

EDUARDO GOLDENSTEIN

**UM ESTUDO PRELIMINAR SOBRE HUMANIZAÇÃO
HOSPITALAR: DANDO VOZ A MÉDICOS DE UTI PEDIÁTRICA
SOBRE SUAS VIVÊNCIAS EM UM HOSPITAL HUMANIZADO**

Mestrado em Psicologia Clínica

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
SÃO PAULO
2006**

EDUARDO GOLDENSTEIN

**UM ESTUDO PRELIMINAR SOBRE HUMANIZAÇÃO
HOSPITALAR: DANDO VOZ A MÉDICOS DE UTI PEDIÁTRICA
SOBRE SUAS VIVÊNCIAS EM UM HOSPITAL HUMANIZADO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Marlise Aparecida Bassani.

**PUC/SP
2006**

Banca examinadora

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____ Local e Data: _____

Esta dissertação de mestrado é dedicada à memória de meu pai, um médico humano como poucos, à minha mãe que não parou de se preocupar com o andamento do trabalho, à minha filha Patrícia, terceira geração de médicos da família, sempre ansiosa para bem atender seus pacientes, à minha filha Carolina sempre sorrindo em Toronto onde mora, à minha filha Daniela uma quase advogada procurando um senso de justiça em um país absurdamente injusto e ao Moisés, meu companheiro de todas as manhãs quando saímos juntos para a labuta do dia-a-dia, ele na escola e eu no consultório.

AGRADECIMENTOS

Os médicos entrevistados no decorrer deste trabalho de pesquisa foram os reais artífices da dissertação de mestrado que ora apresento. Comecei a elaborá-la de forma solitária e fui agregando parceiros que me possibilitaram chegar a um produto que me parece sempre provisório. De todos os parceiros, destaco inicialmente os anônimos médicos entrevistados, aos quais agradeço pelos valiosos ensinamentos sobre a prática clínica médica e a humanização hospitalar.

Um agradecimento especial também às bibliotecas e bibliotecárias do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, da Associação Paulista de Medicina, do Instituto de Saúde de São Paulo, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Bireme –OPAS. Nestes locais, e com a ajuda de suas bibliotecárias, tive acesso a valiosos materiais para o trabalho realizado.

No decorrer de uma pesquisa de mestrado, desde o seu planejamento até a sua execução, muitas pessoas colaboraram de forma direta ou indireta. Muitas já são velhos amigos que cada vez mais conseguem demonstrar o amor e carinho que nos une. Outras, são novas amigadas que vão surgindo, despontando, se incorporando. São relações firmes, fortes, simplesmente “Eu-Tu”. Não vou citar nomes, pois cada um de mérito que ler estes agradecimentos com certeza se identificará e se reconhecerá, e saberá perfeitamente que está no meu coração. Também assim não corro o risco de frustrar alguém ou mesmo esquecer alguém que, seguramente e de direito, se sentirá, injustamente, abandonada e deixada de lado. Aceitem todos os que aqui se identificarem, meu carinho, meu amor, minha disponibilidade e companheirismo para o que der e vier.

Realizar a humanização de hospitais significa não somente poder se ter uma arquitetura adequada que se amolde às necessidades básicas de conforto e bem-estar, poder proporcionar atitudes que diminuam o estresse, os medos, as angústias e até as fantasias das crianças internadas e suas famílias, mas também poder mexer com coisas bastante concretas como ruídos adversos, carga de trabalho acentuada dos médicos e demais profissionais, conflitos entre profissionais e pacientes (usuários), lidar com a falta de dinheiro para a realização dos projetos e da conservação dos mesmos (...)

Do depoimento de Dr. Carlos, um dos médicos entrevistados.

GOLDENSTEIN, Eduardo. **Um estudo preliminar sobre humanização hospitalar:** dando voz a médicos de UTI pediátrica sobre suas vivências em um hospital humanizado. São Paulo, 2006.
Orientadora: Profa. Dra. Marlise Aparecida Bassani.

