UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**SIGNIFICADO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PARA
OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATENDEM NA SALA
DE EMERGÊNCIA DE UM PRONTO-SOCORRO**

MÉRCIA ALEIDE RIBEIRO LEITE

Belo Horizonte
2010

MÉRCIA ALEIDE RIBEIRO LEITE

**SIGNIFICADO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PARA
OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATENDEM NA SALA
DE EMERGÊNCIA DE UM PRONTO-SOCORRO**

Tese apresentada ao Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Estelina Souto do Nascimento

**Belo Horizonte
2010**

- L533s Leite, Mércia Aleide Ribeiro.
 Significado de humanização da assistência para os profissionais de saúde que atendem na sala de emergência de um pronto-socorro [manuscrito]. / Mércia Aleide Ribeiro Leite. - - Belo Horizonte: 2010. 127f.
 Orientador: Joaquim Antonio César Mota.
 Co-Orientadora: Estelina Souto do Nascimento.
 Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
 Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Humanização da Assistência. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Serviços Médicos de Emergência. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Mota, Joaquim Antonio César. II. Nascimento, Estelina Souto do. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WY 154

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Prof^a Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Renato de Lima dos Santos

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof^a Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Chefe do Departamento de Pediatria: Prof^a Maria Aparecida Martins

Coordenadora *pro tempore* do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: Prof^a Ana Cristina Simões e Silva

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente

Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Jorge Andrade Pinto

Prof^a. Ivani Novato Silva

Prof^a. Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart

Prof^a. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a. Regina Lunardi Rocha

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo – Representante Discente

**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br

DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Joaquim Antônio César Mota, Estelina Souto do Nascimento, Itamar Tatuhy Sardinha Pinto, Silma Maria Cunha Pinheiro Ribeiro, Michel Maffesoli, Roseney Bellato, aprovou a defesa da tese intitulada: **“O SIGNIFICADO DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA SALA DE EMERGÊNCIA DE UM PRONTO-SOCORRO”** apresentada pela doutoranda **MÉRCIA ALEIDE RIBEIRO LEITE**, para obtenção do título de Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 08 de novembro de 2010.

Prof. Joaquim Antônio César Mota
Orientador

Profa. Estelina Souto do Nascimento
Coorientadora

Prof. Itamar Tatuhy Sardinha Pinto

Profa. Silma Maria Cunha Pinheiro Ribeiro

Prof. Michel Maffesoli

Profa. Roseney Bellato

**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br

UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO **MÉRCIA ALEIDE RIBEIRO LEITE** nº de registro 200766698. Às oito horas do dia **oito de novembro de dois mil e dez**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"O SIGNIFICADO DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA SALA DE EMERGÊNCIA DE UM PRONTO-SOCORRO"**, requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Joaquim Antônio César Mota, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Joaquim Antônio César Mota/ Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Estelina Souto do Nascimento/ Coorientadora	Instituição: PUC-MINAS	Indicação: <u>APROVADA</u>
Prof. Itamar Tatuhy Sardinha Pinto	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Silma Maria Cunha Pinheiro Ribeiro	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Prof. Michel Maffesoli	Instituição: Univ. Paris V	
	Descartes Sorbonne:	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Roseney Bellato	Instituição: UFMT	Indicação: <u>APROVADA</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 08 de novembro de 2010.

Prof. Joaquim Antônio César Mota _____

Profa. Estelina Souto do Nascimento _____

Prof. Itamar Tatuhy Sardinha Pinto _____

Profa. Silma Maria Cunha Pinheiro Ribeiro _____

Prof. Michel Maffesoli _____

Profa. Roseney Bellato _____

Profa. Ana Cristina Simões e Silva _____

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

Profa. Ana Cristina Simões e Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina/UFMG

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Antonio e Magda, pela dedicação, pelo carinho, pelo esforço e pela presença constante na minha vida.

Ao Márcio, que soube entender as minhas "ausências" mais uma vez, e de novo deixar tudo para depois de novembro. Que está ao meu lado criando possibilidades para superar os desafios desta jornada de vida. Agradeço as palavras de afeto, incentivo e principalmente o respeito à minha individualidade e a compreensão das minhas escolhas.

Aos meus queridos sobrinhos, Pedro Henrique, Mariana Cortez, João Francisco e Ana Cláudia alegria do "estar-junto".

As minhas irmãs Márcia, Susana, Sueli e Cláudia e aos meus cunhados Sacramento, Edmar e Fernando com os quais aprendo todos os dias, que existem diversidades.

Aos profissionais de saúde da sala de emergência do Pronto-Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves, que muito me ensinaram.

A minha amiga, agora estrela, Marta Santos M. Cortez "é o amor, e não o tempo, que cura todas as feridas. Aqueles que passam por nós, não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós" (Antoine de Saint-Exupéry).

AGRADECIMENTOS

Ao Mestre Jesus por me mostrar o caminho e me ensinar que: “Crescimento sem Deus é curso preparatório de queda espetacular. Humilharmo-nos para servir em nome de Deus é o caminho da verdadeira glória”.

Ao Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota, meu orientador, o meu agradecimento por ter acreditado em mim desde o momento em que nos conhecemos e por ter aceitado o desafio de me conduzir neste estudo.

A Prof^a Dr^a Estelina Souto do Nascimento, a quem, como pessoa e orientadora assertiva e discreta, devo a concretização desta tese. A sua compreensão e diligências, desde o início, revelaram-se fundamentais. Tenho a convicção que sem a sua ajuda não conseguiria.

Aos Professores, Michel Maffesoli, Roseney Bellato, Itamar Tatuhy Sardinha Pinto e Silma Maria Cunha Pinheiro Ribeiro que se dispuseram a participar da banca examinadora deste estudo.

Aos professores, Alzira de Oliveira Jorge, Itamar Tatuhy Sardinha Pinto e Silma Maria Cunha Pinheiro Ribeiro pela atenção e avaliação crítica no momento da qualificação, ajudando-me a concluir este trabalho.

Aos amigos do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Em especial: Patrícia Sarsur Nasser Santiago -pelas orações nos momentos difíceis-; Luzimar Rangel Moreira -pela amizade, apoio e pelas palavras sensatas-; Telma Maciel Silva - pelo apoio, amizade e orações-; Padre Dalmo - pelas bênçãos-; Fernando Vaz -pelo carinho, atenção e as preces e a amizade incondicional-; Bernadete de Oliveira, Carmem Maia, Cynthia Carolina, Denise Nascimento, Douglas Dantas, Marilza Ribeiro, Neusa de Mesquita, Paulo Faria, Rogério Campice, Sandra de Oliveira, Selene Pacheco, Simone Maia, Valéria de Alvarenga— pelo carinho e amizade fraterna.

Aos meus amigos do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas: Alberico Alves, Anna Cristina Pegoraro, Cristiana Leite, Daniel Câmara, Ibraim Vitor, Jorge Ribeiro, Lídia Maria Luz, Luciana Lemos, Luzimar Rangel, Maria Beatriz Ricci, Maria Eugênia Alvarez, Raquel Marques, Raul de Barros, Renato Diniz, Ricardo Neves, Tânia Cristina e a nossa querida “ajudadora” Vera – pela amizade e socialidade compartilhada.

Aos meus amigos da Secretaria Acadêmica do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBs) da PUC Minas: Renata Rodrigues, Suefy Siuves, Igor, Luiz, Raquel, Regiane, Fernanda, Michele, Bauer, Lucas, Simone, Carlos, Alessandro e Marley - pelo apoio, pela amizade e pelos risos.

Aos meus amigos da Reanimação – Educação em Emergências, onde mais pratico a socialidade. Em especial: Vivian Marques - meu agradecimento pela ajuda, pelo apoio e digitação do texto, pelos risos nos momentos de aflição e pelas palavras reconfortantes nas horas das lágrimas; Carla Ramos e Sonia - pela amizade, pelas brincadeiras, pela disposição em ajudar e a preocupação com o meu jejum prolongado; Allana Corrêa – pelo apoio, pelo sofrer junto e pela disponibilidade em ajudar sempre; Alexandre Ferreira – pelos conselhos e as dicas no tempo certo; Carolina Trancoso – pelas discussões científicas e pelo incentivo; Flávio Lopes – pela disponibilidade em transcrever o resumo para o francês, pelo apoio e incentivo; João Batista R. Júnior – pelos “empurrões” e por acreditar na “Madre Superiora”; Sérgio Guerra - pelo incentivo, solidariedade, os conselhos e o acolhimento no momento certo; Vinícius Quintão – pela transcrição do resumo para a língua inglesa, pelo apoio e ajuda incondicional (não foi necessária a “pajelança”).

Aos membros do NUPEQS/MG (Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Quotidiano em Saúde): Andréia dos Santos, Bárbara Sousa, Bárbara Queiroz, Carolina Vicente, Dagmar Queiroz, Gabriela Alves, Geralda Fortina, Gisleule Souto, Luciana de Barros, Mayra Pinto, Natália Gherardi, Renata Santiago, Rogério Diniz, Sabrina Moreira, Valda Caldeira, Virgínia Mascarenhas, Yanna Cunha - onde reside o prazer do "ser estar-junto-com", o meu carinho e eterno agradecimento.

A Teresa Nascimento pela ajuda, sorriso e disponibilidade em ajudar. Você é mesmo especial!

Aos meus alunos da graduação e pós-graduação que são os meus estímulos para continuar.

A Cristina Felicíssimo e Cristina Farid - ajudas preciosas na revisão de português e na formatação.

Aos meus amigos: D. Dina e Sr. Theodoro – pelo incentivo e ensinamentos; Geraldo Cortez – pelo cuidado; Ghisele Baeta – pela eterna amizade; Dr. Gilson Freire – por acreditar e me amparar, homeopaticamente, nos momentos de crescimento; Isabel Brandão – por me fazer enxergar os caminhos; Dr. Márcio Sales – por saber lidar de forma humana com as pessoas doentes; Mônica Teixeira – pelo carinho, cuidado e a ajuda em um momento difícil; Scheila Silvia – pelo carinho, solidariedade e a presença constante; Zélia Maldonado – pela amizade eterna.

À PUC Minas que pelo Programa Permanente de Capacitação Docente (PPCD) concedeu o auxílio PUC carga horária para cursar o doutorado.

Se, de alguma forma, não mencionei ou deixei de lembrar algum nome, meu pedido de desculpas. Meu carinho e o eterno “obrigado”.

RESUMO

Esse estudo consiste na busca de compreensão do cotidiano de profissionais de saúde quando ficam frente uns aos outros e ao paciente, durante o primeiro atendimento em uma sala de emergência de um pronto-socorro bem como a compreensão do sentido atribuído por eles à humanização da assistência. A trajetória rumo à proposta, levou a uma interação da autora com cinco profissionais de saúde que atuam quotidianamente na sala de emergência de um pronto-socorro. Nesse percurso, foi utilizada a sociologia compreensiva, tendo como referenciais Alfred Schütz, Michel Maffesoli e algumas ideias de Erving Goffman e de Marcel Mauss. A busca para a compreensão da humanização na sala de emergência foi estruturada em seis capítulos: o primeiro relata as inquietações da autora rumo à proposta; o segundo descreve a orientação teórica utilizada e a articula com o método usado na investigação; o terceiro, a metodologia usada no estudo; o quarto descreve os conceitos teóricos de humanismo, humanização e desumanização; o quinto subdivide-se em seis partes: a relação "face a face" no espaço-tempo da sala de emergência: dádiva/dom e o bem e o mal, técnica corporal fator humanizador na sala de emergência, ser uma comunidade na sala de emergência; a tribo na sala de emergência; instituição hospitalar: contribuições para o humano e não humano, espiritualidade e sofrimento na sala de emergência. Em cada parte, procurou-se compreender e interpretar o fenômeno. O sexto capítulo é um convite a recomençar a compreensão.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Serviços Médicos de Emergência. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

This study is an attempt to understand the meaning given to the term “humanization of hospital attendance” by health professionals who work in emergency rooms on a daily basis, and how they use the understanding of this amongst them and towards the patient during the first clinical assessment. This led the author to interact with five health professionals who work in this environment and, in order to put this into practice, comprehensive sociology issues were used, with references to Alfred Schütz, Maffesoli and some ideas of Erving Goffman and Marcel Mauss. The work of understanding human issues in the emergency room was divided into six chapters: the first describes the author’s concerns with the proposal; the second depicts the theoretical background used in the study and articulates with the method used in research; the third, the methodology used in the study; the fourth describes the theoretical concepts of humanism, humanization and dehumanization; the fifth is subdivided into six parts: the "face to face" relation between professionals in emergency room, being gifted and good and evil, corporal technique: the humanizing factor in the emergency room, be a community in the emergency room; the tribe in the emergency room; Hospital Infrastructure: contributions to human and non-human; spirituality and pain in the emergency room. In each part, we tried to understand and interpret the phenomenon. The sixth chapter is an invitation to restart understanding the concepts surrounding humanization on the emergency setting.

Keywords: Humanization of Assistance. Emergency medical services. Patient care team.

RESUME

Cette étude se compose de la recherche de la compréhension du quotidien des professionnels de la santé quand ils sont opposés entre eux et avec le patient pendant le traitement initial dans une salle d'urgence d'un hôpital d'urgence ainsi que la compréhension du leur sens qui est attribuée l'humanisation des soins. La trajectoire vers cette proposition, a conduit à une interaction de l'auteur avec cinq professionnels de la santé qui travaillent quotidiennement dans la salle d'urgence d'un hôpital d'urgence. Sur le chemin, nous avons utilisé la sociologie compréhensive, et ayant comme référence Alfred Schütz, Maffesoli et quelques idées d'Erving Goffman et de Marcel Mauss. La recherche pour la compréhension de l'humanisation dans la salle d'urgence a été divisé en six chapitres: le premier concerne l'inquiétude de l'auteur vers la proposition, la seconde décrit l'orientation théorique utilisé et s'articule avec la méthode utilisée dans la recherche; le troisième, la méthodologie utilisée dans l'étude, le quatrième décrit les concepts théoriques de l'humanisme, l'humanisation et la déshumanisation, le cinquième est subdivisé en six parties: le rapport de «face à face" dans l'espace-temps en salle d'urgence, don/cadeaux et le bien et le mal, technique corporelle facteur « humanisateur » dans la salle d'urgence, être une communauté dans la salle d'urgence, la tribu dans la salle d'urgence, Hospital Infrastructure: contributions aux humains et non humains, spiritualité et la souffrance dans la salle d'urgence. Dans chaque partie, nous avons essayé de comprendre et d'interpréter le phénomène. Le sixième chapitre est une invitation à recommencer la compréhension.

Mots-clé: Humanisation de l'assistance. Services médicaux d'Urgences. Equipe de prise en charge du patient

SUMÁRIO

1	TRAJETÓRIA RUMO À PROPOSTA	14
2	HUMANIZAÇÃO E HUMANISMO	20
3	ORIENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
3.1	Sociologia Compreensiva – Alfred Schütz e Michel Maffesoli	29
3.1.1	<i>Alfred Schütz</i>	29
3.1.2	<i>Michel Maffesoli</i>	31
3.1.3	<i>Compreensão na Sociologia Compreensiva</i>	34
3.2	Erving Goffman: aproximações com algumas noções	36
3.3	Marcel Mauss: dádiva/dom e técnica do corpo	38
4	METODOLOGIA	42
4.1	Cenário	43
4.2	Atores	47
4.3	Trabalho de campo e forma de registro	48
4.3.1	<i>Observação</i>	48
4.3.2	<i>Entrevista</i>	51
4.3.3	<i>Organização das observações e das entrevistas</i>	52
5	COMPREENDENDO A HUMANIZAÇÃO NA SALA DE EMERGÊNCIA	55
5.1	A relação "face a face" no espaço-tempo da sala de emergência: dádiva/dom e o bem e o mal.....	55
5.2	Técnica corporal humanizadora na sala de emergência.....	77
5.3	Ser uma comunidade na sala de emergência.....	91
5.4	A tribo na sala de emergência.....	98
5.5	Infra-estrutura hospitalar: contribuições para o humano e não humano.....	105
5.6	Espiritualidade e sofrimento na sala de emergência: "humanizando" o cuidador.....	112
6	RECOMEÇANDO	117
	REFERÊNCIAS.....	122
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	128
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO	130
	APÊNDICE C - PARECER DA CÂMARA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG.....	132
	APÊNDICE D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG...	133

1 TRAJETÓRIA RUMO À PROPOSTA

Iniciei minhas atividades como enfermeira em Terapia Intensiva há vinte e cinco anos, vinte e dois deles aliados à docência na graduação e pós-graduação em Enfermagem. Essa experiência, no exercício docente-assistencial, motivou-me a buscar, em um estudo anterior, compreender o significado do que emergia nas relações de trabalho dos enfermeiros no cotidiano da Terapia Intensiva.

Percebi, com o estudo realizado que, apesar da modernidade e da tecnologia avançada, as relações mantidas no cotidiano do trabalho em Terapia Intensiva estavam se modificando do individual para o coletivo; da identidade para a identificação¹; de ações projetivas para ações na atualidade, no presente. Essa nova era se apresenta mais confusa por tudo o que suscita: é sensível, emocional, de contornos indefinidos (LEITE, 1998). Essa mudança nas relações interpessoais coincide com as discussões sobre o modelo assistencial² preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, aquele que busque atender aos problemas de saúde das pessoas de forma individual e coletiva, cuidando com qualidade e não apenas tratando das doenças e acometimentos graves com risco à vida. E, desde então, nós enfermeiros, passamos a refletir sobre as questões que envolvem cuidar e cuidado.

Cuidado, segundo Waldow (1999, p. 43) é uma “forma de viver em que seres humanos tentariam harmonizar seus desejos de bem-estar próprio em relação a seus próprios atos em função do bem-estar dos outros”. O cuidado, segundo a autora, é um modo de sobreviver e é inerente a tudo que tem vida - plantas, animais, pessoas – mas, apenas o ser humano é dotado de possibilidades de expressar carinho e interesse pelo outro. O cuidado se expressa pelo ato de cuidar.

Cuidar é “olhar enxergando o outro, é ouvir escutando o outro, observar percebendo; sentir empatizando com outro”, é estar disponível para fazer com ou para o outro, o que ele eventualmente está impossibilitado de realizar, compartilhando o saber com o paciente e seus familiares (RADÜNZ, 1999, p. 15).

¹ Identidade é a forma como a pessoa se expressa socialmente (nome, sexo, profissão); e identificação: é a constatação que o “eu” é feito pelo outro, em todas as modulações, e o essencial é o “estar junto”. A identificação gera uma solidariedade específica de força inegável, a solidariedade orgânica, em que um só vale pelo outro e por suas multiplicidades (MAFFESOLI, 1996; 2007a).

² Forma como é organizada em uma sociedade as ações de atenção à saúde e envolve aspectos tecnológicos e assistenciais.

Cuidado e cuidar envolvem o ser humano e só ele é capaz de, associando os dois, prestar um cuidado humano.

Cuidado humano é uma atitude ética, em que os seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. O cuidado humano deve ser sentido, vivido e exercitado (WALDOW, 1999).

As noções de cuidado, cuidar e cuidado humanizado parecem estar aliadas à humanização. A humanização da assistência ou do cuidado a pessoas doentes é relevante no contexto da atualidade, pois a tecnologia cada vez mais se supera e percebemos que estamos a ela atrelados, ansiosos e atentos ao que nos mostra. Muitas vezes, por lidarmos com aparatos tecnológicos avançados, esquecemo-nos de que estamos com pessoas, com seres de cuidado, que têm sentimentos, desejos e vontades. O que não podemos é relegar a dimensão humana à sombra da tecnologia, priorizando e privilegiando a técnica, o equipamento e a medicação em detrimento da humanização da assistência aos pacientes (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003).

Atitudes e comportamentos humanizados, para tratar as pessoas de quem cuidamos, estão contidos na Constituição Federal Brasileira, no artigo primeiro, incisos II e III, que assinalam respectivamente “a cidadania” e “a dignidade da pessoa humana” como duas das cinco expressões do Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988). No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007, p. 5), um dos seus itens diz que: “a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade”. No Código de Ética Médica (CFM, 2009), no seu artigo primeiro está escrito que, “Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza”. Sendo assim, a Constituição Federal Brasileira e os códigos de ética da Enfermagem e da Medicina ressaltam a importância de se tratar as pessoas com dignidade, pois são seres com direitos, deveres e, portanto, é justo receberem um tratamento digno, preservando-se, assim, a autonomia, a virtude, o desejo dessas pessoas, e tudo aquilo que lhes dá característica de humano.

Além disso, quando o cuidado é prestado à pessoa doente, ele é permeado pelos quatro princípios da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. A beneficência se refere à obrigação ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos. A não maleficência significa não causar

danos ou prejuízos, resguardando o bem-estar das pessoas doentes. A autonomia se refere ao poder de tomar decisões que afetam a própria vida. O princípio da justiça é tratar as pessoas de acordo com suas necessidades e/ou capacidades, uma das exigências da justiça é que a dignidade do ser humano seja respeitada e que todos sejam tratados de forma igualitária (MARTIN, 2003).

Os profissionais de saúde têm elementos legais e éticos que determinam e estimulam o respeito à dignidade humana, mas por que é necessário discutirmos sobre humanização, cuidado humanizado e até instituir políticas públicas sobre humanização da assistência nas instituições de saúde? Apesar de estar contido nas leis e bioética, todos os dias assistimos a cenas consideradas desumanas na atenção à saúde em vários setores do ambiente hospitalar e um deles é o pronto-socorro, quer seja envolvendo usuários, quer seja com trabalhadores.

Bellato (1996, p. 7) nos diz que, “[...] este mundo [referindo-se ao hospital] que deveria ser quente e aconchegante, mostra seu lado frio, inóspito e indiferente, no qual o pré-estabelecido se sobrepõe ao humano”. As pessoas que circulam no ambiente de cuidado a pacientes, principalmente os mais graves, parecem presas às regras, normas e regulamentos e estão sempre em estado de alerta às intercorrências clínicas, que podem surgir inesperadamente, esquecendo-se do lado afetivo, humano.

Casate e Correia (2005) analisaram a produção científica sobre “humanização em saúde/enfermagem” ao longo das décadas de 60 a 90, do século XX e primeiros anos da década atual e constataram que: a humanização é necessária porque nos serviços de saúde existem situações desumanizantes relacionadas com falhas na organização do atendimento, no contato e na relação com o doente e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde. Segundo os autores a humanização, no contexto atual do desenvolvimento tecnológico, é importante, pois as relações interpessoais estão se tornando frias, objetivas, individualistas e calculistas. E dizem que a compreensão da humanização se relaciona com o modo de perceber o paciente dentro do contexto de saúde, com sua história de vida, sua família e questões sociais, e que ela se relaciona com a organização do serviço de saúde, que envolve investimento na estrutura física e revisão de métodos administrativos. A humanização implica investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento de qualidade, devendo ser implementadas ações que visem a melhoria no número e na qualificação das

peças que atuam na área da saúde, a melhoria nos salários e nas condições de trabalho e a um incremento de atividades educativas que possibilitem o desenvolvimento de competências para o cuidar (CASATE; CORREIA, 2005).

A humanização da assistência emerge nas instituições hospitalares por meio das políticas de saúde com o respaldo do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem por objetivo melhorar a qualidade da assistência prestada. Nesse sentido, destacamos que, no ano de 2001, foi elaborado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), do Ministério da Saúde e que, em 2004 foi promulgado como Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH estende o conceito de humanização para toda instituição de saúde, com a implantação e implemento de ações que visam ao respeito, à solidariedade, à autonomia e à cidadania. Esse programa visa aprimorar as relações entre os profissionais, entre os pacientes/clientes/usuários e os profissionais e entre a instituição hospitalar e a comunidade, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A melhoria na qualidade do serviço parte, então, de uma mudança nas relações entre as pessoas que cuidam de pessoas em estado crítico. Barbosa e Rodrigues (2004) mencionam que, à medida que aumenta o espírito comunitário entre as pessoas, a humanização se faz mais presente e que ela só poderá se manter, se for guiada pela interdisciplinaridade e não apenas por uma única categoria profissional que presta o cuidado.

O cuidador/profissional de saúde é o elemento fundamental para o cuidado humanizado não somente pela competência técnica, mas pela vivência ética. Nesse sentido, a bioética fornece instrumentos, novos olhares e torna algumas situações inteligíveis, “contribuindo para que o profissional tenha um olhar diferente daquele que a prática lhe impõe” (GAIVA, 2006, p. 65).

No contexto da assistência ao paciente e da visão multiprofissional de humanização, algumas intervenções têm sido recomendadas e/ou implementadas como: acolhimento com avaliação e classificação de risco; um tempo maior para as visitas hospitalares; permanência do familiar junto ao paciente internado; implementação de grupos de apoio aos familiares; incentivo à participação do familiar nos cuidados e na tomada de decisão do tratamento (BRASIL, 2004).

Um dos desafios da humanização é mostrar que ela não depende somente de investimento financeiro. Depende também da decisão dos profissionais

de saúde de voltar às raízes de sua profissão, na busca de um cuidado solidário e do alívio do sofrimento que são mais importantes que a cura da pessoa (MARTIN, 2003), considerando a comunicação e a subjetividade do ser humano e compartilhando, com ele, o seu tempo (DESLANDES, 2004).

Humanização não é apenas resgatar o mais bonito do humano ou o quanto “somos maravilhosos”, mas nos resgatar de forma interior e em todas as dimensões da comunicação (verbal e não verbal). Temos que entender que a nossa habilidade de comunicação passa pela capacidade de nos relacionar com quem está à nossa volta, o que significa conquistar o melhor de nós mesmos quando nos relacionamos com o outro (SILVA, 2002).

A construção da humanização das práticas assistenciais implica na interação dialógica com o outro, com o reaprender a compartilhar as informações, com a reorganização do trabalho e valorização das formas de subjetivação, dando ao paciente “*status*” de sujeito (AYRES, 2005; DESLANDES, 2004).

As discussões sobre humanização levantam polêmicas nas instituições hospitalares e, principalmente no pronto-socorro, onde o termo parece não ser compreendido, pois não tem contornos teóricos e práticos definidos, estando sua abrangência e aplicabilidade pouco demarcadas.

Os significados de humanização da assistência são, muitas vezes, determinados pela época, pelos processos econômicos, pelas formas de comportamento, pelas normas e técnicas e, principalmente, pelas relações interpessoais. O que interessa é compreender a formação dos significados, o que os suscitou, é saber o que os tornou possíveis, pois de alguma forma eles mudaram algumas ações e práticas em saúde.

Face ao exposto, levanto algumas questões: O que a equipe multiprofissional do pronto-socorro compreende como humanização? Quais ações humanizantes ou desumanizantes permeiam o cotidiano do trabalho no pronto-socorro? Como os profissionais interagem quando estão “face a face” com as pessoas em estado crítico no atendimento de urgência e emergência? Como tornar possível um atendimento humanizado em um setor no qual é importante e imprescindível a hierarquização de tarefas e a escuta ao usuário quase inexistente face à urgência ou emergência do atendimento?

Pretendo, com esse estudo, compreender o cotidiano de profissionais de saúde quando ficam frente uns aos outros e ao paciente, durante o primeiro

atendimento em uma sala de emergência de um pronto-socorro, bem como compreender o sentido atribuído por eles à humanização da assistência.

Parto do pressuposto de que só podemos humanizar a assistência quando fizermos uma reflexão crítica do que pensamos da humanização e do que entendemos por humanizar e de como nos relacionamos nos encontros sociais e, assim, contribuir para reflexões sobre as formas de ser e trabalhar em saúde, o que poderá favorecer a implementação e formulação de políticas que propiciem a melhoria na qualidade da assistência prestada no pronto-socorro, a quem é cuidado e ao cuidador.

2 HUMANIZAÇÃO E HUMANISMO

No cotidiano da docência e do exercício das atividades da enfermagem em instituições hospitalares, escuto as pessoas comentarem, discutirem sobre a humanização da assistência. Algumas fazem longos discursos favoráveis à humanização, outras perguntam como “humanizar” quem já é humano. Entretanto, quando se pergunta às pessoas sobre o que é humanização, elas exemplificam o termo com ações e atos que “devem ser” tomados, sem, contudo, dizer qual é o sentido da palavra. Afinal, por que se fala e escreve sobre humanização? Ela é um modismo? Qual o sentido do termo humanização?

Buscando essas respostas, segui por alguns caminhos, passei pela Filosofia, Sociologia e Antropologia. Nesse caminho, fiquei perdida durante um tempo pensando em como esclarecer, sem ser “teórica”, sobre algo que permeia essas áreas e outras, de forma não cansativa e o mais clara possível.

Decido apenas apresentar as discussões e variações referentes a desumanização, humanização e humanismo para não cair no lugar-comum dos que “pensam bem, com sua irresistível tendência a pensar por e no lugar dos outros” (MAFFESOLI, 2004a, p. 11), ou seja, buscarei manter alguns espaços para que as pessoas possam fazer suas reflexões pessoais e, assim, apreenderem a complexidade da vida, das referidas noções e do emprego delas no âmbito da saúde no hospital.

O hospital é um recurso importante para a recuperação da saúde ou alívio do sofrimento humano e, como todo serviço de saúde, tem suas limitações e potencialidades. No hospital encontramos, na maioria das vezes, aparatos tecnológicos avançados que permitem melhorar e prolongar a vida. Entretanto, convivemos, frequentemente, com a falta de recursos humanos, materiais e financeiros, com a superlotação, com a sobrecarga de trabalho e a ausência de atendimento às demandas psicossociais de pessoas doentes e suas famílias.

Bellato (2001, p. 67) nos diz que, “[...] o hospital organiza seu espaço para receber a doença e não a pessoa doente, sendo esta vista apenas como um substrato no qual a doença se instala”, ou seja, ainda assistimos a um cuidado que é pautado no modelo biomédico, centrado na doença, no biológico.

Os serviços hospitalares de urgência/emergência representam a porta de acesso ao atendimento de alta complexidade e a eles deveriam ser destinados os

casos mais graves ou com risco iminente de morte, mas observamos uma superlotação em decorrência da ineficiência da atenção primária ou secundária e o deslocamento indevido da população ao pronto-socorro (PINHO; KANTORSKI, 2006).

As unidades de pronto-socorro funcionam de forma tradicional, centrando o atendimento na queixa principal e na conduta relacionada a ela, levando a uma prática, muitas vezes, reducionista³ (PINHO; KANTORSKI, 2006). Essa prática, entretanto, é comprovadamente benéfica na vigência de situações que ameaçam a vida, como na parada cardiorrespiratória, cuja adoção hierarquizada de atitudes terapêuticas aumenta as chances de sobrevivência de pessoas criticamente doentes.

As pessoas doentes, sejam crianças, adolescentes, adultos ou idosos, e suas respectivas famílias, que acorrem ao serviço de urgência/emergência, buscam a resolutividade das suas queixas e se deparam com a situação precária no atendimento (material e humana), com a superlotação, com o pouco envolvimento da equipe de saúde, com o distanciamento, com a impaciência em algumas situações e com as discussões interprofissionais que, muitas vezes, presenciam (PINHO; KANTORSKI, 2006).

O atendimento às pessoas que procuram o serviço de urgência/emergência deveria garantir desde o consumo das melhores tecnologias de saúde disponíveis, até as medidas que resultassem em um ambiente seguro e confortável para a pessoa. Dessa forma, haveria combinação da tecnologia com a humanização, com o desafio de ver a pessoa doente e suas necessidades singulares como ponto de partida para o cuidado no ambiente hospitalar (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O cuidado hospitalar, principalmente no Pronto-Socorro, é necessariamente multidisciplinar e dependente das ações e saberes de vários profissionais que são harmoniosos em alguns momentos e interrompidos, truncados, assíncronos em outros (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O centro desse cuidado hospitalar é a pessoa doente que, nesse momento, se sente fragilizada e fragmentada, pois

³ Reducionista: relativo a reducionismo. Tendência a descrever qualquer processo biológico com as mesmas explicações (HOUAISS; VILLAR, 2007).

[...] seu corpo se transforma na topografia da doença e apenas as partes afetadas serão tratadas merecendo então algum tipo de atenção da equipe de saúde. Coisifica-se o ser humano, reduz-se o plural a simples parcela patológica, toma-se o todo pela parte doente (BELLATO, 2001, p. 73).

Percebo que é uma forma de violência e demonstra “desumanização” da assistência aos pacientes.

A formação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), apesar de todas as discussões sobre integralidade e humanização, ainda é focada no modelo biomédico e fortemente marcada pelo positivismo e pelas “teorias mecanicistas” que tratam a pessoa doente como portadora de uma disfunção, menosprezam o ser paciente, destituindo-o de liberdade e de autodeterminação (MINAYO; DESLANDES, 2007).

A “desumanização” da assistência à saúde é reconhecida como algo imperfeito e até mesmo condenável. Esses atos imperfeitos fazem parte da “face escura” da nossa natureza, que a todo instante buscamos domesticar, mas que animam os nossos desejos de mudança, os nossos medos, os nossos sentimentos (MAFFESOLI, 2004b).

As ações anti-humanas parecem ter relação com a despersonalização, com a perda da dignidade, com a frieza nas relações interpessoais, o que torna o paciente um objeto a ser cuidado (BERMEJO, 2008). Percebo que tratar o paciente como objeto é destituí-lo de “ser pessoa” que tem desejos, autonomia, dignidade, ou seja, retira dele o direito de ser “ser humano”.

A desumanização é, apesar de tudo, do domínio do humano, do humano reerguido pelo pensamento, daquele que respira, come, trabalha, cuida de outro ser humano (LYOTARD, 1997). Portanto, entendendo que as pessoas podem mudar essa situação porque está nas mãos delas favorecer a humanização nas relações e não apenas nas estruturas físicas, no uniforme limpo e bem passado ou na unidade recém-pintada. Profissionais de saúde “bem cuidados” também fazem parte de um serviço humanizado, pois as pessoas têm o direito ao belo e ao bom no exercício de suas atividades laborais.

A humanização está relacionada com a satisfação da pessoa doente com a qualidade do cuidado e com a manutenção da sua dignidade de pessoa humana,

enquanto que a desumanização ou despersonalização “simboliza estados negativos da experiência dos pacientes ou profissionais” (HOWARD; STRAUSS, 1975, p. 59).

Os significados de humanização e desumanização são frequentemente relacionados com a vida interior *versus* a exterior; pessoas que se preocupam com os outros contra aquelas que não se importam; as pessoas vulneráveis *versus* perseguidoras implacáveis; o que poderia ou deveria ser contra o que é (HOWARD; STRAUSS, 1975). Penso na metáfora da ponte e da porta exemplificada por Nascimento (1993), em que a ponte mostra a capacidade que a pessoa tem de ligar o que está separado e a porta indica a capacidade de separar o que é ligado; afirma a autora, porém, que ponte e porta são complementares, assimétricas e, por isso, conflituosas.

