito desgastante, um trabalho bem desgastante, sabe? Porque é um setor que exige muito. [...] um trabalho que eu me identifico bem, porque eu sou uma pessoa mais agitada, então eu gosto da rotina, do estresse, entendeu? [...] Então assim, depois que eu vim aqui pra dentro do setor, pra mim, foi um estímulo muito grande em relação à enfermagem (Entrevistada 5).

Essas falas mostram a conformação que aqui se configura, ou seja, a capacidade de relativizar as dificuldades, que é característica ímpar das enfermeiras no vivido cotidiano da UTI. Contudo, embora consigam relativizar muito bem este viver, o cotidiano de conflitos, dificuldades e vicissitudes de ser uma enfermeira nesse setor, elas não podem evitar as consequências disso em sua vida. Assim este viver de conflitos e problemas, ainda que relativizados, afeta o ser enfermeira no cotidiano da UTI.

Este viver conflituoso do cotidiano da unidade de terapia intensiva que é relatado, o gostar da dificuldade declarado por elas tem consequência para suas vidas. Assim destacamos algumas falas que indicam as possíveis consequências sofridas pelas enfermeiras que vivenciam o cotidiano da UTI e o preço por terem que relativizar este cotidiano:

Ultimamente, eu tô tendo que tomar medicação. Tô apelando pras medicações porque já tem uns seis meses que eu já tô com uma enxaqueca violenta e o médico mesmo, eu já fui em três neurologistas diferentes, pra ver, trocar uma ideia mesmo e todos três falaram que é sobrecarga de trabalho e que eu não deveria trabalhar em duas terapias intensivas [...] (Entrevistada 3).

Não assim, pessoalmente, eu procuro não ficar misturando muito as coisas, pessoalmente falando, mas eu acho que assim, acaba mudando um pouquinho o modo de ver as coisas, o modo de ver a vida como um todo, porque, muitas vezes, a gente depara com situações que, às vezes, por mais que você tenha experiência, tenha contato direto com algumas situações, você se impressiona com algumas coisas, principalmente quando o paciente é mais jovem, e a gente, eu acabo levando pro lado pessoal assim, de mudar mesmo minha forma de encarar a vida. Porque hoje eu tô cuidando e, amanhã, eu posso tá ali sendo cuidada, como já tive colegas técnicos e enfermeiros mesmo que acabaram virando o papel, então assim, muda um pouco isso, entendeu? Que hoje eu tô cuidando e, amanhã, pode ser eu que estou ali, então muda um pouquinho a minha forma de ver a vida, dou valor a tudo que acontece, essas coisas assim, a gente realmente modifica o pensamento (Entrevistada 7).

Estas consequências ilustram o debate iniciado no referencial teórico desta pesquisa que é fundamentado com mais ênfase na obra intitulada “República dos bons sentimentos”, na qual, definitivamente, Maffesoli (2001) ilustra o quanto o cotidiano vivenciado por cada um é fator determinante de quem somos, do que vivemos, dos nossos sonhos, desejos e do porquê dos nossos problemas.

Embora tenham uma capacidade inigualável de relativizar sempre positivamente seu viver cotidiano dentro da unidade de terapia intensiva, este é fator determinante para o profissional e o pessoal das enfermeiras. Uma das entrevistadas, quando questionada sobre sentir ou não reflexos deste cotidiano em sua vida pessoal fora da UTI, respondeu afirmativamente e justificou:

Eu me preparo pra vir trabalhar, então, quando eu saio daqui e vou pra casa, eu me desligo de tudo, entendeu? Eu me desligo, é como se eu tivesse assim, é como se eu me desligasse, é como se eu ligasse a minha bateria pra quando eu viesse pra cá e eu tivesse pronta. Então eu fico em casa e eu esqueço, e eu observo que a minha família cobra isso. Entendeu? Você tá devagar. Entendeu? Você tá embutida. Não, eu estou me resguardando, tô me preparando para quando eu chegar aqui eu estar disposta e bem pra enfrentar, estar inteira pro setor (Entrevistada 1).

Ao ser indagada se, assim como, na hora de ir trabalhar, ela sente esses reflexos, quando volta para casa, com o término do plantão, os reflexos também são percebidos, respondeu:

Sim, sinto sim, sinto cansada, sinto como se minha energia acabou, entendeu? Tivesse acabado, então eu vou recarregar pra recomeçar. Chego em casa, começo a refletir o que que eu fiz, o que que eu não fiz, entendeu? E começo a preparar pra voltar (Entrevistada 1).

Cabe ressaltar que as enfermeiras, no que tange à temática dos sentimentos vivenciados no cotidiano da UTI, embora os sintam, não conseguem explicitá-los em suas falas.

Ah! de assistir o paciente mesmo, né, sentimento é complicado como te falar (Entrevistada 4).

Sentimentos?! Deixa eu ver...²

Eu sei, mas não estou sabendo como explicar, como falar disso (Entrevistada 1).

Nas falas abaixo, as entrevistadas tentam explicar quais sentimentos afloravam em suas vivências cotidianas dentro da UTI.

Em mim?³ Acho que eu nunca parei pra pensar nisso.⁴ (Entrevistada 2).

² Nota do pesquisador: segue-se mais um longo tempo de reflexão da entrevistada, tentando buscar, lembrar ou descobrir estes sentimentos.

Olha, não sei se vai ser o que você perguntou, quando eu entrei aqui, eu sempre fui uma pessoa muito racional, só que, depois que eu entrei dentro do CTI, eu me tornei totalmente racional [...]. Então acaba assim, o seu emocional você deixa de lado, isso pra mim, né? E entra o lado racional. Então assim, a minha parte emotiva está, assim, totalmente diminuída [...] (Entrevistada 5).

Quanto a essa dificuldade de falar ou perceber os sentimentos que vivenciam em seu cotidiano na unidade de terapia intensiva, Martins, Robazzi e Bobroff (2010) ressaltam que existe uma urgente necessidade de os enfermeiros, em geral, debaterem mais esta temática para que possam reconhecer, conhecer e trabalhar esses sentimentos.

Os mesmos autores ainda dizem que a falta de oportunidades para que os profissionais de enfermagem possam expressar suas vivências sentimentais contribui decisivamente para esta reclusão de sentimentos. Isso é constatado dentro do ambiente da unidade de terapia intensiva, em que a necessidade do ter que ser e fazer não abre possibilidades, nem oportunidades para que a enfermeira inserida neste cotidiano fale de seus sentimentos.

A entrevistada 4, na fala apresentada anteriormente, faz menção ao cuidar, demonstrando que ela sente algo relacionado ao cuidar. Assim pode-se caracterizar a parte racional dos sentimentos; as enfermeiras no cotidiano da UTI tendem a relativizar seu sentir pautadas no cuidar.

Logo, em um mundo de sentimentos não percebidos, o cuidar ou os resultados obtidos com este são uma possível válvula de escape para que as enfermeiras, no cotidiano da unidade de terapia intensiva, possam extravasar, mesmo que de forma objetivada e racional, seus sentimentos, suas emoções, vividas cotidianamente dentro da UTI.

Como já mencionado em categorias anteriores, é o cuidar e seus desdobramentos que, para esta pesquisa, trazem as maiores alegrias e satisfações para a enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva. Ademais, é normal que os principais sentimentos sejam direcionados a este cuidar. Que o cuidar seja o alvo e a válvula de escape para as demonstrações afetivas desta profissional.

³ Nota do entrevistador: um longo momento de silêncio.

⁴ Nota do entrevistador: surpresa no rosto da entrevistada ao constatar o fato.

O trecho a seguir consegue traduzir bem essa questão.

Aflora, eu fui útil, eu fiz alguma coisa boa, eu obtive um bom resultado, a maioria das vezes isso acontece (Entrevistada 1).

Aaah! Sim! Claro! Isso deixa muito, quando a gente vê um paciente que às vezes você é, deixa ele aqui e, quando você volta, ele teve aquela melhora, muitas vezes até já saiu da UTI, já foi embora, e às vezes era um paciente que você não tinha expectativa com ele. Então isso me deixa muito feliz, um paciente que está em coma e, de repente, você percebe que ele começa a te dar algum tipo de reação e você começa a ter um contato com ele, e ele começa a te esboçar alguma coisa. Isso também é muito bom, eu acho que isso é muito gratificante pra gente. Muito mesmo (Entrevistada 2).

Assim, com base nas falas das entrevistadas e em Silva e Ferreira (2011a), fica bem claro o quanto o cuidar se configura como uma possível válvula de fuga para esta repressão de sentimentos que, em muitos casos, é imposta ao ser enfermeira no cotidiano da UTI pelo próprio setor, que, com seus preceitos racionais, objetivistas, não possibilita largamente a estas profissionais um momento, um espaço ou oportunidades para expressar sentimentos.