RESUMO

A partir do final da Segunda Guerra Mundial, a medicina tomou um impulso de desenvolvimento clínico e cirúrgico até então desconhecidos. Por conta de diagnósticos mais precisos, de novos recursos terapêuticos, do desenvolvimento de novas drogas e de procedimentos tecnológicos que propiciaram aos médicos se arriscarem em cirurgias de grande porte, doenças foram simplesmente extintas ou controladas, a vida pôde se iniciar mais cedo e terminar mais tarde. Entretanto, toda esse desenvolvimento tecnológico acabou por gerar dois novos problemas e dois novos desafios: a expansão de doenças sem bases fisiopatológicas bem estabelecidas, tais como ansiedades e doenças psicossomáticas, e uma certa descaracterização da face humanística da medicina, descaracterização essa que passou a ser conhecida como desumanização da medicina. Possivelmente essa desumanização da medicina deva ser entendida como uma necessidade de uma reformulação das bases humanísticas da mesma, numa acomodação com os avanços tecnológicos vigentes, os quais certamente mudaram a formação e a atuação do médico no exercício de sua profissão. O foco de atenção nessa pesquisa se volta para essa última questão: o binômio desumanização–humanização da medicina, especificamente dos hospitais. Subsídios teóricos para a compreensão destes conceitos estão apresentados nos capítulos introdutórios. O objetivo desta pesquisa foi analisar a vivência da prática clínica de médicos pediatras intensivistas de um hospital humanizado. Adotou-se, para tanto, uma metodologia específica de pesquisa qualitativa referenciada pela abordagem fenomenológica-existencial de Heidegger, Boss e Buber. Foram realizadas e analisadas entrevistas com cinco médicos pediatras e intensivistas que trabalham em um hospital infantil humanizado. As falas dos médicos revelaram diferentes visões sobre: o lidar com a morte, com a angústia e a culpa; a presença das mães na UTI e suas decorrências na rotina hospitalar e na prática clínica médica; o reconhecimento (ou não-reconhecimento) do trabalho médico pelos pais e profissionais da UTI; aspectos (positivos ou negativos) do ambiente físico da UTI e das condições de trabalho. A partir dos dados colhidos, pôde-se traçar um perfil geral das vivências clínicas dos entrevistados, com ênfase nas estratégias por eles usadas para lidar com dificuldades e adversidades em geral presentes em UTIs. A análise dessas vivências revelou a importância de se ouvir os médicos e englobar “a voz dos médicos” no processo de humanização da medicina e dos hospitais. Novas frentes de pesquisa, nas quais se dê voz a outros médicos, a outros profissionais, às mães e às próprias crianças revelaram-se importantes.

Palavras-chave: humanização hospitalar; humanização da medicina; relação médico-paciente; diálogo “Eu-Tu”; UTI pediátrica.

GOLDENSTEIN, Eduardo. **Um estudo preliminar sobre humanização hospitalar:** dando voz a médicos de UTI pediátrica sobre suas vivências em um hospital humanizado. São Paulo, 2006.

Orientadora: Profa. Dra. Marlise Aparecida Bassani.

From the end of the Second World War on, medicine started to develop clinically and surgically in a way hitherto unknown. Due to more accurate diagnoses, new therapeutic resources and the development of new drugs and technological procedures that allowed physicians to risk major surgeries, sicknesses simply became extinct or controlled and life could start earlier and end later. But all this technological development ended up causing two new problems and two new challenges: the increase of sicknesses without well-established physiopathological bases, such as psychosomatic anxieties and illnesses, and a kind of deconstruction of the humanistic face of medicine -- a deconstruction that came to be known as the dehumanization of medicine. Perhaps this dehumanization of medicine should be understood as a need to reformulate the humanistic bases of the same, adapting to current technological advances, which certainly have changed the training and the performance of the physician as he exercises his profession. The focus of our attention during this research was to go back to the previous matter: the double concept of dehumanization-humanization of medicine, especially in hospitals. Theoretical support for understanding these concepts will be presented in the introductory chapters. The objective of this research has been to analyze the experience of the clinical practice of ICU pediatricians in a humanized hospital. We, therefore, adopted a specific qualitative research methodology based on the phenomenological-existential approach of Heidegger, Boss and Buber. Interviews were made and analyzed with five ICU pediatricians that work in a humanized children's hospital. The doctors' accounts reveal different views on: how to deal with death, with anxiety and with guilt; the presence of mothers in the ICU and the effect on hospital routine and medical clinical practice; the recognition (or non-recognition) of the physician's work by the parents and ICU professionals; (positive or negative) aspects of the physical environment of the ICU and of working conditions. Starting from the data collected, a profile can be made of the clinical experiences of those interviewed, emphasizing the strategies used by them to deal with the difficulties and adversities generally present in ICUs. The analysis of these experiences has revealed the importance of listening to the physicians and including the "voice of the doctor" in the humanization process of medicine and hospitals. New research fronts, in which are heard the voice of other doctors, other professionals, the mothers and the children too, have shown themselves to be important.