As profissões da área da saúde, particularmente a enfermagem e a medicina, são complexas e tecnicamente bem-sucedidas e as suas atitudes e ações têm reflexos nos seres humanos, trazendo repercussões éticas na prática quotidiana dos cuidados à saúde.

As práticas na área da saúde, muitas vezes, refletem posturas reducionistas; ou seja, “redução dos fenômenos estudados em um nível elementar” (PAWLIKOWSKI, 2002, p.5). Dessa forma, entendo que as alterações psicológicas apresentadas por uma pessoa são reduzidas ao nível biológico e este, por sua vez, à química e à física; sendo assim, tudo tem uma explicação pautada na ciência.

O reducionismo na área da saúde tem influenciado, muitas vezes involuntariamente, a formação dos profissionais de saúde ao longo dos tempos e as consequências parecem ser a dificuldade de alguns profissionais em não perceberem o paciente como pessoa e sim como um órgão doente (PAWLIKOWSKI, 2002; HOWARD; STRAUSS, 1975), que necessita de um diagnóstico e para isso, muitas vezes, utiliza de uma tecnologia mais avançada.

O avanço tecnológico, na área da saúde, permite procedimentos e medidas de manutenção à vida cada vez mais avançados e sofisticados, mas tem separado os pacientes dos cuidadores, o que acarreta problemas éticos importantes (PAWLIKOWSKI, 2002).

A visão do corpo humano como um “objeto auto-apresentável” e destituído de um sujeito que lhe dê sentido, surgiu, na área da saúde, nos séculos XVIII e XIX e foi amplamente divulgado no século XX. Isso deu origem a um fazer que valoriza “um corpo sem sujeito, normalizado por um olhar objetivista e

aparentemente neutro” e esse corpo, que pode ser fragmentado, dividido estimulou “a divisão técnica e disciplinar” (MARTINS, 2003, p. 113).

O uso da tecnologia para curar a pessoa doente elimina a palavra e o gesto necessários para que ela expresse o seu sofrimento e isso cria um ambiente de “desumanização” que poderá acarretar novos distúrbios. O distanciamento entre os profissionais de saúde e as pessoas doentes, em nome da melhor tecnologia, criou uma barreira emocional e afetiva entre cuidadores e pessoas doentes (MARTINS, 2003).

Mota (1999) ressalta que toda ação médica tem reflexos bons e maus para o paciente. O autor diz que cabe aos profissionais de saúde atentar para que a “expansão tecnológica” busque considerar mais os benefícios e que se evite a “obesidade tecnológica” em detrimento de uma medicina saudável e harmoniosa e que atenda os interesses de saúde das pessoas doentes.

A separação entre profissionais de saúde e pacientes também é ocasionada pela “hiperespecialização”. A “hiperespecialização” é uma consequência do crescimento científico quando este ultrapassa a capacidade intelectual de uma pessoa, sendo, portanto, dividido em especialidades médicas e de enfermagem, por exemplo (PAWLIKOWSKI, 2002), desta forma a racionalizando a ciência e as profissões ligadas a saúde.

A “hiperespecialização” tem duas consequências desfavoráveis: a visão segmentada do organismo da pessoa doente; e o fato de o paciente passar a ser acompanhado por uma equipe de especialistas (PAWLIKOWSKI, 2002). Segundo Mota (2004, p. 12), “o saber especializado produz profissionais perigosamente incultos”, pois eles parecem saber muito da sua área e ignoram o que não é dela, comportando-se com a arrogância de um sábio, o que parece distanciar a pessoa que cuida de quem é cuidado.

Entretanto, a partir dos anos 90, as mudanças começaram a acontecer e apontar para um modelo inovador no qual o imaginário da saúde passa a ser a pessoa e não o órgão doente; a relação é entre sujeitos e não entre sujeitos e objetos; a doença passa a ser vista como um desequilíbrio presente no interior ou exterior do corpo social, cultural, psicológico ou ambiental (MARTINS, 2003).

Pensar nas ações desumanizantes que acontecem com pessoas doentes em instituições hospitalares, fragilizadas por um adoecimento, pela dor, pela perda, causa-me angústia. A angústia é a “intuição do vazio”, vazio entendido como

possibilidade de ação, algo a ser vivido que leva a um “mais viver” e a gestos criativos (MAFFESOLI, 2004b, p. 74). E essa angústia, enquanto ação, leva-me a repensar a forma como lidamos com as pessoas, principalmente as fragilizadas e que se encontram no ambiente hospitalar.

Howard e Strauss (1975) levantaram, nos anos 70, alguns “significados” de desumanização, em um estudo realizado nos Estados Unidos. Esse estudo que envolveu pacientes e profissionais de saúde, aponta que as ações desumanizantes ocorrem quando as pessoas são tratadas como coisas, objetos e consideradas extensões de máquinas; cuidadas como cobaias, visando apenas à experimentação de algo; ver os doentes como seres com problemas; tratar pessoas de classe, etnia ou culturas diferentes como não pessoas; manter doentes em isolamento físico, psicológico ou abandonadas; pessoas recebendo cuidados de qualidade inferior; seres sem opções cujas hierarquias de poder frustram as tentativas de mudanças; pessoas interagindo com “icebergs”; doentes em ambientes que não suprem as suas necessidades e os deixam sem autonomia para decidir e fazer as suas próprias escolhas (HOWARD; STRAUSS, 1975).

A despeito de alguns considerarem as ações desumanizantes como o pior ato do ser humano, elas precisam ser compreendidas sem preconceitos, com suspensão de julgamento dando atenção ao que acontece e à “forma como acontece” (LYOTARD, 1997, p. 39).

A humanização é uma estratégia para o resgate do humano, da sua dignidade, da sua autonomia e da sua justiça, no cuidado em saúde. Humanizar, conforme Houaiss e Villar (2007, p. 1555) é “[...] tornar (-se) humano, dar ou adquirir condição humana. Tornar (-se) benévolo, ameno, tolerável; humanar (-se). Tornar (-se) mais sociável, mais tratável; civilizar (-se), socializar (-se)”, ou seja, oferecer características aos outros daquilo que é humano, práticas de humanismo.

Humanismo deriva dos termos “*humanas*” e “*humanitas*” cujo sentido é “característica que define o homem como homem, aquilo que vincula um homem a outro homem e aos homens, é aquilo que forma o homem como homem” (CARVALHO, 1996, p. 21), ou seja, o “*humanitas*” mostra a constituição do homem que vive e trabalha em uma sociedade.

Existem três sentidos para a palavra humanismo, segundo Nogare (1994) e eles se relacionam entre si: o humanismo histórico-literário, o humanismo de caráter especulativo-filosófico e o humanismo de caráter ético-sociológico.

O humanismo histórico-literário compreendeu o período entre o século XIII até o século XVIII e é caracterizado pelo estudo das culturas grega e romana, com o intuito de imitar as formas literárias e assimilar os valores humanos (NOGARE, 1994).

O humanismo de caráter especulativo - filosófico tem dois aspectos: o primeiro discute a origem, a natureza e o destino do homem e o segundo, qualquer doutrina que o dignifique. O segundo aspecto permite divergências como: a) humanismo antigo, grego e romano, que buscou a exaltação do homem com ênfase na beleza, na força, na harmonia, no gênio, dentre outras; b) humanismo cristão, que buscou valorizar o homem como pessoa; c) humanismo moderno focado na subjetividade do homem; d) humanismo contemporâneo, que busca as reivindicações para o homem. Todos os sentidos do humanismo especulativo-filosófico podem ser aglutinados em um mesmo conceito, pois “toda doutrina que atribui ao homem algo de característico, de específico em relação aos outros seres” é humanista (NOGARE, 1994, p. 16).

O terceiro sentido é o humanismo de caráter ético-sociológico, que visa tornar-se realidade, um costume e uma convivência social. A sua característica é realizar o homem na sociedade e na história, enquanto um ser individual e social (NOGARE, 1994).

Maritain (1999) escreveu que por ser fruto das virtudes humanas e divinas juntas, o humanismo cristão é difícil de conservar-se intacto, coexistindo, portanto, com valores humanos e não humanos. Para o autor, existem duas concepções de humanismo, uma teocêntrica ou cristã que pode ser chamada de humanismo integral e outra antropocêntrica que vem da corrente renascentista chamado de humanismo inumano.

O humanismo integral não desconhece nada que pertença ao homem e tem no humanismo de Santo Tomás de Aquino uma das suas vertentes. O princípio absoluto desse humanismo – humanismo tomista – é a “afirmação incondicional da fé na ordem divina e na ordem do humano”, o valor da natureza e da razão, pois as criaturas são de Deus, sua imagem e semelhança sendo, portanto, boas (MARITAIN, 1999, p. 60).

Segundo Maritain (1999, p. 108), para superar a desumanização, o “individualismo da idade burguesa” deverá ser substituído por uma “civilização personalística e comunitária”, pautada nos direitos humanos, na liberdade, na

responsabilidade e que tenha a “coragem de afrontar os riscos” e exercitar a autoridade e o respeito pela humanidade de cada pessoa.

Essas abordagens/sentidos mostram que o centro do humanismo é o homem; ou seja, “é uma concepção sobre o homem, o que ele é, o seu lugar no mundo, o seu destino, a sua problemática” (CARVALHO, 1996, p. 21).

Humanismo é um dos conceitos mais indeterminados e contraditórios e o seu significado se perde nas variações de linguagens e nas interpretações. O termo é usado para indicar “toda a tendência de pensamento que afirme a centralidade, o valor, a dignidade do ser humano”, refletindo uma preocupação com a vida e a posição do ser humano no mundo (PULEDDA, 1996, p. 15).

As várias interpretações do humanismo reportam a natureza ou a essência humana e parecem se ligar a temas que buscam normatizar o que os seres humanos são ou devem ser.

Maffesoli (2003a, p. 169) diz que humanismo verdadeiro é saber integrar todos os “aspectos da natureza humana”, mesmo os que são contrários (certezas morais, políticas ou econômicas), integrando “homeopaticamente um valor e seu contrário”, relativizando um pelo outro e vice-versa. Para o autor, esse humanismo é permeado por uma ética que respeita ao mesmo tempo a pessoa e a sua inserção na comunidade, dando-lhe as suas razões de ser.

Heidegger (2005) escreveu que na palavra humanismo o “*humanus*” nela contido, aponta para “*humanitas*” que é a essência do homem e que o “ismo” indica que esta essência deve ser apreendida de maneira radical pelas pessoas. Para o autor, o ser está empenhado em descobrir o que há nele de humano e esse desejo é o objeto do humanismo, ou seja, essa busca poderá permitir que o homem seja capaz de ser mais humano e assim manter a sua essência. A “essência do homem consiste em ser ele mais do que simples homem” uma vez que ele é um ser vivo relacional. A busca da sua essência leva ao humanismo que é entendido como o esforço para tornar o homem livre e resgatar a sua dignidade (HEIDEGGER, 2005).

A dignidade humana é o valor interno e insubstituível do ser humano, que é conquistado devido à natureza humana e condicionado à sua liberdade (BERMEJO, 2008). A liberdade é uma potencialidade humana e o homem se valerá dela ao longo de sua existência, afirmando assim a sua própria dignidade (PITHAN, 2004).

Rocha (2009) escreveu que “toda forma de aviltamento ou de degradação do ser humano é injusta” e que a injustiça é indigna, sendo, portanto, desumana. O contrário da dignidade, a indignidade, desperta no homem sentimentos de revolta, desespero e amargura.

Posso perceber que os sentimentos gerados pelas injustiças, pelas animosidades e pelos atos considerados desumanizantes solidificam a necessidade de proteger a dignidade humana em todas as áreas, e promover maiores reflexões e discussões sobre humanismo ou humanização.

Freitas e Hossne (2002, p. 130), dizem que humanização é “[...] o esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas”, levando em consideração a sua autonomia para escolher o que consideram ser melhor para elas, a de serem aceitas como são, a de serem escutadas e compreendidas.

A humanização precisa ser vivida tanto pelos pacientes e familiares quanto pela equipe de saúde (enfermeiro, médico auxiliares e técnicos de enfermagem) que atua em um pronto-socorro. Humanizar o cuidado implica uma responsabilidade profissional, um esforço de tratar as pessoas respeitando sua dignidade, potencialidades e sua autonomia (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003).

Humanizar o cuidado requer uma atitude humana, é repensar as atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente com o paciente. É reaprender o valor das pessoas e redescobrir que muitas vezes podemos errar e deixar “sair” o nosso lado “mau”, com o qual, pelas circunstâncias do momento, deixamos de pensar nos outros.

Os termos humanismo e humanização não têm contornos definidos, entretanto as ações e atos provenientes da sua discussão quotidiana podem contribuir para o melhoramento da vida, das relações entre as pessoas, fazendo frente à discriminação, à exploração e à violência em todos os âmbitos da vida social.

3 ORIENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Sociologia Compreensiva – Alfred Schütz e Michel Maffesoli

3.1.1 Alfred Schütz

A fenomenologia é considerada, nas Ciências Sociais, a Sociologia da vida quotidiana. Ela tem influências de Weber, mas é na filosofia de Husserl que se fundamenta metodologicamente. Nas Ciências Sociais, Schütz é o mais significativo representante da fenomenologia, ele deu consistência sociológica aos princípios da filosofia de Husserl, inspirando-se e distinguindo-se de Weber. Segundo Capalbo (1979), Schütz se apropria dos conceitos de intencionalidade, intersubjetividade e de mundo vivido de Husserl, para usá-los sistematicamente na Sociologia.

Schütz traz para a fenomenologia social o mundo da vida que são todas as experiências quotidianas, direções e ações por meio das quais as pessoas lidam com os seus interesses e negócios, manipulando objetos, lidando com pessoas, realizando planos. O mundo social é um mundo intersubjetivo e temos por ele um interesse eminentemente prático. Para compreender o mundo social, Schütz utiliza os princípios de intersubjetividade e compreensão.

Intersubjetividade significa que estamos envolvidos uns com os outros não como objetos, mas como sujeitos (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2003). Compreensão (*Verstehen*) para Schütz é fundamental, seja na vida quotidiana – quando interpretamos as ações uns dos outros – ou na Ciência Social – quando nosso intuito é compreender a realidade social que signifique algo ao conhecimento partilhado no mundo da vida.

Schütz (2003b) diz que existe um acervo de conhecimento teoricamente disponível para todas as pessoas e que é acumulado pela experiência prática, pela ciência e pela tecnologia. Ele identificou três tipos ideais de pessoas a partir do conhecimento: o *expert*, o cidadão bem-informado e o homem comum. O *expert* se baseia em afirmações fundamentadas; o cidadão bem-informado ou aquele que aspira a ser bem informado, situa-se entre o *expert* e o homem comum. E, segundo o autor, o cidadão bem-informado não possui e não aspira ao conhecimento do *expert*, mas não se sente satisfeito com um conhecimento prescrito, com o uso irracional de suas paixões e sentimentos que não sejam claros. Diz ainda que o

homem comum tem conhecimento funcional em vários campos, que não são necessariamente coerentes entre eles e aceita como guia os seus sentimentos e paixões. Schütz conclui afirmando que esses três tipos ideais se misturam na vida quotidiana, ou seja, em um momento, age-se como *expert*, em outro, como cidadão bem-informado e em outro, como homem comum.

O mundo da vida é uma realidade que modificamos mediante nossos atos e que, por outro lado, modifica nossas ações. Nossa “atitude natural” é pragmática, constituindo-se no modo pelo qual percebemos, interpretamos e agimos no mundo e que envolve suspensão da dúvida cartesiana sobre saber se as coisas são como são (SCHÜTZ, 2003a).

A atitude natural da vida quotidiana, segundo Schütz e Luckmann (2003), pressupõe:

- a) existência corpórea de outros homens;
- b) que esses corpos são dotados de consciência similares à minha;
- c) que as coisas do mundo externo incluídas em meu ambiente e no de meus semelhantes são as mesmas e têm igual sentido;
- d) que posso entrar em relações e ações recíprocas com meus semelhantes;
- e) que posso me fazer entender por eles;
- f) que um mundo social e cultural é dado historicamente de antemão;
- g) que a situação em que me encontro a todo momento é somente uma pequena medida criada exclusivamente por mim.

O homem da atitude natural é uma pessoa que está “situado biograficamente” e isso significa que ele tem conhecimento do seu mundo, e pela sua história de vida. Esse conhecimento é a expressão das suas experiências e conhecimentos adquiridos (CAPALBO, 1979), isto é, “a bagagem de conhecimentos disponíveis” (SCHÜTZ, 2003a).

Schütz revela que a importância do significado é dada pela experiência passada que a pessoa possui de algo em acordo com suas experiências anteriores; dessa forma, a compreensão será de algo que já ocorreu e não do que ocorrerá. A pessoa só pode ser compreendida a partir de sua situação biográfica, que é determinada pelos valores e crenças que comunga e compartilha (SCHÜTZ, 2003a).

Segundo Nascimento (1993), a experiência acontece em três níveis: com o mundo dos contemporâneos, pessoas com quem são mantidas as ações e

relações; o mundo dos predecessores, com pessoas que me antecederam; e o mundo dos sucessores. A autora diz ainda que o relacionamento no mundo dos contemporâneos se dá de duas formas: relação “face a face” e em uma situação à distância.

Ao buscar compreender o significado de humanização da assistência no mundo dos profissionais de saúde da sala de emergência de um pronto-socorro, considerarei que a relação que eles mantêm é uma típica relação “face a face” e que as pessoas adotam uma “atitude natural” influenciada pelas experiências vividas de cada um que assim me permitirão aprender o fenômeno.

3.1.2 Michel Maffesoli

Na busca do vivido, apreendi a importância de observar o cotidiano na sociedade contemporânea e tive os primeiros contatos com as ideias de Michel Maffesoli e a Sociologia Compreensiva, que estão descritos na dissertação de mestrado, quando trabalhei com as relações quotidianas dos enfermeiros na Terapia Intensiva (LEITE, 1998).

Maffesoli tem centrado suas reflexões, principalmente, na análise do cotidiano e da pós-modernidade com vistas à compreensão da dimensão plural do social com foco em temas como o imaginário, a emoção, os afetos, o sensível. Considera que, em contrapartida com a modernidade, fundada na razão, a pós-modernidade indica o retorno da emoção, da magia, da afetividade. Igualmente tem se dedicado à reflexão do cotidiano, que discute de modo provocativo, analisando como as relações sociais se dão no dia a dia. Entre outros temas que lhe são caros, estão a violência, as tribos urbanas, a efervescência social, a socialidade, os ritos e rituais. Enfim, ele centra suas reflexões sobre a parte sensível e a conjunção entre as pessoas na forma como as relações ocorrem na sociedade e não no sentido prescritivo de como deveriam ser.

Maffesoli (2007a, p. 23) nos diz que a audácia, a curiosidade e a vivacidade que alimentam o nosso pensamento, são progressivamente entorpecidas pela preguiça e pela institucionalização e isso parece impedir a arte de pensar e “podemos imaginar que, de tempo em tempo, seja necessário regenerar coletivamente um modo de pensar já muito debilitado”. E, assim, ele propõe as

premissas “epistemológicas de um compêndio de ‘senso comum (nologia)’”, a Sociologia Compreensiva.

A Sociologia Compreensiva é aquela que descreve o vivido como ele é a partir das várias facetas que o compõem, permitindo a compreensão de um fato social, uma vez que a realidade não é única, uma vez que existem outras formas de apresentá-la. Ela considera os dados subjetivos presentes nas experiências do homem, uma vez que esses dados são um trampolim para o mergulho profundo na existência societal (LEITE, 1998).

Rezende (1991, p. 98) nos diz que "compreender um fato social é analisar as relações entre os fatos que dão origem ao fenômeno estudado". Para se proceder a essa análise, o pesquisador leva em consideração que ele faz parte do fato social que descreve e, dessa forma, manifesta uma visão de dentro da trama social; ou seja, a sociologia compreensiva é uma “sociologia do lado de dentro” e por isso subjetiva (MAFFESOLI, 2007a, p. 31).

No presente trabalho, centrei o olhar relativo à Sociologia Compreensiva na obra de Maffesoli. Respaldei-me no conhecimento de algumas obras do autor, bem como na confissão de Durand (2004, p. 10) quando diz que graças à obra de Maffesoli “existe, na França, uma sociologia compreensiva”.

Maffesoli centra suas reflexões em torno da vida quotidiana, construída na subjetividade. O quotidiano, apesar de considerado banal, tem toda uma riqueza que permite enfrentar o tempo que passa ante a angústia da morte, do fim. Com isso, tem-se mais atenção aos fatos da vida, que é cheia de imprevistos e de múltiplas potencialidades (LEITE, 1998).

Maffesoli (2007a, p. 133) nos fala que devemos ter uma “atitude compreensiva”, para que possamos compreender “fenomenologicamente esta existência quotidiana naquilo que tem de fulgurante, explosivo, fragmentado e multissensual”. Segundo o autor, “a fragilidade, o erro e a verdade local fazem igualmente parte da dinâmica cognitiva” e não podemos compreender o conjunto social unicamente pela positividade (MAFFESOLI, 2007a, p. 134). O autor escreve que “é preciso revirar de cabeça para baixo as ideias rançosas, jogar fora as análises pomposas e um tanto insípidas” e compreender o que emerge no estar-junto, o que está na aparência, a banalidade da vida (MAFFESOLI, 2010, p. 19).

A banalidade da vida esconde uma riqueza insuspeitável e condensada, que serve de "reservatório" à permanência social, à qualidade. A análise do

quotidiano permite compreender e não julgar ou transformar, é “um estar atento, um olhar atento dirigido ao outro para nele penetrar, buscando o significado de sua ação, do ser-estar junto e no mundo” (NASCIMENTO, 1995a, p. 8).

Nascimento (1993, p. 22) diz que o significado do mundo social⁴ “inclui tanto o observador social quanto o ator que nele age”, e que nele é focalizada a forma como “as pessoas interagem e compreendem a si próprias e aos outros”, sendo os fenômenos sociais produto das ações humanas.

O reconhecimento do banal nos remete à valorização do espaço, da casa, dos amigos, do “ser/estar junto com” sem finalidade e isso nos remete à socialidade, que se relaciona com o tempo presente, com o hoje, com o aqui e o agora.

Socialidade, para Maffesoli (2007a), é o “estar junto com” sem nenhuma finalidade ou interesse, é o estar por estar apenas, prazeroso e espontâneo; é diferente de social e socialização. O autor diz ainda que social e socialização são definidos como uma ligação em torno de interesses, de pessoas que se unem para concretizar outros interesses. Termina dizendo que a socialidade se esgota no momento, no instante vivido e nele se percebe um tempo cíclico, que vai e volta.

Espaço e tempo são elementos importantes para compreendermos as questões que envolvem o cotidiano. Segundo Nascimento (1993, p. 34), o espaço cotidiano se organiza em dois tipos: privado e público. A autora afirma que o espaço privado ou interior, mais fechado, é definido pelas relações familiares, de amizade, de vizinhança, no qual as atividades são ligadas ao prazer e o lúdico; e que o público, ou exterior, é representado pelo mundo do trabalho, cujas relações são “socialmente valorizadas e as atividades orientadas para um fim”.

Maffesoli (2004a, p.66) menciona que nesses espaços a pessoa se reconhece e se identifica com os outros, sem se preocupar com o presente, usufruindo da sua liberdade. Segundo o autor, esses espaços vivenciados não são um refúgio para o “individualismo amedrontado e imóvel”, mas a base para constituir, pouco a pouco, “a órbita de uma nova socialidade”.

O tempo é descrito por Nascimento (1993, p. 35) de duas formas: um tempo linear, “gerado para ser significativo, importante”, e um cíclico, que sobrepõe ao tempo linear, e é banal, cotidiano, sem importância.

⁴ Refere-se ao “mundo cotidiano das pessoas que nele vivem” (NASCIMENTO, 1993, p. 22).

A Sociologia Compreensiva tem um estilo próprio de olhar e descrever o mundo, o que se apresenta pela analogia, metáfora ou correspondência. Sendo assim, dada a superação da rigidez, compreende-se melhor o vivido social ou o querer viver das sociedades, ou seja, para reconhecer a riqueza e a fecundidade da vida, é preciso olhar sensivelmente o cotidiano.

3.1.3 Compreensão na Sociologia Compreensiva

O cotidiano preocupa-se com o doméstico, com a aparência e o sentido que as coisas são nelas mesmas, com a multiplicidade de imaginários não explicáveis pela racionalidade científica e que contornam o “estar-junto”. Segundo Maffesoli (2007a, p. 31), é “perceber o lógico e o não-lógico” que modelam o dado social.

Para apreender sobre as “coisas mesmas”, sobre a “banalidade da vida e suas riquezas” sem perder o sentido delas, o percurso metodológico deste estudo será o “formismo”. Sendo assim, descreverei algumas características do formismo sociológico.

A noção de “formismo” é uma neologia na sociologia de Georg Simmel (1858-1918), que apresenta o termo “formal” e não “*formell*”. “Formal” é a forma de um problema e “*formell*” refere-se ao aspecto formal. A noção de formismo “descreve, de dentro, os contornos, os limites e a necessidade das situações e das representações constitutivas da vida quotidiana” (MAFFESOLI, 2007a, p. 31).

Segundo Rezende (1993), o formismo considera que tudo que existe no mundo tem determinada forma e tudo o que apreendemos se dá por meio das formas que se apresentam a nós, informando-nos a existência de algo. A autora explica que a forma limita o identificado, contorna, caracteriza, individualiza, mostrando que cada coisa tem uma forma própria em relação à outra.

Maffesoli (2007a, p. 117), fazendo uma distinção entre formalismo e formismo, diz que o primeiro “se empenha em conferir sentido a tudo o que observa” e que o formismo “se contenta em delinear grandes configurações que englobam, sem os reduzir, valores plurais e às vezes antagônicos da vida corrente”.

O “formismo” é uma categoria de conhecimento que permite apreender o exterior ou a superfície de um dado, ou seja, o aspecto aleatório e, ao mesmo tempo, a “coerência profunda de existência social” (MAFFESOLI, 1996, p. 28).

O formismo permite descrever quadros de análise “deixando existir paralelamente situações as quais servem de quadro” e consegue revelar esses quadros sem conectá-los a uma finalidade, utilitarismo ou “dever ser”; ele os ressalta (MAFFESOLI, 1996, p. 138). O formismo dá “relevância à variedade dos fenômenos sociais”⁵ (MAFFESOLI, 2007a, p. 33)

A lição essencial da forma é que cada fragmento é significativo e contém “o mundo na sua totalidade e isso faz da frívola aparência”, um elemento para compreender um conjunto social (MAFFESOLI, 1996, p. 141) que é um meio epistemológico para dar conta da relação orgânica (MAFFESOLI, 2007a).

No “formismo”, cada coisa estudada é tomada em si mesma pelo que é. Ele tipifica os dados observáveis sem suspeitar ou criticar o que é observado ou descrito. Isso permite apreciar “cada coisa a partir de sua própria lógica, de sua coerência subterrânea” e não usando a lógica do “dever-ser” (MAFFESOLI, 1996, p.143). O formismo pode ter função de “coerência” mesmo que “deixe como está aquilo que analisa” (MAFFESOLI, 2007a, p. 93).

O “formismo” pensa de forma global, não privilegiando um elemento particular. Permite, transversalmente, mostrar a “exuberância da aparência social” (MAFFESOLI, 2007a, p. 113). A “atitude formista” respeita a banalidade da existência, as representações populares e as minúsculas criações que surgem no dia a dia. O “formismo” não cria determinações a priori e tem uma intuição holística na qual, em um “todo ordenado, cada coisa tem seu lugar” e entra em conexão com os outros elementos, ou seja, “o todo e as partes ajustam-se nessa harmonia mais ou menos conflitual que se chama sociedade” (MAFFESOLI, 1996, p. 144).

Maffesoli diz que o formismo permite apreender a imagem e a sua pregnância no corpo social, podendo proporcionar, muitas vezes, o “reencantamento do mundo”. Explica que quando analisou a burocracia, a violência ou o cotidiano, colocou em destaque as categorias: poder, potência, rito, teatralidade, duplicidade, trágico; ainda segundo o autor, elas devem ser compreendidas como “modulações da forma, pois elas não existem, não são reais e o uso é apenas metodológico” (MAFFESOLI, 2007a, p. 35). Entendo, portanto, que o cotidiano da sala de emergência, com suas ambiguidades, seus momentos festivos e seus conflitos, não

⁵ Societal: destaca as menores situações da vida quotidiana (MAFFESOLI, 2001, p. 127).

pode ser cartesianamente categorizado, pois isso poderá destituí-lo do que tem de essencial.

3.2 Erving Goffman: aproximações com algumas noções

Erving Goffman (1922-1982), sociólogo, estudou a vida social que é organizada em um espaço delimitado. Ele não só descreveu, mas também analisou as interações sociais dos sujeitos por meio da comunicação, dos gestos, dos olhares e da linguagem e isso foi descrito detalhadamente em seu primeiro livro *A representação do eu na vida quotidiana*.

Goffman (2007, p. 9) utilizou a representação teatral e a dramaturgia para representar os sujeitos. Ele considerou a forma como a pessoa se apresenta nas situações comuns de trabalho, “a si mesma e a suas atividades às outras pessoas, os meios pelos quais dirige e regula a impressão que formam a seu respeito e as coisas que pode ou não fazer”.

O autor (2007, p. 23) afirma que, “quando um indivíduo se apresenta diante de outros, terá motivos para procurar controlar a impressão que esses recebem da situação”. Segundo ele, quando uma pessoa (ator) está na presença de outras pessoas (plateia), ela busca passar para aqueles que lhe assistem uma boa impressão, e para causá-la, apresenta-se sob a “máscara de um personagem” que ensaia bem sua representação da vida real. Conclui dizendo que essa representação ou encenação da vida real pode ocorrer em qualquer ambiente social, pois, atrás das paredes de um estabelecimento encontra-se uma equipe de atores que encenam para uma plateia.

Goffman utiliza a linguagem teatral (representação, ator, plateia, encenação, bastidores) apenas para retratar a estrutura dos encontros sociais que surgem sempre quando “as pessoas entram na presença física imediata umas das outras”, não se interessando pelo aspecto do teatro que se insinua na vida quotidiana; ou seja, uma apresentação teatral e suas consequências não são reais. Na vida quotidiana, uma encenação bem-sucedida, com suas “técnicas verdadeiras”, mantém a interação social real, ou seja, ela é o que é com os seus erros e acertos (GOFFMAN, 2007, p. 233).

Toda pessoa, durante sua representação, utiliza-se de uma “fachada”, que é “o equipamento expressivo, de tipo padronizado intencional ou inconscientemente empregado”, por meio do qual a prática é executada e caracteriza a representação (GOFFMAN, 2007, p. 29).

A fachada social é dividida, segundo o autor, em: “cenário ou ambiente social”, que é o local onde desenrola a ação; “fachada pessoal”, que são os elementos que identificam o ator (função, categoria, vestuário, gênero, idade, características étnicas, altura, aparência física, atitude, padrões de linguagem, expressões faciais, gestos corporais); “aparência”, que nos revela o “*status* social” do ator; “maneira”, que nos informa sobre o modo de interação do ator para desempenhar a ação (arrogância, agressividade, humildade).

As representações acontecem na presença de outras pessoas e são acentuadas na região de fachada; entretanto, existe outra região em que os fatos são ocultados, chamada “região de fundo” ou “bastidores”. A “região de fundo” ou “bastidores” geralmente fica separada do local no qual a principal ação ocorre e tem acesso limitado (GOFFMAN, 2007). Posso dizer que, em uma instituição hospitalar, essa região corresponde àquelas as quais os pacientes do serviço de saúde não têm acesso, como o posto de enfermagem, vestiários, banheiro dos funcionários, dentre outras áreas.

A “região de fundo” ou “bastidores” é marcada pela informalidade. Nela, os segredos são mais visíveis, compartilhados e guardados entre os membros da equipe. É nesse lugar que os atores sustentam os ânimos uns dos outros enfatizando que a representação a ser executada dará certo.

As representações, no sentido atribuído por Goffman (2007), com a sua fachada social e os bastidores, só têm sentido e só podem ser executadas com a presença do ator ou dos atores (equipe). O autor define equipe como grupo de pessoas que coopera na “encenação” de uma rotina quotidiana e tem a capacidade de guardar os seus segredos e zelar para que os segredos fiquem guardados.

A equipe de atores, que organiza a representação nos bastidores, a executa na região de fachada, na qual está a plateia e para que haja o sucesso dessas representações, é preciso comunicação.

Goffman (2007) diz que o ator está envolvido em dois tipos de comunicação: as oficiais e as não oficiais ou sub-reptícias e que esse envolvimento duplo “deve ser cuidadosamente dirigido” para que as impressões oficiais não sejam

desacreditadas. Segundo ele, entre as formas de comunicação usadas pelo ator, que transmitem informações não compatíveis com as oficiais, destacam-se quatro tipos: o tratamento dado aos ausentes, a conversa sobre a encenação, a convivência (conluio) da equipe e as ações de realinhamento.

Goffman (2007, p. 191) diz que “um ator deve agir com expressiva responsabilidade” para impedir a ruptura da representação a qual pode, também, ser rompida por: “gestos involuntários”, “intromissões inoportunas”, “*faux pas*”⁶ e pelas “cenas”. Diz ainda que essas rupturas são consideradas incidentes, causam embaraço, desconforto e poderiam ser evitadas se a pessoa conhecesse de antemão as repercussões de sua ação.

Os incidentes podem ser evitados se os atores e a plateia adotarem algumas técnicas para manipular a impressão como: “medidas defensivas” (lealdade, disciplina e circunspeção dramática) que protegem a representação; “práticas protetoras” usadas pela plateia para proteger a equipe, que podem ser motivadas pela identificação imediata com os atores ou para “granjear” o agrado deles com o intuito de receber “favores”; e as medidas de proteção que esses usam a fim de facilitar o contato com a plateia, ou seja, *o tato com relação ao tato* (GOFFMAN, 2007).

Segundo Goffman (2007), todos os aspectos e elementos relacionados à interação social são importantes para se observar as ações humanas, culturais e dramáticas que acontecem dentro dos estabelecimentos sociais.

Durante a observação do cotidiano da sala de emergência, foram vistos e compreendidos os seguintes elementos que são abordados no estudo: gestos involuntários, intromissões inoportunas, “*faux pas*”, cenas, medidas defensivas e práticas protetoras.