Shimizu, Couto e Merchand-Hamann (2011) salientam que fatores inerentes ao ambiente de trabalho são causas decisivas para problemas de ordem emocional. Assim, todas as vicissitudes inerentes ao cotidiano da unidade de terapia intensiva propiciam o que esses autores denominam de “embotamento afetivo” ou “apagamento das manifestações afetivas”. Situação constatada pela fala:

E com relação ao paciente, é, às vezes, você fica com expectativa de melhora mesmo de um determinado paciente que não acontece. Isso obviamente que mexe com nossos sentimentos, né, porque ninguém é de ferro, é mais ou menos isso (Entrevistada 7).

No depoimento a seguir, fica bem nítido como todas as dimensões relacionadas ao cuidar servem de válvula de escape para que as enfermeiras, no vivido cotidiano da unidade de terapia intensiva, possam expressar seus sentimentos, relativizando o espaço/mundo vivido da UTI.

Sim, sim, sim. Todos os sentimentos possíveis que uma pessoa normal tem, desde alegria até raiva, até a ira, né, a insatisfação, muitas vezes, de um paciente frente ao serviço, né, frente, muitas vezes, a uma rotina que pode tá atrapalhando seu processo de trabalho, a rotina de, por exemplo, que a gente depende de setores externos, internação, enfermaria. Muitas vezes, estes setores externos, muitas vezes, podem atrasar o processo de trabalho, este processo de trabalho pode trazer insegurança e é demora o processo de descer o paciente de alta. Tô com o paciente de alta e a enfermaria não tá pronta pro paciente descer, então causa no paciente, na verdade, o que que eu vou dizer pra você, uma ansiedade muito grande, “se eu tô de alta porque que eu não desci?” E, muitas vezes, esse caráter de ansiedade, muitas vezes, associado à patologia do paciente, muitas vezes, esse paciente pode tá ligado ao tabagismo, abstinência ao tabaco, o paciente pode estar surtando um pouquinho com relação a isso e pode ser também frente a questões relacionadas a questões de convênio X, Y ou Z [omissão dos nomes citados]. Já tive casos aqui, na verdade, que tive que agir um pouco mais ríspido, não grosso, mais um pouco mais severo, frente mesmo à indignação do paciente pela necessidade de alta e ele começar a questionar o comportamento como um todo, desde a equipe médica até a higiene e limpeza. Então, na verdade, simplesmente eu pontuei, na verdade, naquela situação o quê? O fator rotina, protocolo, como se faz o momento de alta, como se faz todo este processo, né, então frente a isso, agente tem momentos de muita satisfação dentro do setor, agente tem uma média de cirurgia hoje uma média de duas a três cirurgias cardíacas por dia, frente a isso, a gente tem duas altas por dia e isso é muito prazeroso. Quer dizer, o sucesso dentro da cirurgia cardíaca não é somente do cirurgião, não é somente do plantonista, mas de toda a equipe, que a família traz toda aquela ansiedade e entrega não só pro médico, não simplesmente pros responsáveis direto, cirurgião ou médico plantonista, mas toda a equipe, então, quando a gente traz e leva o paciente de alta, é uma satisfação muito grande pra equipe (Entrevistada 6).

Assim, pode-se afirmar que o pensamento de que ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva é não sentir ou ficar fria e insensível com o passar dos tempos não procede. O que acontece é que as duras imposições da UTI diminuem um pouco a percepção que estas profissionais têm de seus sentimentos.

Faz-se referência a um poema de Fernando Pessoa que alude a essa questão: “Tenho tanto sentimento / Que é frequente persuadir-me / De que sou sentimental, / Mas reconheço, ao medir-me, / Que tudo isso é pensamento, / Que não senti afinal” (Fernando Pessoa, Tenho tanto sentimento, 1933). Pode-se dizer que os sentimentos não são ditos ou refletidos, eles simplesmente devem ser vivenciados. E isso o ser enfermeira no cotidiano da UTI o faz em plenitude.

No mais, não apenas um sentir relativizado e embasado no cuidar constitui o ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva, uma vez que essa temática é mais complexa e apresenta outro fator constituinte de irrefutável relevância. Recorre-se novamente a Shimizu, Couto e Merchand-Hamann (2011), primeiramente para lembrar a influência do local de trabalho no sentir dos trabalhadores da enfermagem. Em segundo lugar, porque esses autores concluíram, em seu estudo, que os trabalhadores de enfermagem em unidades de terapia intensiva, por estarem expostos a todas as dificuldades já mencionadas, são submetidos a sentimentos de angústia, dor, tristeza. Sendo assim, estes profissionais criam estratégias de proteção e autopreservação, como forma de enfrentamento do trabalhar cotidianamente com esses sentimentos.

Fica caracterizado que muito da relativização do sentir, muito desta insegurança em reconhecer os sentimentos pode ser um mecanismo de autopreservação de que a enfermeira, no cotidiano da UTI, lança mão para cuidar de si. Ela evita que as mazelas desse vivido cotidiano lhe causem um mal maior do que o já constatado por este estudo. O trecho abaixo emoldura a questão.

Sim, com certeza, pode ser uma forma de autoproteção. Porque acho que, muitas vezes, é isso que acontece. Acho que, na maioria, as pessoas pensam que não sentem, mas acaba que sentem sim, só que não dá muita ideia porque você vive tanto que vai passando, né? (Entrevistada 8).

Vê-se nos depoimentos toda a relevância da autoproteção, toda a postura de se prevenir contra essas vicissitudes que podem ser vivenciadas cotidianamente dentro de uma unidade de terapia intensiva, e esta postura de autopreservação, que poderia ser vista como dureza, frieza e insensibilidade, frente às necessidades humanas que requerem a atuação do enfermeiro, pode ter outra conformação.

Silva e Ferreira (2011c) fazem um apontamento que propicia um novo olhar sobre esta questão, ressaltam que os enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva necessitam de um equilíbrio emocional muito grande para desempenharem seu papel frente a situações de extremo estresse. Só que esse equilíbrio emocional aguçado e superdesenvolvido, ainda, segundo estes autores, pode fazer parecer que a enfermeira é uma pessoa fria, sem sentimentos, isso se justificaria pelo contexto de morte, complexidade, sofrimento inerente às unidades de terapia intensiva. É o que pode ser percebido na fala:

Eu acho que a gente acaba desenvolvendo, eu não sei nem como se chama, é assim com eu te falei, a gente cria, a gente fica, a gente sente aquilo, se solidariza com aquela dor, mas, às vezes, a vontade de trabalhar de fazer alguma coisa melhor, porque se você for pensando muito, ficar parando pra ficar pensando que tá ali, ficar sentindo muito aquilo ali, se envolvendo muito emocionalmente com aquilo, acaba atrapalhando até a sua atuação. Então, na verdade, é uma sensibilidade moderada que faz com que você, é... não perca o foco do que você tem que fazer ali, entende?. Então, muitas vezes, você tá fazendo um procedimento, alguma coisa assim, se você ficar pensando muito, você fala: "Nossa, o paciente tá tão sofrido e eu ainda vou fazer isso e tal", mas, infelizmente, a gente tem que fazer aquilo pra obter, depois, no futuro, uns dias, não sei o que for, que ele melhore, que é o objetivo isso, entendeu? (Entrevistada 7).

A percepção deste comportamento autoprotetor pode ou não ser consciente para as enfermeiras no cotidiano da UTI. Para algumas, ele vem na forma de um racionalismo exacerbado, justificador e inconsciente. Mas, para outras, a autoproteção é um ato muitas vezes deliberado, pensado e planejado, seria uma boa expressão deste controle emocional aguçado que estas enfermeiras têm e que as ajuda a relativizar o vivido cotidiano da UTI. As falas abaixo abordam essa

situação, a primeira exemplifica a autoproteção não percebida, e a segunda a percebida:

Não. Assim, igual eu sou uma pessoa extremamente ansiosa, entendeu? Essa minha ansiedade é constante, então eu vivo momentos de ansiedade, mas, diante de uma intercorrência, vamos colocar assim, com o paciente em intercorrência e aí, é realmente é tudo mecânico, eu ajo mecânico. Aí depois que acaba a intercorrência, quando eu vou pra casa, que você começa a raciocinar, você até pode ficar triste uma hora. “Ahh!!! Fulano de tal!” Já tive muito sentimento assim de ir pra casa “Poxa mas, se tivesse feito isso nele antes, não ia acontecer isso”, entendeu? De culpa, né, uma culpa como um todo que eu falo, não só minha, da equipe como um todo, entendeu? Sentimento de culpa, mas isso o após, né, antes, aqui, no momento, não sei te dizer não (Entrevistada 5).