Key words: hospital humanization; humanization of medicine; doctor-patient relations; I-Thou dialogue; Pediatric I.C.U.

SUMÁRIO

<u>I. INTRODUÇÃO</u>	10
<u>Contexto teórico do trabalho</u>	14
<u>Objetivo da pesquisa</u>	26
<u>Estrutura da dissertação</u>	27
<u>Capítulo 1: ESPAÇO HOSPITALAR E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE</u>	28
<u>1.1 Aspectos históricos</u>	28
<u>1.2 A revolução tecnológica na medicina moderna</u>	31
<u>1.3 Aspectos arquitetônicos e organizacionais do hospital humanizado</u>	35
<u>Capítulo 2: HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA</u>	42
<u>2.1 Aspectos conceituais e polêmicos</u>	42
<u>2.2 Humanização e profissionalismo</u>	48
<u>2.3 Projetos de humanização hospitalar</u>	52
<u>Capítulo 3: FUNDAMENTOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE</u>	60
<u>3.1 Relação médico-paciente na História da Medicina</u>	66
<u>3.2 Relação médico-paciente e a medicina moderna</u>	69
<u>3.3 Relação médico-equipe-família-paciente nas Unidades de Terapia Intensiva</u> ...	72
<u>3.4 A ótica psicológica na medicina</u>	76
<u>II. MÉTODO</u>	79
<u>2.1 Considerações metodológicas</u>	79
<u>2.2 Sujeitos</u>	80
<u>2.3 Local da Pesquisa</u>	81
<u>2.4 Procedimento e Instrumentos de coleta de dados</u>	83
<u>2.5 Procedimentos Éticos</u>	84
<u>III. RESULTADOS: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS</u>	86
<u>3.1. Análise da Entrevista: Dr. Carlos</u>	89
<u>3.2. Análise da Entrevista: Dr. Armando</u>	96
<u>3.3. Análise da Entrevista: Dr. Fernando</u>	112
<u>3.4. Análise da Entrevista: Dra. Maria</u>	123
<u>3.5. Análise da Entrevista: Dra. Luiza</u>	135
<u>IV. DISCUSSÃO</u>	145
<u>V. CONCLUSÕES</u>	173
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	179
<u>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SUJEITOS</u>	183
<u>APÊNDICE B – CARTA-CONVITE AOS MÉDICOS ENTREVISTADOS</u>	184
<u>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO</u>	185
<u>APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR</u>	187

I. INTRODUÇÃO

O final da Segunda Guerra Mundial marca, para a medicina, o início de uma época de grande desenvolvimento e conquistas. Doenças como tétano, difteria e coqueluche passam a não mais dizimar populações infantis; tuberculose, esquizofrenia, artrite reumatóide deixam de ser doenças incuráveis e até mortais; a grande maioria das doenças habituais dos consultórios médicos torna-se passível de tratamentos eficazes; desenvolvem-se técnicas tais que permitem cirurgias cardíacas a céu aberto, transplantes de órgãos e mesmo a inseminação artificial; abrem-se novas possibilidades no enfrentamento da dor e mesmo do câncer.

De acordo com Fanu (1999), alguns momentos marcaram definitivamente a moderna medicina, tais como: em 1935 surgem as sulfonamidas; em 1941 a penicilina e, com isso, o controle das doenças infectocontagiosas; em 1944 surge a diálise renal; em 1946 o curare é usado em anestesia geral; em 1947 aparece o acelerador linear que possibilita a radioterapia; em 1948 surgem as lentes intraoculares que vão permitir as cirurgias de catarata; em 1950 surge o tratamento tríplice para a tuberculose e associa-se o cigarro com o câncer pulmonar; em 1952 devido a uma epidemia de pólio em Copenhagem, nasce a idéia de tratamento intensivo; ainda em 1952 surge a chlorprozamina dando início ao tratamento da esquizofrenia; em 1954 surge o microscópio Zeiss utilizado para microcirurgias; em 1955 realiza-se a primeira cirurgia cardíaca a céu aberto e dá-se início as vacinações contra a paralisia infantil; em 1956 passa-se a se executar a ressussitação cardiopulmonar; em 1957 passa-se a tratar a hemofilia; em 1959 surge a endoscopia; em 1960 a pílula anticoncepcional; em 61 medicação específica para a doença de Parkinson; em 1963 iniciam-se os transplantes renais; em 1964 passa-se a gerir e prevenir os derrames cerebrais e doenças das coronárias através