3.3 Marcel Mauss: dádiva/dom e técnica do corpo

Marcel Mauss (1872-1950) é conhecido como antropólogo e etnólogo, colaborador e diretor do *Année Sociologique*, publicação fundada por Durkheim. Publicou, em 1925, a *Teoria da Dádiva* que vem sendo resgatada como um modelo

⁶ Passos em falso.

para interpretar a atualidade e para se pensar nas relações de solidariedade e aliança nas sociedades (MARTINS, 2005), e em 1935 publicou *As técnicas do corpo*.

Em *Teoria da Dádiva* Marcel Mauss pretende compreender duas questões: “Qual é a regra de direito e de interesse que, nas sociedades de tipo atrasado ou arcaico, faz com que o presente recebido seja obrigatoriamente retribuído?” e “Que força que existe na coisa dada que faz com que o donatário a retribua?” (MAUSS, 2003, p. 188).

Mauss analisou os dados referentes às sociedades da Polinésia, Melanésia e do Noroeste Americano e identificou o sistema de trocas de bens entre as pessoas. Ele descobriu que eles não trocavam “somente bens e riquezas, bens móveis e imóveis, coisas úteis economicamente”, mas que trocavam também “amabilidades, banquetes, ritos, serviços militares, mulheres, crianças, danças, festas, feiras” (MAUSS, 2003, p. 191).

Segundo o autor, as dádivas são “prestações” e “contraprestações” que se estabelecem de forma voluntária “por meio de regalos, presentes”, mas, ao mesmo tempo, têm uma forte conotação de obrigatoriedade, sob pena de instaurar uma guerra; a isto ele denominou “prestações totais” e a forma evoluída e rara dela de “*potlatch*” (MAUSS, 2003, p. 191).

Mauss (2003) atesta dois elementos essenciais do “*potlatch*”: o da honra, do prestígio, do “mana” que a riqueza confere, e o da obrigação de retribuir as dádivas sob pena de perder o “mana” (honra, prestígio e autoridade). O “*potlatch*”, em todas as sociedades por Mauss estudadas, é relativamente idêntico às três obrigações da dádiva: a obrigação de “dar”, a obrigação de “receber” e a obrigação de “retribuir” (MAUSS, 2003; MARTINS, 2003).

“Dar” é a essência do “*potlatch*”. “Receber” também é uma obrigação: não se pode recusar uma dádiva, uma atitude dessas demonstra que se teme ter que retribuir. “Retribuir” é incondicional, o “*potlatch*” deve sempre ser retribuído com juro como toda dádiva, as taxas são de 30 a 100% ao ano, “abster-se de dar, como se abster de receber, é falta a um dever – assim como se abster de retribuir”, esse é o espírito da dádiva (MAUSS, 2003, p. 249).

Segundo Mauss (2003, p. 251), nas trocas realizadas no “*potlatch*” existe uma “virtude que força as dádivas a circularem, a serem dadas e recebidas”. O autor afirma que, se o que é dado é retribuído “é porque se dão e se retribuem ‘respeitos’

e posso dizer igualmente ‘cortesias’. Mas é também porque as pessoas se dão ao dar, e, se as pessoas se dão, é porque se ‘devem’ aos outros.”

Os profissionais de saúde desenvolvem as suas ações quotidianas, na instituição hospitalar, em uma típica relação “face a face”, o que favorece a interação entre cuidadores e pessoas doentes. Essa interação pode favorecer a criação de vínculos, pois nelas acontecem trocas de bens simbólicos entre profissionais de saúde e pacientes, por meio dos gestos, comportamentos e atitudes adotadas na relação de cuidado. E a pessoa doente, que nesse momento está fragilizada, com medo, insegura, ao receber essas dádivas/esses dons, por meio do cuidado, retribui sendo grata ou reconhecendo o trabalho realizado.

Mauss, com relação às técnicas do corpo, define a expressão como “maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo” e devem proceder do concreto para o abstrato e não o contrário (MAUSS, 2003, p. 401).

Le Breton (2009, p. 39) esclarece que as técnicas de corpo são “gestos codificados em vista de uma eficácia prática ou simbólica” e são modalidades de ação, de gestos e movimentação de músculos, que se movem com uma finalidade precisa. As técnicas de corpo dependem de uma educação formal e ela atinge seu melhor nível “quando se torna uma somatória de reflexos e se impõe imediatamente ao ator sem esforço de adaptação ou de preparação de sua parte” (LE BRETON, 2009, p. 43). Posso ver o emprego prático dessas técnicas no exercício da enfermagem, por exemplo, quando puncionamos um acesso venoso periférico. Para puncionar um acesso venoso periférico, após reunir o material, repetimos a técnica apreendida durante a formação, usando os gestos, movimentação de músculos, buscando canular a veia e, por repetir essa técnica várias vezes, torna-se atividade rotineira, sem esforço ou sem muita preparação quando a executamos.

Mauss afirma que o nosso primeiro e mais natural instrumento é o corpo, que a especificidade caracteriza todas as técnicas e que elas são apreendidas lentamente. A transmissão das técnicas é possível pelo processo de aprendizagem, marcado pelo *habitus* que varia com as sociedades, com a educação, com as conveniências, com as modas e com os prestígios. Só existe técnica e transmissão porque existe tradição. O homem se distingue dos animais “pela transmissão de suas técnicas”, concorrendo para obter um fim conhecido mecânico, físico ou físico-químico (MAUSS, 2003, p. 421).

Segundo Mauss, a educação das técnicas consiste em “fazer adaptar o corpo ao seu uso” e cita como exemplo as provas de estoicismo,⁷ que têm por finalidade ensinar o “sangue-frio, a resistência, a seriedade, a presença de espírito, a dignidade”. A educação do sangue-frio é “um mecanismo de retardamento, de inibição de movimentos desordenados” e o retardamento permite “uma resposta coordenada de movimentos coordenados” (MAUSS, 2003, p. 421).

As técnicas de corpo são particularidades de cada grupo social sendo transmitidas por meio da educação, da imitação, da tradição, dos treinamentos, como acontece, com frequência, na área da saúde, principalmente nos setores de atendimento de urgência e emergência.

⁷ O estoicismo propõe viver de acordo com a lei racional da natureza e aconselha a indiferença em relação a tudo que é externo ao ser.

4 METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa que busca compreender o fenômeno a partir dos próprios sujeitos estudados. Esse tipo de investigação está centrado nos acontecimentos e práticas ocorridas naturalmente, em um campo que é experimentado e vivido pelas pessoas de maneiras particulares, específicas, singulares (LATIMER, 2003) e é por essa razão a abordagem escolhida nesse estudo.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a operações matemáticas (MINAYO; SANCHES, 1993).

A investigação qualitativa, segundo Bogdan e Biklen (1994), possui cinco características essenciais:

- a) o ambiente natural é a fonte direta dos dados e o investigador o instrumento principal, pois não é possível separar o contexto das ações e das palavras em que eles ocorrem;
- b) a investigação qualitativa é descritiva, com ênfase nas palavras ou imagens e não nos números;
- c) os pesquisadores qualitativos se interessam mais pelo processo de execução da pesquisa do que pelos resultados;
- d) os pesquisadores qualitativos tendem a analisar os dados de forma indutiva, construindo um quadro que ganha forma à medida que os dados são recolhidos; o processo de análise funciona como um funil: “as coisas estão abertas de início (ou no topo)” e vão se fechando e tornando específicas no outro extremo;
- e) o significado é de importância vital na abordagem qualitativa; ou seja, os participantes ou sujeitos da pesquisa é que adquirem destaque com os significados que atribuem ou percepções/representações que elaboram, dando sentido às suas vidas.

A investigação qualitativa, assim como a quantitativa, baseia-se numa orientação ou perspectiva teórica. Essa orientação ou perspectiva teórica consiste em um “conjunto de asserções, conceitos ou proposições logicamente relacionadas

e que orientam o pensamento e a investigação”, e contribuem para coleta e análise dos dados da vida quotidiana (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p.52).

Para a análise da vida quotidiana das relações no pronto-socorro, foram usadas:

- a) as ideias da sociologia compreensiva de Schütz e Maffesoli;
- b) algumas ideias de Goffman para a microanálise dos eventos em que as pessoas se localizavam frente umas com as outras;
- c) os sentidos de técnicas do corpo e dádiva de Mauss para as particularidades do atendimento em urgência e emergência.

4.1 Cenário

A instituição hospitalar escolhida para este estudo é o Hospital Risoleta Tolentino Neves, que está localizado na região Norte de Belo Horizonte e atende a rede metropolitana e mais onze cidades vizinhas. É um hospital de grande porte e de alta complexidade, que atende urgência clínica, cirúrgica e traumática (por exemplo: acidente vascular cerebral, síndrome coronariana, traumatismo crânio-encefálico, vítimas de violência por arma de fogo ou arma branca, queimaduras, tentativas de autoextermínio, entre outros). As especialidades médicas são: Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Intensiva, Neonatologia, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Pediatria.

O hospital recebe pacientes do Resgate do Corpo de Bombeiros, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da Central de Regulação de Vagas e por demanda espontânea. Os usuários de demanda espontânea são encaminhados para a sala da Classificação de Risco⁸.

O hospital conta com 319 leitos, para atender uma população de referência de cerca de um milhão de pessoas, distribuídos entre as especialidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva, Maternidade, Berçário, Pronto-Socorro. A instituição mantém um serviço de ambulatório que atende os egressos do hospital.

⁸ Processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, vulnerabilidade ou grau de sofrimento físico e psíquico. Essa estratégia prioriza o atendimento a pacientes com condições que ameaçam a vida (BRASIL, 2009).

Nos primeiros três meses de 2010, a instituição atendeu uma média mensal de 11.525 pacientes no Pronto-socorro, Maternidade e Ambulatório e realizou uma média de 553 cirurgias por mês. A média de atendimento por dia no pronto-socorro é de cerca de 500 pessoas.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi a sala de emergência do pronto-socorro. O Ministério da Saúde define os serviços de urgência e emergência da seguinte forma:

- a) o Pronto atendimento é uma unidade destinada a prestar, dentro do seu horário de funcionamento, atendimento a pessoas doentes com ou sem risco de morte, cujo agravo à saúde requer atendimento imediato;
- b) o Pronto-Socorro é destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de morte cujos atendimentos são imediatos; funciona 24 horas por dia e tem leitos para observação de pacientes;
- c) a Emergência, unidade destinada à assistência a doentes, com risco de morte, cujo agravo requer atendimento imediato (BRASIL, 2002b).

Para que possamos compreender a organização física dessa instituição, descreverei o caminho que fiz quando a conheci e que percorri várias vezes durante o período de observações e entrevistas, concentrando minha atenção na Sala de Emergência do pronto-socorro.

A portaria principal do hospital é ampla e o acesso para visitantes e acompanhantes é controlado com crachás que são distribuídos às pessoas mediante a identificação no balcão da portaria.

Os andares da internação são muito parecidos na estrutura física e na forma de organização administrativa, sendo divididos em duas alas, A e B. As enfermarias têm, em sua maioria, quatro leitos divididos em uma área generosamente espaçosa. As pinturas das paredes são rosa-claro e das portas em um tom rosa mais escuro. As camas são novas e me dão a impressão de serem confortáveis, mas nunca me deitei nelas... O ambiente em cada enfermaria é agradável, limpo e o sol entra abundantemente no local, proporcionando um “calorzinho” aconchegante na manhã fria de julho.

As alas A e B são separadas por uma ampla área com cadeiras e uma televisão destinada ao convívio entre as pessoas internada, ou seja, é um local que permite o “estar-junto”. É um espaço de encontros e desencontros no vai-e-vem das altas, admissões e visitas hospitalares. Nessa área, existe um espaço reservado que

tem a forma de um semicírculo, com grades da metade da parede até o teto, sem vidros, que permite ver o “lado de fora” do hospital. A área possibilita também a entrada de sol, vento, chuva, assegurando um contato com o mundo do lado de fora.

A organização administrativa e o controle da assistência prestada são realizados por meio dos computadores e o mesmo acontece nas outras áreas. Em um único computador, por meio de senha, os profissionais podem acessar o prontuário do paciente, seus exames e até mesmo acompanhar, prescrever ou fazer uma evolução médica ou de enfermagem.

O Centro de Tratamento Intensivo (CTI) atende apenas pacientes adultos e tem trinta leitos tendo, por turno, um médico e um enfermeiro para cada dez leitos.

Para conhecer o Pronto-Socorro, optei por fazer o mesmo caminho das pessoas doentes que ali vão, e junto com uma enfermeira da unidade, comecei assim pela sua entrada principal.

Na frente da porta que dá acesso à entrada do Pronto-Socorro, existe uma sala para higienização corporal das pessoas doentes (geralmente em situação de rua) que é realizada pelos técnicos de enfermagem aos que necessitarem, antes de serem atendidas. Do lado de fora, fica uma maca ou cadeira de rodas para transportar pacientes trazidos pelos familiares.

Assim que a pessoa doente chega à recepção do Pronto-Socorro – demanda espontânea – ela fornece os seus dados para o preenchimento de uma ficha e é encaminhada para a sala de Classificação de Risco.

A Classificação de Risco é realizada em duas salas, cada uma sob responsabilidade de uma enfermeira e tem a função de avaliar o paciente com base no Protocolo de Manchester⁹ e depois o destina ou para a sala amarela (para aguardar atendimento médico) ou para a sala de emergência (para atendimento imediato).

O pronto-socorro é dividido em: salas de classificação (duas salas), sala amarela,¹⁰ sala de emergência,¹¹ sala para sutura, banheiros para uso dos

⁹ Protocolo de Manchester - O objetivo é estabelecer o tempo de espera pela atenção médica e não o diagnóstico. O método consiste em identificar a queixa inicial, seguir o fluxograma de decisão e, por fim, estabelecer o tempo de espera que varia de acordo com a gravidade: 1) Vermelho = Emergente = atendimento imediato; 2) Laranja = Muito Urgente = 10min.; 3) Amarelo = Urgente = 60 min.; 4) Verde = Pouco Urgente = 120 min.; 5) Azul = Não Urgente = 240 min. (DIOGO, 2007).

¹⁰ Na sala amarela os pacientes classificados como “urgente”, “pouco urgente” e “não urgente” aguardam o atendimento.

pacientes, sala para atendimento de ortopedia, sala para observação da pediatria, sala de observação masculina e feminina, Unidade de Terapia Intensiva, salas de cirurgia (sete salas), banheiros exclusivos para os profissionais de saúde.

A sala de emergência comporta seis macas e tem uma área reservada para o atendimento imediato de pacientes que apresentem condições de saúde que ameacem a vida como parada cardiorrespiratória, síndrome coronariana aguda, politrauma, entre outras.

Ao entrar na sala de emergência, à direita, está o posto de Enfermagem, com uma bancada destinada ao preparo de medicações e abaixo da bancada, o espaço contém caixas plásticas onde são colocados os materiais destinados ao uso com as pessoas doentes.

Na parede, à direita, suspensos por uma haste móvel, ficam os colares cervicais de vários tamanhos. Abaixo tem duas mesas com um computador em cada, que são destinados à prescrição médica, à prescrição de enfermagem, à solicitação de material e medicamentos, à visualização de exames, entre outros. À esquerda da sala tem um pedestal no qual fica o livro de registro de entrada e saída de pacientes da sala.

Existe um corredor, ou melhor, um espaço entre a sala de emergência e a observação feminina, que possui um banheiro de uso exclusivo dos funcionários, uma pia para a lavagem das mãos; acima dela, armários para guarda de material. À frente da pia, há uma mesa com mais dois computadores para uso dos profissionais de saúde. A comunicação interna entre a sala de emergência e a observação feminina é realizada por esse corredor interno, mas ele não permite a visualização dos pacientes. Os profissionais de saúde parecem ser orientados a não transitarem de uma sala a outra por esse corredor.

Os leitos na sala de emergência são dispostos lado a lado e de frente um para os outros. À esquerda, ficam quatro macas e à direita, duas. O “carrinho” para a ressuscitação cardiopulmonar fica próximo ao espaço reservado para o atendimento de pacientes graves.

¹¹ Na sala de emergência são atendidos os pacientes classificados como “atendimento imediato” e “muito urgente” e também os pacientes trazidos pelo Resgate do Corpo de Bombeiros e do SAMU.

A sala de emergência possui monitores cardíacos, ventiladores mecânicos, fonte de oxigênio, ar comprimido e vácuo suficiente para sete leitos, o que a torna semelhante a uma Unidade de Terapia Intensiva.

No dia em que realizei a primeira visita, o espaço entre os leitos era insuficiente para a circulação, o que se repetiu várias vezes. Alguns pacientes estavam tão próximos uns dos outros que os braços chegavam a se tocar. A proximidade dos leitos, naquele momento, era maior porque a sala estava com quatro macas a mais, ou seja, dez pacientes, o que dificultava a passagem dos profissionais entre eles.

Naquele dia, a minha observação anotada no diário de campo foi:

Olho em volta e vejo que todos os pacientes são graves. Começo a entender a dinâmica da sala. À medida que os pacientes “melhoram”, são colocados no corredor com a sua respectiva identificação, que fica afixada na maca (nome completo, idade, data da admissão, clínica a que pertence), e isso permite admitir mais pacientes (CENA nº 3, julho de 2009).

Quando o paciente é transferido para “fora da sala”, um ou dois técnicos de Enfermagem também se deslocam para o corredor para que os cuidados de enfermagem sejam mantidos e os médicos, da mesma forma, atendem dentro e fora.

Ao sair da sala de emergência, no outro lado do corredor, tem uma unidade para atendimento de pacientes graves cujo funcionamento é idêntico ao de uma Unidade de Terapia Intensiva. Ela tem dez leitos e todos estão ocupados e a administração desta unidade é de responsabilidade do Centro de Terapia Intensiva Adulto.

4.2 Atores

Goffman (2007) escreveu que as pessoas, quando estão na presença umas das outras, parecem estar em um grande teatro no qual cada uma busca desempenhar bem o seu papel. O grande cenário desse estudo compreensivo é a sala de emergência de um Pronto-Socorro e os atores são os profissionais que trabalham quotidianamente nela.

A equipe de profissionais de saúde da sala de emergência é formada, em cada turno, por dois médicos, um enfermeiro, e cinco técnicos de enfermagem. Os médicos trabalham uma vez por semana em turnos de 12 horas, os enfermeiros trabalham seis horas por dia e os técnicos de enfermagem doze horas por dia, em

dias alternados. Quando é admitido um paciente em condições que ameaçam a vida (politraumatizados, vítimas de violência por arma de fogo ou arma branca), esse número chega a dobrar, pois são solicitados outros profissionais para o atendimento, deslocados do centro cirúrgico, salas de observações, dentre outras.

Em relação às vestimentas dos profissionais de saúde, existe uma distinção por cores, que varia do branco (para alguns médicos), ao azul (para médicos do Bloco Cirúrgico), passando por três tons de verde: o verde-claro é usado pelos técnicos de enfermagem; o verde “intermediário” por alguns médicos e o verde-escuro, pelos enfermeiros.

Durante o período de observação, sete profissionais foram escolhidos para a entrevista por terem chamado a atenção por suas ações humanas e não humanas, atitudes de atenção com os membros da equipe e com as pessoas doentes e suas famílias, mas apenas cinco concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), conforme preconizado na Resolução 196/96.

Os atores entrevistados trabalhavam no período diurno, exerciam as suas atividades na sala de emergência, sendo que três possuíam graduação superior ou mais (médico e enfermeiro) e dois possuíam o nível médio na área da saúde (técnico de enfermagem). A maioria trabalhava em turnos e horários diferenciados, e todos, os entrevistados, exerciam as suas atividades no atendimento de urgência e emergência há mais de dois anos.

4.3 Trabalho de campo e forma de registro

Para compreender o significado da humanização da assistência para a equipe multiprofissional de saúde que vivencia o cotidiano do trabalho na sala de emergência do Pronto-socorro de uma instituição hospitalar, dividi o estudo em dois momentos: no primeiro momento, fiz as observações do ambiente de trabalho; no segundo, realizei as entrevistas e depois busquei a compreensão.

4.3.1 Observação

A observação em pesquisa qualitativa, segundo Pinheiro, Kakehashi e Ângelo (2005, p. 718), “não é só olhar, significa um olhar específico sobre o

fenômeno que se quer conhecer”, é observar o que não se apreende com a fala e a escrita: o ambiente, os comportamentos individuais e coletivos, a linguagem não-verbal, a sequência, a temporalidade.

A observação permite identificar comportamentos não intencionais ou inconscientes; permite o registro do comportamento do sujeito no momento em que acontece (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSENAJDER, 1999).

A observação teve o intuito de compreender como a humanização da assistência e os processos inerentes a ela se organizam na prática; como ocorrem as relações entre os profissionais e entre esses com os pacientes no cotidiano da sala de emergência.

Na busca da compreensão do que ocorre na sala de emergência, usei as ideias de Goffman (2007), pois elas são aplicáveis a pequenos grupos, nos quais se pode, como no teatro, observar os atores, a plateia, os bastidores e todas as situações que envolvem a encenação, sendo, portanto usadas algumas de suas ideias para a construção de um roteiro de observação da sala de emergência do Pronto-Socorro (APÊNDICE B).

O roteiro construído tinha muitas questões para serem observadas e foi necessária uma nova leitura de Erving Goffman buscando aprender melhor o roteiro e familiarizar-me com ele. Fiz uma observação para testar o roteiro em outro setor para avaliar a sua adequação.

No diário de campo, identifiquei o cabeçalho com: número da cena, data, tempo de duração da observação e deixei um espaço para “impressões da pesquisadora”.

Quando comecei as observações, fiz visitas no pronto-socorro e na sala de emergência para “me ambientar” com o lugar, conhecer e ser conhecida pelas pessoas. A todos expliquei que, apesar de ser enfermeira, a minha posição era de pesquisadora e até o meu crachá me ajudava a incorporar essa ideia, pois trazia logo abaixo do meu nome a identificação de “Pesquisadora”.

As observações aconteciam nos turnos da manhã e tarde e duravam em média quatro horas. As cenas escolhidas para relato eram as que envolviam o atendimento a uma pessoa criticamente doente, com mobilização de um número maior de profissionais na assistência a ela.

Após realizar as observações, permanecia no hospital e me dirigia para a sala de estudos, quando escrevia as observações do dia e as minhas impressões.

Nesses momentos, buscava lembrar desde o momento em que saía do carro no estacionamento até ir para a sala de estudos do hospital.

As anotações referentes às observações realizadas consumiam em média 60 a 120 minutos do tempo, pois as fazia na forma manuscrita. No mesmo dia, “passava tudo a limpo”, era o momento para lembrar de algo e checar se não havia esquecido algum dado. Posteriormente, essas anotações eram digitadas, o que acontecia antes da próxima observação

Ao ler o que havia escrito, por várias vezes percebi que os relatos pareciam muito com as minhas “evoluções de enfermagem” na época em que trabalhava na Unidade de Terapia Intensiva. Descobri que não estava conseguindo separar o ser enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva com o papel que agora vivia de pesquisadora. Vivia um grande dilema em ver os meus colegas ou os pacientes precisarem de uma ajuda e eu “simplesmente” observando. A sensação que tinha é que não estava “fazendo nada” e que atrapalhava os meus colegas.

O grande detalhe é que naquele instante não mais me sentia um “estrangeiro” no grupo: sentia já fazer parte porque fiquei um bom tempo com eles e sabia o quanto o cuidado a pacientes graves requer atenção, perícia, conhecimentos e isso eu tinha um pouco. Aos poucos, fui mudando o meu olhar para o que havia me levado para a sala de emergência, pois os prazos tinham que ser cumpridos.

Um dia andava pelo corredor com o meu bloco fazendo anotações e uma acompanhante de paciente me perguntou:

“Você é pesquisadora?” Parei e ela apontou para o meu crachá e acenei afirmativamente com a cabeça. Aí ela me disse: “Então escreva aí no seu papel: a minha mãe não tomou banho até agora porque não tem cadeiras de rodas para levá-la até o banheiro. Como vou fazer?” Perguntei o nome da mãe dela e em qual leito estava e fui até a Observação. Comuniquei o fato à enfermeira que estava de plantão. Ela me explicou que tinha muitos pacientes que necessitavam da cadeira de rodas para ir ao banho, e os pacientes e acompanhantes tinham se organizado em uma espécie de “fila” e não havia possibilidade de “passar” alguém na frente. Retornei e disse isso à acompanhante e ela me informou que já sabia, mas achou que falando comigo, a cadeira chegaria mais rapidamente.

Continuei andando pelos corredores e as pessoas começaram a me solicitar outras coisas: notícias, orientações, reclamações. Resolvia o que conseguia e anotava as queixas para depois passar para o responsável. Achei melhor retornar

para a sala e somente fazer anotações dentro dela ou na sala de estudo, pois os pacientes ficavam ansiosos comigo e eu com eles sem poder ajudar muito.

Ao mesmo tempo, ficava pensando que com a dinâmica do pronto-socorro e o volume de atendimento, muitas vezes, é impossível parar e prestar atenção nos acompanhantes e eles ficam fragilizados, sem orientação nesses momentos, o que, aliado com o adoecimento do paciente ou amigo, parece deixá-los ansiosos, sem esperanças e até mesmo agressivos.

Assim foram transcorrendo as observações. Um dia cheguei à sala de emergência e ela tinha nove pacientes no seu interior– a sua capacidade é de seis macas- e quatro estavam sendo atendidos no corredor. Os nove pacientes que estavam na sala, apresentavam estado grave. Olhei em volta e como os profissionais estavam muito ocupados nos cuidados aos pacientes, resolvi nesse dia calçar as luvas de procedimento e ajudar, estava de costas ajudando uma técnica de enfermagem e alguém falou atrás de mim: *“Quem falou que ia apenas observar?”*

Nesse dia, assumi o “ser enfermeira” e ajudei-os com a minha experiência de mais de 20 anos de atendimento a pacientes graves. Depois de quatro horas, fui embora com a sensação de “dever cumprido” por ter ajudado as pessoas doentes e os profissionais da sala de emergência. Mas a pesquisa... ficou para outro dia.

4.3.2 Entrevista

Entrevista é uma conversa intencional, geralmente envolve duas pessoas, embora, por vezes, requeira mais pessoas, com o objetivo de obter informações (BOGDAN; BIKLEN, 1994). Ela fornece dados para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e tem como objetivo compreender as crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos componentes das pessoas nos contextos a serem investigados (BAUER; GASKELL, 2002).

Esse procedimento recolhe dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, podendo ser utilizada em conjunto com a observação participante, análise documental e outras técnicas de coleta de dados (BOGDAN; BIKLEN, 1994; BAUER; GASKELL, 2002).

A entrevista é uma conversa direcionada aos objetivos da pesquisa e é “repleta de ambigüidades, de ditos e não–ditos, de versões que mudam conforme o

momento em que são contadas e a audiência” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 170).

Toda entrevista de pesquisa é um processo social, uma interação, uma cooperação e a palavra é o meio principal de troca de ideias e de significados, com exploração e desenvolvimento de realidades e percepções.

Elas são consideradas conversas com finalidade e podem ser classificadas em: sondagem de opinião, entrevista semi-estruturada, entrevista aberta ou em profundidade, entrevista focalizada, entrevista projetiva (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

A entrevista aberta ou em profundidade é aquela em que o entrevistado fala livremente sobre o tema e as perguntas do pesquisador, quando realizadas, buscam dar mais profundidade às reflexões (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Optei pela entrevista aberta e iniciei com uma questão norteadora: “*O que você entende por humanizar a assistência?*”

A maioria dos entrevistados escolheu o dia, a hora e local e todos preferiram que ela fosse realizada no hospital. As entrevistas duraram em média quarenta minutos. Iniciava-as com uma conversa informal, contava alguns casos, pedia ajuda com o gravador e dessa forma buscava descontrair o ambiente. Notei que, várias vezes, eles ficavam inibidos com o gravador; perguntava se queriam que ele fosse desligado e alguns falavam que sim. Eu desligava o gravador e mudava o “rumo da conversa” e depois pedia autorização e o ligava novamente, retomando o tema da entrevista.

Procurei ouvir atentamente e não interromper a pessoa e quando fazia uma interrupção, esperava uma “brecha” na fala e retomava as questões da pesquisa ou pedia esclarecimentos sobre algo falado, buscando abranger níveis mais profundos na exposição do entrevistado. Enquanto escutava, fazia as anotações em relação à postura adotada pelo entrevistado.

Em atendimento aos preceitos éticos que regulamentam os estudos envolvendo seres humanos -Resolução 196/96-, o projeto de pesquisa foi submetido a avaliação e aprovação do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Risoleta Tolentino Neves e posteriormente, encaminhado a Câmara do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, sendo aprovado com o parecer número 76/08 no dia 13 de fevereiro de 2009 (Apêndice C). A seguir foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas

Gerais (COEP/UFMG), sendo aprovado em 16 de abril de 2009, sob o número 055/09 (Apêndice D).

4.3.3 Organização das observações e das entrevistas

As observações foram avaliadas de acordo com a qualidade, a clareza dos registros, e coerência. As minhas impressões pessoais foram identificadas como “Impressão do Pesquisador – IP”. Os nomes foram trocados por letras do alfabeto para impedir a identificação das pessoas.

Após essa primeira parte, fiz nova leitura e fui marcando todos os trechos que mantinham coerência com a organização e reorganização da representação segundo Goffman (2007), e que constavam no roteiro. Para facilitar, fui fazendo uma pré-análise e discussão de algumas partes. Esse material foi impresso e encadernado.

As entrevistas foram transcritas na medida em que elas eram realizadas. A cada entrevistado, foi atribuído um código, por exemplo, E1, E2, E3, E4, E5, que significa Entrevistado 1, Entrevistado 2 e assim por diante. Os nomes mencionados pelos entrevistados foram registrados apenas com as iniciais para assegurar o anonimato. Tudo o que pudesse identificá-los foi retirado sem prejuízo do conteúdo das respostas/coletas..

Após ler e comparar com as gravações, foram criados os seguintes símbolos:

- a) ... (apenas reticências) - usado quando o entrevistado ou a pesquisadora não terminou a frase;
- b) (pausa)- empregada quando o entrevistado fez uma pausa;
- c) [](escrita entre colchetes) - utilizada quando apresenta uma explicação da pesquisadora;
- d) *itálico* - usado para reproduzir um diálogo com o entrevistado.

Buscando o essencial, iniciei, após as transcrições das entrevistas, o processo de análise, marquei com cores diferentes os trechos que considerei semelhantes e a seguir agrupei os fragmentos em algumas formas iniciais como: humanização; aproximações ao significado; fé e experiência vivida pelo cuidador; a instituição como fator facilitador e dificultador da humanização; técnica; trabalho em equipe; momentos lúdicos e reconhecimento do trabalho realizado.

Após organizar as entrevistas, tive dificuldade em associá-las com as primeiras formas que surgiram nas observações. Construí um quadro com o qual busquei encontrar as semelhanças entre as entrevistas, as observações e as relações delas com os teóricos Maffesoli, Schütz, Goffman, Mauss e assim compreender a humanização no setor estudado.

Surgiram, assim, as primeiras formas, com as suas modulações que revelam as suas particularidades: a relação “face a face” no espaço-tempo da sala de emergência: dádiva/dom e o bem e o mal; técnica corporal e dádiva: humanizador da sala de emergência; o orgasmo humanizador na sala de emergência; ser comunidade na sala de emergência: uma forma de humanismo; instituição hospitalar: contribuições para o humano e o não humano; espiritualidade e sofrimento na sala de emergência: humanizando o cuidador.

5 COMPREENDENDO A HUMANIZAÇÃO NA SALA DE EMERGÊNCIA

5.1 A relação “face a face” no espaço-tempo da sala de emergência: dádiva/dom e o bem e o mal

O termo humanismo indica tendência de pensamento que afirme a centralidade, o valor, a autonomia e a dignidade do ser humano e que se mostre preocupado com a vida e a posição desse ser no mundo. Como o seu sentido é amplo, indeterminado e, às vezes, contraditório, ele possui várias interpretações e conseqüentemente, pode ser objeto de confusão e entendimentos dúbios; na área da saúde, não é diferente: constatamos todos os dias surgirem conotações diferentes para o termo.

Os profissionais de saúde, que atuam quotidianamente na sala de emergência de um Pronto-Socorro, referem-se ao termo dando-lhe vários sentidos os quais terminam por confluir no valor da pessoa humana. A primeira forma que emergiu das entrevistas e observações realizadas foi que para os profissionais, humanizar é pensar no próximo, acolher o paciente, colocar-se no lugar do outro; a segunda, mostrada pelas entrevistas, foi que a humanização parte do que cada um carrega e do seu desejo de fazer diferente os seus atos e ações; a terceira forma foi a importância de conversar e orientar a família da pessoa doente, com o intuito de diminuir os atritos e, ao mesmo tempo, informá-la sobre o estado de saúde do parente ou amigo; na quarta, que emergiu das entrevistas, aparece o cuidado como dádiva, uma troca entre os profissionais e os pacientes admitidos na sala de emergência; a quinta forma, está relacionada à desumanização no atendimento: a superlotação da unidade, a sala não ser destinada apenas para o atendimento de paciente politraumatizado, o tratamento áspero aos pacientes, a exposição prolongada do corpo da pessoa doente; e na última forma, a sexta, os profissionais nutrem as esperanças de ver a humanização implantada na instituição com o envolvimento e participação dos pacientes, familiares, acompanhantes e profissionais de saúde.

Na primeira forma relacionada com o significado de humanizar a assistência, os profissionais de saúde apontam para o “o pensar no próximo”, o

acolhimento à pessoa doente, o saber ouvir, e colocar-se no lugar da pessoa doente, como posso ver pelas falas apresentadas a seguir.

[...] quando falo em humanização eu penso muito no próximo. É o tratamento digno, com carinho, com afeto. [...] tratar bem as pessoas e eu trato o paciente como se fosse um familiar (E1).

É prestar um cuidado ao paciente de várias maneiras. É acolher o paciente. E atender da melhor forma. [...] é cuidar do paciente, é conversar, olhar quais são as deficiências, quais as dúvidas do paciente e o que ele precisa naquele momento. É muito complicado, mas, às vezes, tem que se colocar no lugar do paciente. Se você se coloca no lugar do paciente, você começa a entender. Muitas vezes, eu falo com os funcionários: “Vamos tentar fazer de outro jeito?” (E2).

[...] tratar a pessoa como se fosse ele, no lugar dele. [...] humanização é quando eu me coloco no lugar do paciente. Só lembrar que humanizar é valorizar a pessoa como você se valoriza. Se fosse sua mãe? Seu parente? Você os trataria assim? Você gostaria de ser tratado assim? Acho que humanizar é você se ver no outro (E4).