Às vezes, dependendo do paciente, é, eu acho que é uma coisa do ser humano mesmo, tem paciente que mexem mais com você, né, então, muitas vezes, dependendo da situação, às vezes, a gente sai daqui meio abatida, é fica chateada, e pensa naquilo várias vezes ao dia, e isso costuma acontecer. Mas eu procuro lidar bem com isso, assim eu, na minha cabeça, eu como pessoa, eu penso assim, se eu é, me deixar abater demais por esta situação e levar este abatimento pra minha vida lá fora, isso vai me deixar uma pessoa, né, até de difícil convivência com as pessoas que estão lá fora. Então eu procuro fazer um pouco essa, durante o dia, às vezes, eu penso, às vezes, igual eu tô te falando, quando tem uma situação que mexe muito comigo, então, às vezes, eu vou pra casa e aquilo, toda hora, vem na minha cabeça, né, já teve vezes de eu ligar pra cá pra saber: E o seu fulano, como ficou? Como é que tá? E a gente fica preocupado, doido pra chegar no outro plantão pra ver o que aconteceu. Então estas coisas, que a gente é humano, né, e a gente tem, apesar de muita gente falar assim: “Ahhh!!! quem trabalha em hospital é tudo muito frio”. Eu não vejo assim, eu acho que agente não é assim, agente só tem uns, umas, como é que eu vou te falar,

agente tem umas estratégias pra gente poder não, não carregar isso também, o sofrimento, né, porque a gente lida com muito sofrimento, então você tem que ter este tipo de coisa pra você também, porque você tem a sua vida lá fora, né. Você tem sua família, você tem outras coisas que você faz, então, se você se deixar abater demais, por isso, eu não vejo que a gente nós sejamos pessoas frias. Eu não acho que é assim não, eu acho que muito pelo contrário, principalmente a gente da enfermagem, né, que a gente tá lá o tempo todo com eles, né, com os pacientes, contato e conversa, né (Entrevistada 2).

Esses depoimentos exemplificam muito bem esta pseudorracionalização dos sentimentos. E destaca-se aqui o grande aparato de qualidades profissionais do ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva e o controle emocional para lidar com todas as situações conflitantes de seu cotidiano.

Fazendo um apanhado da temática do não sentir da razão ou de autoproteção, pode-se ponderar e concluir que existe nas enfermeiras um pseudo não perceber de seus sentimentos, uma vez que elas podem até dizer que não percebem e achar que não percebem, contudo suas falas são sempre indicativas de algum sentir, principalmente no que tange ao cuidado.

Tendo em vista o fato de o ambiente da UTI agravar esta inabilidade e reduzir ainda mais as oportunidades de expressão, mais uma vez, o cuidar surge como válvula de segurança, permitindo que o ser enfermeira nesse cotidiano possa expressar seus sentimentos, relativizando o seu dia a dia.

Embora, por vezes, tachada de fria e insensível, a enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva contém seus sentimentos como forma de se preservar e proteger para poder continuar a expressar, nesse ambiente, seu papel de profissional e pessoa. Mantém sobre si um primoroso controle emocional que lhe possibilita ser eficiente e útil mesmo nas horas mais improváveis.

4.5 A MORTE NO COTIDIANO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

“Dizem as escrituras sagradas: ‘Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer’. A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A ‘reverência pela vida’ exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir. Cheguei a sugerir uma nova especialidade médica, simétrica à obstetrícia: a ‘morienterapia’, o cuidado com os que estão morrendo. A missão da morienterapia seria cuidar da vida que se prepara para partir. Cuidar para que ela seja mansa, sem dores e cercada de amigos, longe de UTIs. Já encontrei a padroeira para essa nova especialidade: a ‘Pietà’ de Michelangelo, com o Cristo morto nos seus braços. Nos braços daquela mãe o morrer deixa de causar medo.”

(Sobre a morte e o morrer – Rubem Alves Texto publicado no jornal “Folha de São Paulo”, Caderno “Sinapse” do dia 12-10-03. fls 3.)

A morte é a sequência natural da vida e, simbolicamente, tem, dentro de culturas diferentes significados diversos. Para os ocidentais, ainda existe um estigma e uma não aceitação do morrer. Mota et al. (2011) indicam que a morte proporciona uma grande gama de sentimentos, e que, talvez, a incapacidade em se lidar com a morte advinha do fato de que não se sabe o que a morte significa para o ser humano e sua existência.

Assim, dentro de uma lógica racionalista e explicativa, algo que não tenha um significado determinável, uma finalidade explícita, tende a ser rejeitado, a ser negligenciado por não ser entendido. O racionalismo, do qual trata Maffesoli, já amplamente abordado neste estudo, e que é constituidor do modelo social ocidental vigente, por conseguinte, é uma forte influência para a postura ocidental frente à morte.

Para a enfermeira no cotidiano da UTI, além do âmbito pessoal, têm-se as impressões profissionais deixadas pelo lidar constante com a morte. Mota et al. (2011) ressaltam que os profissionais de enfermagem ainda não estão preparados para lidar de forma natural com as vivências relacionadas à morte.

Assim, apesar de a morte fazer parte do seu cotidiano, observa-se que estes profissionais apresentam dificuldades para prestar cuidados ao paciente e interagir com seus familiares frente à possibilidade da morte, sendo esta geradora de reações e sentimentos causadores, muitas vezes, de sofrimento nestes trabalhadores (MOTA et al., 2011, p 130).

A opinião partilhada acima pode ser ilustrada na fala a seguir:

Profissionalmente, tem que saber lidar, porque assim, pessoalmente, eu ainda sou muito apegada aos pacientes, ao sofrimento, eu sofro muito junto, eu sei que a dor, porque é explícito, tá na cara do paciente, né, é um ambiente desagradável, principalmente pros que estão lúcidos, mas os que não estão também a gente não sabe o que tá se passando, o que que é um paciente tá desacordado, tá em coma, tá sedado. Profissionalmente, é isso, assim tem que saber muito lidar com este lado, e, pessoalmente, é muito difícil, porque, às vezes, você leva muita coisa pra casa. Eu penso muito assim, quando eu chego em um paciente às vezes novo, às vezes, nem tanto, eu sempre chego e penso: “Ai, meu Deus, e se fosse um parente meu?” Muito difícil (Entrevistada 8).

A fala tem a propriedade de nos mostrar tanto uma visão pessoal quanto uma visão profissional da enfermeira frente à morte e é capaz de elucidar esta dificuldade em ambos os aspectos, pessoal e profissional, em se vivenciar o processo de morrer. Embora a entrevistada afirme que “Profissionalmente, tem que saber lidar” com a morte no ambiente da UTI, ela não diz de que maneira faz isso, o que pode indicar sua falta de trato com a situação em questão.

Contudo, Mota et al. (2011) e Martins e Robazzi (2009) indicam que esta dificuldade de se lidar com a morte, encontrada pelas enfermeiras no cotidiano da UTI, pode ter algumas causas determináveis. Ambas as fontes elucidam que, em geral, alguns profissionais acabam por adotar uma postura racional frente à morte, postura essa que lhes serve de mecanismo de defesa.

Apontam que este mecanismo de defesa racional surge da necessidade de a enfermeira, no cotidiano da UTI, ter que se proteger do lidar constantemente com sentimentos como angústia, sofrimento, tristeza e perda, por conta dos pacientes sob seus cuidados que morrem. Destaca-se também o fato de que, quando um paciente morre, em alguns casos, ocorre uma espécie de reflexão por parte do profissional. Isso é perceptível na fala a seguir:

Morte, terminalidade quando se trata de um paciente mais idoso, a gente aceita com mais facilidade [...] Quando é um indivíduo jovem, fica todo mundo na fissura de fazer, só que a gente tem que controlar também, tem que ter cuidado e tal [...]. E a gente observa nos funcionários assim, um certo é [...] tristeza quando perde um paciente novo. É, eu também [...] então assim, bate um sentimento às vezes

de perda, né, de pô, um cara jovem e tal, então isso aí eu acho que sempre vai acontecer. Não interessa se você tem 7 anos, acho que, se eu tiver 20 anos de UTI, aí, quando se trata de um indivíduo jovem, que tinha uma vida pela frente, a gente acaba sentindo um pouquinho (Entrevistada 3).

Frente à percepção da finitude da vida, cria-se uma tendência, na sociedade ocidental, de aceitar com mais facilidade o falecimento de pessoas que tenham uma idade avançada do que a morte das mais jovens. Martins e Robazzi (2009) explicam esse entendimento, e a elucidação vai ao encontro do que afirmou a entrevista na fala anterior.