das cirurgias de ponte de safena; em 1967 dá-se o primeiro transplante cardíaco; em 1969 surgem os primeiros meios de diagnóstico pré-natal de Síndrome de *Down*; em 1970 surgem as Unidades de Terapia Intensiva neonatais e as Terapias Cognitivas; em 1971 medicações que possibilitam a cura de certos cânceres da infância; em 1973 surge o tomógrafo; em 1978 o primeiro bebê de proveta; em 1979 a angioplastia; em 1984 descobre-se ser o *Helicobacter* responsável pela úlcera péptica; em 1987 descobre-se o uso da Trombólise para tratar ataques cardíacos; em 96 surge a tríplice terapia para AIDS; e, em 1998 surge Viagra para o tratamento da impotência.

Já Shorter (1991) assinala que, como conseqüência imediata desse desenvolvimento da medicina, estabeleceu-se uma nova relação médico-paciente, na qual o médico está mais direcionado para a doença do que para o paciente. Sendo orientado para a doença, o médico passa a acreditar que o paciente tem alguma doença física resultante ou da invasão de algum microorganismo, ou de um processo degenerativo e passa a acreditar que seu trabalho médico é somente o de diagnosticar e tratar convenientemente a doença. Com isso, o encontro médico paciente perde uma certa dimensão humana, não como decorrência de um desinteresse explícito do médico pelo seu paciente, mas simplesmente por não haver uma necessidade médica de se mostrar esse interesse.

Orientada por uma mentalidade excessivamente organicista da medicina, continua o autor, alterou-se a grade curricular das escolas médicas de forma a se privilegiar o estudo de disciplinas como bioquímica, fisiologia, farmacologia, imunologia, genética, em detrimento de um maior número de horas ao lado dos pacientes internados. Como conseqüência, mais uma vez, os médicos passaram a ficar “mais insensíveis à dimensão humana da doença”. (p.192).

O próprio conceito de doença, de estar doente, de se sentir doente amplia-se entre a população leiga na medida em que há esse desenvolvimento intenso da medicina. Sinais e sintomas físicos e emocionais emitidos, de alguma forma, pelo corpo passam, por conta da confiança agora depositada nos médicos e na sua capacidade de curar, a ser valorizados e considerados como passíveis de ajuda médica. Essa conscientização passa a se fazer mais presente a partir dos anos 60 e 70. O aumento da demanda torna as consultas mais tensas e menos produtivas, aflorando então queixas e mesmo falhas no atendimento e diagnóstico.

Todas essas mudanças de paradigmas acabam trazendo à tona uma série de conflitos de interesse. As expectativas dos médicos muitas vezes não se coadunam com as dos próprios pacientes. Os conflitos, quando não razoavelmente entendidos e solucionados, acabam gerando tensões que muitas vezes extrapolam o âmbito individual para entrar no coletivo. O alto custo da medicina tecnológica, a falta de treinamento dos médicos para lidarem com a dimensão psicossociológica da doença, o excessivo investimento na concepção orgânica da doença, em franca oposição a uma visão mais humana do doente que sofre, o simples lidar com a doença como um assunto de ordem política, os conflitos gerados pelo capitalismo exacerbado da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos constituem o que se convencionou chamar de “crise” da medicina, ou mesmo, desumanização da medicina. Um capítulo todo será dedicado à análise dessa crise e dessa desumanização no olhar de médicos, sociólogos, filósofos.

Como será visto *a posteriori*,¹ várias medidas têm sido propostas, tanto no Brasil quanto no exterior, para atenuar essa referida crise na medicina, e mesmo a assim chamada desumanização da medicina e dos hospitais, ou seja, a suposta

¹ O conceito de humanização em suas diferentes abordagens será objeto de análise no capítulo teórico “Humanização da Medicina”

perda da identidade humanística que sempre foi conferida à medicina e à arte de curar. Uma série de protocolos e documentos foi dada a público, oriundos de Universidades internacionalmente conhecidas, de Ministérios e Secretarias de Saúde, de entidades que congregam médicos. Normas foram estabelecidas e postas em vigor, muitas com êxito, outras sem maior sucesso. Entidades leigas passaram a se preocupar e atuar na área. Foram feitos trabalhos estatísticos de consulta a pacientes, famílias e até médicos, sem se ouvir detalhadamente o que os médicos tinham a dizer.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a vivência da prática clínica de cinco médicos pediatras intensivistas de um hospital humanizado. Para a realização da pesquisa escolhi um hospital, do qual já tinha referências, porém onde não havia atuado.