[...] é o respeito pelas pessoas. Saber ouvir. É entender o que elas precisam. É procurar ajudar na medida em que se pode ajudar. É colocar sempre, em primeiro lugar, a situação da pessoa que está aqui no pronto-socorro. Eu sempre me coloco no lugar das pessoas. Se eu estivesse inconsciente, entubada, eu não gostaria que alguém fizesse um procedimento comigo na frente dos outros. Então [...] faço o possível para não deixar as pessoas naquela situação (E5).

Nos fragmentos das entrevistas os profissionais de saúde da sala de emergência entendem que humanização é quando “penso muito no próximo”, “é acolher o paciente”, é “quando me coloco no lugar do paciente”, é o “respeito pelas pessoas”, é “saber ouvir”. Percebo que parece existir uma “pré-ocupação” com a pessoa doente e que ela pode ser cuidada de “várias maneiras”, mas buscando “entender o que elas precisam” ou procurando ajudar. Compreendo, portanto, que para os profissionais de saúde, humanização é pensar no paciente, buscando antecipar e prever as suas necessidades, tratando-o com dignidade e respeito, reconhecendo a sua vulnerabilidade. Assim compreendida, a humanização na sala de emergência é um processo que perpassa a todo instante as relações interpessoais, envolvendo as habilidades de comunicação, de resolução de problemas, de resolução da “situação da pessoa que está aqui no pronto-socorro”, e de reconhecer o outro “como se fosse um familiar”. Ao colocar-se no lugar do outro, poder-se-á conhecer o ponto de vista do outro, no mundo da vida.

Posso apreender que “colocar-se no lugar do outro”, “tratar o paciente como familiar”, “se ver no outro”, atitudes descritas pelos profissionais de saúde da sala de emergência, parece ser um modo de tornar a relação mais humanizada,

pois, pensando dessa forma, eles crêem que despenderão mais atenção ao outro por se enxergarem nele e aprenderão com a experiência dele.

A experiência do outro, do seu vivido por meio do meu mundo vida, funda a compreensão dos espaços constitutivos do mundo social, ou seja, mundo dos contemporâneos, dos associados e dos predecessores, que fazem parte do “mundo vivido” “que é causa e efeito de todas as situações sociais” (MAFFESOLI, 2007a, p. 225) cujo substrato é o “ser/estar com”, compartilhando o lugar com o outro, no mundo da vida.

Mundo da vida é toda a experiência cotidiana, direções e ações por meio das quais as pessoas lidam com os seus interesses e negócios manipulando objetos, lidando com outras pessoas, realizando planos, sendo esse mundo intersubjetivo e o interesse nele é eminentemente prático (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2003), esse é o mundo das relações sociais, que são construídas em um espaço e tempo vividos junto com as outras pessoas.

Segundo Schütz (2003a), compartilhar um espaço implica que o mundo externo está igual e ao alcance daqueles que estão comigo nesse lugar, e esse espaço contém objetos de interesses e significados que nos são comuns. Para o autor, para cada copartícipe, o corpo do outro, seus gestos, seu comportamento e expressão facial são observáveis não somente como coisas e eventos do mundo externo, mas como forma de pensamentos. Continua dizendo que compartilhar o tempo – tempo interior e exterior (cronológico) – significa que cada copartícipe intervém na vida em curso do outro, podendo captar, em um presente vivido, os pensamentos do outro tal como se o construísse passo a passo. E conclui que cada um deles compartilha as antecipações do futuro do outro (planos, esperanças ou ansiedades), em suma, cada um está envolvido com a biografia do outro, vivendo uma relação “NÓS”.

Schütz (2003a) diz que o lugar que o corpo de cada pessoa ocupa no mundo social é o seu “aqui”, o ponto de partida em que ele se orienta no espaço e dá origem ao sistema de coordenadas. O autor descreve ainda que o sistema básico de coordenadas é o “aqui” e o “lá”. Na situação da sala de emergência, posso dizer que o profissional de saúde está “aqui”; e no “lá”, está o seu semelhante, nesse caso, o paciente. Posso perceber que a partir disso, o profissional de saúde e paciente não podem estar no mesmo lugar: estar os dois no aqui ou no lá, mas podem trocar de lugar e aprender a posição um do outro.

Nas entrevistas, os profissionais de saúde disseram que humanização é pensar no próximo, colocar-se no lugar dele, da família, entretanto, esta troca não altera as duas coordenadas, o “aqui” e o “lá”. Percebo que a troca de posições pode permitir aprender pontos de vista semelhantes: o profissional apreende o que o paciente apreende naquele momento, e vice-versa. Entretanto, a história pessoal e de vida deles não são as mesmas e isso interfere na troca. Compreendo que o profissional de saúde e o paciente desempenham papéis diferentes, possuem *status* diferentes, formação intelectual distintas, dentre outras, fazendo-os ocupar um lugar único na sociedade, ou seja, a “situação biográfica” deles difere de um para o outro, não sendo, portanto, a troca igual.

O mundo social se organiza em campos relacionais de acordo com a experiência que é partilhada no tempo e no espaço: a) mundo ambiente ou dos associados (*Umwelt*) que é o mundo em que compartilhamos com os outros o tempo e o espaço com proximidade face a face, criando um relacionamento “NÓS”, com “orientação-para-tu”; b) mundo dos contemporâneos (*Mitwelt*) no qual não há uma experimentação direta ou imediata entre as pessoas, é a “orientação-para-eles” e esse mundo usa os recursos de tipificações e anonimato; c) mundo dos predecessores (*Vorwelt*) é o mundo passado, feito, determinado; d) mundo dos sucessores (*Folgewelt*) mundo do futuro e, portanto, indeterminável (SCHÜTZ, 2003a; CAPALBO, 1979).

À medida que nos afastamos do mundo dos associados, nossas relações tornam-se mais distantes e anônimas e, por isso, criamos tipificações para caracterizar nossos semelhantes. Na nossa consciência, reelaboramos nossas interpretações e as dos outros para estabelecer graus variados de familiaridade ou de estranheza (SCHÜTZ, 2003a; CAPALBO, 1979).

Na relação “face a face”, cada pessoa toma parte do processo de vida do outro e capta, no presente vivido, os pensamentos desse outro à medida que eles são construídos (SCHÜTZ, 2003a), a sala de emergência é o lugar no qual os profissionais vivenciam a relação “NÓS”.

Na sala de emergência, percebo que a relação entre os profissionais de saúde e entre profissionais de saúde e pacientes é uma relação típica “face a face”, pois é uma experiência direta entre eles, em um espaço-tempo, a sala de emergência, no qual se organizam, sob certa perspectiva, o atendimento a pacientes graves. E compreendo que, por estarem próximos uns dos outros, os profissionais

de saúde acolhem os pacientes, avaliam o que eles precisam naquele momento, demonstram carinho e afeto em um momento que é de dor e sofrimento para a pessoa doente. Dessa forma, eles tornam as relações mais humanas, voltadas para os valores humanos, como respeito, dignidade e autonomia.

Na segunda forma que emergiu das entrevistas, um entrevistado coloca que humanização parte de cada um, daquilo que ele traz consigo enquanto “conhecimento de vida”:

Eu acho que a humanização parte do preceito que cada pessoa carrega. Eu acho que humanização parte de você se perguntar se dá para fazer melhor do que estou fazendo agora. Eu tenho que fazer desse jeito ou posso fazer de um jeito melhor? [...] Então parte de cada um querer fazer desse jeito ou porque não quer ou não descobriu o jeito melhor de fazer (E1).

O entrevistado parece reportar a “situação biográfica” daquele que cuida e ele se questiona se pode ou não fazer de “um jeito melhor”. Percebo que isso parece ser um questionamento frequente das pessoas: “O que posso mudar para o paciente?” Compreendo, pela entrevista, que humanizar a assistência é se questionar o tempo todo sobre o seu propósito na vida e nas relações sociais e que, para isto, a pessoa considera a própria história, ou seja, a sua situação biográfica.

Schütz (2003a) escreveu que cada pessoa carrega uma sequência de interpretações da sua vida e do que ele encontra no mundo a partir das suas perspectivas, de seus interesses, de suas motivações e da sua ideologia. Na situação biográfica, o conhecimento do mundo do homem é o conjunto dos “conhecimentos adquiridos ao longo da vida, das suas experiências vividas” ou a ele comunicadas por outros, é a “bagagem de conhecimentos disponíveis”, por isso a idealização de reciprocidade de perspectivas não resolve os problemas da intersubjetividade (CAPALBO, 1979).

O ponto de vista, a situação biográfica e a bagagem de conhecimentos disponíveis são únicos e singulares para as pessoas e por isso recorre-se à idealização da reciprocidade para fazer os acordos e realizar a “congruência do sistema de relação”, e, assim, “salvar” a intersubjetividade do mundo da vida. Dessa forma, pressupõe-se que aquilo que considero seguro, seja considerado seguro também pelos meus semelhantes e haja acordo nas relações (CAPALBO, 1979). Portanto, aquilo que o pessoa carrega, o seu ponto de vista, os seus conhecimentos, o faz pensar na melhor forma de tratar as pessoas doentes.

Na terceira forma presente nas entrevistas com os profissionais de saúde e nas observações do cotidiano da sala de emergência, posso ver a “pré-ocupação” deles com a família ou o acompanhante do paciente, mas isto acontece somente após o paciente estar estável hemodinamicamente.

Vamos conversar com a família, vamos explicar o que nós fizemos, mas só após a estabilização do paciente. [...] Eu acho que vem muito a questão do respeito, de levarmos o paciente para outra sala para ficar próximo à família quando ele tem um prognóstico reservado. [...] Eu tenho que deixar o familiar ver. Você se põe no lugar do outro. O paciente está tão grave... (E1).

Humanização seria assim... estar orientando esta família naquele momento. E muitas vezes eles ficam sem informações, sem saber o que está acontecendo. Nós temos problemas com o acompanhante e eu sempre falo com os funcionários que a gente tem sempre que se colocar no lugar do outro (E2).

Conversar com o paciente, conversar com o familiar. Outra coisa que a gente percebe também é quando o paciente entra lá pra dentro [refere-se à sala de emergência] e fecha, o familiar fica muito aflito lá fora. Ele não sabe o que está acontecendo lá. Você se imagina com um parente lá dentro e você lá fora sem ter uma notícia do que está acontecendo? A aflição que você fica lá fora. Ele vai bater na porta mesmo. É normal do ser humano. Ele quer notícia, ele quer saber alguma coisa. Então não é só com o paciente, mas com o acompanhante. [...] às vezes o acompanhante quer uma notícia e ninguém para... para dar uma notícia para o acompanhante (E5).

E dois relatos de observação também ilustram a “pré-ocupação” com a família:

[...] o médico que avaliou a paciente recém admitida explica para duas acompanhantes, dentro da sala de emergência, que o prognóstico dele não era bom. Ao sair da sala, o médico fez um sinal para que o enfermeiro permitisse que elas ficassem mais um tempo dentro da sala e ele fez um sinal concordando com a solicitação (CENA nº 7, janeiro de 2010).

Após o atendimento e encaminhamento do paciente, a sala fica de novo calma. Os parentes dos outros pacientes estavam ansiosos do lado de fora da sala e um deles me pede para ver o seu familiar. Entro na sala e converso com um dos técnicos de enfermagem, pois o enfermeiro acompanhava o paciente no exame de tomografia. Ele me diz: “vamos deixar todos entrarem rapidinho”. Abre a porte e orienta os familiares para serem rápidos. [...] Os parentes visitam os pacientes e saem. Um insiste em ficar mais um pouco e o técnico de enfermagem diz: “Assim você vai me complicar” e o visitante contrariado sai (CENA nº 9, janeiro de 2010).

As entrevistas e as observações com os profissionais de saúde deixam perceber que conversar, explicar, orientar a família, deixar entrar na sala fora do horário da visita também é humanizar. Parece ser uma forma de harmonizar os conflitos por meio dos esclarecimentos e do alívio da angústia e do sofrimento do

familiar ou do acompanhante. A família da pessoa doente não pode ser esquecida nesse momento, e eles buscam mantê-la junto do paciente.

Posso perceber que a presença da família “do lado de fora” da sala pode desencadear desentendimentos por causa da ausência de notícias e, por isso, elas ficam angustiadas por não saberem o que acontece com o seu familiar que está na sala de emergência. O tempo destinado para as visitas na sala é considerado pela família como insuficientes e, por isso, estar do lado de fora é ficar imaginando o que está ocorrendo do lado de dentro. Compreendo que a angústia vivida pela família a faz “brigar”, “bater na porta”, desesperar-se, por não ter notícias do seu parente e os profissionais sabem disso ao permitir a aproximação e entrada dos familiares e acompanhantes na sala, antes do horário das visitas. Quando a porta é aberta, ela permite ligar o exterior com o interior.

A metáfora da ponte e da porta, empregada por Simmel, é usada por Maffesoli para exemplificar a articulação entre exterior e interior. O autor diz que, “a ponte liga ao exterior, a porta fecha o interior”, ou seja, a sociedade exterioriza-se e interioriza-se em um movimento sem fim (MAFFESOLI, 1996, p. 143).

Segundo Nascimento (1993), a ponte simboliza a junção entre o que está dissociado e, portanto, reúne o que está separado; a porta representa a ligação do espaço interior com o exterior. Diz que ponte e porta são metáforas, com as quais a imagem da ponte mostra a capacidade do homem de conectar o que está separado e a porta indica a capacidade de separar o que é ligado. Completa dizendo que as pessoas estão sempre separando e ligando as coisas, entretanto, não pode separar o que não foi ligado e vice-versa.

Essas manifestações de angústia dos familiares podem ser chamadas de “ritos expiatórios” que permitem restituir a energia que estava sendo perdida e lhe possibilita “recompôr-se”, de forma mágica, sentindo-se, assim, em comunhão com a totalidade do corpo social (MAFFESOLI, 1997, p. 155). O que leva a compreender que a família se utiliza desses “ritos expiatórios”, para obter notícias ou informações sobre o familiar que está sendo atendido e desta forma parece “forçar” a comunicação entre eles.

A comunicação faz parte da socialidade, do encontro com o outro, ou seja, estamos ligados aos outros (*reliance*) por meio da comunicação que nos une como um “cimento social”, remetendo ao desejo de estar com o outro (MAFFESOLI, 2003b). Percebo que os profissionais que atuam na sala de emergência parecem

reconhecer que, no encontro com o outro, o familiar, o atendimento humanizado é marcado por um bom relacionamento interpessoal, pela comunicação, pela dedicação de tempo e atenção e pelo saber ouvir, esclarecendo as dúvidas e compreendendo as expectativas dos familiares ou acompanhantes.

Compreendo, portanto, que tornar o atendimento na sala de emergência humanizado, para os profissionais de saúde, é se esforçar para rever os comportamentos, fazer o melhor que puder, nem que seja um pouquinho, mas fazer bem, com qualidade. E os profissionais parecem saber que as relações sociais somente têm sentido no momento “oportuno”, partilhado aqui e agora.

Na quarta forma apontada pelas entrevistas e observações, o momento partilhado pode até ser visto como “recompensado”, um presente recebido, o agradecimento, que está presente no fragmento da entrevista:

Às vezes a gente acha que é tão pouquinho, mas depois o paciente chega perto de você e diz: “Poxa, você fez tão pouco aquele dia, eu estava com tanto medo, valeu tanto para mim, tanto”. Eu dou esta orientação para toda a equipe: Se eu vou fazer que faça bem. Às vezes, eu atendo um que está do lado e o outro vê e fica satisfeito. E é o que eu falo com a equipe: se ele viu que o outro foi bem atendido, pensa: “se eu estou nesta sala vou ser bem atendido também” (E1).

No fragmento da entrevista, posso notar que mesmo que não se consiga fazer muito pelo paciente, o pouco que se faz tem um sentido importante para a pessoa doente. Ver o paciente satisfeito com a forma de atendimento recebido é gratificante para o profissional de saúde, sendo assim existe uma troca: tratar bem o paciente e receber o agradecimento do paciente.

E em uma observação de campo:

Passados alguns instantes, ela chama o médico dizendo que quer fazer uma pergunta. Ele se aproxima da paciente e ela pergunta se pode dormir um pouco. Ele responde que se ela conseguir, ganhará um prêmio [ele faz referência ao barulho e agitação que é comum na sala de emergência e que, muitas vezes, impossibilita a pessoa de dormir]. Passado mais um tempo, como ela não consegue dormir, ela levanta a mão chamando por alguém. Como os outros profissionais estão ocupados, eu vou até ela. Ao me aproximar, ela me agradece e pede que agradeça a todos que a atenderam e que nunca tinha sido tão bem tratada e atendida tão rápido (esta paciente aguardava por atendimento há mais de duas horas quando seu quadro foi agravado por uma arritmia cardíaca) (CENA nº 4, julho de 2009).

No cuidado à paciente, descrito na observação, assim como em outros, existe uma troca que pode ser técnica, de conhecimento, visando ao restabelecimento da sua saúde e isto caracteriza a “dáviva/dom”. Nesse sentido, a paciente que recebeu os cuidados na sala de emergência, ao agradecer, está retribuindo aos profissionais de saúde a “dáviva/dom”, o presente recebido: o cuidado. Posso perceber uma troca entre o profissional de saúde e o paciente fazendo circular a confiança, a doação, o respeito e tornando a relação social personalizada.

Mauss (2003, p. 188) diz que a dáviva tem uma característica fundamental: ser voluntária, gratuita e ao mesmo tempo obrigatória e interessada. Para o autor, a dáviva/dom assume a forma do “presente oferecido generosamente” mesmo quando o gesto que acompanha a ação é fictício, formal ou uma mentira social e é, “no fundo, obrigação e interesse econômico”.

A “dáviva” é composta de três atos ou obrigações: “dar”, “receber” e “retribuir”, que são irredutíveis. Quando se dá algo para uma pessoa, o gesto obriga aquele que recebeu a aceitar e retribuir o dom recebido. A dáviva/dom instaura uma obrigatoriedade moral, gerando um papel instituidor da sociedade ao elaborar uma noção de contrato (MAUSS, 2003).

“Dar”, “receber” e “retribuir” constituem um “laço social” ao colocarem em circulação os presentes, os benefícios, os malefícios, os penhores de amizade, os sonhos, os sentimentos, a própria vida, as ofensas, as feridas, as mortes, sendo uma regra das trípticas obrigações. Essa aliança selada pela dáviva/dom permite a passagem da guerra para a paz e da desconfiança para a confiança (CAILLÉ, 2002).

As dádivas são “prestações e contraprestações” realizadas não apenas para pagar algo, mas para manter uma ligação proveitosa. Na dáviva, a despeito da obrigação e interesse, há também “espontaneidade, liberdade, amizade, criatividade” e os bens que circulam não são importantes; o que importa é a capacidade que a dáviva tem de criar, manter e recriar os relacionamentos pessoais (MARTINS, 2005, p. 62).

A obrigatoriedade e a função de dar, receber e retribuir são simbólicas e não bens e serviços, fugindo aos interesses contratuais e legais (MARTINS, 2005). Compreendo, portanto, que o dar, receber e retribuir é uma dimensão que é moral e ética de acolher, cuidar e, de alguma forma, melhorar as condições de saúde dos

pacientes graves sendo, portanto, um fator de humanização nas relações, vinculando as pessoas umas às outras.

Percebo a “dádiva/dom” circulando como “bem” simbólico nas relações entre os profissionais de saúde da sala de emergência e os pacientes. Compreendo que o atendimento na sala de emergência, seja a um paciente clínico ou a um politraumatizado, gera, nos profissionais de saúde, um clima de tensão, nervosismo, ansiedade, pois o paciente pode evoluir para uma parada cardiorrespiratória, perder a consciência, apresentar sangramento volumoso, entre outras alterações. Nos pacientes e familiares, os temores não são diferentes e estão acompanhados, muitas vezes, da ausência de comunicação nos primeiros momentos do atendimento. O primeiro momento do atendimento é marcado pelo ideal de ação, que pode ser uma “dádiva”: a resolutividade, a eficácia, a agilidade e o sucesso no atendimento a pacientes graves. Após o primeiro momento, surgem outras “dádivas” que são socializadas com a pessoa doente e a sua família como a atenção, o respeito, a solidariedade, o acolhimento, a comunicação e isso favorece a interação social e consolida as trocas, mantendo o laço social. Percebo que a Teoria da Dádiva mostra que a necessidade de relacionamento entre as pessoas é inerente à condição de sermos seres humanos. O que leva a compreender que os profissionais de saúde da sala de emergência doam-se, como presentes, aos pacientes em forma de atos, ações, com a intenção de serem notados, aceitos e restabelecerem a saúde da pessoa; e os pacientes retribuem de várias maneiras, como agradecendo, ficando satisfeitos. Essas trocas são infinitas.

Na quinta forma que emergiu das entrevistas a despeito da circulação das dádivas na sala de emergência, alguns profissionais de saúde, que trabalham nesse cotidiano, relatam que existem situações que são consideradas por eles desumanas, como: o fluxo intenso de pacientes na sala e nos corredores do pronto-socorro, a sala não ser destinada apenas para o atendimento ao politraumatizado, o tratamento áspero aos pacientes, a exposição prolongada do corpo da pessoa doente. Apesar disso, eles garantem que os pacientes não sofreram mais danos por falta de assistência.

O médico passa e ninguém para, é todo mundo correndo pra lá e pra cá. Uma vez escutei de uma paciente: “isto aqui está igual a um desfile de moda: passa de azul, passa de verde, passa de verde -claro, passa de branco [isto é uma alusão aos uniformes dos profissionais] (E2).

Ninguém vai morrer aqui sem assistência ou por negligência, isto eu garanto para você [refere-se à superlotação do pronto-socorro]. Então é desumano para o doente, para o profissional e a tendência é só piorar (E3).

O fluxo no pronto-socorro e na sala de emergência é intenso e observei, algumas vezes, o tumulto descrito pelos profissionais.

Os leitos estão dispostos um ao lado do outro e hoje o espaço é insuficiente para a circulação. Alguns pacientes estão tão próximos, uns dos outros, que os braços chegam a tocar no paciente ao lado. A proximidade dos leitos ocorre porque a sala, que tem capacidade para seis macas, tem quatro macas a mais (CENA nº 3, julho de 2009).

A sala de emergência, cuja capacidade é de seis pacientes, tem nove [...]. No fundo da sala, tem um carrinho para realizar curativo com material que foi usado para a inserção de cateter arterial na femoral da paciente. Todos os técnicos de enfermagem estão ocupados. (CENA nº 5, julho de 2009).

A dinâmica do trabalho no pronto-socorro é intensa, conforme o fragmento das entrevistas e das observações. O fluxo de entrada de pacientes é grande com perspectivas de alta e transferências lentas, o que acarreta um número aumentado de pacientes dentro do pronto-socorro, inclusive nos corredores. Como o ritmo é intenso, os profissionais transitam pelos corredores em direção às outras salas do pronto-socorro, e isso dá a impressão aos pacientes e familiares que eles “desfilam” pelo corredor. A sala, com frequência, tem a sua capacidade aumentada e, de alguma forma, as pessoas parecem se preocupar com os pacientes graves, mas, independente disso, não vi, durante o período em que lá fiquei, algum paciente ser recusado. Percebo que os profissionais de saúde têm a noção que “ninguém vai morrer ali sem assistência”, mas esse ritmo frenético é “desumano”, tanto para a pessoa doente quanto para os profissionais de saúde, o que imprime uma boa dose de sofrimento para os dois lados.

A realidade desse pronto-socorro não é diferente de outros: além de atender à demanda que não é emergencial, os pacientes de municípios vizinhos se dirigem à instituição em busca de atendimento e, por isso, a carga de trabalho é intensa e muitas vezes desproporcional ao tamanho das equipes. Estar com essa superlotação e sendo pressionados pelos pacientes e seus familiares faz os profissionais considerarem essa situação desumana para eles, trabalhadores, e para os pacientes.

Em uma entrevista o profissional de saúde, ao ser perguntado sobre o que é humanização da assistência, respondeu, reportando ao tipo de paciente que é atendido e à necessidade de se ter condições favoráveis para que o seu atendimento seja eficaz.

Humanizar a assistência [...] é ter um sistema no qual o local para atender politraumatizado grave, esteja designado apenas para isso (E3).

O profissional reporta ao espaço no qual ocorre as relações sociais: a sala de emergência. O ideal, segundo a perspectiva do profissional de saúde, seria que existisse uma sala exclusiva para atendimento de pacientes politraumatizados, mas esta, segundo a minha vivência, não é a realidade em muitas instituições que atendem urgências e emergências.

Noto que o atendimento aos agravos por causas externas no pronto-socorro, onde o estudo foi realizado, parece ter um “valor mobilizador”, pois nestas situações, geralmente, as lesões ou repercussões do trauma são visíveis como sangramentos, inconsciência, presença de fraturas, dentre outros. E esses casos, causas externas, quando chegam na porta do pronto-socorro, são anunciados por uma campainha, o que desencadeia uma movimentação de profissionais de saúde para a sala de emergência. Percebe-se que o atendimento às vítimas de trauma é direcionado para a busca de lesões que podem levar à perda significativa de sangue, lesões cranioencefálicas e do esqueleto e demais condições que ameaçam a vida.

O atendimento às pessoas vítimas de trauma requer um número maior de profissionais e é realizado de forma rápida, coordenada e sincronizada no qual são priorizadas a avaliação dos parâmetros vitais – pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória –, o exame físico (busca de lesões), a realização de técnicas como punção de acesso venoso, avaliação neurológica, dentre outras. Vejo que é nesse momento que os profissionais de saúde podem colocar em prática as suas habilidades cognitivas e psicomotoras para atender o paciente de forma resolutiva. Segundo Giglio-Jacquemont (2005), esses momentos “fazem subir a adrenalina” e são os mais valorizados como urgência e emergência pelos profissionais de saúde que atuam em pronto-socorro, que se sentem corresponsáveis pelos pacientes.

Percebo que, por serem seres vulneráveis, e por cuidarem de outros também vulneráveis, os profissionais de saúde se sentem corresponsáveis e

comprometidos com o atendimento. Compreendo que a responsabilidade e o compromisso têm relação com a liberdade, vontade, autonomia e a capacidade de se comprometerem com eles mesmos e com os outros e de ter que responder por suas ações. Entendo que é por isso que ter um local adequado para atender um paciente politraumatizado para o profissional de saúde é uma forma de humanizar a assistência.

Em certos momentos, segundo a entrevista e as observações, os pacientes parecem ser tratados de forma “áspera” ou são respondidos em um tom que parece ser intimidador, para que obedeçam aos profissionais de saúde e eles consideram que isso é uma forma de desumanização.

Muitas vezes, já vi colega tratar com aspereza paciente do meu lado. Então eu espero passar aquela situação e depois converso. Digo para ele: “Quando o paciente estiver alterado, não discuta com ele, porque vocês não vão chegar a lugar algum. Você deve apenas ouvir [...]”. Eu observo que tem pessoas que lidam com o paciente intubado como se fosse uma pessoa qualquer, uma cadeira, um objeto. Na verdade, nós estamos mexendo é com um ser humano (E5).

O fragmento da entrevista desse profissional mostra que tratar a pessoa criticamente doente de forma áspera acontece e que é desumano, e, por causa disso, a entrevistada tem uma atitude apaziguadora naquele momento ao ponderar com o outro que a discussão com o paciente não trará qualquer benefício e que o melhor é “apenas ouvir”.

Posso ver uma forma de depreciação do paciente no relato das observações que realizei a seguir:

Em uma das salas da Classificação de risco, sou apresentada a uma enfermeira. Ela comenta com a enfermeira que me acompanha sobre uma discussão que teve com uma paciente. Ao contar o ocorrido ela parece achar correta a forma como tratou a paciente que, segundo ela, a ofendeu com palavrões. Observo que a enfermeira que me acompanha fica sem graça com a forma dela falar. A enfermeira da classificação continua comentando que não aceita desaforos. Quando saímos da sala, a enfermeira que me acompanha comenta que a paciente deu muito trabalho e acabou recebendo alta por se recusar a receber os tratamentos e medicamentos prescritos. Mais tarde, fico sabendo que a mãe da enfermeira, da Classificação, estava internada e que o quadro clínico não era bom (CENA nº 3, julho de 2009).

No canto esquerdo da sala, está um paciente assentado na maca e com queixa de falta de ar recebendo oxigênio a 10 l/min por máscara facial. Ele me pede que retire a máscara,

explico que naquele momento não seria possível ficar sem ela. Ele não entende e insiste para trocar por outra. Comunico a técnica de enfermagem e ela me diz: “ele vai ter que ficar”. Explico que ele apenas está incomodado porque a máscara é quente e que, provavelmente, ele já deveria ter usado outro modelo, por isso gostaria de trocar. Ela vira para o paciente do lugar em que está e diz: “Não pode tirar a máscara, não!” E continua conversando com a colega. Mais tarde, escutei esta mesma técnica de enfermagem comentar que estava aflita, pois a sua filha de cinco anos não estava bem há dois dias e que naquele dia para ir trabalhar, deixou-a na casa da avó (CENA nº 6, julho de 2009).

As cenas de número três e seis mostram a reação dos profissionais quando o paciente não reage passivamente às ordens ditadas por eles durante o atendimento e isto cria uma cena que rompe a representação.

Goffman (2007, p. 191) diz que “um ator deve agir com expressiva responsabilidade” para impedir a ruptura da apresentação e que ela pode ser rompida por gestos involuntários, intromissão inoportuna, “faux pas” e pelas cenas. Explica que os gestos involuntários são ações insignificantes e inadvertidas que transmitem impressões inapropriadas para o momento; as intromissões inoportunas acontecem quando um estranho à cena acidentalmente, entra no local no qual ela ocorre; o “faux pas” ocorre quando o ator, durante a representação, age cometendo uma gafe ou deslize; e que as cenas surgem quando a pessoa age destruindo ou ameaçando a aparência de cortesia da convivência.

Segundo o mesmo autor, as cenas podem ocorrer quando os companheiros de equipe não mais conseguem apoiar a representação inadequada uns dos outros; ou quando a plateia decide não mais interagir de forma cortês; ou quando entre duas pessoas a representação se tornar “acalorada” ou chama a atenção e as pessoas próximas são forçadas a testemunhar ou tomar uma posição; ou ainda quando uma pessoa se compromete com uma exigência ou reivindicação e acredita que ela vai ser aceita ou admitida pela plateia, mas quando esta a rejeita, a pessoa fica em uma situação embaraçosa e pode se sentir humilhada (GOFFMAN, 2007).

Nas duas observações, pode-se perceber o surgimento das cenas. Na primeira observação – cena nº 3 – a paciente decide não mais fazer o jogo da interação cortês com o profissional de saúde e, desta forma, armada de uma coragem social, a confronta com atos expressivos o que a profissional de saúde considera um desaforo e não os aceita. Ao ser confrontado na presença de outras

peessoas, o profissional de saúde, que poderia até estar mantendo uma posição convincente de inocente, “perde a pose” ao discutir com a paciente, rompendo a representação. Na cena de número seis, o profissional de saúde se depara com uma reivindicação do paciente, que gostaria que a máscara que fornece oxigênio fosse trocada por outra. Entretanto, ela parece não considerar que ele pode fazer esta solicitação ou recusar a que está usando por, talvez, achar que sabe o que é melhor para ele naquele momento. Então, quando se vira para o paciente e diz “*não pode tirar a máscara, não!*” ela está fazendo um pedido para que o paciente se considere parte da encenação e continue contribuindo para a harmonia da representação e melhoria da sua saúde. Nas duas observações, percebo que as situações são humanas quando os dois profissionais de saúde buscam a melhoria do estado de saúde da pessoa doente; e são não humanas por causa da forma como os profissionais de saúde se dirigem ou falam com os pacientes. Uma situação que envolve as duas cenas e os dois profissionais de saúde é que eles estão passando por problemas pessoais. Isto leva a compreender que estar passando por problemas pessoais predispõe o profissional de saúde a ter atos não humanos quando lidam com as pessoas doentes, as quais necessitam também ser acolhidas: buscar esse acolhimento é humanizar a assistência.

As situações apresentadas na entrevista e nas observações necessitam ser compreendidas uma vez que todos os seres humanos têm os dois lados: o bom e o mau, a luz e a sombra e, muitas vezes, os nossos atos estão relacionados com o nosso lado mau e a compreensão de que nem sempre somos “bonzinhos” pode nos ajudar a sermos melhores.

Atos humanos e não humanos permeiam o espaço-tempo da sala de emergência. Esses fenômenos sociais requerem ser compreendidos, admitidos e não criticados, julgados ou explicados. As ações consideradas não humanas ou desumanas são as que mais chamam a atenção por querermos que o cotidiano do trabalho seja permeado de ações “perfeitas” e que elas alcancem sempre o “bem”, ou seja, humanizadas. Esse “promoteísmo” moderno que impregna o cotidiano da sala de emergência faz surgir a “selvageria”, a “animalidade serena”, a pessoa plural que é antagônica e contraditória, fazendo transparecer o “mal” que há em nós (MAFFESOLI, 2004b).

O “mal” persegue a sociedade e permeia as relações sociais. Na área da saúde, vemo-lo de várias maneiras: nas filas nas portas das instituições de saúde,

na dificuldade de acesso aos exames de alta complexidade, nas agressões e violências de todas as formas, na dor e sofrimento não aliviados, na forma como as pessoas são tratadas, nos relacionamentos interpessoais, dentre outras. E isso afeta as pessoas individual e coletivamente, o “bem”, o “mal”, a “luz” e a “sombra”, a sociedade não é perfeita, portanto, as pessoas também não são.

Percebo que, no cotidiano do trabalho na sala de emergência, os profissionais parecem “lutar” contra os atos não humanos. Todos os dias, eles buscam “mascarar” os seus efeitos, “apagar” os seus sinais, colocando-se no lugar do outro para impedir a sua ocorrência, mas compreendo que o ato não humano continuará lá, pronto para surgir a qualquer momento, no corpo que fica exposto, na aspereza ao tratar a pessoa doente.

Maffesoli (2004b) diz que o “mal” está de volta com toda a sua força, mal, entendido como a face obscura da nossa natureza que tentamos o tempo todo domesticar e negociar. Segundo o autor, existe uma distinção do mal no pensamento grego que pode nos ajudar a compreendê-lo, de um lado, ele é o pecado que podemos evitar e do outro, é uma poluição que chega rapidamente impiedosamente, sendo tragicamente incontornável, demoníaca, conflituosa e sombria.