A morte de pessoas jovens não é bem vista como processo natural, mas sim que há uma expectativa que nascemos, crescemos e vivemos por um determinado tempo. A morte é mais bem aceita quando se tem o sentimento que a pessoa já cumpriu as etapas de sua vida. (MARTINS; ROBAZZI, 2009, p. 55).

Apresenta-se a seguir outro depoimento que trata desta questão:

[...] vejo o caráter de perda, de óbito, muito sobre caráter pessoal, cada paciente tem o seu perfil, então assim sensibiliza ou não sensibiliza. Você se comove ou não se comove, você, na verdade, não é que você fica apático àquele paciente ou vice e versa, é que você se sensibiliza mais com determinado paciente. Então isso depende muito do perfil do paciente, depende de vários fatores, dentre eles idade, comorbidade, entendeu? Isso tudo eu tento jogar na balança pra você tentar se sensibilizar ou não, entendeu? (Entrevistada 6).

Mas este processo racional de defesa, que pode surgir da necessidade de se proteger de sentimentos conflitantes e angustiantes e de perceber na morte do outro a finitude de sua própria vida, tem outras origens, é o que apontam Silva, Campos e Pereira (2011). Eles refletem sobre o que chamam de paradigma da cura, que nada mais é do que a não aceitação do ato de morrer como um processo natural, surgido com a medicina moderna.

Para a enfermeira no cotidiano da UTI, isso também pode ser configurado. O tecnicismo, o racionalismo e a imposição do ter que curar, do ter que salvar, em muito, atrapalham, bem como o viver cotidiano destas situações pode fazer surgir na enfermeira no cotidiano da UTI um habituar-se à morte, conforme se pode ver no depoimento a seguir:

Eu acho! Com certeza! Às vezes, não é nem por querer é porque você acaba vivendo uma situação que acaba sendo tão corriqueira pra você. Não é que você fique duro, mas você acostuma, sabe? Não é a mesma coisa, vamos supor um gari, agente quando tá perto de um destes caminhos de lixo fica “Nossa, que cheiro horrível, que coisa horrível, coitado destas caras que trabalham”. Mas, pra eles, já é uma situação corriqueira, como aqui, um paciente ir a óbito não é que você tá mais duro, mas é uma situação que você vive todos os dias, entendeu? Eu acho que nem é essa questão de ficar endurecido, acaba sendo uma situação comum na vida (Entrevistada 8).

Mas, ainda dentro do olhar sobre a morte e o cuidado, existe uma última relação que pode ser apontada. Esta é abordada com a mesma importância que aqui nos trabalhos de Mota et al. (2011) e de Silva e Ferreira (2011c). Ambos os estudos apontam que, para determinados profissionais de enfermagem, o morrer dos seus pacientes é percebido como uma falha no seu trabalho, conseqüentemente, uma falha do profissional.

Logo, por mais ciente que a enfermeira seja de que realizou bem suas funções e fez todo o possível para que a vida em questão fosse preservada, como apontam Martins, Robazzi e Garanhani (2009), ainda afloram nela sentimentos de frustração, impotência, fracasso e, em certos casos, até mesmo culpa. Talvez a visão racional produtivista explícita no ambiente da unidade de terapia intensiva seja a precursora destes sentimentos, deste pensar que a morte é resultado de um trabalho em que se fracassou. O depoimento a seguir expõe isso.

[...] vejo o caráter de perda, de óbito, muito sobre caráter pessoal, cada paciente tem o seu perfil, então assim sensibiliza ou não

sensibiliza. Você se comove ou não se comove, você, na verdade não, é que você fica apático àquele paciente ou vice e versa, é que você se sensibiliza mais com determinado paciente, então isso depende muito do perfil do paciente depende de vários fatores, dentre eles idade, comorbidade, entendeu? Isso tudo eu tento jogar na balança pra você tentar se sensibilizar ou não entendeu? (Entrevistada 6).

Embora a fala apresentada mostre os elementos do objetividade com o trabalho e seu tecnicismo, ela traz consigo o objetivo desta pesquisa, pois ela explicita toda a sensibilidade da enfermeira, toda a organicidade da sua vivência cotidiana. Mostra que, embora abarcada pelo pensar produtivo, a enfermeira nunca deixa de ser sensível e se importar com o outro. Ela consegue relativizar e sensibilizar o objetivismo da produção, do ter que fazer, sem nunca deixar de ser humana.

O mesmo pode ser visto em falas de outras entrevistadas, como se pode ver a seguir. A primeira fala mostra o aspecto do olhar profissional, objetivo devido às necessidades do serviço. E a segunda revela toda a humanidade, sentimentos destas enfermeiras frente à morte:

[...] a gente acaba sendo um pouco imunizado, a gente toma uma vacina [entrevistada faz sinal de aspas com os dedos], a gente é vacinado um pouco e insensibilizado frente, na verdade, a realidade de cada um que está aqui dentro [...] (Entrevistada 6)

[...] não ficou internada nem por uma semana e foi a óbito, e eu que dei a notícia pra família, e ela tinha dois filhos. Foi muito difícil pra mim, mas foi muito difícil mesmo. Pra te falar o tanto que foi que eu chorei junto com a família, eu fiquei muito mal, levei pra casa, e fiquei mal uns três dias, pra te ser muito sincera. E, até hoje, é um tipo de notícia que eu não gosto de dar. Eu sofro, eu ainda fico assim sem saber o que fazer, porque eu sempre me imagino naquela situação. Se fosse a minha mãe? Entendeu? (Entrevistada 8).

Diante do exposto até aqui em relação à morte, percebe-se que a enfermeira, assim como a grande maioria das pessoas, tem dificuldades em lidar com a morte. Porém a enfermeira da UTI, com ou sem dificuldades, lida cotidianamente com este evento, envolvendo-se pessoal e profissionalmente.

O envolvimento profissional passa pela necessidade do trabalho cotidiano com essa situação e pelo fato de essas profissionais não poderem negligenciar ou se eximir de suas funções e responsabilidades frente à morte de uma pessoa que estava sob seus cuidados ou de sua equipe. Assim, tal imunização ou insensibilização está atrelada a essa necessidade e nunca a um não se importar com outro.

Quanto ao aspecto pessoal, destaca-se a projeção que a enfermeira da UTI faz para a sua própria vida da situação de enfrentamento da morte pela família que perde um ente querido. Portanto, ela se comove com a dor do outro porque se imagina no lugar dele.

Logo, mesmo sendo um evento ainda repleto de incógnitas, que as sensibiliza pessoal e profissionalmente, que lhes desperta sentimentos contraditórios e que, a todo momento, faz com que elas pensem sobre a finitude de sua própria vida, estas e suas equipes se habilitam a cuidar das pessoas que, por diversos motivos, estão na iminência da morte. E, com ou sem dificuldades, procuram executar o cuidar em todos os momentos que envolvem o morrer da forma mais digna e humana possível, buscando, assim, expressar o que o vivido cotidiano da unidade de terapia intensiva tem de mais rico, que são suas organicidades e sensibilidades.

5 FINALIZANDO COM ALGUMAS REFLEXÕES

“Veja!
 Não diga que a canção
 Está perdida
 Tenha fé em Deus
 Tenha fé na vida
 Tente outra vez!...
 Beba! (Beba!)
 Pois a água viva
 Ainda tá na fonte
 (Tente outra vez!)
 Você tem dois pés
 Para cruzar a ponte
 Nada acabou!
 Tente!
 Levante sua mão sedenta
 E recomece a andar
 Não pense
 Que a cabeça aguenta
 Se você parar
 Não! Não! Não!...
 Há uma voz que canta
 Uma voz que dança
 Uma voz que gira
 (Gira!)
 Bailando no ar
 Queira! (Queira!)
 Basta ser sincero
 E desejar profundo
 Você será capaz
 De sacudir o mundo
 Vai!
 Tente outra vez!
 Tente! (Tente!)
 E não diga
 Que a vitória está perdida
 Se é de batalhas
 Que se vive a vida
 Han!
 Tente outra vez!...”

(Tente outra vez – Raul Seixas)

Optou-se por realizar uma reflexão neste capítulo e não apenas finalizar por algumas razões. Primeiro, tendo por referência os pensamentos utilizados para a confecção deste estudo, que, por serem tudo o que já foi apontado, não

possibilitariam a utilização de termos como: considerações finais, conclusão ou outro qualquer que pudesse fazer menção à terminalidade, a um trabalho pronto.

Segundo, devido à proposta em si da pesquisa, quando se pretendeu mostrar um pouco do que poderia significar ser um profissional de enfermagem dentro de uma unidade de terapia intensiva. A intenção era apresentar mais que simplesmente os profissionais, era alcançar o ser humano, e, como nenhum ser humano está pronto e acabado, novamente a reflexão parece ser a melhor escolha.