Minha experiência por alguns anos como pediatra neonatologista e como médico socorrista e plantonista, responsável inclusive por atendimento de UTI infantil e neonatal, me ajudou a ficar à vontade nas entrevistas com tais colegas, médicos pediatras intensivistas. De certa forma, foi até uma volta agradável ao passado. Acredito ainda que o fato de ser um colega da mesma especialidade que os entrevistava favoreceu um contato pessoal e mais aberto, apesar de serem esses médicos totalmente estranhos para mim.

A minha própria vivência de muitos anos de clínica, a minha formação já consolidada de médico homeopata e o meu interesse pela psicologia, o que, aliás, justifica muitos cursos e treinamentos realizados, tantos anos de psicoterapia e até mesmo o presente mestrado, foram também fundamentais no desenvolvimento da pesquisa agora apresentada. Homeopatia, psicologia e a minha própria análise me deram subsídios para reflexões intensas, pessoais e mesmo profissionais.

Contexto teórico do trabalho

Como referências teóricas para melhor compreensão do tema – humanização e prática clínica médica – e para o desenvolvimento da pesquisa, optei por três autores com orientação fenomenológico-existencial: Martin Buber, Martin Heidegger e Medard Boss.

Diante da crise atual da medicina e sua conseqüente desumanização, que passa pela falta, ou deficiência, de diálogo entre os que estão doentes e os que se propõem a tratar e curar, buscamos em Buber (1878-1965), um filósofo existencialista alemão, seu entendimento da ontologia do diálogo.

Adotamos, como parâmetro teórico, a relação médico-paciente sob uma perspectiva dialógica de Buber, conjugado com a visão hermenêutica de Heidegger do “ser-no-mundo”, conforme proposta de del Giglio (2004). Encontramos eco de nossas próprias convicções e análises na possibilidade de estabelecer uma relação médico-paciente mais humanizada, caracterizada por Buber como componente “Eu-Tu”, que envolve

o relacionamento pessoa do ser que cura com a do ser que sofre. O ser que cura procura então, como resultado da plenitude deste relacionamento 'Eu-Tu', entender as razões do sofrimento do ser que sofre, contextualizando-as através do conhecimento da história de vida e da cosmovisão deste ser que sofre... (DEL GIGLIO, 2004, p. 25-26).

O estudo das idéias de Buber, despertado pela leitura de del Giglio (2004), nos permitiu importantes reflexões sobre a relação médico-mãe e médico-criança no contexto de UTI infantil.

Considerando ainda que toda questão da crise da medicina passa não só pelas dificuldades dialógicas, mas também pelas dificuldades da vivência do ser humano na sua convivência do dia-a-dia com uma sociedade cada vez mais tecnológica, a escolha de Heidegger, feroz crítico de tal sociedade e um filósofo preocupado com o ser humano e suas relações com o mundo que o cerca, também

se justifica. A perspectiva hermenêutica de Heidegger poderá fazer-nos entender o “ser-no-mundo” de cada um dos médicos a ser ouvido, o seu *Dasein*, e a sua relação com o “ser que sofre”, aquele que tem uma forma peculiar de “ser-no-mundo” ao “viver” sua doença. Esperamos participar do encontro entre ele, médico, e ele, seu paciente, encontro esse que consideramos ser a característica principal de toda a medicina, seja ela exercida da forma que for. Afinal, será no discurso de cada médico que se revelará o sentido de seu Ser e o significado de sua existência.

O psiquiatra suíço Boss é colocado como um dos alicerces teóricos da dissertação exatamente pela sua preocupação com assuntos pertinentes à prática médica dentro de uma UTI.

Boss, com maestria, fala de morte, de angústia, de culpa, de libertação, temas sempre presentes no dia-a-dia profissional daqueles que lidam com pacientes graves e extremamente frágeis nas suas reações vitais. Sem essa compreensão do viver e do morrer, do sofrer e do se angustiar, não me sentiria capaz de compreender as experiências relatadas dos médicos entrevistados.

A leitura de Boss tem se constituído, para mim, não só numa necessidade grande frente à formação psicológica existencial que desejo e almejo, como também uma fonte de prazer inesgotável. Na verdade é muito mais fácil, para um médico como eu, entender a linguagem de um outro médico que se vale da filosofia para poder compreender seus pacientes, do que entender a linguagem, às vezes cifradas, dos filósofos.