A sombra que habita cada um de nós, “os aspectos que podemos classificar de inferiores, a fraqueza necessária, a força, a noite que compensa o dia”, mostram que o “bem” e o “mal” funcionam em “perfeita sinergia” (MAFFESOLI, 2004b, p. 102). Posso perceber que os conflitos de todos os tipos, os atos considerados desumanos pelos profissionais de saúde da sala de emergência são expressões sociais de um conflito que parece ser inconsciente e que, reconhecendo esse “inimigo” interior, o “mal”, moderam-se os seus efeitos.

Superar o “mal”, a “sombra”, “dizer o porquê das coisas” é retirar as dobras ou pregas (ex-plicare) da opacidade humana e, assim, “desencantar o mundo”, impedindo que a “marginalidade fundadora” reanime o peso mortífero da instituição. As dobras ou pregas devem ser preservadas, pois nelas a parte da sombra, o individual ou o coletivo, podem se refugiar e, assim, reencantar o mundo e reinstaurar a “polissemia, a sinergia do bem e do mal, da luz e da sombra”, a compaixão fraterna (MAFFESOLI, 2004b, p. 106).

Segundo Maffesoli (2003a, p.94), “este é o verdadeiro humanismo: saber integrar em um vasto conjunto, todos os aspectos da natureza humana”

independente se eles contrariam a moral, a política, a economia. Segundo o autor, a confiança no “*élan vital*”, que é a base da estruturação social e individual, leva-nos a pensar que um desequilíbrio pode apontar para um “mais-viver”, sendo uma ética que respeita, ao mesmo tempo, a pessoa e sua inscrição na comunidade que lhe dá razões de ser.

O animal que há em nós e que buscamos “sufocar” surge de uma forma incontrollável e cruel e “dar direito à animalidade a fim de canalizá-la” é sinal de sabedoria. A energia vital integra o bem e o mal, os opostos se atraem e convivem homeopaticamente. O bem e o mal são valores complementares e vividos pela mesma pessoa e compartilhados com a sua tribo, ou seja, para o melhor e o pior, vibra-se junto, entrando em sintonia com o outro (MAFFESOLI, 2003a).

A “sombra” acompanha todas as pessoas, portanto, cada um tem o seu “demônio pessoal”, que incita ao mal, e é ele quem harmoniza os humores que nos afetam, quotidianamente, a genialidade, a alegria ou a tristeza sem causa. Esse “daimon” inquietante pode levar a lavos de loucura e a tornar os atos no atendimento de urgência e emergência ora humanos, ora desumanos. O reconhecimento do lado obscuro em si e nos outros “é uma espécie de humildade” pautada na aceitação do real, do que é uma oscilação entre o bem e o mal, a luz e a sombra (MAFFESOLI, 2004b, p.118). Percebo que essa é uma ligação misteriosa na qual o bem e o mal se misturam para o crescimento do ser enquanto pessoa, cujo lado humano convive com o não humano, integrando cada elemento com o seu contrário, o branco com o negro, guerra e paz, chuva e sol, ordem e desordem, dentre outros.

A ordem só pode perdurar se algo ou alguém vem desestabilizá-la, lembrá-la que a disfunção, o pecado, a tristeza, o erro também fazem parte do mundo, isto lembra que a “sombra” não pode ser negada a ordem existente (MAFFESOLI, 2001), ou seja para existir um equilíbrio algo tem que desequilibrá-lo, são os opostos estabilizando o quotidiano. Percebo que Dioniso é o “espírito demoníaco” que vem perturbar a ordem estabelecida na sala de emergência, instaurando a desordem e fazendo circular a própria vida.

Ainda na quinta forma, os profissionais de saúde além de se “preocuparem” com a aspereza no tratamento dos pacientes, existe o problema relacionado com a exposição do corpo. Os profissionais de saúde da sala de emergência manifestaram, nas entrevistas e isso está presente também nas

observações, uma “pré-ocupação” com a exposição do corpo durante o atendimento e a realização dos procedimentos, não sendo impedida a visualização do corpo do paciente por outras pessoas, ou quando o cuidado é realizado com os pacientes inconscientes sem considerar que eles são seres humanos, com pudor e, portanto, o seu corpo não pode ficar exposto.

[...] na sala de emergência, quando chega um paciente baleado, às vezes os meninos já estão tão perto, pegam um acesso venoso, vão tirando a roupa, cortando a calça e às vezes esquecem-se que estão expondo o paciente. É lógico que às vezes não dá, mas tem que tentar (E2).

Nós sabemos que o paciente deitado em uma maca pura [refere-se à falta de colchão], não é humanizado, não é humanização. [...] Não é porque o paciente está intubado que nós vamos deixá-lo de qualquer jeito. Ele não está vendo e nós temos que respeitar aquele momento do paciente. Ele está inconsciente e é um ser humano que está ali. [...] Eu não gostaria de estar naquela situação em que a pessoa está. Se eu estivesse inconsciente, entubada, eu não gostaria que fizessem um procedimento comigo na frente de todos. Eu gostaria que alguém me preservasse (E5).

E nas observações notei a mesma “pré-ocupação”,

[...] me adianta que as pessoas que atendem os pacientes esquecem-se de manter a privacidade deles, no momento em que prestam cuidados. [...] alguns procedimentos são realizados sem os devidos cuidados em relação à privacidade. [...] colocam o biombo para realizar um procedimento, mas não tomam os devidos cuidados para que seja mantida a privacidade dos pacientes (CENA nº 2, julho de 2009).

A técnica de enfermagem diz que vai providenciar um colchão para colocar na maca na qual está sendo admitida a paciente [...]. Vejo um curativo sendo realizado em uma pessoa vítima de atropelamento. Não existe privacidade: o curativo é feito na parte superior da coxa do paciente, a calça está rasgada até próximo à cintura, o que expõe as partes íntimas. O paciente parece não se incomodar com a situação, pois está falando tranquilamente ao telefone celular, avisando alguém que sofrera um acidente (CENA nº 4, julho de 2009).

Durante a execução dos procedimentos, a técnica de enfermagem comenta que o posicionamento anatômico do corpo da paciente na maca fica mais difícil por ela ser obesa. E durante o tempo em que ela realiza os procedimentos, preocupa-se em manter a paciente coberta com um lençol (CENA nº 5, julho de 2009).

Estamos no corredor quando a médica pede à enfermeira que está comigo para providenciar roupas “mais adequadas” para um paciente que está na maca mais à frente, pois parte do seu corpo está à mostra (CENA nº 9, janeiro de 2010).

As roupas do rapaz baleado estavam sujas de sangue e para permitir uma melhor avaliação, um médico solicita uma tesoura para cortá-las. É cortada a blusa, depois a calça e, por último, a cueca e antes da remoção da cueca, um técnico de enfermagem joga um lençol cobrindo assim as partes íntimas do paciente. Durante o atendimento ao paciente, foi impossível colocar um biombo devido à emergência e ao número de pessoas envolvidas no atendimento (médicos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem) (CENA nº 9, janeiro de 2010).

Manter a privacidade do corpo da pessoa doente durante o atendimento de urgência e emergência parece ficar em segundo plano, pois para o profissional de saúde existe “algo maior”: o objetivo principal é a manutenção da vida e não “perder” o paciente. Mas existe também uma “pré-ocupação” com a exposição do corpo da pessoa doente e, para a equipe de atendimento, isto parece ser um fator relacionado ao não humano/desumano, sendo, portanto, significativo manter coberto o corpo da pessoa doente, após o atendimento, não permitindo que “outras pessoas” a vejam naquela situação, preservando-a. Após o primeiro atendimento, o próximo passo é dar algum conforto ao paciente como buscar um colchão para colocar na maca e cobrir a pessoa com um lençol. Os profissionais de saúde reconhecem que isso é um problema, deixar o corpo da pessoa doente exposto, e que necessita ser resolvido; sendo assim, apesar de “às vezes não dar, mas tem que tentar” manter a privacidade do paciente.

No processo de avaliação de um paciente politraumatizado ou de uma pessoa vítima de violência, por arma de fogo ou branca, a retirada das roupas, geralmente cortando-as, é necessária para pesquisar todas as lesões (GUERRA, 2010). O sangue perdido pela vítima pode acumular dentro das roupas e ao ser absorvido pelo tecido pode passar despercebido pelos profissionais de saúde. A regra fundamental é remover a quantidade suficiente de roupas para determinar ou descartar a presença de lesões e, assim, completar a avaliação e instituir o tratamento.

Percebo que o corpo, considerado uma “máquina perfeita” por todas as pessoas, quando saudável, no atendimento de urgência e emergência é visto como frágil, um corpo que adoece e que pode morrer. Isso leva a compreender que as ações e os atos são desenvolvidos com o intuito de manter o corpo em condições favoráveis para a manutenção da vida e, por isso, eles são rápidos e seguem uma cronologia técnica na qual apenas o que é visto e avaliado é o corpo da pessoa doente e sua dinâmica de funcionamento. Vejo que o intuito nesse momento é a

manutenção do corpo, ou seja, “controlar o corpo” e a morte, eliminando os traços da doença e, após o momento de atendimento imediato, independente do desfecho do atendimento, as pessoas veem no corpo manipulado a necessidade de escondê-lo, mantendo assim o pudor da exposição corporal.

A exposição do corpo para estudo já acontece há algum tempo. Segundo Le Breton (2003), quando os anatomistas “rasgaram” a pele para dissecar e “desmantelar” o corpo, eles terminaram por isolar o ser humano do corpo. O autor diz ainda que isso fez do corpo um objeto de curiosidade e estudo e, assim, o homem deixou de ser um corpo para ter um corpo, um corpo que pode sofrer avarias. Penso que talvez seja esta uma das razões para a ênfase na técnica, para o refinamento nas especializações e desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, principalmente as relacionadas com o atendimento de urgência e emergência, cirurgias no trauma, avanços dos métodos de imagem, dentre outros.

Corpo e homem, apesar da separação realizada pelos anatomistas, são indissociáveis. O corpo, nas sociedades comunitárias, “é o elemento de ligação da energia coletiva e, por meio dele, cada homem é incluído no seio do grupo” sendo, portanto, a “existência corporal” e a compreensão da “corporeidade humana” consideradas um fenômeno social e cultural, indo além do biológico (LE BRETON, 2009, p. 30).

A “corporeidade” permite que as interações sociais e os rituais entre as pessoas sejam elaborados, pois “a percepção dos inúmeros estímulos que o corpo consegue recolher a cada instante é função do pertencimento social do ator e de seu modo particular de inserção no sistema cultural” (LE BRETON, 2009, p. 56). Sendo assim, a percepção de cores, gostos, o limite da dor, dentre outras, são construções sociais e culturais, pois, a despeito de serem individuais, são também percepções coletivas. Desta forma, as representações e o imaginário do corpo perpassam as relações que as pessoas têm com o mundo.

Segundo o autor, a contemporaneidade incorpora o “apagamento ritualizado do corpo” no decorrer de algumas interações, ou seja, a existência do corpo poderá tornar-se “imperceptível sob a familiaridade das ações”. Esta familiaridade faz com que os atores “apaguem” a sua corporeidade e deixem de se corresponder fielmente na imagem do outro. A cada vez que o apagamento ritualizado do corpo é percebido, gera nas pessoas um desconforto (LE BRETON, 2009, p. 49).

Isso leva a compreender que é por isso que, ao lidar com o corpo do doente na sala de emergência, o profissional de saúde, por não identificar aquele corpo como semelhante ao seu, por causa das lesões, por exemplo, o “apaga” mentalmente. Quando isso acontece, o corpo do outro fica “imperceptível”, pois naquele momento a familiaridade que ele, o profissional, tem é com as ações e atos relacionados ao restabelecimento ou reequilíbrio da saúde. Por isso, entendo que ele termina por deixar o corpo exposto, sem as vestes, durante o atendimento, porque não o vê como corpo, mas como algo que tem que ser melhorado. E vejo que, quando esse “apagamento” é percebido por alguém, geralmente aquele profissional de saúde que termina a sua ação ou não está diretamente no atendimento, gera um desconforto e o corpo é recoberto, sendo assim preservado da visão das outras pessoas. No momento em que o corpo fica descoberto, com o intuito do restabelecimento da saúde física, os profissionais não o consideram como um ato não humano, e depois se permanece descoberto, aí sim eles consideram como um ato desumano.

Na sala de emergência os atos desumanos geram angústia. A angústia é a “intuição do vazio”, vazio que não é o mesmo que nada e sim algo a ser vivido, que vem do interior, de dentro, é o “querer-viver” e, vivendo-o, chegamos a sobreviver, a “um mais viver” (MAFFESOLI, 2004, p. 74).

Percebo que a angústia é a força interior, que vem de dentro, o que leva a compreender que “dói” quando o corpo do outro é exposto; quando a família não recebe notícias do seu familiar; quando os profissionais passam pra lá e pra cá no corredor; quando o paciente é tratado com aspereza; quando não se aceitam “desaforos” do paciente; quando o paciente está deitado em uma “maca pura”; quando o lugar de atender politraumatizado não é destinado só para ele, dentre outras situações vividas no cotidiano da sala de emergência. Vejo que, ao mesmo tempo em que a angústia mina, corrói, ela leva ao lado criativo, chamando a atenção para os diversos elementos que integram o cuidar da pessoa doente como tratar com respeito, carinho e afeto; acolher, conversar e ver as deficiências; saber ouvir; procurar ajudar; fazer o bem para o paciente; fazer nem que seja um pouquinho; envolver a equipe e a família; não deixar o corpo do paciente exposto; não deixar deitado na maca pura. Desta forma, compreendo que a angústia integra a natureza humana e surge, muitas vezes, com aquilo que é considerado monstruoso, sombrio.

Na sexta forma que emergiu das entrevistas, vemos que, a despeito das ações humanas e não humanas, os profissionais parecem nutrir uma esperança nas mudanças, e assistir finalmente à implantação da humanização na assistência a pacientes graves, envolvendo e contagiando todos os profissionais.

Eu acho que é contagiante, a humanização é contagiante. A partir do momento que você aplica a humanização, acho que contagia as outras pessoas. Porque todo mundo se põe no lugar do paciente, no lugar da família. Eu acho que amanhã pode ser eu é (pausa). E aí é contagiante (E1).

É preciso envolvimento de todos os profissionais, do técnico, do enfermeiro, do médico, até do pessoal da limpeza. Envolver toda a equipe e também a família do paciente. Eles devem ficar envolvidos para falar a mesma coisa (E2).

Tem que ter um estudo continuado sobre humanização como tratar o paciente, o procedimento, a rotina. E ter durante o plantão alguma coisa para diminuir o estresse (E4).

Mas na verdade não é só o assistente social ou a enfermeira que devem prestar um serviço de humanização. Todos nós, seres humanos, temos que prestar o serviço da humanização, independente de qual trabalho você está fazendo. Todos nós temos que trabalhar nessa direção, com respeito ao ser humano. Se você souber respeitar o ser humano, você vai fazer um trabalho bom. Mesmo se o hospital não te der condições a sua parte você faz. [...] humanizar é uma palavra muito bonita, mas colocar em prática não é fácil (E5).

Os profissionais de saúde da sala de emergência parecem considerar que a humanização passa de uma pessoa à outra, como em um contágio, que envolve a todos incluindo o paciente e suas famílias com o intuito de colocar em prática algo que não é fácil. A humanização, para disseminar, deve ser discutida com todos e isto é contagiante. Percebo que, ao considerar nas relações o respeito à pessoa que é cuidada, à sua família e aos profissionais de saúde, o “contágio” já ocorreu pois o intuito é que todos falem a mesma coisa. Compreendo que os profissionais sabem das posturas e maneiras enraizadas que cada pessoa possui e que o alívio do estresse poderá minimizar o surgimento das ações não humanas, uma vez que as atitudes humanas dependem somente da pessoa e não da instituição. Por isso, percebo que há “pré-ocupação” dos profissionais de saúde em discutir e envolver todas as pessoas na busca de poder compreender e conviver com o lados das sombras.

As ações humanas e desumanas e todo o “teatro de crueldade” e bondade que as cerca, segundo Maffesoli (2010), faz par com a “aceitação daquilo que é” como retorno ao natural, a um ajuste de uma forma ou de outra a “aquilo que

existe, a natureza humana”. Aceitar não é negar o pecado, o mal, a imperfeição que existe na natureza trágica que faz parte de todos nós (MAFFESOLI, 2010).

Compreendo que é antes de tudo aceitar o claro-escuro da existência e entender que a natureza substitui a perfeição pela completude, que se expressa no defeito assumido, no aceitar as dobras do ser, suas reentrâncias, seus desvios, seus labirintos e “becos” mal iluminados. Aceitar que pode ser difícil humanizar a assistência, mas que ela é uma luta diária, interna, de cada pessoa em se preocupar em deixar aflorar mais vezes o seu lado da luz, sol, sem se esquecer que a luz ofusca e que o sol queima.

5.2 Técnica corporal humanizadora na sala de emergência

Os serviços de urgência e emergência constituem a área mais crítica da instituição hospitalar, na qual a assistência prestada é de alta complexidade¹² e prestam assistência imediata e ininterrupta a pessoas em condições de saúde que ameaçam ou não a vida e isto requer habilidade cognitiva e técnica.

Nas entrevistas realizadas com os profissionais que atuam na sala de emergência do pronto-socorro surgiram algumas formas relacionadas com o uso da técnica. A primeira é a “pré-ocupação” em cumprir a hierarquia no atendimento, visando detectar rapidamente as condições que ameaçam a vida dos pacientes e, assim, manter a qualidade do atendimento; a segunda forma é a ênfase no desenvolvimento e aprimoramento das técnicas e a necessidade de ser frio em alguns momentos; a terceira está relacionada com a percepção das pessoas doentes em relação à execução de técnicas, que podem parecer agressivas, como, por exemplo, a contenção física de um paciente ou uma ressuscitação cardiopulmonar; a quarta forma refere-se a humanização ser pensada apenas após a realização do primeiro atendimento na sala de emergência.

A primeira forma que emergiu das entrevistas foi a “pré-ocupação” com a hierarquia no atendimento, assim os profissionais avaliam os sinais vitais rapidamente, detectam as alterações incompatíveis com a vida e estabilizam o

¹² São utilizadas desde técnicas simples até as mais complexas para o atendimento a pacientes agudos.

doente. Ao pesquisar as condições que ameaçam a vida, eles conseguem definir quem pode ou não esperar e, por isso, algumas pessoas são até mesmo atendidas no corredor, ou seja, fora da sala de emergência.

[...] e o que nós tentamos fazer aqui primeiro acima de tudo, a gente vai tentar estabilizar o paciente. E, às vezes, até a humanização fica de lado, nesse primeiro momento (E1).

Faço uma coleta de dados rápido para saber o que está acontecendo. Aí eu vejo se tem um curativo, eu já aviso o técnico: esse curativo tem que ser feito. Você me chama no momento do banho, se tiver alguma alteração, me avise (E2).

Mas só de olhar e examinar superficialmente a gente detecta coisas ameaçadoras da vida dele. Eu sei quando o doente é grave e quando ele não é grave. Por isso é que nós estamos atendendo esses não graves ali no corredor” (E3).

Fazer o primeiro atendimento, aferir os dados [sinais vitais] pelo menos. Observar, olhar a pressão do paciente, olhar os dados vitais do paciente. Para te dar uma segurança de que esse paciente pode ficar esperando ali um pouco (E5).

Nesse primeiro atendimento, cuja meta é a manutenção da vida, segundo os entrevistados, a “humanização fica de lado nesse primeiro momento”, pois o intuito é estabilizar o paciente. No fragmento das entrevistas, percebe-se que é dada importância para a avaliação “primeiro, acima de tudo a gente vai tentar estabilizar o paciente”, “faço uma coleta de dados rápido”, “observar, olhar a pressão” e fazer esta avaliação permite “só de olhar e examinar superficialmente” saber se o paciente pode ou não esperar, se não terá algum outro problema por ficar aguardando.

Os profissionais de saúde que atendem na urgência e emergência recebem treinamentos com aulas teóricas e práticas que lhes ensinam a avaliar rapidamente as condições clínicas do paciente, para que possam instituir as medidas de tratamento e, assim, estabilizar a pessoa doente a partir das prioridades identificadas. É esperado que o profissional que atua no pronto-socorro tenha aptidão para obter a história do paciente, realizar os exames de avaliação e tomar a decisão referente ao tratamento, “pré-ocupando-se” com a manutenção da vida. Posteriormente, os profissionais orientarão o paciente e seus familiares para a continuidade do tratamento. Percebo que eles parecem não reconhecer que as ações e atos que executam são humanizantes, uma vez que buscam aliviar o sofrimento do ser humano e preservar a sua vida.

Durante o período das observações, acompanhei uma técnica de enfermagem na realização de um eletrocardiograma a uma paciente que aguardava

atendimento, após ser avaliada na Classificação de Risco como “cor amarela” na chegada ao Pronto-Socorro, e assim o relatei.

Quando chegamos à sala, a médica de plantão nos mostrou uma paciente com queixa de falta de ar, sudorese, alteração na pressão arterial e que havia sido classificada como amarelo às 6h30 minutos (eram 9 h da manhã), e que as alterações apresentadas poderiam ser uma arritmia cardíaca. Enquanto o eletrocardiograma era feito, a médica ficou distante da paciente para nos dizer que ela havia sido classificada errada, como amarela. Disse ainda que isso não poderia ter acontecido, pois foi ela (a médica) que notou que a paciente não estava bem quando saiu da sala. E a enfermeira comentou que, infelizmente, havia problemas à noite em relação à Classificação de Risco. (CENA nº 4, julho de 2009).

Entendo que a médica adota uma “medida protetora”¹³ ao se distanciar da paciente para comentar o ocorrido e, desta forma, “protege” a equipe não tornando público o problema que acaba de detectar, a despeito de considerá-lo importante. Classificar um paciente como não grave, quando ele é grave, é não atender a meta do serviço de emergência que é avaliar rapidamente, detectar os problemas e instituir o tratamento e a “pré-ocupação” da médica e da enfermeira era que ao classificar errado, o tempo de espera para atendimento de um paciente aumenta as chances de um insucesso. No caso dessa paciente, ela deveria ter sido atendida em dez minutos e, como não foi atendida nesse intervalo de tempo, as chances de manutenção da vida diminuem e a possibilidade da morte aumenta.

A finalidade do pronto-socorro é receber e atender adequadamente os pacientes que requerem cuidados emergenciais. Entretanto, a crescente demanda por atendimentos de urgência e emergência, nos últimos anos, tem superlotado as portas das unidades em várias partes do Brasil. Na busca pela melhoria no atendimento aos pacientes e na organização do processo de trabalho, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), estimulou a implantação, em várias unidades, do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

A Avaliação de Risco tem o objetivo de tornar o atendimento responsável e resolutivo, com base em critérios de risco de agravos à saúde. Essa modalidade

¹³ Segundo Goffman (2007), os incidentes podem ser evitados se os atores e a plateia adotarem algumas técnicas para manipular a impressão como: medidas defensivas que protegem a representação; práticas protetoras usadas para proteger a equipe; e as medidas de proteção que os atores usam para facilitar o contato com a plateia, ou seja, o tato com relação ao tato.

de atendimento é nova e ainda apresenta algumas dificuldades para que seja efetivamente resolutive.

A Classificação de Risco, ao permitir identificar o risco do paciente, também altera o comportamento dos profissionais de saúde durante o atendimento, na sala de emergência, pois, quanto mais grave ele é, mais rápidas as avaliações são realizadas e as medidas de tratamento e controle instituídas. Durante o período das observações, assisti ao atendimento a uma pessoa com “dor no peito”, considerada uma emergência clínica:

Às oito horas é admitida uma paciente com precordialgia. Ela é imediatamente avaliada pelo médico e pelo enfermeiro. A paciente responde ao médico as informações sobre o início da dor, localização, frequência dos episódios dolorosos, dentre outros. Após a avaliação, são solicitados os exames laboratoriais e iniciada a soroterapia. Impressão da pesquisadora: no momento da admissão e da avaliação da paciente, todas as ações são realizadas de forma ordenada, sem tumulto, pois a paciente não apresentava alterações clínicas significativas a despeito da queixa de dor no peito. (CENA nº 4, julho de 2009).

A avaliação da paciente – relatada na cena nº 4 -, a detecção de complicações e agravos e a instituição do tratamento definitivo são realizadas de forma rápida, mas sem alarde, pois a paciente fornece as informações e os seus sinais vitais (pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca), estão dentro dos parâmetros de normalidade. A “conversa” entre a paciente e os profissionais de saúde é orientada para descartar ou não uma complicação cardiovascular, nesse caso, um infarto agudo do miocárdio.

Mas, em situações mais críticas, a movimentação na sala é alterada e também o comportamento dos profissionais de saúde, como ao receber uma paciente classificada como cor vermelha, cuja suspeita é de uma parada cardiorrespiratória, ou de uma pessoa baleada, relatada nas observações a seguir.

Afasto-me para observar a cena do atendimento ao paciente e vejo os rostos, antes descontraídos, ficarem compenetrados e tudo sendo feito muito rápido: punção de um acesso venoso, avaliação clínica, oxigenioterapia e monitoração cardíaca. Em menos de um minuto, sabemos que não é uma parada cardiorrespiratória. (CENA nº 8, janeiro de 2010).

Estou indo em direção à sala de emergência quando escuto o som de uma sirene e logo distingo ser da Polícia Militar. paro próximo à porta da sala de emergência e olho para a entrada do pronto-socorro e, imediatamente, a porta é aberta e o alarme toca anunciando a chegada de uma pessoa grave. Vejo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem saírem dos corredores externos

à sala de emergência e entrarem nela rapidamente. O paciente está em uma maca que é trazida até a sala pelos policiais militares, que mantêm nas mãos as armas. A maca com a pessoa baleada é posicionada no local reservado para o primeiro atendimento. Alguém me diz “agora você vai ver o atendimento a um baleado”. Tudo acontece muito rápido. Enquanto o cirurgião do trauma avalia as lesões na face e nas nádegas, os técnicos de enfermagem aferem os sinais vitais e puncionam um acesso venoso para infusão de medicamentos. As roupas do rapaz baleado estavam sujas de sangue e, para permitir uma melhor avaliação, um médico solicita uma tesoura para cortá-las. São cortadas a blusa, depois a calça e por último a cueca e, antes da remoção da cueca, um técnico de enfermagem joga um lençol cobrindo, assim, as partes íntimas do paciente. (CENA nº 9, fevereiro de 2010).

Os três atendimentos diferem em relação à mobilização técnica e emocional dos profissionais de saúde da sala de emergência. A paciente com dor precordial parece gerar menos estresse do que a suspeita de parada cardiorrespiratória ou do atendimento a um “baleado”. Os três são pacientes graves, a princípio, entretanto, nos dois últimos atendimentos as manobras para a manutenção à vida devem ser realizadas muito mais rápido, e o objetivo é de novo buscar vencer a morte.

Percebo que a mobilização é maior porque esses pacientes – com suspeita de parada cardíaca e vítima baleada - têm a sua chegada anunciada pelo alarme do pronto-socorro, pela sirene da viatura policial ou da ambulância; ou seja, a possibilidade de presença de sinais visíveis de que “algo está errado” como inconsciência ou sangue na face e nas roupas, ou ainda entrar acompanhado de policiais fortemente armados, dá um caráter espetacular ao atendimento de um baleado e esse espetáculo é comunicado a todos. Compreendo que a mobilização das pessoas é pela possibilidade de morte da pessoa doente e pela curiosidade em saber como o fato ocorreu e a atuação dos profissionais significa humanização à assistência, pois o intuito é preservar a vida.

Maffesoli (2003b) escreve que a comunicação pode ser um ato em si para dividir um sentimento, uma emoção e que ela serve de elo para estar com o outro, como um “laço social”. Percebo que a comunicação é também um fator mobilizador das pessoas pela “curiosidade” em se saber o caso do doente e as informações veiculadas no momento do atendimento, principalmente quando a vítima é uma pessoa baleada. Isso faz vibrar com os outros as informações, estabelecendo-se uma união/ligação entre os profissionais de saúde gerando “proxemia”, ou seja, eles

ficam mais próximos uns dos outros e se protegem nesse laço social, permitindo serem humanizados e acolhidos uns pelos outros.

Para os profissionais, esse laço social, o “estar – junto”, a comunicação, o espetáculo do atendimento é que permite identificar as condições que ameaçam a vida e instituir o tratamento à pessoa gravemente doente e isto é fazer um serviço de qualidade, é “ter olhos de águia”.

Isso que eu falo que é serviço de qualidade, ter olhos de águia, como se diz. Observar o que o paciente precisa, observar a situação dele, como ele chegou. O que precisa de mais emergente para fazer nele. Chamar o médico de imediato, se houver necessidade. É claro que ele tem que ser atendido, dependendo da urgência, do tempo, basta meia hora e eles perdem aquele paciente. Então eu chamo de serviço de qualidade esse trabalho é... priorizar as coisas. O que é mais grave e o que não é grave (E5).

Biedermann (1993) diz que a águia, rainha das aves, que pode voar mais alto, é conhecida como símbolo de poder e que consegue, mesmo estando nas alturas, precipitar-se rapidamente do céu até a terra, sem nunca falhar, na captura de uma presa. Segundo o autor, ela, simbolicamente, tem o poder de olhar fixamente o sol e também de rejuvenescer. Diz ainda que sempre foi considerada como sinal de vitória futura e conclui dizendo que, por associação, a pessoa perspicaz, de olhar penetrante, que consegue ver longe, superior em inteligência, é chamada de águia. Compreendo que com os “olhos de águia”, o profissional de saúde consegue priorizar o atendimento e fazer a distinção entre um paciente que é grave e outro que não é grave, sem falhar, muitas vezes, apenas olhando.

A segunda forma foi com relação à ênfase em desenvolver e aprimorar as técnicas. Segundo os profissionais, ter habilidade técnica no atendimento parece trazer tranquilidade, sendo importante o desenvolvimento e o aprimoramento delas, pois, após a avaliação, eles deverão mostrar as suas habilidades em manter o paciente vivo e, ao mesmo tempo, aprender a controlar as emoções, ser frios.

O tempo que a gente tem para conversar, para melhorar o atendimento é uma paradinha rápida em um canto da sala de emergência, ou na hora de fazer uma medicação. [...] o propósito maior é a questão do atendimento e a questão do paciente. O foco da assistência, tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe médica, de fisioterapia, da nutricionista, da assistente social é o paciente. Ontem eu estava treinando com o pessoal parada [refere-se às manobras de ressuscitação cardiopulmonar]. Aí você fala assim: “Vocês fazem isso todos os dias e no dia que não tem vocês treinam?” E eles adoram, todos participam. Esses treinamentos são rápidos, mas importantíssimos (E1).

[...] você tem que ter uma técnica de avaliar o que está acontecendo. E outra forma para você saber o que é melhor para o paciente naquele momento. E isso você aprende com alguém e a forma de agir e de conversar já vem com a gente (E2).

[...] você tem que ter conhecimento técnico. Então eu me sinto bem formado. Você sente que tecnicamente você é capaz de resolver. [...] e tecnicamente eu me sinto tranquilo. [...] quando você tem conhecimento técnico, tem segurança para fazer o que você faz. E mesmo nesse tumulto, você fica [pausa] como se fosse um ruído de fundo, que você passa por cima daquilo. Tentar controlar uma hemorragia e usar uma técnica que ninguém desenvolveu e na hora você mostra como faz. [...] você só pode adquirir depois que você tem conhecimento técnico e formação adequada (E3).

E aí a gente quer que as pessoas que chegam sejam do mesmo ritmo que a gente [risos]. Todo mundo pensa igual, faz da mesma forma (E4).

[...] a melhor forma de ensinar é fazer, fazer junto. Então a sua colega vendo o seu jeito de trabalhar, vai aprender a trabalhar igual a você. Eles falam o que eu tenho que fazer para ser um dia igual a você. Eu falo: ‘é só observar os colegas’. A pessoa chega até sem experiência, mas tem que ter boa vontade de aprender. Tudo o que eu aprendi e estou aprendendo, a gente se espelha em outra pessoa que atende outra pessoa (E5).

O atendimento no pronto-socorro requer dos profissionais de saúde um aprendizado técnico-científico constante que parece ultrapassar o que foi apreendido durante a formação médica ou de enfermagem. E, assim, eles usam o tempo disponível para treinar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar e socializar o aprendizado com os outros e “eles adoram”. Percebo, nos fragmentos das entrevistas, que o conhecimento técnico permite dar uma “certa” tranquilidade ao profissional de “saber o que é melhor para o paciente naquele momento” e que “você é capaz de resolver” e que tem “segurança para fazer o que você faz”. Dessa forma, ao ensinar fazendo junto, todos podem até pensar igual e fazer da mesma forma, ficando “todos no mesmo ritmo”, o que leva a compreender que a pessoa “tem que ter boa vontade de aprender”, mesmo que não tenha experiência. E que ela aprenderá pelo exemplo, pela formação, pela prática e, assim, o ideal da ação na sala de emergência será atendido: resolutividade, eficácia, agilidade e sucesso no atendimento a pacientes graves, sendo, portanto, o desenvolvimento da habilidade técnica um fator humanizador da assistência na sala de emergência.

Para que isso aconteça, talvez seja preciso “ter sangue-frio”, não o sangue encontrado nos répteis e nos outros animais pecilotérmicos, mas no sentido de ter “tranquilidade, domínio de si, presença de espírito diante de situações que envolvam sofrimento, perigo, dificuldades” (HOUAISS; VILLAR, 2007, p. 2510) como é apresentado a seguir.

Eu já trabalhei em outras instituições que era... nós éramos frios, digamos assim. Você está ali para designar um trabalho e não pode sair daquela postura. Existem pessoas que são frias e não vão mudar nunca. [...] as pessoas que são mais frias e não conseguem ajudar o próximo, ou então ajudam o próximo da sua maneira (E1).

Muitas vezes, ser “frio” parece ter o significado de ser sem sentimentos e, em outros momentos, é ter domínio dos sentimentos para atender os pacientes graves. Parece que “dominar” os sentimentos de alguma forma protege os profissionais de saúde. Pode ser percebido que o treinamento constante, a preocupação com a técnica e o “domínio dos sentimentos”, à primeira vista, parecem ser uma maneira de manter o grupo unido e, dessa forma, “melhorar o clima” ou “domesticar” o ambiente da sala de emergência. Entretanto, para esses profissionais, talvez não seja esta a razão de uniformização das ações. Apesar dos interesses particulares, “ter uma forma técnica de avaliar”, “você é capaz de resolver”, “todo mundo pensa igual”, “trabalhar igual a você” e do desejo do restabelecimento da saúde da pessoa doente, “saber o que é melhor para o paciente”, “tentar controlar uma hemorragia”, compreendo que o beneficiado será o paciente, que terá a sua vida mantida, e isso é uma forma de manter a humanização da assistência na sala de emergência.