Sendo assim, surgem as seguintes indagações: como se pode considerar ou concluir algo sobre outra pessoa? Qual o poder que se tem de fazer considerações ou conclusões sobre as vivências de outras pessoas, as quais nem se conhece intimamente? Logo, apresentar uma reflexão é a melhor opção para o desenvolvimento deste capítulo a fim de se respeitar o que foi proposto por esta pesquisa.

Sobre a proposta, cabe ressaltar que, mesmo antes deste momento, este estudo já havia encontrado as respostas que buscava. Isso porque a sua motivação principal foram os 12 anos de trabalho do pesquisador dentro de unidades de terapia intensiva. Lógico que toda a contribuição para a enfermagem e seus profissionais é um nobre motivo. Mas o anseio maior do pesquisador era ver como outras pessoas viam as mesmas coisas que este.

Concluída a fase de entrevistas, quase todas as indagações já haviam sido respondidas. No momento em que terminaram as transcrições das falas das entrevistadas, o pesquisador já havia feito muitas reflexões sobre si mesmo como enfermeiro. E foi por isso que se decidiu que não se conformava a uma UTI nos moldes da que trabalhava.

A reflexão proporcionada por este estudo ao pesquisador sobre si mesmo como profissional e sobre a sua prática como enfermeiro foi a grande primeira contribuição desta pesquisa, foi o grande artigo publicado em sua vida. E o importante disso tudo é que estas reflexões não são finitas. No final de cada plantão, o pesquisador, novamente, exercita a capacidade que este estudo lhe proporcionou de refletir.

Pode-se afirmar que este estudo pode colaborar para que a enfermagem se torne uma profissão melhor, como fez com o próprio pesquisador que, após a realização deste, considera-se um profissional melhor. Uma profissão nada mais é que o reflexo de seus profissionais. Contudo, pode-se refletir sobre os dados

concretos que foram apresentados para obtenção dos resultados. Espera-se que todos os enfermeiros e enfermeiras que, porventura, vierem a ler este trabalho reflitam acerca do seu ser enfermeiro ou enfermeira.

Respeitando-se a sequência em que este estudo se organizou, primeiramente, será abordado o referencial teórico. Retomar-se-á um pouco da Sociologia do Cotidiano, da unidade de terapia intensiva, do cotidiano e do trabalho do enfermeiro na UTI.

A Sociologia do Cotidiano se configurou neste trabalho como uma ferramenta singular, da mesma forma que se faz para a enfermagem. Isso, quando se busca uma abordagem humana sobre os objetos de estudo, pois a Sociologia do Cotidiano entende e explica muitas coisas que muitos outros constructos teóricos não o fazem.

Esta capacidade exaltada vem do fato de que, assim como a enfermagem tende a fazer, o pesquisador deste estudo gostaria de fazer, a Sociologia do Cotidiano vê cada pessoa como única, independentemente de similaridades ou não, fato advindo da capacidade de trabalhar com as motivações e as intenções de cada um.

Considerando que todos os profissionais de enfermagem de nível superior gostem da enfermagem, eles seriam iguais nesse ponto. Mas, ao se perguntar por que gostam da enfermagem, ou qual a intenção deles em serem enfermeiros, as possibilidades de respostas são diversas, o que configura cada profissional como único, incomparável, apesar de todos gostarem da mesma profissão.

A Sociologia do Cotidiano também pode auxiliar os enfermeiros(as) a perceberem e entenderem fenômenos que são relativamente novos nos meios sociais, como: a sexualidade depois dos 60 anos de idade, casais do mesmo sexo, a gravidez na adolescência sob uma nova perspectiva. Pode ainda contribuir para o entendimento de tantos outros que, de uma forma ou de outra, no cenário social da atualidade, acabam por desencadear reflexos nos serviços de saúde, ou exigir deles posturas e condutas para os quais ainda não estão devidamente preparados.

Assim, os enfermeiros seriam capazes, por exemplo, de conduzir um grupo de direitos reprodutivos que tivesse casais do mesmo sexo ou moças e rapazes de 16 anos de idade que quisessem ter um filho, com o consentimento de seus pais, ou um grupo de DST/Aids para senhores e senhoras com mais de 60 anos de idade

que estivessem em pleno gozo de suas práticas sexuais. Exerceriam essas ações sem, contudo, que isso lhes causasse espanto ou contrariedade.

A Sociologia do Cotidiano tem a propriedade de mostrar que a sociedade em que vivemos é outra e muda com uma velocidade jamais vista. Ela aponta que, se os enfermeiros e enfermeiras não tiverem ciência disso e não se adequarem, bem como as suas condutas, a essas mudanças, estarão fadados a ficar obsoletos dentro dos cenários em que são fundamentais. E, como toda peça ultrapassada, serão deixados de lado, pois não terão mais importância.

No entanto, esta propriedade requer dos enfermeiros e enfermeiras uma postura aberta a mudanças, e não só a mudanças externas, mas também transformações internas: mudanças de pensamentos e, principalmente, de atitudes. Talvez este seja o maior entrave a sua aceitação, pois as imposições e pressões dos paradigmas sociais ainda predominantes não permitem que um olhar tão inovador e diferenciado seja introduzido sem resistência.

Além disso, cabe ressaltar que as críticas que a Sociologia do Cotidiano, assim como outras correntes de pensamento, sofrem por serem metodologicamente frágeis para pesquisas de cunho científico são válidas e têm de ser encaradas como alerta. Trata-se de um motivador para manter-se uma vigilância constante sobre a capacidade das mesmas e para se manterem sempre alertas, o que fará com que os trabalhos fundamentados por estes pensamentos tenham sempre mais qualidade.

A concepção de um novo cotidiano de vida que foi apresentada também é de grande serventia. Pois, devido às características construídas durante anos de história, a palavra cotidiano em si já estava se tornando sinônimo de algo ruim, maçante, penoso, que denota mesmice. Agora, com esta nova concepção, pode-se voltar a ter um encantamento com o dia a dia, pois se sabe que as motivações são muito importantes.

Observa-se que este novo cenário social que vem surgindo e vem sendo denominado de pós-modernidade consegue extrapolar a rotina de acordar, ir trabalhar, voltar para casa, ver televisão e dormir, ou seja, o que era tido como cotidiano de vida. O novo cotidiano é repleto de porquês, de significados e motivações.

Do ponto de vista metodológico, a Sociologia do Cotidiano permite aos pesquisadores uma liberdade de pensamento e reflexão sobre a temática, muito característica dos pensamentos sociais. Tal liberdade se configura como uma

possibilidade de analisar os fatos sobre muitas perspectivas, deixando que, na medida do necessário, os rumos da pesquisa possam ser adequados às realidades que vão se apresentando no decorrer desta. Assim é um referencial fácil de ser trabalhado.

Mas estas liberdade e facilidade devem ser rigorosamente observadas, pois podem conduzir a pesquisa por caminhos que fogem das veredas do conhecimento científico, o que invalidaria qualquer descoberta ou constatação feita desta forma, visto que as possibilidades de tendências e expressões pessoais se tornam marcantes. Em resumo, foi importante e gratificante do ponto de vista pessoal e profissional do pesquisador conhecer e poder trabalhar com a Sociologia do Cotidiano.

Poder falar sobre unidade de terapia intensiva significou abordar um assunto que o autor deste estudo conhece muito bem e para quem a realização desta pesquisa foi igualmente importante e gratificante, uma vez que pode expressar seus conhecimentos e sua vivência nesse ambiente. Pode ainda acrescentar o vivido cotidiano como fator de relevância no trabalho.

Só aqueles que interagem dentro deste ambiente sabem o que ele significa, sabem o que significa a vivência cotidiana ali dentro. Reconhecem o que é sair de um plantão de 12 horas dentro de uma UTI. A complexidade do que se pensa, do que se sente é impar, e, mesmo que se trabalhe em outros setores, nunca se sente ou se vive nada parecido. Os saberes e pensamentos do pesquisador deste estudo em muito se assemelham aos dos profissionais que alicerçaram a construção desta pesquisa. As falas dos entrevistados muitas vezes vão ao encontro do que sente o autor deste estudo.

Aqui se apresenta a frustração de não se ter a capacidade de transmitir em palavras todos os verdadeiros porquês, as intenções, as motivações e os sentimentos que só uma unidade de terapia intensiva tem a capacidade de proporcionar. Cabe destacar o quão importante foi cada uma das entrevistas para a realização desta pesquisa. O pesquisador ainda guarda na memória cada rosto, cada reação, cada sentimento que compuseram as entrevistas, e a impossibilidade de expressar fielmente, por meio de palavras, todas estas nuances é igualmente frustrante.

Desta forma, baseado em sua vivência profissional, o autor deste estudo, hoje, compreende porque muitos dos profissionais de enfermagem temem ou têm

receio de trabalhar em uma unidade de terapia intensiva, uma vez que ele mesmo já teve estes sentimentos. Por isso se sente à vontade para dizer que este medo ou receio é o mesmo que se tem de tudo que é desconhecido. Sim, trabalhar em uma UTI é diferente e transforma a pessoa em um profissional diferenciado. E o que se tem a aconselhar aos que nutrem este medo e receio é que tentem, experimentem e, depois, busquem uma forma de relatar o que acharam de trabalhar em uma UTI.

Ainda sobre a UTI, cabe relatar um pouco sobre o trabalho dos enfermeiros dentro deste setor. Imagine-se uma grande orquestra, com 150 músicos, pronta para executar a Nona Sinfonia de Beethoven; o que seria desta orquestra sem o seu maestro? O resultado seria o mesmo de uma unidade de terapia intensiva sem um enfermeiro, aquele que rege o setor. Essa afirmação se justifica com as respostas às seguintes indagações: quem coordena as admissões e as altas na UTI? Quem coordena o trabalho da equipe de enfermagem no que diz respeito a medicações e procedimentos? Quem faz a ponte entre as necessidades dos pacientes e os outros profissionais atuantes no setor? Quem faz muitas outras tarefas como verificação de estoque, pedidos de materiais, reuniões de equipe, etc.? Apesar de todo esse esforço, dessa atuação tão relevante, esses profissionais ainda não têm o reconhecimento que merecem.

Adentrando agora no universo das categorias que foram formadas neste estudo e considerando que muito já foi falado nos capítulos anteriores, pretende-se abordar cada uma delas de forma muito sucinta e sob a ótica do pesquisador.

No tocante aos elementos formadores da práxis, a primeira categoria constituída, o papel que a UTI acaba por exercer como escola do vivido cotidiano para os que ingressam neste ambiente para trabalhar vem do fato de ser um setor constituído por componentes muito peculiares. Mas não se deve desconsiderar o despreparo dos profissionais de enfermagem gerados por academias.

Com relação ao *status* profissional, nada há mais a ser dito, por tudo o que uma UTI representa, por tudo que o enfermeiro desempenha neste ambiente, ele merece ser reconhecido por seu diferencial, que o torna especial. E todo este *status*, ainda é pouco em relação ao reconhecimento que o ser enfermeira(o) que atua em UTI merece.

O trabalho em equipe e a proximidade com o paciente são momentos em que estes enfermeiros e enfermeiras têm de expressar muitas das aptidões que possuem e que nem sempre são percebidas, como: a capacidade de liderança, de

resolubilidade, de agregar valores humanos e de saber olhar de forma diferenciada. Ambos os aspectos são peculiaridades inerentes à profissão de enfermagem, as quais não são rejeitadas por seus profissionais, pelo contrário, são valorizadas, mostrando que aspectos que, aparentemente, estão esquecidos na profissão, na verdade, não estão.

Avançando para a categoria seguinte, têm-se os relatos sobre seu viver cotidiano com elementos que fundamentam o que as unidades de terapia intensiva são no momento, ou seja, um lugar altamente tecnológico, munido de um arsenal de aparelhos que têm por finalidade resgatar as inúmeras vidas em risco. Da mesma forma, regido por incontáveis normas de atuação que têm por objetivo primeiro proteger tanto profissionais como pacientes.

Assim, estes elementos, por si só, não têm a propriedade de se configurarem como problemáticos. O que ocorre é que o empregar destes fatores dentro das unidades de terapia intensiva não é feito adequadamente, ou sua evolução não acompanha as necessidades do setor. Com isso, se os aparelhos não sofrem uma manutenção adequada, se não são revisados com certa periodicidade ou não são fornecidos em quantidade adequada e com a devida capacitação dos profissionais que os utilizarão, passam a se configurar como problemas dentro do ambiente da UTI.

Da mesma forma, se toda esta normatização, que é necessária e de grande utilidade para os enfermeiros e enfermeiras, não for planejada, levando-se em conta as características do ambiente UTI, torna-se mais um entrave ao profissional do que uma ferramenta de trabalho. Assim, como exigir que um enfermeiro proceda conforme protocolos e afins, se não lhe são fornecidas as condições materiais, de tempo e de equipamentos?

Como os aparelhos e equipamentos, todas estas normatizações precisam de uma constante atualização, precisam ser adequadas às novas realidades do setor. Porém, infelizmente, nem sempre isso pode ocorrer. Assim, empiricamente, na realidade profissional da enfermagem, percebe-se que as normatizações são uma espécie de obstáculo à prática do enfermeiro. Pois geram, sobretudo, um conflito interno entre o saber como deve ser feito e o ter que fazer de outra maneira, e, geralmente, de forma desfavorável ao profissional e ao paciente.

Tendo em vista os motivos anteriormente expostos, é que surge a disparidade entre a realidade construída no referencial teórico desta pesquisa, que

apontava estes elementos como problemas, e o real vivido cotidiano das enfermeiras na unidade de terapia intensiva, mostrando que não. Assim sendo, os estudos que foram utilizados como base para formação desse referencial teórico, talvez, não tenham objetivado uma compreensão de toda a conjuntura em suas metodologias, apontando um único aspecto, ou ponto de vista de uma situação bem mais complexa.

Contudo esta categoria apresentou o que se configura como sendo a maior qualidade e, ao mesmo tempo, a maior lacuna dos enfermeiros e enfermeiras, não só das unidades de terapia intensiva. Trata-se do que se denomina nesta pesquisa como “ter que ser e fazer”, que nada mais é do que a capacidade dos profissionais de enfermagem de realizar múltiplas tarefas, de ser capazes de assumir inúmeras atribuições, das mais variadas naturezas, no cotidiano de seus ambientes de trabalho.

Assim, se há um problema de vazamento de água no setor, é o enfermeiro que providencia os reparos; se um paciente evadiu-se do hospital, é o enfermeiro que propicia a resolução do problema; se o funcionário do setor de hemoterapia não compareceu ao trabalho, é o enfermeiro quem assume este papel. Neste contexto, quem assume as funções do enfermeiro? A resposta é: ele mesmo.

Esta inacreditável propriedade de assumir funções das mais variadas ordens confere ao enfermeiro uma capacidade sem precedentes de resolubilidade, pois, ao se envolver, este profissional acaba por realizar muito bem todas estas tarefas. Mas, ao mesmo tempo, perde os limites de suas responsabilidades, e, ao perdê-los, cria a possibilidade de, a todo momento, exigir-se dele que assuma estas funções. E o que antes foi uma atitude proativa de resolubilidade torna-se uma obrigação profissional.

Cabe ressaltar, baseado na vivência do pesquisador deste estudo, que este ter que ser e fazer só atrapalha o ser enfermeira no cotidiano da UTI, quando não há condições de conciliação entre suas reais atividades e as atividades extras, ou quando qualquer instituição cobra destes profissionais responsabilidades que não lhes cabem. Talvez a definição bem clara, por parte dos enfermeiros e enfermeiras, de suas funções nas instituições e a não aceitação destas tarefas extras como de sua responsabilidade sejam a possível solução. Afinal de contas, são preparados para cuidar de outras pessoas e não para serem zeladores de uma instituição.

Em sequência, desponta como categoria o cuidar. A burocracia como afastamento do cuidar, a rotina, a imprevisibilidade, o cuidar crítico, todos estes

fatores, de certa forma, já são conhecidos e estudados por inúmeros pesquisadores, são fatores inerentes ao cuidar, só que, neste estudo, ganharam o olhar do vivido, da realidade cotidiana sobre eles. Contudo um fato que só foi percebido tardiamente foi a grande surpresa. Tão grande que a ela se dedica este espaço.

Todas as categorias que, para este trabalho, foram constituídas poderiam ter seus elementos formadores incluídos na categoria do cuidar. Verdadeiramente, não se sabe dizer se os enfermeiros tinham essa consciência em suas falas, ou se o cuidar está tão impregnado no ser enfermeiro e enfermeira, dentro e fora das unidades de terapia intensiva, que se tornou inerente ao ser enfermeiro.

O momento em que se constatou tal fato foi de grande espanto. Como profissional de enfermagem, tem-se a consciência de que o cuidar é o foco da profissão, mas nunca se pensou ao ponto que este trabalho conseguiu esclarecer. Assim, para o ser enfermeira na unidade de terapia intensiva, o cuidar seria o motivador de fatos, atitudes e inúmeras outras coisas de que nem os próprios enfermeiros têm noção.