As técnicas aprendidas e ensinadas na área da saúde parecem “fazer adaptar o corpo a seu uso” e as técnicas utilizadas no atendimento de urgência e emergência parecem ter o objetivo, como nas provas de estoicismo, de ensinar o sangue-frio, a resiliência, a seriedade, a presença de espírito, a dignidade. A educação do sangue-frio parece ser um mecanismo que inibe o surgimento de movimentos incoordenados que poderiam impedir o alcance dos ideais do atendimento a uma pessoa doente: resolutividade, eficácia, agilidade e sucesso.

Mauss (2003, p. 421) considera ter adquirido com a prática do alpinismo a educação do sangue-frio e, por isso, conseguia “dormir em pé num degrau à beira do abismo”. O autor explica que a educação do sangue-frio “é um mecanismo de retardamento, de inibição de movimentos desordenados; esse retardamento permite, a seguir, uma resposta coordenada de movimentos coordenados, que partem então em direção do alvo escolhido”, e que essa resistência à emoção é fundamental para a vida social e mental. É como na ioga ou no taoísmo no qual a prática da meditação resulta em disciplina física e mental.

Compreendo os treinamentos em urgência e emergência serem uma educação do “sangue-frio”, destinados a incutir, nas mentes dos profissionais de saúde, a resistência a emoções avassaladoras o que preserva a saúde mental e social das pessoas que atuam na sala de emergência. Essa resistência às emoções

parece limitar as suas reações e os profissionais reproduzem os gestos e técnicas com habilidade e presteza.

A terceira forma que emergiu das entrevistas foi a percepção das pessoas em ver a realização de algumas técnicas ou procedimentos, como a contenção ou ressuscitação cardiopulmonar. Muitas vezes, as realizações de alguns procedimentos técnicos podem “assustar” as pessoas, por causa da forma ou da cena realizada.

[...] às vezes, a gente tem alguns procedimentos, que são agressivos ao modo de ver, como uma contenção. [...] o foco maior é o paciente, como no caso da contenção preventiva. É contenção preventiva, não é amarrar o paciente (E1).

A gente tenta no máximo não conter. Às vezes, todos os pacientes são contidos o médico prescreve a contenção, a gente solicita (E2)

Os profissionais de saúde relatam que alguns procedimentos são agressivos e citam, como exemplo, a contenção física. Segundo os profissionais, o procedimento é preventivo, porque impedirá a queda do paciente do leito ou da maca e, assim, que ele se machuque. Percebo que a contenção é vista pelos profissionais de saúde com “pré-ocupação”, pois ela visa proteger o paciente e não causar lesão e, muitas vezes, eles a consideram como algo que denota desumanização da assistência.

Acompanhei, durante o período de observação, a realização de uma contenção¹⁴ em um paciente e assim relatei as minhas impressões:

Na tentativa de contenção é necessário usar a força para impedir que o paciente se machuque ou nos machuque. Durante o procedimento, o profissional de saúde que o realizou colocou compressas nos punhos e pé do paciente antes da colocação da faixa, avaliando previamente se a compressão não pressionava a extremidade. [...] O profissional me explicou que a última coisa que faz é a contenção física. [...] e que o objetivo é proteger o paciente evitando que ele caia da maca. (CENA nº 5, julho de 2009).

No dia seguinte em que assisti à cena da contenção, fomos avaliar um paciente que tinha sido contido à noite por apresentar agitação psicomotora.

[...] notamos que a mão direita estava bastante edemaciada. Como surgiu a dúvida se era uma lesão oriunda da queda anterior à internação ou da contenção, retiramos as faixas e

¹⁴ Restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros.

avaliar. Antes da retirada, o médico nos avisou que solicitaria uma radiografia. Quando a contenção foi retirada, havia a presença de uma lesão oriunda de garroteamento da extremidade, causada, provavelmente, pela forma como a contenção foi realizada. O médico foi comunicado e a contenção refeita no antebraço com maior cuidado. Percebo que os dois profissionais de enfermagem ficaram constrangidos com a situação. (CENA nº 6, julho de 2009).

Os profissionais tiveram cuidado ao revelar que a lesão era oriunda da contenção, pois eles consideram que o ato pode ser até “agressivo” e requer, muitas vezes, o uso da força. Entendem que o ato realizado é necessário para prevenir um mal maior que seria a queda do paciente do leito. Compreendo que a contenção no pronto-socorro e na sala de emergência gera “pré-ocupação” nos profissionais, pois eles não sabem se é legal o ato e a forma correta de fazer e se é uma ação humana ou não humana. Penso que o intuito da contenção é impedir que o paciente se machuque, sendo, portanto, humanizador; mas, se a técnica não for realizada com cuidado para impedir lesões nos membros do paciente, torna-se desumanizadora e constrange os profissionais de saúde, além de poder trazer repercussões institucionais, o que rompe com a representação.

Goffman (2007) diz que as rupturas em uma representação podem ocasionar problemas em três níveis: na personalidade da pessoa, na interação social e na estrutura social. Segundo o autor, a pessoa pode envolver profundamente o seu eu na identificação do papel que representa e no conceito que tem de si mesma como alguém que não romperá ou desapontará os envolvidos na interação. Cita ainda que, quando a ruptura acontece por causa da pessoa, a personalidade dela poderá ficar desacreditada e ficar embaraçada, desconcertada ou constrangida com o que causou e a interação social, por estar desorganizada, fica comprometida. Por fim, o autor diz que as rupturas podem trazer consequências para a estrutura social quando a plateia não aceita a personalidade projetada pela pessoa e desconfia do seu desempenho, passando a não acreditar nela e nem na instituição que ela representa.

Percebo, portanto, que quando os profissionais de saúde se afastam de um paciente agitado, sem fazer a contenção preventiva, ou mesmo estando por perto e a pessoa acidentalmente cai da maca e tem o seu quadro agravado ou morre, não somente a assistência é interrompida de forma embaraçosa e desconcertante, mas a reputação dos profissionais de saúde, como responsáveis pelo cuidado e como seres humanos, é abalada. E as pessoas que assistem á cena

ou os familiares da pessoa doente que caiu podem não mais acreditar na capacidade e competência técnica dos profissionais de saúde e perdem a credibilidade na instituição hospitalar. Compreendo que não conter um paciente e ele sofrer uma lesão faz com que os profissionais de saúde modifiquem o conceito que eles têm de si mesmos, por causarem dano à outra pessoa. Isto rompe com a interação social ao causar embaraço e confusão quando acontece a queda e a reputação do profissional e da instituição ficam abaladas.

Ao desencadear estas consequências por não conter um paciente agitado, pratica-se um ato desumano quando se pensa nas repercussões disso para a pessoa doente, para o profissional de saúde e para a instituição hospitalar. Conter um paciente preventivamente, favorece a humanização, pois a saúde física e psicológica das pessoas envolvidas é preservada, sendo, portanto, humanizador.

Algumas cenas são agressivas, outras dão a impressão de ser um “castelo de horrores” para quem as presencia, e isso pode transformar uma cena de ressuscitação cardiopulmonar em um temor para o paciente, como nesta observação que realizei.

Segundo um profissional de saúde da sala de emergência, há alguns dias ele presenciou um diálogo entre dois pacientes. Um estava na maca no canto direito da sala e outro, no lado oposto, no canto reservado para os pacientes graves recém-admitidos. O que estava no canto direito disse para o recém-admitido: “amigo, segura as pontas aí, não passa mal não. Todo mundo que fica aí, quando passa mal eles colocam uma ‘cerquinha’, dão murros no peito deles e quem faz isso são uns homens grandes. Até as meninas, que são pequenas, ficam bravas nessa hora. Depois que tudo termina, a pessoa sai enrolada em um pano branco, tá morta! Então não passa mal não. Vê se segura as pontas aí.” Segundo o profissional, após escutar o diálogo entre os dois foi explicar o ocorrido aos pacientes. (CENA nº 8, janeiro de 2010).

As duas cenas para um leigo podem e parecem ser uma agressão, mas é o cumprimento de uma técnica ensinada a todos os profissionais de saúde: contenção física e manobras de ressuscitação cardiopulmonar. As quedas, da maca ou do leito, de pacientes no pronto-socorro podem agravar o estado clínico deles e culminar com responsabilização civil pelo ocorrido, por isso a ênfase em que a “contenção é preventiva” e deve ser feita com parcimônia e cuidado. No relato da cena de manobras de ressuscitação cardiopulmonar assistida pelo paciente e da

descrição feita por ele, observa-se que: a cerquinha é o biombo¹⁵ colocado justamente para impedir que os pacientes vejam as manobras; o “murro no peito” são as compressões torácicas; e ficar “brava nesta hora” refere-se às mudanças ocorridas nas faces dos profissionais quando acontece um atendimento de urgência e emergência. Posso perceber, com esse relato, que o paciente assistiu e entendeu o que se passava mesmo com a restrição à visão causada pela “cerquinha”. Ele sabia o que acontecia além dela. Compreendo, portanto, que por mais que tentemos “esconder” do paciente algo, a sua imaginação flui e sua mente constrói outra cena e, na perspectiva da humanização, para minimizar estas “cenas imaginárias” o ideal é lhe explicar o ocorrido.

A quarta forma que emergiu das entrevistas mostra que a humanização somente será implementada após a estabilização do paciente, como nos fragmentos das falas a seguir.

E a partir do momento em que a gente estabilizar o paciente, [...] vai fazer a parte da humanização. Vamos conversar com a família, vamos explicar o que nós fizemos, mas só após a estabilização do paciente (E1).

[...] a prioridade é a medicação, os dados vitais e depois vêm os outros cuidados como a higienização (E2).

[...] o compromisso primordial é com o paciente (E3).

Conversar com o paciente, conversar com o familiar (E5).

A técnica é muito evidente no cotidiano da sala de emergência e, por isso, a humanização será pensada apenas após a estabilização do paciente, como posso notar nos fragmentos das entrevistas “vai fazer a parte da humanização”, “a higienização”, “conversar com o paciente, conversar com o familiar”, pois o “compromisso primordial é com o paciente”. Entretanto, a busca incansável da equipe é a recuperação da pessoa doente. Compreendo que a ênfase na técnica também é uma forma de humanização no atendimento de urgência e emergência, uma vez que a preocupação é com outro ser humano.

As técnicas utilizadas no atendimento de urgência e emergência são tradicionais e transmitidas durante a formação na área da saúde e lembradas no cotidiano do trabalho. Técnica, segundo Mauss (2003), é “um ato tradicional eficaz”

¹⁵ Divisória com dobradiças, que serve para esconder alguma coisa, ou separar um recanto em uma área.

e não haverá técnica e transmissão das técnicas se não houver tradição. As técnicas são apreendidas e transmitidas pela educação, por isso são tradicionais e eficazes e respondem a uma questão prática, podendo ser transformadas com o tempo. O autor diz “cometi, durante muitos anos, o erro fundamental de só considerar que há técnica quando há instrumentos”, o corpo é o primeiro e mais natural instrumento do homem. As técnicas são sentidas por quem as executa “como um ato de ordem mecânica, física ou físico-química”. O corpo é um instrumento natural do homem, sendo um “objeto técnico e ao mesmo tempo meio técnico”, por isso as técnicas são técnicas do corpo (MAUSS, 2003, p. 407).

Ao executarmos uma ação/técnica, fazemos adaptações físicas e mecânicas em uma série de “atos montados” e montados não apenas por nós mesmos, mas por tudo que aprendemos na nossa formação (MAUSS, 2003). Por isso, entendo a necessidade de sempre treinar, demonstrada pelos profissionais de saúde, e de a cada dia aprimorar a habilidade no atendimento a pacientes graves, tornando-se hábil tecnicamente. Isto, na sala de emergência, é humanização da assistência.

As técnicas do corpo são divididas em: a) técnicas do corpo por gênero, isto é, diferenças de atitudes e gestos entre homens e mulheres; b) técnicas do corpo que variam com a idade, isto é, a habilidade técnica variando com a faixa etária de quem a executa; c) técnicas do corpo classificadas pelo rendimento, como resultado de um adestramento/treinamento que leva as pessoas a adaptarem seus movimentos, direcionando-os para um objetivo, sabendo como fazer, adquirindo “destreza, presença de espírito e hábito” e isso é do domínio da técnica; d) formas de transmissão das técnicas, isto é, o ensino das técnicas leva em conta a natureza da educação, do treinamento e questões fisiológicas, psicológicas e sociais (MAUSS, 2003).

As divisões das técnicas do corpo aparecem nas falas e atos dos profissionais de saúde. Na divisão das técnicas por gênero, vi que os atos que requerem força, como a “contenção preventiva” são executados, na sala de emergência, pelos homens; eles seguram e as mulheres fazem a ação de conter. Em relação à variação com a idade, as técnicas, segundo os entrevistados, são melhores executadas pelas pessoas que têm mais tempo de casa, mostrando que a experiência confere habilidade. E, por isso, há uma preocupação dos profissionais mais experientes que atuam no pronto-socorro em treinar e colocar as pessoas que

chegam “do mesmo ritmo que a gente”. Compreendo que o treinamento é direcionado para o ideal da ação daqueles que trabalham na urgência e emergência: a resolutividade, a eficácia, a agilidade e o sucesso. E as técnicas são transmitidas quotidianamente e “eles gostam”, mas, ao mesmo tempo, é preciso ter boa vontade para aprender.

A pessoa que aprende uma técnica “assimila a série dos movimentos de que é composto o ato executado diante dele ou com ele pelos outros” (MAUSS, 2003, p. 405), por isso, a “melhor forma de ensinar é fazer, fazer junto”, conforme uma das falas dos entrevistados.

Percebo que a sincronia das ações, nos momentos de atendimento aos pacientes graves, é uma “imitação” de atos bem-sucedidos, cuja execução já foi vista anteriormente por uma pessoa. No caso dos profissionais de saúde da sala de emergência, podem ter sido os professores ou preceptores, no período em que estavam em formação.

Muitas vezes, percebo que a execução das técnicas pode dar origem a cenas consideradas “desagradáveis”, trágicas e até mesmo cruéis como ver a contenção de um paciente agitado, ver as consequências de uma contenção realizada incorretamente, ou escutar um comentário de um paciente que assistiu a uma ressuscitação cardiopulmonar; mas, elas têm um fim que é eminentemente prático e humano: manter o paciente vivo. Compreendo que os profissionais que atuam no quotidiano da urgência e emergência parecem buscar mais habilidade técnica e conhecimento não somente para benefício do paciente, mas para serem considerados competentes no atendimento e, assim, obter prestígio e autoridade, “ter olhos de águia”, e para saber “quando o doente é grave e quando não é grave”.

Os profissionais de saúde da sala de emergência buscam, por meio do aprimoramento técnico-científico, tornarem-se *experts* para que possam atingir o ideal do atendimento a pacientes críticos, por isso a ênfase na técnica; no querer saber para poder fazer com qualidade e resolutividade; no deixar a humanização para depois; na dificuldade em manter a privacidade da pessoa durante o atendimento e na utilização da técnica do sangue- frio para aprenderem a controlar as emoções.

Compreendo que no trabalho na sala de emergência, as técnicas são empregadas para um determinado fim: a manutenção da vida da pessoa gravemente doente. E no atendimento em urgência e emergência, assim que o

doente chega à sala, o seu corpo “deve” ser dominado em sua vulnerabilidade à doença grave, à morte. As técnicas do corpo, nesse caso, são técnicas cujo fim é a dominação do corpo à revelia de suas falhas e isso é humanização da assistência ao buscar preservar a vida da pessoa doente na sala de emergência de um pronto-socorro.

5.3 Ser uma comunidade na sala de emergência

O cotidiano do trabalho na sala de emergência, a convivência diária com as situações-limite da vida e com as normas, celebram a vontade de viver em comunidade e isto favorece o agrupamento dos profissionais de saúde. A comunhão na sala de emergência permite que as pessoas se liguem umas às outras, não na forma de contrato, da individuação ou do dever ser, mas na forma empática, na indiferenciação e no “perder-se” em um sujeito coletivo. A isso, Maffesoli (2006) chamou de “tribalismo”, ou seja, o envolvimento orgânico uns com os outros, fundado na simpatia, na proximidade, no “ser-estar-junto” sem finalidade.

Os profissionais de saúde, nas entrevistas, situam o trabalho em equipe como algo que faz fluir o cotidiano na sala de emergência. Das entrevistas, emergiram as quatro formas: a primeira forma aponta que o encontro entre as pessoas é por um objetivo a alcançar e, por isso, uns se preocupam com os outros, na busca de manter o plantão unido; a segunda é o momento de descontração enquanto equipe na hora de tomar café e mesmo quando surgem os desentendimentos; a terceira forma é a resistência ao estabelecido; e a quarta são as medidas que, segundo eles, fortalecem a equipe.

Na primeira forma que emergiu das entrevistas, os profissionais de saúde mostram o desejo de fortalecer a equipe como modo de atingir o objetivo proposto no atendimento ao paciente, bem como falam das diferenças entre os membros da equipe que podem dificultar o encontro entre eles.

Enquanto equipe, nós conversamos muito em relação ao atendimento para melhorar. [...] nesses momentos, a gente tenta fortalecer a questão da equipe, para que todos trabalhem com o mesmo objetivo, porque se desvincular uma pessoa da equipe, ela vai ficar sozinha e não tem condições de trabalhar sozinha. [...] nós temos que trabalhar em equipe, se respeitando. E nós temos que respeitar os pontos de vista das pessoas. [...] familiar de alguém está passando por um problema, vamos escutar a pessoa. Eu acho que isto fortalece a equipe, a boa convivência. Um simples bom dia. Um abraço, um caloroso abraço é bacana (E1).

Eu sempre pergunto se está tudo bem. Hoje eu estou com trinta pacientes no corredor e fico preocupada com a situação dos funcionários (E2).

Tem equipe que se dá muito bem, tem equipe que um não gosta do outro, enfim fica aquela “briguinha” boba. Quando a equipe tem uma “picuinha” no meio, um não gosta do outro, aí o negócio fica feio. [...] o meu plantão ele fica mais unido, mais entrosado um com outro. No plantão, tem gente mais antiga, então fica mais unido do que os outros plantões (E4).

[...] por isso é que chama trabalho em equipe, todos participando, dando sua contribuição, todos participando do trabalho. Talvez, saber do problema, o que está acontecendo com esse funcionário, por que ele não está fazendo o trabalho certinho (E5).

Os fragmentos das entrevistas mostram que os profissionais sabem da necessidade de conversar uns com os outros, de se “pré-ocuparem” com a situação deles, e creem que esse importar-se será um fortalecedor das relações na sala de emergência. Eles reconhecem que existem equipes em que um não se relaciona bem com o outro, mas, segundo eles, tudo não passa de uma “briguinha boba”. E associam a um plantão estar mais unido por estarem juntos há mais tempo.

Compreendo que consideram esse laço comunitário o fortalecimento da equipe, no qual a preocupação de uns com os outros faz desse reunir um encontro fraterno em que a solidariedade e a fraternidade convivem e eles reconhecem que os desentendimentos ocorrem, mas que podem ser resolvidos. As falas dos entrevistados mostram que os profissionais de saúde parecem apreender que as ligações são pautadas pelo reconhecimento das diferenças, que, assim como Dioniso é o deus das múltiplas faces, isso também ocorre na socialidade que impera na sala de emergência e na “orientação-para-o-tu”. Entre os profissionais de saúde, a proximidade permite apreender a experiência do outro e isto é o substrato do “estar-junto”. Dessa forma, compreendo que a convivência, o abraço caloroso, a preocupação com as condições de trabalho e com os problemas pessoais uns dos outros favorecem o entrosamento e a humanização das relações entre eles e que isto trará reflexos na forma de lidar com os pacientes e seus familiares. Na sala de emergência, esse sentimento de religação, de estar junto instaura um “pré-ocupar-se” com o outro, um espírito de solidariedade e de proteção que incentiva a ajuda mútua, o compartilhamento dos sentimentos, o respeito tornando, assim, o ambiente mais afetuoso.

O “espaço-tempo” da sala de emergência é o lugar do encontro dos profissionais de saúde, é nele que eles se agrupam com o objetivo de atingir o ideal

do atendimento em urgência e emergência: a resolutividade, a eficácia, a agilidade e o sucesso. Entretanto, eles reconhecem que é necessário conversar, fortalecer a equipe e mesmo que não haja entrosamento, isso os faz sentir que pertencem ao lugar.

Segundo Maffesoli (2006), a “causalidade” ou “utilitarismo” não explicam a propensão das pessoas a se associarem, existe algo mais para o agrupamento de pessoas, o “sentimento compartilhado”. De acordo com o autor, o sentimento compartilhado pode ter referências em ideais longínquos de baixa intensidade ou a objetivos poderosos, que estão mais próximos das pessoas. Ele prossegue dizendo que o recentramento nos objetivos poderosos, mais à mão, e nos sentimentos compartilhados surge porque existe a saturação dos fenômenos de abstração, dos valores triunfalistas, ideológicos e econômicos nas relações sociais. Conclui dizendo que esta proximidade dá sentido ao divino social que permite que nas “inumanas e frias metrópoles” surjam os espaços de socialidade nos quais as pessoas se aquecem e se agrupam.

O espaço da sala de emergência favorece o trabalho em equipe dos profissionais de saúde a partir da religação das pessoas umas as outras. Essa religação, enquanto interação social, fortalece a equipe e torna esses profissionais “tributários de um clima ideológico” (MAFFESOLI, 2007b, p. 75), na busca do pensar e agir comum. Esse agir comum é um perder de si no outro, da existência de si a partir e pelo outro que esboça um “querer-viver”, característico da socialidade (MAFFESOLI, 2007b).

Socialidade é o “estar-junto-com” sem nenhuma finalidade ou interesse. É o estar por estar apenas, prazeroso e espontâneo e que é diferente de social e socialização. Social e socialização são definidos por uma ligação em torno de interesses, de pessoas que se unem para concretizar outros interesses. A socialidade se esgota no momento, no instante vivido e nele se percebe um tempo cíclico, que vai e volta (MAFFESOLI, 2007a).

A religação, o “estar-junto”, o perder de si no outro, a socialidade, o espírito de equipe, remetem ao sentimento de tribo no qual, antes de ser si mesmo ou para ser “si mesmo”, a pessoa faz parte de um contexto, de um ambiente que o molda e lhe permite criar e isso é o tribalismo, a verdadeira solidariedade. A constituição de uma tribo se faz a partir do “sentimento de pertença” e seus fundamentos são a noção de “comunidade emocional”, de “potência” e de

“socialidade”, sendo as suas consequências a “proxemia” e o “policulturalismo”. A “comunidade emocional” surge a partir da ligação entre sentimento partilhado e comunalização. A “potência” move a multiplicidade das tribos, é apoiada no “vitalismo”, sua ação ora é notória, ora discreta; denota um “querer-viver”. “Socialidade” é o “estar-junto-com” sem nenhuma finalidade ou interesse, e o policulturalismo aparece com a solidariedade orgânica (MAFFESOLI, 2007a; MAFFESOLI, 2010).

No “tribalismo” pós-moderno existe um distanciamento em relação à identidade, uma disponibilidade para o outro e para a partilha de emoções o que faz abrir a fortaleza da perfeição individual permitindo “a osmose com alteridade”. É o tempo de deixar ser com ênfase na labilidade das coisas e na “vacuidade” das instituições, cuja aparência é de solidez (MAFFESOLI, 2007a).

O horror ao “vácuo”, “vazio”, leva à participação grupal sem reservas e sem razão, a “tatilidade contemporânea”, que é a relação com o outro que não necessita de motivação racional ou utilidade (MAFFESOLI, 2005a). Sendo assim, o “laço social” não é mais contratual, racional, utilitário ou funcional e está cada vez mais dominado pelos afetos e pelo sentimento de pertença (MAFFESOLI, 2005b).

Percebo que o sentimento de pertencer, que faz perdurar o laço social é uma forma de humanização das relações entre os profissionais de saúde ao permitir compartilhar os sentimentos, independente dos conflitos que podem surgir e, consequentemente, a humanização das relações se reflete na humanização da assistência.

A vida quotidiana é permeada por conflitos e eles conferem intensidade ao viver. As efervescências que dão origem às “briguinhas bobas” no dia a dia do trabalho instalam o “caos” que permite o “ser – junto” e tiram as relações do conforto, do tédio, do vazio. Vazio não é o mesmo que nada e, sim, condição de possibilidade, que é algo para ser vivido e ao vivê-lo, chega-se a um sobreviver, a um mais viver, enquanto grupo, equipe, tribo, sociedade (MAFFESOLI, 2004b).

Os profissionais de saúde, pela proximidade são o “*nós fusional*”, uma agregação por objetivos a serem alcançados ou por necessidade de proteção por causa do sofrimento, da perda, da angústia vividas no dia a dia. E a experiência vivida na coletividade, a simpatia ou empatia e a vivência fundamentam e legitimam “uma razão que entra em sinergia com o sensível” (MAFFESOLI, 2004a, p.44).

Na segunda forma que emergiu das entrevistas, os profissionais disseram que os agrupamentos têm a finalidade de compartilhar muitas coisas como a brincadeira, o café...

É na conversa com todos. É na hora de tomar café e conversar sobre vários assuntos. Não só sobre trabalho, mas, outros assuntos que surgirem. Se estiver preocupado com alguma coisa (pausa). É não deixar a equipe se desfazer, embora a rotatividade seja muito grande. (E1)

[...] nós somos extrovertidos. Brincamos, trocamos entre a gente. Xingamos um ao outro e daí a pouco estamos nos “lambendo” e assim vai. (E4)

Os momentos de encontro dos profissionais de saúde da sala de emergência permitem, durante o café, conversar sobre vários assuntos, acolher aqueles que estão preocupados e não deixar a equipe se desfazer; independente de “xingamos um ao outro”, situação descrita por um dos entrevistados, eles conseguem encontrar um consenso e “assim vai”, como uma das falas dos entrevistados. Percebo que os profissionais de saúde da sala de emergência ao se reunirem para o café, conversar, brincar, trocar, xingar um ao outro e, “daí a pouco, estamos nos lambendo” parecem reproduzir as cenas de transe dos ritos dionisíacos que expressam o desejo cotidiano de “ser-conjunto”. Compreendo que estar à mesa com os outros, “na hora de tomar café”, permite a união dos contrários, a estruturação social, a comunicação, e “gratifica o corpo e permite a troca” (MAFFESOLI, 2005b).

Segundo Maffesoli (2005b), nos encontros em torno da mesa pode se constituir a mais sólida amizade e os laços afetivos mais tênues e é nesse lugar, que é lugar de comunicação, que podem surgir os conflitos mais ferozes. O autor diz, ainda, que as relações à mesa podem ser de proximidade e de distância, pois se senta junto com os outros, o que pode fortalecer a diferença e a hierarquia, ou seja, no em torno de uma mesa nos amamos ou nos dilaceramos.

Esses momentos de encontros e desencontros permitem viver os conflitos das paixões de maneira homeopática para que eles sejam encarados de “forma aceitável” e, portanto, “passável”. A efervescência desses momentos, ao resistir ao poder, transgride o estabelecido, tornando-se “potência”, permitindo que a vida social relaxe e “volte a aprumar”, e impedir esses encontros e desencontros pode causar uma “explosão brutal e sanguinária” (MAFFESOLI, 2005b).

Maffesoli (2005b, p. 95) diz, lembrando Émile Durkheim, que “para reviver o sentimento que tem de si mesma” a sociedade se põe em “estado de congregação”. Segundo ele, após os momentos de efervescência, de tensão, acontece a dispersão ou afrouxamento e, se ela for suficiente, a “pulsão” ao agrupamento se torna mais forte. Conclui dizendo que o que importa nesse momento é a manifestação do querer viver irreprimível, no qual cada um retira sua essência, seu desejo, sua força de resistência contra as imposições sociais e isto é “potência” contrapondo-se ao “poder”.

As práticas lúdicas, o tomar café juntos, as brincadeiras, os xingamentos acontecem sem que os “chefes” vejam ou percebam e servem de respiradouros, possibilitando a humanização do tempo não humano, do que é imposto e do tédio programado. Compreendo, portanto, que o momento de encontro dos profissionais de saúde – brincadeiras, café, xingamentos - resguarda o equilíbrio pessoal ameaçado tanto física quanto psicologicamente, funcionando como um fator humanizador da equipe. É humanizar o em torno para melhorar a qualidade no cuidado do dia a dia, consigo e com os outros.

Na terceira forma, os profissionais de saúde, em alguns momentos, querem se impor para outros da equipe e criam algumas situações para mostrar “quem manda no lugar” e, para isso, eles chegam a constranger algumas pessoas do grupo. Alguns resistem ao “poder” das normas e por meio de artimanhas como fingir que não escutaram um pedido, buscam tornar as situações difíceis mais suaves. Vejamos na observação a seguir:

É admitido um paciente com história de dor no peito e os acadêmicos de um curso de medicina vão coletar a história e fazer a avaliação sob a supervisão de um médico. Quando eles iniciam a coleta de dados, o médico que os acompanhava fala em tom alto: “Parem! Eu agora vou fazer a anamnese de forma correta e, na próxima vez, vocês devem fazer do jeito certo”. A seguir, ele se identifica calmamente para o paciente e diz que os outros são acadêmicos de medicina e inicia a coleta de dados e a avaliação. Passados alguns instantes, uma técnica de enfermagem faz o seguinte comentário: “Coitado deles!”, referindo-se aos acadêmicos de medicina. Após o médico fazer a avaliação, solicita que seja feito um eletrocardiograma, à mesma técnica que havia feito o comentário. Explica aos acadêmicos que, de acordo com o protocolo, o eletrocardiograma deve ser realizado em até dez minutos após a chegada de um paciente com dor no peito. Ele pede mais uma vez à técnica de enfermagem que faça o eletrocardiograma e ela continua sentada em frente ao computador e próxima ao médico. No terceiro pedido, ela se levanta calmamente e faz o

eletrocardiograma solicitado. Entrega ao médico frisando que ele foi feito antes dos dez minutos preconizados no protocolo. Impressão da Pesquisadora: Notei que os acadêmicos de medicina ficaram constrangidos e um deles ficou visivelmente ruborizado, quando o médico chamou a atenção deles. A entonação da voz do médico era de repreensão e desaprovação em relação à forma como os acadêmicos faziam a anamnese. Os outros profissionais que estavam na sala fizeram de conta que não tinha acontecido nada e continuaram a fazer o que estavam fazendo. A técnica de enfermagem pareceu, com a sua ação, desafiar discretamente o médico, como se estivesse “castigando-o” pelo que fez aos acadêmicos (CENA nº 6, julho de 2009).

A cena reflete algumas situações que causam constrangimento no local de trabalho; são cenas que acontecem na frente dos outros e o intuito parece apenas ser o de mostrar quem detém o poder e o saber naquele instante. Percebo que solidariamente, naquele momento, o que importa é “fazer de conta que nada aconteceu” e, a seguir, veio o “troco”, pois quem fez o eletrocardiograma foi outra pessoa, que não estava sob as ordens de quem originou a cena. E isso parece mostrar que o poder que alguém acredita ter, não possui “longo alcance”. As explosões, as efervescências, as cenas têm o intuito de reagir e afrontar o poder, mostrando a sua força vital. Elas surgem para realinhar o que está acontecendo e, muitas vezes, elas podem ser “barulhentas” como ocorre no rito dionisíaco. Compreendo que, de maneira quase inconsciente, a técnica de enfermagem usou do “jogo duplo” para contrapor-se ao instituído naquele momento, quando demorou um pouco para atender à solicitação do médico. Contudo, o fez sem perder o objetivo do atendimento na sala de emergência, que é atender com êxito, resolutividade, eficácia e agilidade a pessoa doente, uma vez que executou o eletrocardiograma no tempo determinado pelo protocolo. Podemos perceber também a contraposição da “potência” ao “poder”, bastante caracterizada na observação que mostra que, ao “poder” do médico de exigir que seja realizado o exame, se contrapõe a “potência” da técnica de enfermagem em realizá-lo quando lhe pareça mais conveniente. E, ao mesmo tempo, ela aliviou a sua angústia, parecendo, portanto ser uma ação humanizadora: ela manteve a humanização no atendimento ao auxiliar no rápido diagnóstico da paciente.

Segundo Goffman (2007), cada membro de uma representação deve agir com responsabilidade para impedir a ruptura da representação a qual pode ser

rompida por: gestos involuntários, intromissões inoportunas, “*faux pas*”¹⁶ e pelas cenas. Percebo que os gestos involuntários, os “*faux pas*” e as cenas, considerados incidentes, ocorrem na sala de emergência e são situações que causam embaraço e desconforto e que poderiam ser evitados se a pessoa que o desencadeou conhecesse de antemão as repercussões de sua ação, entretanto Dioniso não precisa de autorização para adentrar a nenhum lugar no qual esteja acontecendo uma interação social e por isso, mesmo que se conheça o desfecho da ação, a irrupção do deus epidêmico não pode ser totalmente evitada. Compreendo que essas explosões momentâneas parecem ser uma ação não humana entre o médico e os acadêmicos de medicina, pois causam constrangimento e desestabilizam as pessoas, demonstrando falta de solidariedade, e de fraternidade.

Além das explosões de toda ordem, que dilatam o mundo social, quando ele está apertado, existem outras maneiras para retirar a estabilidade do instituído, como é o caso do uso da abstenção, da astúcia, da ironia, do corpo mole, do jogo duplo, que agem nas relações contradizendo, secretamente, as ações e sentimentos (MAFFESOLI, 1997).

A resistência passiva pode se manifestar pelo “jogo duplo”, que é uma forma de proteção contra a coerção e dominação, é o não afrontamento; pela “astúcia”, a “não recusa acintosa”, a válvula de escape, que permite sobreviver às normas, rotinas e imposições; pela “transgressão”, o desejo de violar o objeto de interdição ou proibição e que envolve ultrapassar o perigo, risco e azar, requer cumplicidade e inutilidade do gesto. Essas ações só funcionam como forma de resistência passiva se houver solidariedade do grupo, ou seja, solidariedade orgânica, que tem suas raízes na troca e na qual se originam valores, sentimentos e compartilhamento de ideias e essas formas de resistência passiva eclodem quando menos se espera (NASCIMENTO, 1995b).

Os profissionais de saúde da sala de emergência usam o sentimento de pertencimento, compartilhamento de emoções, a astúcia, a transgressão, o jogo duplo que nada mais são do que demonstração do querer viver o qual é uma forma de gerir a morte de todos os dias e tornar o cotidiano do trabalho na sala de emergência mais “leve”, solto, prazeroso e para isso eles se organizam em tribo. Percebo que enquanto equipe, grupo ou tribo, eles trocam afeto, respeito, convivem

¹⁶ Passos em falso.

com o outro e pelo outro, perdem-se, encontram-se, solidarizam-se uns com os outros e isso parece ser humanismo.