A enfermeira aprende para cuidar, vê sua importância através do cuidar, quer estar próxima dos pacientes e da sua equipe para cuidar. Utiliza as tecnologias, as normatizações à sua disposição em benefício do cuidado. Da mesma forma, não teme as dificuldades e as vicissitudes da UTI para cuidar de seus pacientes. Novamente, ressalta-se que o cuidar está impregnado no ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva.

Assim, questiona-se: até que ponto é plausível a afirmação que, por vezes, escuta-se de que os enfermeiros e as enfermeiras estão se distanciando do cuidar? Será que isso não se aplica às UTIs? Ou esta afirmação é, de certa forma, precipitada? Em qual contexto estes profissionais se distanciam do cuidar? Seria uma imposição de certas instituições ou uma postura de alguns profissionais?

Para o ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva, este distanciamento é imposto, como visto neste estudo, pela burocracia. Com base nas falas dos participantes, afirma-se que não é uma opção do profissional, uma vez que se pode observar que, em sua realidade profissional, o cuidado é fator de grande relevância.

A próxima categoria constituída é a que mais mostra o real do ser enfermeiro ou enfermeira dentro de uma unidade de terapia intensiva. É a que mais trouxe à mostra características inerentes aos, quase exclusivamente dos profissionais de UTI,

uma vez que revelou fatores os quais estavam bem encortinados pela ausência de um estudo que tivesse uma proposta inovadora neste sentido. Um estudo que rompesse com relações de causa e efeito, meramente indicativos, com abordagens superficiais.

Aqui se configura a maior contribuição desta pesquisa. Nela se desvelou talvez a parte mais essencial do ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva, aspectos que, ao olhar de muitos, podem causar espanto, admiração e incompreensão devido a sua natureza. O que se denomina de gostar de trabalhar nas adversidades é o que de mais exclusivo a enfermeira no cotidiano da UTI pode apresentar.

A enfermeira reconhece todas as dificuldades que existem dentro de uma unidade de terapia intensiva, mas estas pouco se configuram como barreiras, pois as enfermeiras têm a imprescindível capacidade de relativizar estas dificuldades e de ressignificá-las em aspectos motivadores, impulsionadores e, até mesmo, gratificantes.

Por que esta atitude? De onde vem esta capacidade? Por que as enfermeiras têm e exercitam esta capacidade de ressignificação das mazelas vivenciadas no cotidiano da unidade de terapia intensiva? O fato de que para este estudo, essas indagações tenham ficado em aberto não desmerece ou desqualifica a constatação desta capacidade de ressignificar que é vista nas enfermeiras que trabalham em UTI.

Contudo se percebeu que, mesmo com esta capacidade, essas dificuldades cotidianas trazem reflexos para os enfermeiros e enfermeiras. São alguns problemas que surgem na vida de cada um deles e que são perfeitamente relacionáveis ao viver cotidiano na terapia intensiva. Ainda assim, essas dificuldades não retiram desses profissionais a paixão por trabalhar na UTI.

Da mesma forma que ressignificar o controle emocional das enfermeiras dentro de uma UTI é algo imprescindível para elas, tal controle surge da necessidade de desempenhar suas funções em momentos de crise, de tensão e estresse, em que a vida de outra pessoa depende da capacidade destas enfermeiras em colocar em ação seus conhecimentos e habilidades.

Assim não se pode mais aceitar que estas profissionais sejam tachadas de frias e insensíveis, pois seria injusto com as mesmas pela capacidade de objetivar os sentimentos em prol das necessidades de outras pessoas. Ressaltam-se aqui as

palavras de uma das entrevistadas, quando diz: “[...] não adiantaria nada ficar com pena, chorando e lamuriando se o que eu preciso é ajudar esta pessoa”. O ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva sente, chora e se entristece, mas contém seus sentimentos em benefício de outros.

Finalmente, surge a morte como última categoria, e, aqui, os sentimentos da enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva, embora ela tenha um lidar cotidiano mais próximo a este evento, não se diferem dos da maioria das pessoas. Ou seja, não existe uma naturalidade em se trabalhar com o evento final da vida. Trabalhar mais próximos da morte não proporciona aos enfermeiros e enfermeiras uma habilidade extra de lidar com a morte, nem se sabe se deveria haver este ganho.

Como a morte, no olhar das enfermeiras e enfermeiros de uma UTI, ainda é um evento cercado de mistérios e incógnitas, este pode ser o propulsor desta inabilidade com este evento. Junta-se a isso o medo natural da morte, que, talvez venha a ser inerente a maioria das pessoas. Da mesma forma, para o ser enfermeira, é mais fácil aceitar a morte de pessoas que já percorreram uma longa jornada de vida do que daquelas ainda jovens. O sofrimento também é bem latente nesta temática, por isso os enfermeiros e enfermeiras de uma UTI, muitas vezes, olham a morte como possibilidade de alívio para sofrimentos do corpo.

Findadas as categorias, chega o tão esperado momento de reflexão sobre o objetivo traçado para este estudo. Desvelar o ser enfermeira (o) no cotidiano da unidade de terapia intensiva. Quanto a este objetivo, julga-se que foi alcançado. Considerando que esta pesquisa possibilitou um vislumbre mais assertivo sobre as enfermeiras e enfermeiros que trabalham em UTIs, proporcionou um olhar mais real sobre o universo de trabalho destes profissionais e sobre eles próprios, apontando como é seu cotidiano, repleto das mais variadas vivências, emoções e motivações, conclui-se que o objetivo foi alcançado.

A intenção do pesquisador era ultrapassar os limites que, até então, existiam para o conhecer e o saber do cotidiano das enfermeiras e enfermeiros inseridos em unidades de terapia intensiva. Ultrapassar, mostrando justamente o que se apresentou, que tanto o ser enfermeira como seu cotidiano são, na verdade, um enovelado de tudo que se possa viver dentro destes ambientes. Com momentos em que uma ponta ou outra deste novelo será mais proeminente, mas nunca soberana sobre as outras.

Também se alcançou o objetivo deste estudo com um olhar mais humano, sensível e compreensivo, sem o interesse por determinar causas e efeitos. Sem dizer o que é bom ou ruim, tanto para as enfermeiras quanto para seu cotidiano. Houve o discernimento de se estar lá, conhecer, mostrar sem julgar ou classificar nada. Apenas apontando as múltiplas possibilidades de tudo. A possibilidade do talvez ter alcançado ou não ter alcançado o objetivo ficaria no campo do não cumprimento do caminho traçado, da adoção somente teórica deste olhar diferenciado.

O sucesso da realização deste estudo passa por uma metodologia condizente com a proposta e pela capacidade de ser fiel a esta metodologia, acreditando em suas capacidades e que ela é um bom calçamento para o caminho a ser percorrido. Com isso, os resultados são fiéis à proposta e fidedignos à realidade que se encontra no cenário social estudado.

Portanto, este estudo pode contribuir com os enfermeiros e a enfermagem e servir de reflexão sobre o fazer desta profissão e de seus profissionais. Possibilita uma reflexão sobre o universo e o cotidiano de uma UTI. Mas, como advindo destes auxílios, o desdobramento destas reflexões deve ser pessoal. Espera-se que cada um desses profissionais possa se beneficiar da maneira que mais precisar com estas informações e reflexões expressas neste estudo.

Porém, ressalta-se que muitas perguntas acerca do universo do ser enfermeira no cotidiano da unidade de terapia intensiva ainda necessitam de esclarecimento. Muito ainda se tem a conhecer sobre este intrincado universo que é o vivido cotidiano dentro de uma UTI. Assim, existe grande satisfação em saber que, acrescido a tudo que já foi exposto, este estudo ainda se configura como uma abertura, o início de uma série de estudos e descobertas que podem vir a ser feitas sobre as temáticas aqui abordadas.

Desta forma, aponta-se como primeira lacuna que deve ser preenchida a disparidade que se caracterizou entre informações colhidas para a formação do referencial teórico e os resultados encontrados nesta pesquisa. Qual o motivo de resultados e opiniões tão divergentes? O cenário? As pessoas? Suas formações? O enfoque dos trabalhos e suas metodologias? Enfim, porque houve tamanha divergência em alguns aspectos?

Porque as fontes utilizadas no referencial construíram um panorama negativo, e até mesmo pejorativo, do viver cotidiano dos profissionais de

enfermagem no ambiente da unidade de terapia intensiva. O relato das entrevistadas nos mostrou que há sim dificuldades e problemas, mas não da forma tão sombria como caracterizado no referencial teórico.

Outros dois aspectos que se configuram como de grande importância e que merecem uma atenção especial e estudos próprios são a capacidade de ressignificação das dificuldades apresentadas pelas enfermeiras e o controle emocional destas, por se tratar de aspectos *sui generis* dos enfermeiros e enfermeiras de UTIs. Uma compreensão melhor destas capacidades se faz imprescindível, pois estas podem ser trabalhadas em outros profissionais ou setores da saúde.

Muito importante seria a replicação deste estudo ou a realização de uma pesquisa semelhante, mas que abrangesse mais profissionais, de diversas UTIs, para que, desta forma, os dados aqui encontrados pudessem ser expandidos e generalizados.

Compreender melhor aspectos da enfermagem como profissão e de seus profissionais é alicerce para que, em um futuro (espera-se que próximo), esta profissão tenha um contexto social e profissional mais amplo, devido ao reconhecimento de suas capacidades e potencialidades. Reconhecimento este que hoje é maior do que foi no passado, e aspira-se que, no futuro, seja maior que hoje.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. S. C. et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 428-435, abr. 2012.
- ALMEIDA, M. C. P. et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 748-752, out. 2009.
- ALVES, M. S. **O lúdico na interação aluno-paciente no cotidiano da enfermagem psiquiátrica**. 1999. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 1999.
- AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, mar. 2009.
- ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 96-98, jan./fev. 2007.
- BAASCH, D.; LANER, A. S. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1097-1105, 2011. Suplemento 1.
- BACKES, M. T. S. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 689-696, out./dez. 2012.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; SASSO, G. T. M. D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-385, abr./jun. 2010.
- BIONDI, R. **Florence Nightingale e a história da medicina intensiva**. 2013. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/florence-nightingale-e-a-historia-da-medicina-intensiva/>>. Acesso em: 24 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. **Nota Informativa 2010: credenciamento de leitos de UTI**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_cg Hosp_uti_credenciamento.pdf> Acesso em: 12 mar. 2012.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 222-227, mar./abr. 2006.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. S. L. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 363-368, abr. 2011.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2013.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 620-626, out./dez. 2009.

DUCCI, A. J.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 673-680, dez. 2008.

FALCON, F.; RODRIGUES, A. E. **A formação do mundo moderno**: a construção do ocidente dos séculos XIV ao XVIII. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2006.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIRONDI, J. B. R.; HAMES, M. L. C. O cuidar institucional da enfermagem na lógica da pós-modernidade. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 368-372, jul./set. 2007.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 178-185, mar./abr. 2008.

HANZELMANN, R. D. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701, set. 2010.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010. Resenha de: RICHTER, L. M. Clássico marxista: "Dialética do Concreto". **Revista educação e políticas em debate**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 236-248, jan./jul. 2012.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, abr./jun. 2012.

MAESTRI, E. et al. Avaliação das estratégias de acolhimento na unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 75-81, fev. 2012.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Tradução de Alípio de Souza Filho. Natal: Argos, 2001.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva**. Tradução de Aluizio Trinta. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2010a.

MAFFESOLI, M. **A república dos bons sentimentos**. Tradução de Ana Goldberg. São Paulo: Iluminuras, 2010b.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 141-144, jan./fev. 2010.

MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 160-166, mar. 2010.

MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P. A tecnologia e a organização do trabalho da Enfermagem em UTI. **ACM: arquivos catarinenses de medicina**, Florianópolis, v. 34, n. 4, p. 23-27, out./dez. 2005.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. D. C. C. Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 52-58, jan./fev. 2009.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, dez. 2010.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; GARANHANI, M. L. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Ciencia y enfermería**, Concepcion, v. 15, n. 3, p. 45-53, 2009.

MARTINS, J. T. et al. Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 113-119, mar. 2009.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 174-181, set. 2012.

MEDICINA INTENSIVA. **História da enfermagem**. [20--]. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm#F>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

MERCURE, D.; SPURK, J. **O trabalho na história do pensamento ocidental**. Petrópolis: Vozes, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MORAES NETO, B. R. Processo de trabalho e eficiência produtiva: Smith, Marx, Taylor e Lênin. **Estudos econômicos (São Paulo)**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 651-671, jul./set. 2009.

MOREIRA, M. C. N. Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 55-65, jan. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13449.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

MOTA, M. S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 129-135, mar. 2011.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Dimensão pessoal do processo de trabalho para enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 550-555, 2011.

PADILHA, E. F.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 684-691, jul./ago. 2011.

PENNA, C. M. D. M. **Ser saudável no cotidiano da favela**. Florianópolis: UFPEL, 1997.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 841-848, dez. 2009.

RÉGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 334-341, abr.2011.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 189-192, jan./fev. 2011.

SHIMIZU, H. E.; COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN, E. Pleasure and suffering in intensive care unit nursing staff. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 565-572, maio/jun. 2011.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, jul./set. 2006.

SILVA, K. L. et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 368-376, abr./jun. 2010.

SILVA, K. L. et al. Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 380-387, abr./jun. 2012.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. A dimensão da ação nas representações sociais da tecnologia no cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 140-148, jan./mar. 2011a.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1403-1411, dez. 2011b.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 617-623, 2011c.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 738-744, jun. 2011.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, mar./abr. 2009.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Tecnobiomedicina: implicações naquilo e daquilo que a enfermagem faz em terapia intensiva. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 168-176, jan./mar. 2008.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Autonomia na unidade de terapia intensiva: comecemos por cuidar de nós. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 956-963, out./nov. 2010.

VIZEU, F. (Re)contando a velha história: reflexões sobre a gênese do Management. **Revista de administração contemporânea**, Curitiba, v. 14, n. 5, p. 780-797, set./out. 2010.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. Tradução de João M. Machado Enes. Lourdes: Lusociência, 2002.

WILLG, M. H.; LENARDT, M. H. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. **Cogitare enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 23-29, jan./jun. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Desvelando o Ser Enfermeiro no Cotidiano da Terapia Intensiva”. Neste estudo, pretendemos compreender o significado do ser enfermeiro no cotidiano da terapia intensiva.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é entender, segundo as falas dos enfermeiros que trabalham em CTI, como eles percebem suas próprias atuações dentro destes setores, como lidam com todas as situações que surgem ou a que são submetidos, suas visões e percepções destes ambientes laborais para o ser profissional enfermeiro.

Para este estudo, adotaremos os seguintes procedimentos: Realizaremos uma entrevista com hora e data marcadas com cada profissional, tendo como pergunta inicial: o que é para você ser enfermeiro (a) da terapia intensiva? Em um segundo momento, estas entrevistas serão transcritas na íntegra e analisadas sob o referencial teórico do sociólogo Michel Maffesoli. Após, serão realizadas análise e categorização das falas.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do (a) participante
pesquisador (a.)

Assinatura do (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: GUSTAVO DE MELLO DUARTE
ENDEREÇO: RUA VIEIRA PENNA N56 SÃO MATEUS
JUÍZ DE FORA (MG) - CEP:36026-300
FONE: (32)9118-7590/ E-MAIL: GUSTADUARTE@YAHOO.COM.BR

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA.

PARTICIPANTE E PSEUDÔNIMO: _____

GÊNERO: _____

IDADE: _____

POSSUI ESPECIALIZAÇÃO EM CTI? _____

QUAL SEU TEMPO DE ATUAÇÃO EM CTI? _____

QUAL SEU TEMPO DE TRABALHO COMO ENFERMEIRO (A)? _____

JÁ ATUOU COMO ENFERMEIRO EM OUTROS SETORES? _____

QUAIS? _____

O QUE É PARA VOCÊ SER ENFERMEIRO (A) DA TERAPIA INTENSIVA?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora



Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

Fundada em 06 de agosto de 1854

Av. Barão do Rio Branco, 3353 - Passos - 36021-630 - Juiz de Fora - MG

Fone 0 xx 32 3229-2222

E-mail: santacasa@santacasajf.org.br

CNPJ: 21.575.709/0001-95

Inscrição Estadual: 367.727208.0087

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA

PROJETO DE PESQUISA: "Desvelando o ser enfermeiro no cotidiano da Terapia Intensiva"
Pesquisador Principal: Gustavo de Mello Duarte
INSTITUIÇÃO: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora

PARECER CONSUBSTANCIADO 0004.1.471.000-11

Identificação:

Título: "Desvelando o ser enfermeiro no cotidiano da Terapia Intensiva"

Pesquisador Responsável: Gustavo de Mello Duarte

Pesquisador orientador responsável: Marcelo da Silva Alves

As pendências foram resolvidas, o projeto está adequado.

Parecer do CEP:

Em relação ao Projeto de pesquisa, somos de parecer favorável ao estudo.

Data da aprovação: 13 de dezembro de 2011

Assinatura do Coordenador:

Dra. Maria José G. Gondim
COORDENADORA DO CEP/SCMJF