Na quarta forma, os profissionais de saúde apontam algumas medidas para manter e fortalecer a equipe, como a educação continuada, levantar o perfil necessário para trabalhar no pronto-socorro e ver os que se ajustam ou não ao trabalho.

Uma coisa importante para a equipe estar se fortalecendo é a educação continuada. É demonstrar para a equipe que ela não pode perder o interesse pelo trabalho (E1).

E os que estão lá e não gostam, acho que deveria ser feito um estudo, um trabalho para ver o perfil do profissional. Porque no pronto-socorro não é qualquer um que pode trabalhar. Você tem que gostar da profissão e do seu setor de trabalho (E4).

O trabalho é de todos. [...] todos têm esse mesmo empenho de fazer isso médico, enfermeiro, e técnicos de enfermagem. E se tem alguém na equipe que não se ajusta, a gente procura “puxar” aquele colega, aquele funcionário para fazer esse trabalho junto com a gente (E5).

Os profissionais de saúde buscam não deixar a equipe perder o interesse e, para isso, eles colocam que a educação continuada poderia ter o papel de fortalecer o grupo. Segundo os fragmentos das falas, quem trabalha na sala de emergência tem que “gostar da profissão” e do setor em que trabalha, porque o trabalho, afinal, é de todos. O grupo tenta “puxar” aqueles que não se ajustam para que eles façam o trabalho “junto com a gente”.

Percebo que todas as ações voltadas para o fortalecimento da equipe, por meio da educação continuada, a caracterização do perfil das pessoas para trabalharem no pronto-socorro e ajustar o trabalhador para uniformizar as tarefas parecem querer buscar a igualdade das ações; parece ser a lógica do “dever ser”, desejo de deixar tudo igual, faz parte da “riqueza” contraditória da sociedade e é isto que ela tem de pulsante, uma luta entre poder e potência, instituído e instituinte, luz e sombra, que fazem brilhar o cotidiano.

Compreendo que a vida cotidiana na sala de emergência traz de volta o que Maffesoli (2010) chama de “tribalismo”, “valorização do presente” e “prazer hedonista”. O sentimento de pertencer a um lugar, a troca de emoções, os agrupamentos, o orgiasmo que fazem dos profissionais de saúde, que atuam na sala de emergência, ir de atos humanos a atos não humanos e tudo isto funciona como um cimento, que une o social e expressa o estar-junto, e isto parece ser humanismo.

5.4 A tribo na sala de emergência

O dia a dia na sala de emergência, a convivência com as situações - limites do ser humano – erro, culpa, medo, dor, perda por morte –, com o estresse fazem com que, em alguns momentos, os profissionais busquem afirmar a vida e assim, gerir a morte. O cotidiano do atendimento na urgência e emergência, apesar de tumultuado, da rotatividade e do contato direto com pacientes graves é permeado de momentos de descontração, de quebra da sisudez e da ordem, e parece que tudo para tornar o trabalho mais prazeroso.

Nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde da sala de emergência, emergiram uma única forma: as brincadeiras, o lúdico. Que surgiu como um modo de espairecer e tornar o ambiente menos pesado, envolvendo até as pessoas doentes, como podemos ver nos fragmentos a seguir:

Esta questão de brincadeira que a gente traz para o setor, isto aí vai muito da minha conduta, com todo mundo lá dentro. É o meu jeito de ser. Porque você viu que o nosso ambiente de trabalho é muito estressante [...]. E tudo influencia no comportamento das pessoas. [...] fazer uma brincadeira ou outra com o paciente, com o técnico para melhorar o local de trabalho. E às vezes um ambiente de descontração, ele faz diferença entre um bom plantão e um plantão ruim.[...] Então tem que ter certa dose de seriedade em tudo [...]. A pessoa descontra, trabalha mais alegre, trabalha mais à vontade. [...] é a questão de que eles estavam faltando com o respeito à família ali, numa situação muito triste. Imagina um milhão de coisas passando na sua cabeça e as pessoas sorrindo ao lado, brincando, se divertindo, com uma postura que não é condigna com o ambiente. E os técnicos sabem que não é a atitude correta, e que têm que ter postura no ambiente de trabalho (E1).

[...] o pessoal está tranquilo, brinca; está tumultuado, brinca também. Tratar as pessoas bem fazer assim, brincando para estimular o paciente. É muito raro você me ver aborrecido. Vai me ver rindo, brincando com o paciente, só se ele for assim (...) muito chat. (E4).

[...] o mais importante é a gente ter o bom humor para trabalhar. O trabalho já é duro, é difícil e se você estiver mal- humorada vai ficar bem pesado, muito mais pesado. [...] se for trabalhar com mau humor, vai ficar mais pesado, o dia vai ficar mais longo. Uma coisa que eu não costumo ter é mau humor. E o paciente gosta disso. Você trabalha com ele com alegria, ele repara no seu rosto, ele repara. Tanto que se você, com responsabilidade, fizer uma brincadeira, descontra um pouco, vai melhorar o ambiente. E durante o trabalho, um intervalo e outro, tem que ter tempinho para brincar. Não largar o paciente pra uma brincadeira, mas umas piadinhas, uma brincadeira leve: isso é muito importante (E5).

Entendo pelas falas dos profissionais de saúde, que “a questão da brincadeira” parece funcionar como um respiradouro, como uma possibilidade para recompor as energias perdidas no dia a dia, pois “o trabalho já é duro”. Para aliviar as tensões, se o “pessoal está tranquilo, brinca; está tumultuado, brinca também” e,

assim, eles conseguem “encurtar” o tempo naquele espaço de trabalho, pois as brincadeiras e a descontração, além de tirarem o peso do dia, não o deixarão “mais longo”. Para manter a descontração no ambiente, as brincadeiras são estendidas aos pacientes. E, segundo os entrevistados, isso os estimula. Percebe-se pelo fragmento da entrevista que o “paciente gosta disso”, talvez seja o momento dele, paciente, relaxar e pensar em outra coisa que não seja a sua condição atual. Os profissionais parecem saber que a descontração, as brincadeiras melhoram as relações sociais, fazendo perdurar o laço social, o “estar-junto”, pois isso difere “um bom plantão e um plantão ruim”.

Pode-se perceber que o profissionalismo parece sufocar a energia vital dos profissionais da sala de emergência e, para mobilizá-la, eles transgridem as normas estabelecidas. O “rir e brincar” perto da família “suaviza” o dia a dia na sala de emergência, funcionando como uma válvula de escape, talvez, para driblar a notícia de que o paciente é um doente terminal. O lúdico não é uma virtude e nem mesmo um pecado: é uma expressão do querer viver, mas tudo deve ser feito com “certa dose de seriedade”, “com responsabilidade” e não se deve “largar o paciente para uma brincadeira”.

Percebo que a sala de emergência é o espaço no qual os profissionais mantêm as suas relações e as vivem de perto, formando um grupo. A sala é o espaço de socialidade e está repleta de afetos, emoções, encontros e desencontros deixando de ser um refúgio para o individualismo. As emoções que surgem nos profissionais de saúde, principalmente as mais mobilizadoras como a tristeza, a desesperança frente a pacientes graves, são importantes porque podem ter reflexos na evolução e forma de tratamento com a pessoa doente e ser um fator de insatisfação e de estresse nas pessoas sendo, portanto, algo relacionado com a humanização e desumanização. Compreendo que esses momentos de descontração, ao renovarem as energias dos profissionais de saúde, funcionam como um ato de humanização das pessoas que atuam, quotidianamente, na sala de emergência, e que terão reflexos na forma como é atendida a pessoa doente, ou seja, humaniza o paciente e o cuidador. No período das observações, anotei alguns momentos de descontração:

Por alguns instantes, a sala de emergência fica com seis pacientes e por estar tranquila, os técnicos de enfermagem estão reunidos próximos ao computador, conversando, rindo e contando

casos. Mas, a cena dura menos de dez minutos porque chega mais um paciente (CENA nº 6, julho de 2009).

Compreendo que esse momento é para os profissionais o “respiradouro”, a renovação das forças, respirar novos ares. É o momento do “jogar conversa fora”, do “papo furado” e simplesmente de “estar-junto-com” sem finalidade e não uma ênfase no trabalho pelo trabalho, visando apenas à produção de serviços.

Para Maffesoli (2005a, p. 37) não é o “produtivismo” que mantém o corpo social e, sim, a “perda” que “regenera, fecunda o corpo coletivo, a socialidade” o lúdico; ou melhor, o orgasmo proporciona uma perda de sentido de realidade imposto por coerções sociais ou pela consciência da finitude.

“Orgasmo” é um termo utilizado por Maffesoli (2005a) e vem de orgia¹⁷, que pode ser o nome dado a uma prática sem qualquer restrição, como a sexual, e também pode estar relacionado com o excesso, o desregramento, a anarquia. Maffesoli transpõe o termo e o seu significado para o social e diz que, na sociedade pós-moderna, o gozo, a transgressão, torna-se um valor e a isso chamou “orgasmo”, ou aquilo que diz respeito ao excesso, à festa (MAFFESOLI, 2005a).

A regra é não nos prendermos apenas a um valor, não termos apenas uma única face, pois Dioniso é o “deus de múltiplas faces” e, por isso, o “orgasmo” é também plural, sendo vivido no coletivo, fundido com a deidade (MAFFESOLI, 2005a). Posso notar, nas entrevistas, a presença desse deus epidêmico, na sala de emergência, que aparece, manifesta-se, faz-se reconhecer, e é encontrado em toda a parte.

O lúdico, o onírico e o festivo são maneiras de “estar-junto”, dotadas de leveza, descontração, diversão; opondo-se ao produtivismo, oxigena a vida. O lúdico é espontâneo, despreocupado e tem a benesse de mobilizar a energia vital, escondida dentro de nós, no lado das sombras, sufocada pelo profissionalismo (MAFFESOLI, 2010).

Sentimentos, desejos, emoções, comunhão, tudo isso pude perceber no período em que convivi com os profissionais de saúde da sala de emergência;

¹⁷ As festas orgíacas são uma manifestação regressiva, um retorno ao caos, com muita música e embriaguez, luxúria, excentricidade e perda do controle racional; e também uma espécie de renovação, de mergulho nas forças elementares da vida. Elas simbolizam um desejo violento de mudança (CHEVALIER; GHEERBRANT, 1997).

apesar de todas as atribuições e do corre-corre durante os atendimentos, eles tinham tempo para romperem com o estabelecido, como nestas observações.

[...] o médico solicita a um profissional de saúde que peça a uma pessoa da equipe de fisioterapia para avaliar os pacientes que estão intubados e sob ventilação mecânica. Pede que seja feito uma “boa avaliação” e que seja escolhida a melhor, porque eles não podem sair dali. Uma técnica de enfermagem diz: “traz um homem” e todos começam a rir. O sentido da fala do médico, e que foi entendido por todos, é que ela deveria ser bonita (CENA nº 4, julho de 2009).

Enquanto fazemos os procedimentos na paciente que estava mais grave, a equipe de enfermagem brinca com a técnica de enfermagem. Comentam sobre o seu uniforme, seu cabelo, seu jeito de falar. Ela apenas sorri e continuamos trabalhando (CENA nº 5, julho de 2009).

As relações são permeadas de “duplo sentido” e têm a concordância dos profissionais que atuam na sala de emergência. O duplo sentido é uma forma de realinhamento temporário que ocorre quando as pessoas estão representando uma cena. Nesse realinhamento, a comunicação entre as duas pessoas pode versar sobre um assunto incompatível com o relacionamento oficial (GOFFMAN, 2007), ou seja, não é da competência de um fazer escolhas para o outro, apesar de depender de um deles o chamado para uma interconsulta com a fisioterapia.

Muitas vezes, na relação quotidiana de trabalho, um membro da equipe representa o seu papel para o divertimento dos demais e pode “implicar” com outro quando estão empenhados em uma representação. O objetivo é fazer o outro rir ou perder a compostura e mostrar que não se acha “preso à interação social”, mas que detém um controle sobre ela (GOFFMAN, 2007).

Percebo que as brincadeiras, o divertimento surgem na sala de emergência porque lá é o espaço-tempo no qual as relações sociais acontecem. O quotidiano do trabalho na sala de emergência, lidar com os limites entre a vida e a morte, com cenas desagradáveis, o contato frequente com o produtivismo, com o trabalho “difícil” e “pesado”, fazem emergir o “orgiasmo” que os racionalistas consideram supérfluo. Isso leva a compreender que o orgiasmo na sala de emergência é uma renovação de forças, um mergulho nas coisas elementares da vida, que surge ao lidar no quotidiano com pacientes graves, que quase sempre estão entre o limite da vida e da morte; é um desejo de mudanças, de recriar a vida e, por tudo que faz surgir e sentir, é um fator que humaniza a assistência ao “recarregar as baterias” dos profissionais de saúde para lidar consigo mesmo e com as pessoas doentes.

Na sala de emergência, os profissionais de saúde convivem, quotidianamente, com os limites entre a vida e a morte, e parece que, para tornar o dia-a-dia mais leve, eles brincam e riem. Com a morte à espreita, eles se soltam em direção à prodigalidade ou como diz Maffesoli “a morte tem esse estranho poder de suscitar a vida frenética” (MAFFESOLI, 2005a, p. 78).

O ludismo nada mais é do que o “querer viver” e “perdurar a socialidade”, ele parece agir na sala de emergência como um removedor de ferrugem das relações tornando-as leves, renovadas e fazendo o espaço-tempo do trabalho mais prazeroso, dando-lhe sentido (MAFFESOLI, 2005a).

O riso, as brincadeiras, as piadinhas regeneram o corpo social da sala de emergência, reafirmando a sua potência, evocando o central, o polidimensional e o pluralismo dos valores (MAFFESOLI, 2005a). Essa aparente “desordem” é fecunda e possui regras muitas vezes sutis por isso, um entrevistado diz que não se pode “largar o paciente para uma brincadeira”.

O “orgiasmo” ou a irrupção de Dioniso na sala de emergência permite “uma nova respiração das coisas e das pessoas” e tem relação com a “respiração cósmica” e de que tudo tem relação com todos. Essa efervescência, ao resistir ao poder instituído e transgredir as normas, permite que a trama social relaxe e volte a se aprumar, trazendo à tona a solidariedade e o desejo de “ser-conjunto” (MAFFESOLI, 2005a).

Esses momentos de descontração dos profissionais na sala de emergência são fatores de comunhão e, segundo Maffesoli (2005a), após a sua ocorrência, acontece uma dispersão, um afrouxamento e quando o equilíbrio societal está prestes a ser rompido, uma força cinestésica faz com que os profissionais se reagrupem. Muitas vezes, esse reagrupamento é feito de forma rápida, causando um *frenesi*, uma agitação – explosões de risos, por exemplo – e isso faz esquecer que há familiares por perto, mas esses momentos permitem acelerar o tempo, para evitar que o dia fique longo, como dito por um dos entrevistados.

Compreendo que esses momentos causam uma desordem na ordem permitindo o reencantamento do trabalho na sala de emergência e como um fragmento mostra: “a pessoa descontraí, trabalha mais alegre, trabalha mais à vontade”.

Muitas vezes, por “julgarmos” o trabalho alienante e por querermos que tudo nas instituições de saúde seja perfeito, esquecemos que o cotidiano se

fundamenta na liberdade, sendo circundado por rituais, gestos, experiências e o prazer de sair de si para ir ao encontro do outro, perturbar as certezas estabelecidas, instaurando a desordem e fazendo, desse modo, circular a própria vida. A vida circula no espaço-tempo da sala de emergência, que é um “cadinho: lugar no qual se cria raiz e, a partir do qual, a pessoa cresce e se evade”, lugar da “empatia”, “lugar de onde se escapa”, para alcançar a alteridade (MAFFESOLI, 2001, p. 89).

Compreendo que o cotidiano do trabalho na sala de emergência, a convivência diária com as situações limites da vida, com as normas, com o trabalho que “já é duro” favorece as escapadelas e deixa que o selvagem, o errante, que está em cada um daqueles que ali exercem suas atividades, se revele, derrubando as barreiras da racionalidade erigidas em volta da pessoa, celebrando a vontade do querer viver irreprimível. E, uma vez que isso revigora as forças dos profissionais de saúde e favorece o contato com a pessoa doente, é uma forma de humanização da assistência.

5.5 Infra-Estrutura Hospitalar: contribuições para o humano e o não humano

As instituições hospitalares concentram as ações de alta complexidade que utilizam equipamentos, recursos e técnicas complexas de assistência e, por isso, o gasto financeiro nesse setor é um dos maiores, assim como o fluxo de pacientes. O pronto-socorro é a porta de entrada de pacientes com urgências e emergências clínicas e traumáticas, que após receberem o primeiro atendimento, são destinados a outros setores da instituição hospitalar. Os serviços de urgência e emergência reúnem, em um mesmo lugar, a estrutura física, a disponibilidade de recursos materiais e tecnológicos e profissionais de saúde especializados no atendimento de pacientes em emergência.

Os profissionais de saúde abordam nas entrevistas a instituição hospitalar e, da fala deles, emergiram três formas. Na primeira forma os entrevistados relatam a superlotação, o grande volume de atendimento, ocasionando a presença de pacientes deitados em macas pelos corredores e um corre-corre intenso. Na segunda, os relatos apontam para a inadequação da área física para o atendimento, a falta de roupa de cama e de colchão para as macas. Na terceira forma, está a

rotatividade de profissionais de saúde e a desproporção entre o número de funcionários e o de pacientes atendidos.

Na primeira forma, os profissionais de saúde disseram, nas entrevistas, que a superlotação de atendidos e o número insuficiente de funcionários impede a humanização da assistência no pronto-socorro e na sala de emergência. As observações que realizei também mostram as dificuldades enfrentadas com o aumento da demanda de pacientes.

E, às vezes [referindo-se à humanização], fica comprometido aqui, por causa do volume. [...]. Uma instituição que atende, ouvi dizer, não sei a fonte, que atende mais ou menos 624 pacientes por dia. [...]. As coisas são muito corridas, o fluxo é muito grande [...] porque o pior que tem no hospital com relação à questão da humanização é o fluxo de pacientes, que é muito grande (E1).

Mas a humanização, no setor de emergência, a gente tenta fazer algo pelos pacientes, pelos acompanhantes, mas como você faz isso no corredor, com quarenta pacientes no corredor? [...]. O setor fica muito cheio, tenso e, às vezes, nós ficamos sem saber o que fazer. Hoje, eu estou com trinta pacientes no corredor e fico preocupada com os funcionários. E eu sei que são muitos pacientes e digo: *“vai fazendo as coisas mais importantes”*. E eles tomam cuidados, principalmente, para não fazer medicação errada (E2).

Como prestar um bom atendimento, um atendimento humanizado, se tem pacientes para avaliar que estão no corredor? Então as salas ficam repletas de pacientes sendo que, muito deles, não são traumas. [...] É esse negócio da superlotação, o sistema de saúde não funciona... e isto vira um problema social. Se esse hospital atender pacientes que não têm indicação ou não são politraumatizados graves, o que acontece é que superlota o pronto-socorro. E a gente fica atendendo pacientes no corredor (E3).

Hoje em dia, no pronto-socorro, na maioria das vezes, você não tem tempo. Nem trata o paciente pelo nome por causa da correria. [...] o fluxo está muito grande no pronto-socorro, a demanda está muito grande. Como o ritmo de pacientes é grande e são poucos funcionários, você não tem tempo de dar uma assistência adequada ao paciente, como você gostaria de dar (E4).

E o corre-corre é muito grande no pronto-socorro. [...] porque a demanda é muito grande e a cada dia cresce mais (E5).

Durante o período das observações, relatei alguns momentos de superlotação da sala, depois ficou tão frequente que não fiz mais relação do número de pacientes dentro da sala de emergência.

Quando abro a porta, o enfermeiro fala para o médico de plantão: “olha ela aí.” E o médico vira-se e me diz: “É você que está escrevendo sobre humanização? Veja isso aqui”. Ele se referia à sala de emergência que nesse dia tinha nove pacientes muito graves (CENA nº 5, julho de 2009).

A sala de emergência tem hoje oito pacientes, cinco técnicos de enfermagem, um enfermeiro, dois médicos, eu e mais três acadêmicos. Impressão da pesquisadora: a lotação da sala também acontece com o número de profissionais dentro dela e não estava acontecendo nenhuma avaliação imediata (CENA nº 6, julho de 2009).

Entro na sala de emergência e ela está como todos os dias, com a capacidade acima do número de macas a que se destina que são seis. O enfermeiro e o coordenador do plantão estão avaliando as possibilidades de transferência de pacientes para outros setores, pois serão admitidos mais dois pacientes que estão sob ventilação mecânica. O médico de plantão explica que, como as vagas já foram dadas, ele avisaria a Regulação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que não poderiam receber mais pacientes e ficariam apenas com a demanda espontânea (CENA nº 10, janeiro de 2010).

Os profissionais relatam nas entrevistas a realidade vivida no atendimento em urgência e emergência no Pronto-Socorro. Percebo que o volume de pacientes, que ocasiona salas e corredores repletos, a demanda que aumenta a cada dia, causam uma angústia nos profissionais de saúde porque esta situação reflete no pouco tempo despendido para cuidar de cada pessoa doente, o que impede, até mesmo, chamar a pessoa doente pelo nome.

O relato das observações realizadas também retrata essa superlotação no pronto-socorro e dentro da sala de emergência. O número elevado de pessoas na sala pode ser de pacientes ou, também, profissionais de saúde envolvidos com o atendimento, ou de acadêmicos de medicina que vão até lá para aprender sobre atendimento em urgência e emergência. Muitas vezes, o número de pacientes na sala acarreta uma suspensão temporária de admissão de outros via sistema Resgate (Corpo de Bombeiros) ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a fim de que aqueles que vêm espontaneamente ao hospital (demanda espontânea) possam ser atendidos.

Em relação à superlotação e a procura por atendimento no pronto-socorro de pacientes considerados não urgentes ou não emergentes, um dos entrevistados mostra o seu entendimento.

O brasileiro, pelo sistema de saúde ser precário e isto é desde 1960, a pessoa pelo próprio instinto de sobrevivência, ele procura o hospital, o maior hospital ou o mais capaz para resolver o problema dele. E ele faz isso mesmo que julgue... mesmo que o problema dele não seja grave. Para ele o problema dele é o primeiro. [...]. A pessoa doente não aceita passar em um posto de saúde primeiro, para poder ser atendida e depois decidir se vai para outro lugar. Mas isto não é culpa do paciente não, isto é culpa,

na minha opinião, do sistema. O posto de saúde não tem condições de atender vários pacientes ou porque ele fica esperando muito tempo ou porque tem um médico lá que não tem condições adequadas para atender (E3).

A fala do profissional de saúde destaca alguns motivos que levam o paciente a ter como primeira opção a busca por atendimento para o seu problema de saúde no pronto-socorro.

As entrevistas e as observações levam a compreender que essas situações causam angústia nos profissionais de saúde por não conseguirem atender o paciente de forma individual, valorizada e, portanto, humanizada. E que, apesar da superlotação, de os pacientes estarem nos corredores e, como um dos entrevistados disse, “o corre-corre é muito grande”, eles são orientados a fazer o que é mais importante primeiro, tomando cuidado “principalmente, para não fazer medicação errada”. Percebe-se que os profissionais consideram a superlotação como algo que dificulta a humanização e tomam cuidado para não cometerem erros com os pacientes. E reconhecem que a superlotação não é culpa do paciente e, sim, do sistema de saúde que não prioriza a atenção básica, o que produz/gera um fluxo aumentado de pacientes no pronto-socorro.

As questões apontadas pelos profissionais de saúde levam a compreender que eles consideram a superlotação no pronto-socorro e na sala de emergência um fator desumanizador da assistência à pessoa gravemente doente e ao profissional de saúde. Os profissionais buscam isentar de culpa ao reconhecer que as pessoas doentes estão pensando nas melhores condições de sua saúde e, por isso, tentam resolver o seu problema no pronto-socorro. Percebe-se que, para minimizar os efeitos da desumanização e impedir a ocorrência de erros ou eventos adversos, eles priorizam os cuidados, mantendo atenção para evitar ministrar medicamentos errados. Entendo que quando eles tomam essas medidas, eles humanizam a assistência ao privilegiar a melhoria das condições de saúde da pessoa doente. É voltar o olhar, a atenção para o outro que, no momento, está em sofrimento e fragilizado.

Giglio-Jacquemont (2005) diz que o pronto-socorro, por ter disponibilidade de recursos materiais e tecnológicos para diagnóstico e tratamento, por ter várias especialidades médicas e funcionar 24 horas por dia, vem atraindo pacientes que não são urgentes, cujos agravos à saúde podem ser resolvidos nos ambulatórios ou centros de saúde. Segundo a autora, as pessoas doentes, por não terem o

conhecimento específico na área biomédica, não sabem fazer a distinção entre o urgente e o não urgente ou o emergente e o não emergente, e que para eles não apenas as alterações físicas são problemas de saúde, mas também o contexto social inseguro em que vivem exige atendimento de urgência.

Além de não fazerem distinção entre o que é urgente e não urgente, a pessoa doente pode escolher ser atendido no hospital por ter tido experiências frustradas na atenção primária, aliado à possibilidade de êxito de resolução de problemas na emergência (DESLANDES, 2002).

Segundo Cavalcanti, Deslandes e Minayo (2007, p. 159), “a ausência ou insuficiência de investimento na esfera da atenção básica [...] resulta no inchamento da demanda nas emergências hospitalares” e, por isso, elas estão lotadas com pacientes cujos problemas de saúde poderiam e deveriam ser resolvidos nos postos de saúde ou no Programa Saúde da Família.

Na segunda forma, as falas dos profissionais de saúde apontam para os problemas relacionados com a área física e a as condições de conforto para o trabalho na sala de emergência.

Para começar, a área física é muito pequena, a sala é muito pequena. Às vezes, não tem muito o que fazer e lá, na sala, fica um paciente do lado do outro. O setor fica muito cheio, tenso e às vezes a gente fica sem saber o que fazer. A gente senta e fica sem saber o que fazer. Mas tudo é em prol do paciente (E2).

Como humanizar com uma sala pequena como aquela? Os doentes são atendidos no corredor porque não tem espaço para colocar o paciente. [...] igual esse calorão que está aqui, esta situação que você está vendo. Então nós estamos atendendo nesse calorão, que eu estou até me “abanando” aqui, nesse cantinho. E se você olhar isto aí também é desumano com o profissional que está atendendo. Você chega em casa está exausto de tanto problema, você só ficou resolvendo problema (E3).

Você quer dar uma condição para o paciente, colocar ele em um lugar adequado, mas, às vezes, falta colchão, falta roupa de cama, porque a demanda é muito grande (E5).

E as observações realizadas mostram o mesmo problema do número de leitos aumentados na sala de emergência.

As macas estão dispostas uma ao lado da outra e hoje o espaço de circulação entre elas é insuficiente. Alguns pacientes estão tão próximos que os braços chegam a tocar uns nos outros. [...] a passagem dos funcionários entre as macas é difícil (CENA nº 3, julho de 2009).

A sala nesse dia está com nove pacientes e mais três são atendidos do lado de fora (corredor). A manhã está muito quente e o calor dentro da sala é considerável, a despeito das enormes janelas e de a porta estarem abertas, para melhorar a circulação do ar. Os profissionais e

os pacientes reclamam do calor. Um médico entra na sala e reclama do calor com uma técnica de enfermagem que diz que não tem mais jeito, pois o ar-condicionado já estava ligado e no último botão e aponta para as janelas abertas (CENA nº 8, janeiro de 2010).

Os profissionais de saúde dizem, nas entrevistas, que a sala de emergência é pequena e, por isso, fica difícil humanizar a assistência. O corredor vira um espaço de atendimento de pacientes, repleto de macas justamente porque a sala não comporta um número maior de pacientes. E estar com pacientes dentro e fora da sala gera tensão e, muitas vezes, inércia frente à superlotação, como posso ver no fragmento da entrevista: “o setor fica muito cheio, tenso e às vezes a gente fica sem saber o que fazer. A gente senta e fica sem saber como fazer”. A preocupação persiste com o paciente e por isso buscam colocá-lo em um lugar adequado, mas falta colchão, falta roupa de cama, mas tudo é feito pensando na pessoa doente.

Por ser pequena, a sala não dá conforto para os pacientes e para os trabalhadores, pois, no verão, fica muito quente e, para aliviar a tensão, os profissionais de saúde brincam dizendo que a sala tem ar-condicionado que são as janelas abertas. Um dos entrevistados diz que a superlotação e a presença de pacientes nos corredores são condições desumanas para quem trabalha.

Percebo que a “pré-ocupação” com o tamanho da sala por ser pequena está relacionada com o atendimento à pessoa doente. Parece que o desejo dos profissionais é de uma sala grande na qual os pacientes fiquem apenas até receberem o tratamento imediato, assim sendo o ideal do atendimento do pronto-socorro seria alcançado de uma forma humanizada. As entrevistas e observações levam a compreender o desejo de um espaço maior e, portanto, mais humanizado, que poderia favorecer o encontro e, assim, a partilha de sentimento e emoções ao acontecer em um ambiente organizado, confortável.

Na terceira forma, os profissionais de saúde que trabalham quotidianamente na sala de emergência, relatam que a rotatividade e o número de profissionais é incompatível com o de pacientes.

E os pacientes são gravíssimos. E nós temos uma alta rotatividade na equipe. [...] é o setor de maior rotatividade a sala de emergência (E1).

É uma enfermeira para cuidar desse número de pacientes graves, a gente acaba ficando com vários pacientes e sem saber o que você faz e qual o paciente está precisando de cuidado. Mas eu acho que todos tentam fazer o possível, mas é complicado (E2).

Aqui tem muitos funcionários bons, mas troca muito de funcionários também (E5).

Os profissionais de saúde consideram que existe uma disparidade entre o número de pacientes e o de trabalhadores, sendo o primeiro muito maior que o segundo. Percebo que, independente do número de profissionais de saúde, eles tentam fazer o possível, “mas é complicado”, segundo a fala de um deles. A rotatividade de profissionais parece também ser um problema, pois, segundo um entrevistado, “tem funcionários bons, mas troca muito de funcionário também” e isto leva a compreender que o desequilíbrio entre o número de profissionais e pacientes, a rotatividade dos trabalhadores, associados à superlotação, são elementos dificultadores da humanização da assistência no pronto-socorro.

Essas questões reportam a lógica prometética do funcionamento ao máximo de uma instituição de saúde, contraposta às condições mínimas oferecidas para o trabalho. Bellato e Carvalho (1996, p.86) dizem que,

Ao lado da lógica econômica que traz em si o gasto máximo das energias do indivíduo, contraposto ao oferecimento mínimo de condições materiais, temos a ética das pessoas que trabalham com a morte e com o sofrimento. A ética traz em si a lógica do afetual, a valorização da dimensão humana, é acaba sempre por “dar um jeitinho” e prestar o cuidado da melhor forma possível, mesmo sem as condições mínimas necessárias.

E mesmo buscando atender em condições consideradas mínimas, os profissionais de saúde, que trabalham no pronto-socorro, ficam “pré-ocupados” com a superlotação, com a rotatividade e com a inadequação da área física e que essas situações dificultam “prestar um bom atendimento, um atendimento humanizado”, como foi dito por um entrevistado. Compreendo que a resolução dessas questões poderia minimizar a “pré-ocupação” que eles tem, pois buscam alcançar o ideal do atendimento da sala: a resolutividade, a eficácia, a agilidade e o sucesso no primeiro atendimento à pessoa grave.

5.6 Espiritualidade e sofrimento na sala de emergência: "humanizando" o cuidador

O atendimento em urgência e emergência requer “espaço-tempo”, conhecimento científico, habilidade técnica, condições estruturais e materiais favoráveis e, principalmente, uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentre outros) com treinamento, capacidade, saúde física e mental para garantir a vida e a autonomia funcional da pessoa gravemente doente.

Os profissionais de saúde entrevistados, nas suas falas, possibilitam o entendimento de algumas formas que reportam à espiritualidade e ao sofrimento no atendimento em urgência e emergência. A primeira forma gira em torno da espiritualidade, da experiência de vida e dos valores adquiridos com a família; a segunda, fala do não reconhecimento do trabalho executado; a terceira forma, aponta se cuidar para poder cuidar do outro.

A primeira forma que emergiu das entrevistas com os profissionais de saúde mostra a experiência vivida, os valores adquiridos com a família, a espiritualidade, como necessários para as pessoas que lidam com outras em situação críticas. Das entrevistas foram extraídas as falas que se seguem.

Eu sou católico. Esta questão da fé de amor ao próximo, isto para mim é muito importante. [...] é a criação da pessoa, de cada um. Entra o respeito mútuo, a religião, a minha família, o jeito como fui criado. O bom a gente absorve. [...] existem pessoas que foram criadas com certos valores. Como é importante a família na vida da gente, como a família dá suporte para a gente (E1).

[...] eu sou atenciosa, atenta ao meio. Eu acho que a gente já nasce com isso. Eu sempre penso no que poderia ter feito e não fiz e busco fazer quando a situação repete (E2).

Acho que isso vai da pessoa. Eu acho que vem da minha mãe. [...] ela sempre passou isso para mim. [...] a pessoa já vem com aquilo, é do caráter dela (E4).

O ser humano pode contribuir em qualquer fase da vida, basta querer e colocar isso em primeiro lugar na vida dele. Amar a Deus sobre todas as coisas, e ao próximo e isto eu aprendi com a minha família (E5).

Os profissionais, nas entrevistas, colocam a espiritualidade como importante para aqueles que cuidam de outras pessoas. As falas mostram o sentimento que eles têm em relação ao outro: “[...] questão de fé, de amor ao próximo”, e “amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo”, que denotam o espírito de solidariedade, fraternidade, humildade e amor, todos relacionados com a

pessoa doente; assim, parecem sacralizar o encontro com Deus, ao utilizar as suas premissas de solidariedade e fraternidade. Ao associar a espiritualidade com a família e com os valores apreendidos no seio familiar, parecem direcionar as pessoas no sentido de “preocupar-se”, “ocupar-se” e “importar-se” com o outro.

Os profissionais de saúde, ao falarem em ter fé, no amor ao próximo, nos bons valores aprendidos e herdados da família, permitem o entendimento de que esses valores ligados a quem cuida contribuem com o cuidar do outro. Entendo que essas são qualidades humanas do profissional de saúde e que contribuem para a humanização da assistência na sala de emergência do pronto-socorro.

Entendo a espiritualidade, os valores como uma forma a permitir que o profissional de saúde seja capaz de lidar com as emoções e angústias que fluem entre eles e com os pacientes. Segundo Vasconcelos (2006, p. 68):

Por meio da espiritualidade, experimentam-se pessoalmente, os misteriosos caminhos do eu profundo, suas contradições e antagonismos internos, suas formas simbólicas de expressão, sua capacidade de mobilizar energias intensas e de encontrar significados para as situações de crise.

Percebo que os profissionais de saúde ao aprender pela fé e pela espiritualidade a lidar com as emoções, angústias, fragilidade e vulnerabilidade da pessoa doente, tratam a vida humana como sagrada, portanto, venerando-a, humanizando-a.

Entendo pela fala dos entrevistados que a espiritualidade, a experiência da vida em família e os valores apreendidos, de alguma forma, os preenchem, todavia, parece que não são suficientes para que os profissionais se sintam plenos.

Eles relatam, na segunda forma que, às vezes, o trabalho não é reconhecido, que são muito cobrados, que, muitas vezes, esquecem-se de se cuidar e por isso retornam para casa exaustos e deprimidos.

[...] você está fazendo o bem para o próximo e, na maioria das vezes, não é reconhecido. E quando você tem um erro, e somos seres humanos e erramos, quando a pessoa erra, ela é cobrada de todas as formas. [...] o que aparece mais são as reclamações. Ninguém vê a quantidade de agradecimentos que nós ouvimos, mas isto não é feito por escrito (E1).

Às vezes a gente olha muito o cuidado e esquece-se da gente, que cuida. Deixa as coisas passarem[...]. Eu já sou muito preocupada com as pessoas, com todo mundo (E2).

Você chega em casa e está exausto de tanto problema. Você só ficou resolvendo problemas. A pessoa às vezes não consegue colocar aquilo de lado e focar só no paciente. A gente aceita aquilo e pronto (E3).

Às vezes até deprime porque não tem condições de fazer aquele trabalho que poderia ser feito (E5).

Um profissional de saúde relata que o trabalho executado não é reconhecido pelas pessoas e que existe uma cobrança maior sobre os erros e os acertos não são valorizados. O fragmento da fala mostra que “você está fazendo o bem para o próximo e, na maioria das vezes, não é reconhecido” e continua dizendo que “o que aparece mais são as reclamações” e que “ninguém vê a quantidade de agradecimentos que nós ouvimos”. Percebo que o profissional de saúde quer ver o seu trabalho reconhecido a despeito de saber que os erros acontecem e são inerentes ao ser humano, e que ele sabe que os agradecimentos não são reconhecidos porque “não é feito por escrito”. Compreendo que o profissional de saúde encara as suas ações cotidianas na sala de emergência como uma troca simbólica, ou seja, o seu trabalho alivia o sofrimento do paciente, ele recebe os agradecimentos do paciente -a melhora da saúde- mas não tem reconhecimento da instituição pela troca ter sido exitosa em alguns momentos. Para ele, ser reconhecido pelo que faz, é uma forma de humanização.

Segundo Mauss (2003), a pessoa só desempenhará o seu trabalho de forma correta se for lealmente paga por ele, pois ela troca mais que um tempo de trabalho: ela dá algo de si mesma como o seu tempo pessoal e a sua vida. Por isso, segundo o autor, ela quer ser recompensada por essa dívida, mesmo que de forma moderada, e se isso não acontece, poderá tornar-se preguiçosa e com o rendimento baixo nas atividades laborais. Compreendo, portanto, que o profissional de saúde deseja um incentivo e estímulo para continuar acertando e que o reconhecimento do trabalho executado o estimulará a fazer a sua atividade cada vez melhor e, ficando satisfeito, estará sendo humanizado e, assim, continuará mantendo em circulação as três obrigações da dívida: “dar”, “receber” e “retribuir”.

O compromisso dos profissionais de saúde entrevistados, que se ocupam com o cuidado a pessoas doentes, segundo eles, parece abranger todo o tempo, impedindo-os, muitas vezes, de cuidar de si. Eles passam a maior parte do tempo resolvendo problemas e, por isso, ao retornarem para casa, estão exaustos. Um entrevistado relata que chega até a deprimir por não conseguir fazer o trabalho da

forma como gostaria. Somado a isso, aparece o não reconhecimento do trabalho executado, a ênfase em punir os erros em detrimento de ver os acertos ou os agradecimentos que eles recebem, e terminam por aceitar essa situação e pronto.

As falas dos entrevistados levam a compreender que não cuidar de si, ficar resolvendo apenas problemas, sem conseguir focar no paciente, a depressão, a exaustão e o não reconhecimento do trabalho dos profissionais da sala de emergência estão desencadeando um “sofrimento no trabalho”.

Maritain (1999, p. 156) diz que os homens têm desejos e necessidades de “serem amados. De serem reconhecidos. De serem tratados como seres humanos” e, desta forma, almejam ter os seus direitos e valores respeitados e isto deve ser estendido ao trabalho. Segundo o autor, o trabalho necessita buscar os meios para trazer a alegria, o crescimento e o deleite do espírito, enquanto se exercem as atividades laborais.

Percebo que as atividades laborais na sala de emergência são geradoras de estresse, haja vista as características dos pacientes que são admitidos na sala e, portanto, podem levar o profissional ao adoecimento. Posso notar que as falas “chego em casa exausto”, “às vezes até deprime”, “a gente aceita aquilo e pronto” podem remeter ao que os estudiosos da saúde mental denominam desgaste ocupacional.

Segundo Codo (1999), o desgaste ocupacional, também conhecido como *Burnout* (queimar para fora) é uma síndrome que ocorre principalmente em trabalhadores que estão sob tensão constante, gerada pelo contato direto e excessivo com pessoas, como os profissionais da educação, da saúde, policiais, agentes penitenciários, dentre outros. Diz ainda que *Burnout* é definido como uma reação à tensão crônica e envolve três componentes: exaustão emocional, despersonalização, falta de envolvimento pessoal no trabalho.

Percebo que os profissionais da sala de emergência entrevistados ou apenas observados apresentam sinais de desgaste ocupacional e requerem acompanhamento, para que possam reaprender a lidar com o vazio, entendendo que ele é rico em possibilidades. Compreendo que o contato direto com as situações de urgência, de emergência; lidar com conflitos internos e externos; as dificuldades inerentes ao trabalho (superlotação, falta de material e estrutura física considerada inadequada) são desencadeadores de sofrimento nos trabalhadores e, portanto,

agem interferindo no processo de humanização da assistência, pois o cuidador não está nesse momento sendo cuidado ou em condições de cuidar de outrem.

6 RECOMEÇANDO

Retomo o propósito desse estudo: compreender o sentido atribuído pelos profissionais que atuam quotidianamente na sala de emergência de um pronto-socorro, ao termo humanização da assistência e como eles utilizam esses significados quando se localizam frente uns aos outros e frente ao paciente, durante o primeiro atendimento. E na busca desse sentido os profissionais de saúde me relataram as suas práticas, vivências, sentimentos que me “mostram” o que pode ser (ou não) humanizar a assistência.

Nesse caminhar, passei pela sociologia, filosofia e antropologia. Aproximei-me da obra de Goffman buscando aprender sobre a representação das pessoas quando estão umas frente às outras e entendi que a vida quotidiana é mesmo um teatro, no qual usamos máscaras para torná-la suportável e que, a cada dia, temos um papel a representar. Depois fui apresentada à obra de Mauss, primeiro com a leitura da técnica do corpo com a qual apreendi que os nossos gestos, andar, sentar, dançar não passam de repetição de atos bem-sucedidos. Desta forma, muita coisa que fazemos usando como instrumento o corpo não será inédita, alguém já o fez; e ainda com Mauss apreendi que “dar”, “receber” e “retribuir” é uma obrigação social, uma dádiva e que elas também estão na saúde. A obra de Schütz, a despeito da minha pouca aproximação, mostrou-me que as relações no mundo social são face a face e que elas criam um relacionamento no “nós”, e que, talvez, eu não conheça até o fim o mundo dos sucessores, aquele que é do futuro indeterminável. Apreendi ainda com Schütz que o que eu carrego na minha história de vida e o que experiencio a cada dia me permitem aprender um pouco sobre o outro e a me relacionar com ele. Maffesoli me ensina a olhar para as coisas banais da vida e estou aprendendo a observar as coisas simples da vida; descobri que nada é melhor para efervescer a vida do que a transgressão, o jogo duplo, o orgasmo e tudo que acompanha o deus epidêmico Dioniso e que podemos fazer tudo isto com outros, unidos em uma tribo; e que dentro de nós habita o bem e o mal, a luz e a sombra, o bonito e o feio, o humano e não humano.

Partindo dessas ideias, ora profunda ora superficialmente, busquei os significados do termo humanismo e descobri que ele não tem contornos definidos, mas seu sentido gira em torno da valorização, da dignidade, da liberdade, da

solidariedade e da fraternidade da pessoa, e que as discussões sobre humanização acontecem desde o século XIII. A humanização ou humanismo – seus sentidos são praticamente os mesmos – é a busca do ser para descobrir quem ele é, a sua essência e assim ser capaz de ser mais humano com ele e com os outros; e na saúde está relacionada com a satisfação da pessoa doente, com a qualidade do cuidado recebido e a manutenção da sua dignidade.

Busquei compreender o significado da humanização com aqueles que travam uma luta quotidiana com a morte na sala de emergência de um pronto-socorro, sob a perspectiva da sociologia compreensiva e encontrei algumas “formas que dão forma” a humanização da assistência nesse espaço-tempo as quais apresentam algumas modulações. Na sala de emergência os profissionais de saúde creem que se colocar no lugar do outro é uma forma de humanizar a assistência. Entretanto, o profissional de saúde e o paciente têm histórias de vida, conhecimento e culturas diferentes; sendo assim, a troca de posição não será igual, poder-se-á aprender pontos de vistas semelhantes, mas não o que o outro sente.

Os profissionais da sala de emergência têm uma “pré-ocupação” com o familiar ou acompanhante, mas a comunicação entre eles só acontece após a estabilização clínica da pessoa doente. Os profissionais parecem saber que uma forma de harmonizar os conflitos, aliviar a angústia e o sofrimento do familiar ou acompanhante é a comunicação entre as pessoas. Entendo que os profissionais de saúde reconhecem que, no encontro com o familiar, o atendimento humanizado é marcado pela efetiva interação interpessoal, pela boa comunicação, pela dedicação de tempo, pela atenção e pela escuta.

Na sala de emergência, as pessoas têm três obrigações: “dar”, “receber” e “retribuir” e não há dúvida de que os profissionais de saúde se doam uns para os outros e para os pacientes e familiares como se fossem presentes. O surgimento da dívida mostra que os bens de cura, que na sala de emergência circulam, não são apenas materiais, técnicas ou medicamentos, mas também simbólicos e permeados de afetos, reconhecimento e acolhimento, sendo, portanto, humanizador das relações entre profissionais de saúde e profissionais de saúde e pessoas doentes.

No encontro com os profissionais, compreendi que o nosso lado bom e o nosso lado ruim, luz e sombra, desencadeiam uma série de atos que são ora humanos ora não humanos. E que as ações consideradas não humanas advêm do fluxo intenso de pessoas doentes na sala de emergência e nos corredores do

pronto-socorro, o que gera sofrimento, mas, mesmo com a superlotação, eles não deixam a pessoa doente sem assistência ou são negligentes com ela. Em alguns momentos a pessoa doente pode ser tratada de forma “áspera” ou ser respondida em um tom intimidador. Reconhecer a existência dos dois lados, bem e mal, pode nos ajudar a sermos melhores ao lidar uns com os outros. Outra “pré-ocupação” que os profissionais de saúde da sala de emergência têm é com a exposição do corpo da pessoa doente. Durante alguns atendimentos na sala de emergência, as roupas são removidas para permitir uma melhor avaliação da pessoa doente. Nesses momentos acontece o “apagamento ritualizado do corpo” e os profissionais não veem aquele corpo como semelhante ao seu, pois ele apresenta algumas lesões que requerem solução e, por isso, o “apagam” mentalmente, e quando esse “apagamento” é percebido, geralmente por quem não está prestando diretamente o cuidado a pessoa doente, o corpo é coberto. Reconhecer que o “apagamento do corpo” acontece, poderá permitir que as pessoas o identifiquem quando surgir e cubram a pessoa com um lençol.

Os profissionais de saúde da sala de emergência disseram que a humanização é uma forma de contágio ou passa de uma pessoa para outra e para que ela seja disseminada, requer envolvimento de todos e de discussões frequentes sobre o tema.

Compreendi com os profissionais de saúde que a ênfase na técnica, no conhecimento científico, nos treinamentos do “sangue-frio”, buscam o ideal da assistência na urgência e emergência, que são a resolutividade, a eficácia, a agilidade e o sucesso no primeiro atendimento à pessoa grave e ousar dizer que isso é pura humanização. Existe nos profissionais da sala de emergência uma “pré-ocupação” com a hierarquia no atendimento, em aferir primeiro os sinais vitais e pesquisar condições que ameaçam a vida, em fazer um serviço de qualidade, “ter olhos de águia”, ser perspicaz e conseguir fazer a distinção entre um paciente grave e outro que não é grave apenas olhando. Os profissionais de saúde parecem buscar, através do treinamento das técnicas, melhorar o atendimento e aprimorar as habilidades em cuidar de pessoas graves. E, muitas vezes, essas técnicas têm o objetivo de ensinar a “educação do sangue-frio”, que é um mecanismo que inibe o surgimento de movimentos incoordenados que poderiam impedir o alcance, o atendimento efetivo, resolutivo, eficaz e ágil. Existe nos profissionais da sala de emergência uma preocupação em desenvolver habilidades técnicas que serão

empregadas com o intuito de manter a vida da pessoa doente, e, por isso, elas são humanizadoras.

Compreendi ainda que em um ambiente tão austero, no qual as cenas são angustiantes, sangrantes, desesperadoras, às vezes ocorre a irrupção de um deus errante, de uma “criança eterna” e vamos aprendendo, aos poucos, que os momentos festivos, solidários nos unem uns aos outros, como um cimento social. As brincadeiras surgem no espaço-tempo da sala de emergência e parecem funcionar como um respiradouro, uma reorganização das forças para continuar enfrentando o dia-a-dia no trabalho. O lúdico, na sala de emergência, renova as forças, promove um mergulho nas coisas elementares da vida e denota um desejo de mudança, de recriar a vida e isso humaniza os profissionais de saúde e as pessoas doentes, é a demonstração de um “querer-viver”.

Percebi que os profissionais de saúde estão ligados pelo sentimento de pertença, pelos afetos, pela disponibilidade para o outro, pelas emoções e sentimentos partilhados, os quais os fazem se reunir em uma tribo. Penso que, por tudo que suscita o sentimento de tribo, tribalismo, parece ser um novo humanismo ou um velho humanismo com nova roupagem. O espaço-tempo da sala de emergência é o lugar do encontro, do “ser-estar-junto”, da religação das pessoas umas às outras, do se perder de si no outro, da socialidade e do espírito de equipe, que remetem ao sentimento de tribo. O sentimento de pertencer faz perdurar o laço social e humaniza as relações entre os profissionais de saúde ao partilhar os sentimentos. E, assim, enquanto equipe ou tribo, eles trocam afeto, respeito, convivem com o outro e pelo outro, se perdem, se encontram e valorizam o presente.

Os profissionais me levaram a compreender que a superlotação, o número insuficiente de funcionários por plantão para atender a demanda aumentada de pacientes, o “doente deitado na maca pura”, a rotatividade, o não reconhecimento do trabalho executado são fatores que dificultam o atendimento e são desumanos em relação aos trabalhadores. Essas situações causam angústia nos profissionais de saúde por não conseguir atender a pessoa doente de forma individualizada, valorizada. A angústia é uma força interior que mobiliza as pessoas e, portanto, inaugura os questionamentos sobre desumanização e a busca por uma solução. A reflexão crítica sobre essas situações, consideradas não humanas, que ocorrem na sala de emergência e no pronto-socorro, poderá ocasionar mudanças na qualidade

da atenção, no reconhecimento da legitimidade das pessoas doentes e dos limites dos profissionais de saúde e dos pacientes.

Compreendi que a espiritualidade os faz se religarem a Deus e lembrar que a vida é sagrada, o que facilita lidar com as pessoas, “amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo”. Os profissionais de saúde ao aprenderem, por meio da fé e da espiritualidade, a lidar com as emoções, as angústias, a fragilidade e a vulnerabilidade da pessoa doente tratam a vida humana como sagrada. Apesar da espiritualidade, percebi que alguns profissionais têm o desejo de que o trabalho seja reconhecido ou conhecido mais pelos acertos que realizam do que pelos erros que acontecem. Entretanto, o trabalho quando exitoso reflete a atuação da equipe e quando um erro acontece ele reflete, algumas vezes, ser de caráter individual. Um erro, ou melhor, um evento adverso, necessita ser visto como uma oportunidade para aprender e melhorar e não ter exclusivamente um caráter punitivo, sendo, portanto, discutido com toda a equipe.

Alguns profissionais de saúde apresentam sinais de desgaste ocupacional e necessitam ser acolhidos. O contato cotidiano com o sofrimento da pessoa doente, a angústia em não conseguir realizar um “bom trabalho”, o medo frequente de errar, e lidar com pacientes graves faz com que os profissionais de saúde da sala de emergência fiquem expostos ao risco de adoecimento e, por isso, necessitam de cuidado e acompanhamento.

Enfim, compreendi que esses profissionais de saúde da sala de emergência têm mais ações humanizadoras do que desumanizadoras, ou seja, são mais humanos do que não humanos quando prestam o primeiro atendimento à pessoa gravemente doente. Entretanto, as discussões sobre humanização devem acontecer com mais frequência com os profissionais de saúde, aliadas a melhorias nas condições de trabalho, para que esses profissionais continuem se doando uns aos outros, na forma de presentes simbólicos, mantendo, assim, a circulação da dádiva/dom na sala de emergência.

REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSENAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999. 203 p.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3. p. 549-560, mar./abr. 2005.
- BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Paraná, v. 26, n. 1, p. 205-212, jan./jun. 2004.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 516 p.
- BELLATO, R. **O mito do instituído e a banalidade do vivido no cotidiano de um hospital universitário**. 1996. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
- _____. **A Vivência da hospitalização pela pessoa doente**. 2001. 210 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2001.
- BELLATO, R.; CARVALHO, E.C. Insignificâncias essenciais: a busca pelo reencantamento no cotidiano hospitalar. Cuiabá: Edufmat, 1996.
- BERMEJO, J. C. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 231-239, abr./jun. 2003.
- BIEDERMANN, H. **Diccionario de símbolos**. Barcelona, Espanha: Paidós, 1993.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**. Tradução de Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Portugal: Porto Editora, 1994.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 1 dez. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília: Série CNS – Cadernos Técnicos, série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 133, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002:** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília (DF): 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2010.

CAILLÉ, A. **Antropologia do dom:** o terceiro paradigma. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

CAPALBO, C. **Metodologia das Ciências Sociais:** a fenomenologia de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Antares, 1979.

CARVALHO, M. M. M. de. **A enfermagem e o humanismo.** Portugal: Lusociência, 1996.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. A humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1. p. 105-111. jan./fev. 2005.

CAVALCANTI, M. de L. T.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. de S. Análise da implementação do atendimento hospitalar. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 349 p.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica.** RESOLUÇÃO CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_1.asp>. Acesso em: 25 maio 2010.

CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de símbolos.** 11. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.

CODO, W. **Educação:** carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Resolução COFEN nº 311/2007. Disponível em:

<[http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp? ArticleID=7168§ionID=51](http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7168§ionID=51)>. Acesso em: 20 jun. 2007.

DESLANDES, S. F. A humanização e a construção política do lugar do sujeito no processo comunicacional. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 15-29, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov 2007.

_____. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DIOGO, C. S. **Impacto da relação cidadão – sistema de triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS**. 2007. 214 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Gestão, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa, Portugal, 2007.

DURAND, G. Introduction: rencontre. In: CEAQ – Centre d'Études sur l'Actual et Le Quotidieu. **Dérive autour de l'oeuvre de Michel Maffesoli**. Paris: L'Harmattan, 2004.

FREITAS, C. B. D.; HOSSNE, W. S. O papel dos Comitês de Ética em Pesquisa na proteção do ser humano. **Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2. p. 129-146, nov. 2002.

GAIVA, M. A. M. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 11, n. 1, p. 61-66, jan./abr. 2006.

GIGLIO-JACQUEMONT, A. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 233 p.

GUERRA, S. D. **Manual de emergências**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2010.

HEIDEGGER, M. **Carta sobre o humanismo**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

HOUAISS, A; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

HOWARD, J.; STRAUSS, A. **Humanizing health care**. New York: John Wiley & Sons, 1975.

LATIMER, J. **Investigação qualitativa avançada para enfermagem**. Tradução de Jorge Telles Menezes. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. 260 p.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

_____. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. Campinas: Papirus, 2003.

LEITE, M. A. R. **O “divino” cotidiano das enfermeiras na Terapia Intensiva.** 1998. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

LYOTARD, J. F. **O inumano:** considerações sobre o tempo. 2. ed. Lisboa: Editorial Estampa, 1997.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências.** Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

_____. **A transfiguração do político:** a tribalização do mundo. Porto Alegre: Sulina, 1997.

_____. **Nomadismo:** vagabundagens pós-modernas. Rio de Janeiro: Record, 2001.

_____. **O instante eterno:** o retorno do trágico nas sociedades pós-modernas. São Paulo: Zouk, 2003a.

_____. A comunicação sem fim (teoria pós-moderna da comunicação). **Revista Famecos:** mídia, cultura e tecnologia, Porto Alegre, n. 20, p. 13-20, abr. 2003b.

_____. **Notas sobre a pós-modernidade:** O lugar faz o elo. Rio de Janeiro: Atlântica, 2004a.

_____. **A parte do diabo:** resumo da subversão pós-moderna. Rio de Janeiro: Record, 2004b.

_____. **A sombra de Dioniso:** contribuição a uma sociologia da orgia. 2. ed. São Paulo: Zouk, 2005a.

_____. **O mistério da conjunção:** ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade. Porto Alegre: Sulina, 2005b.

_____. **O tempo das tribos:** o declínio do individualismo nas sociedades de massa. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **O conhecimento comum:** introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina, 2007a. 295 p.

_____. **O ritmo da vida:** variações sobre o imaginário pós-moderno. Rio de Janeiro: Record, 2007b.

_____. **A república dos bons sentimentos.** São Paulo: Iluminuras Itaú Cultural, 2009. 96 p.

_____. **Saturação.** São Paulo: Iluminuras Itaú Cultural, 2010, 120 p.

MARITAIN, J. **Por um humanismo cristão**: textos seletos. São Paulo: Paulus, 1999.

MARTIN, L. A ética e a humanização hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 206-218, abr./jun. 2003.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 73, p. 45-66, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/73/RCCS73-045-066-Paulo%20H.Martins.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2010.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. S. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 244 p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MOTA, J. A. C. A biotecnologia na área da saúde. **Diversa - UFMG**, Belo Horizonte, v. 2, p. 12, maio 2004.

_____. Quando um tratamento torna-se fútil? **Bioética**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 35-39, 1999.

NASCIMENTO, E. S. do. **O cotidiano em saúde – doença de crianças escolares**. 1993. 141 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

_____. Compreendendo o cotidiano em saúde. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 31-38, dez. 1995a.

_____. Noções que animam o cotidiano. **Enfermagem Revista**, v. 2, n. 4, p. 39-45, dez. 1995b.

NOGARE, P. D. **Humanismo e anti-humanismo**: introdução à antropologia filosófica. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

PAWLIKOWSKI, M. Dehumanization of Contemporary Medicine: Causes and Remedies. **Neuroendocrinology Letters**, Sweden, Lodz, v. 1, n. 23, p. 5-7, Feb. 2002. Disponível em: <http://www.nel.edu/23_1/NEL230102E03_Pawlikowski.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2010.

PINHEIRO, E. M.; KAKEHASHI, T. Y.; ANGELO, M. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 717-722, set./out., 2005.

PINHO, L. B. de; KANTORSKI, L. P. Condições de atendimento na unidade de emergência: um estudo qualitativo com famílias de pacientes. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 223-232, set./dez., 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/7974/5623>>. Acesso em: 24 jul. 2008.

PITHAN, L. H. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação” hospitalares**. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

PULEDDA, S. **Interpretaciones Del humanismo**. México: Plaza y Valdés Editores, 1996.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. Goiânia: AB Editora, 1999. 80 p.

REZENDE, A. L. M. de. **A sedução dos mitos da saúde-doença na telenovela**. 1991. 286 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade do Estado de São Paulo, São Paulo, 1991.

REZENDE, A. L. M. de. A imagem da enfermagem numa perspectiva formista. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 25-36, abr. 1993.

ROCHA, C. L. A. **O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e a Exclusão Social**. [s.l.] 2009. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/viewFile/32229/31455>>. Acesso em: 16 jul. 2010.

SCHÜTZ, A. **El problema de la realidad social**. Escritos I. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2003a.

_____. **Estudios sobre teoria social**. Escritos II. Buenos Aires: Amorrortu, 2003b.

SCHÜTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, nov. 2002.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999. 202 p.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo título é: **“Humanização da Assistência**: o significado para a equipe multiprofissional de saúde que cuida de pacientes críticos”. Essa pesquisa será desenvolvida por Mércia Aleide Ribeiro Leite, enfermeira, para obtenção do título de doutora em Ciências da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Joaquim Antonio César Mota, e co-orientação da Profa. Dra. Estelina Souto do Nascimento. O objetivo deste estudo é: “compreender o sentido atribuído pelos profissionais que atuam quotidianamente no pronto-socorro ao termo humanização da assistência e construir, com base na literatura, o conceito de humanização da assistência”.

Com a finalidade de trabalharmos dentro dos preceitos éticos, você deverá tomar ciência dos princípios que regerão sua participação e dos pesquisadores nesse estudo.

Você está sendo convidado por trabalhar, quotidianamente, no pronto-socorro desta instituição, e a sua participação não é obrigatória. Para alcançar o objetivo proposto nesse estudo será realizada uma entrevista que poderá durar cerca de uma hora. Durante a entrevista serão feitas perguntas a você, sempre visando alcançar o objetivo do estudo, contribuindo, dessa forma, para a construção do conhecimento científico. As entrevistas serão gravadas em sistema digital e a seguir transcritas.

Os dados obtidos nesse estudo, oriundos das entrevistas, serão de uso exclusivo para fins dessa pesquisa, sendo o seu acesso restrito aos pesquisadores. As gravações serão deletadas após a transcrição e estas permanecerão sob a guarda dos pesquisadores durante cinco anos. Após esse período serão destruídas.

Você é livre para recusar a responder as questões que causem constrangimento, e poderá retirar o seu consentimento e terminar a sua participação a qualquer tempo, sem penalidades ou prejuízo à continuidade de seu trabalho nesta instituição. No caso de você se decidir a retirar-se do estudo, favor notificar ao pesquisador.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante e também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Você não terá benefícios diretos ou imediatos enquanto participante desta pesquisa, mas os resultados poderão contribuir para a melhoria das formas de ser e trabalhar em saúde e poderão favorecer a implementação e formulação de políticas que propiciem uma melhoria na qualidade da assistência prestada no pronto-socorro com quem é cuidado e com o cuidador de pacientes críticos.

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. O relatório final estará disponível a todos quando o estudo estiver concluído, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas, podendo conter citações literais da entrevista, mas sempre de modo anônimo e evitando a identificação do (a) entrevistado (a).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), localizado na Av. Antonio Carlos, nº 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005 - *campus* Pampulha, CEP 31270-901, cujo telefone de contato é: (31) 3409-4592; e-mail: coep@prpq.ufmg.br. Aprovado no dia 16/04/2009, sob número 055/09. E você poderá consultá-lo para esclarecimento de dúvidas.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar suas dúvidas. Basta entrar em contato no seguinte endereço e/ou telefone:

Nome da pesquisadora: Mércia Aleide Ribeiro Leite.

Endereço: Rua Alcides de Souza, 80 – Bairro Minaslândia

Telefone: (31) 34451835 ou (31) 99581835.

E-mail: mleite@pucminas.br

Declaração de consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Estou ciente de que estarão garantidas a não invasão de minha privacidade, e que a minha identidade será mantida em sigilo. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

_____ Data ____/____/____
Assinatura do (a) entrevistado (a)

Nome:

Endereço:

RG:

Fone: ()

Obrigada por sua colaboração e por merecermos sua confiança.

Mércia Aleide Ribeiro Leite

Data ____/____/____

APÊNDICE B- Roteiro para observação

CENA NÚMERO:

Data:

Hora:

A – Organização ou reorganização da representação (Ensaio)

Bastidores:

- 1) Cenário/Ambiente
(Descrever com critério o cenário no qual se desenrola a ação)
- 2) Localização
- 3) Representações percebidas:
Quem? O quê? Com quem?

Equipes:

- 1) Segredos? Quem? Com quem?
- 2) Papéis discrepantes: delator, mediador, olheiro, comprador, “não pessoa”, especialista de serviço, especialista em treinamento, colega, gestos involuntários, intromissões inoportunas, “*faux pas*”, cenas.
Quem? Quando? No qual? Com quem?

Comunicação:

- 1) Oficial:
Quem? Quando? No qual? Com quem?
- 2) Não oficiais (tratamento dos ausentes, conversa sobre a encenação, conluio da equipe, ações de realinhamento – boatos não oficiais, revelação cautelosa, duplo sentido):
Quem? Quando? No qual? Com quem?

B – Execução da representação (Apresentação)

Fachada social:

- 1) Cenário/Ambiente
(Descrever com critério o cenário no qual se desenrola a ação)
- 2) Fachada pessoal: (elementos que identificam o ator: função, categoria, vestuário, gênero, características étnicas, altura, aparência, atitude, padrões de linguagem, expressões faciais, gestos corporais, “*status*” social, maneira – arrogância, agressividade, humildade).

Aparência:

- 1) Dramatização: acentua sinais e expressões?
Quem? Quando? No qual? Com quem?
- 2) Idealização: enfatiza algum fato ou ação?
Quem? Quando? No qual? Com quem?
- 3) Coerência expressiva: mantém o equilíbrio durante a representação?
Quem? Quando? No qual? Com quem?

Técnicas de manipulação da impressão:

- 1) Medidas defensivas (lealdade, disciplina, circunspecção):
Quem? Quando? No qual? Com quem?
- 2) Práticas protetoras usadas pela plateia.
Quem? Quando? No qual? Com quem?
- 3) Tato com relação ao tato (medidas para favorecer a proteção pela plateia).
Quem? Quando? No qual? Com quem?

APÊNDICE C- Parecer da Câmara do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG

PARECER DA CÂMARA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - Nº 76/08

Projeto: “Humanização da Assistência: o Significado para a Equipe Multiprofissional de Saúde que Cuida de Pacientes Críticos”

Interessados: Prof. Joaquim Antônio César Mota (orientador), Profa. Estelina Souto do Nascimento (co-orientadora) e Mércia Aleide Ribeiro Leite.

Histórico: A humanização da assistência está intimamente ligada ao cuidado do profissional da saúde com os pacientes/clientes/usuários do sistema de saúde. Por meio de políticas públicas de saúde, com respaldo do Sistema Único de Saúde (SUS), a humanização na assistência emerge nas instituições hospitalares com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência. A compreensão e a percepção da humanização da assistência pelos pacientes/clientes/usuários, pelos familiares e pela equipe multiprofissional de saúde é essencial para a melhoria na qualidade da assistência prestada. Neste contexto, o presente projeto tem por escopo compreender o significado atribuído ao termo humanização da assistência pela equipe multiprofissional de saúde que atua em atendimento de urgência e emergência.

Mérito: Trata-se de um estudo qualitativo a ser realizado no pronto atendimento do Hospital Risoleta Tolentino Neves em Belo Horizonte. Serão incluídos no estudo enfermeiros (as), médicos (as) e auxiliares e técnicos (as) de enfermagem, após o consentimento livre e esclarecido. O projeto engloba duas etapas: (1) observação do cenário, do profissional e da equipe de saúde, e (2) entrevista com o profissional de saúde. O plano de coleta e análise de dados está claro e coerente com a proposta do estudo. Duas palavras-chaves, “humanização da assistência” e “cuidado humanizado”, não se encontram na base de dados dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e, deste modo, deverão ser substituídas ou eliminadas.

No que diz respeito à questão ética, o compromisso dos autores quanto ao sigilo, à divulgação dos resultados e à ausência de conflitos de interesse entre os pesquisadores e qualquer outra entidade está bem explicitado. O projeto não traz riscos adicionais aos indivíduos selecionados para o estudo. Os indivíduos serão recrutados após a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), os quais estão claros e de acordo com as normas do COEP – UFMG.

No que diz respeito aos aspectos econômico-financeiros, o projeto será custeado pelos pesquisadores envolvidos no projeto, sem ônus financeiro para o paciente ou para as instituições envolvidas, e não prevê a remuneração dos pesquisadores envolvidos.

Conclusão: Diante do exposto, somos pela aprovação do projeto com ressalva para o rearranjo das palavras-chaves.

Aprovado o parecer do relator

em 13 / 02 / 2009.

Prof. Maria Aparecida Martins
Chefe do Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG

APÊNDICE D- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

Page 1 of 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0055.0.203.000-09	
Projeto de Pesquisa Humanização da assistência: significado para a equipe multiprofissional de saúde que cuida de pacientes críticos			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 15670279620	Pesquisador Responsável Joaquim Antônio César Mota	Assinatura <i>[Assinatura]</i>	
Comitê de Ética			
Data de Entrega 10/03/2009	Recebimento: <i>[Assinatura]</i> Assinatura		

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

Andamento do projeto - CAAE - 0055.0.203.000-09				
Título do Projeto de Pesquisa Humanização da assistência: significado para a equipe multiprofissional de saúde que cuida de pacientes críticos				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	10/03/2009 15:57:08	16/04/2009 15:24:54		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	04/03/2009 00:20:19	Folha de Rosto	FR245838	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	10/03/2009 15:57:08	Folha de Rosto	0055.0.203.000-09	CEP
3 - Protocolo Pendente no CEP	09/04/2009 15:13:51	Folha de Rosto	55/09	CEP
6 - Protocolo Aprovado no CEP	16/04/2009 15:24:54	Folha de Rosto	0055/09	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	16/04/2009 15:18:44	Folha de Rosto	55/09	CEP
5 - Protocolo Aprovado no CEP	16/04/2009 15:18:59	Folha de Rosto	55/09	CEP

Voltar