A seguir, a minha preocupação será a de fornecer, de maneira sucinta, algumas das partes dos escritos desses autores que, de alguma forma, me fizeram muito sentido, e que considere importantes para o desvelar do discurso de cada médico entrevistado.

Martin Buber – o profeta do encontro

Buber, citado por seu tradutor Von Zuben (2003), é chamado de “profeta da relação (do encontro)”. “Toda vida atual é encontro.” (p.13) é a frase destacada pelo autor como síntese do pensamento de Buber. Sua proposta é a de que o homem contemporâneo faça uma revisão de suas perspectivas sobre o sentido da existência humana, mas que essa revisão envolva não uma simples volta ao passado distante, mas sim um projeto de existência a ser realizado. Para tanto, Buber propõe uma ontologia da relação, da palavra como diálogo, o diálogo na atitude existencial do face a face, já que “o lugar dos outros é indispensável para a nossa realização existencial.” (p.16).

Von Zuben (2003) ainda destaca que o diálogo, segundo Buber, se faz através da palavra e é através dela que o homem se introduz na existência. Não é o homem que conduz a palavra, mas é ela que o mantém no ser. A palavra proferida, para Buber, é uma “atitude efetiva, eficaz e atualizadora do ser do homem, é um ato do homem através do qual se ele se faz homem e se situa no mundo com os outros”. (p.16).

De acordo com a abordagem dialógica de Buber (2003), dois são os tipos de relacionamentos possíveis entre dois seres humanos: o “Eu-Isso” e o “Eu-Tu”. O “Eu-Isso” envolve a relação entre um ser e uma parte ou elemento do outro, enquanto o “Eu-Tu” consiste no relacionamento pleno entre dois seres, englobando em sua amplitude os sentimentos e as idéias de ambos.

A relação “Eu-Tu” é uma espécie de encontro pessoal entre dois indivíduos que estão conscientes da singularidade de cada um deles. Reciprocidade, confiança e respeito pela individualidade do outro são determinados pela atitude de cada indivíduo no encontro e não estão na dependência de quem ou o que é encontrado.

De acordo com Buber, esses encontros não estão limitados a encontros entre seres humanos, mas se aplicam também a objetos inanimados e presenças não detectadas.

A relação “Eu-Issso” se dá com uma parte objetivada de uma pessoa. É uma relação impessoal na qual o “outro” é tratado como um objeto. Esses objetos podem ser manipulados, vistos como parte de uma série ou em relação com outros objetos semelhantes. A qualidade única do encontro com o outro está ausente. Não há dois Eus mas, sim, duas possibilidades do existir como homem. “O Eu da palavra-princípio ‘Eu-Issso’ é diferente daquele da palavra-princípio ‘Eu-Tu’.” A estrutura é toda dual. O encontro “Eu-Tu” se constitui em uma relação e o encontro “Eu-Issso” em um relacionamento. Assim as duas palavras-princípio instauram dois modos de existência: a relação ontológica “Eu-Tu” e a experiência objetivante “Eu-Issso”.

A identidade própria de cada pessoa não é individual, mas interpessoal, ou seja, o indivíduo não existe como um “Eu” isolado, mas como parte de alguma relação implícita. Assim, a experiência do indivíduo numa relação “Eu-Tu” é bem diferente da experiência de ser uma parte da relação “Eu-Issso”. Nas palavras de Buber:

Eu considero uma árvore... posso apreendê-la como uma imagem... senti-la como movimento... classificá-la em uma espécie... volatilizá-la e eternizá-la, tornando-a um número, uma mera relação numérica...a árvore permanece, em todas essas perspectivas, o meu objeto. Pode acontecer ... eu seja levado a entrar em relação com ela: ela já não é mais um ISSO. A força de sua exclusividade apoderou-se de mim.. Tudo o que pertence à árvore, sua forma, sua cor, suas substâncias químicas, sua ‘conversação’ com os elementos do mundo e com as estrelas, tudo está incluído em uma totalidade... A árvore não é uma impressão, um jogo de minha representação ou um valor emotivo. Ela se apresenta ‘em pessoa’ diante de mim e tem algo a ver comigo e, eu, se bem que de modo diferente, tenho algo a ver com ela. “Não é a alma da árvore ou sua dríade que se apresenta a mim, é ela mesmo.” (BUBER, 2003, p. 7) .

Martin Heidegger e sua compreensão do Dasein

No início dos anos 1920, Heidegger formulou duas teses fundamentais, retomadas no seu livro “Ser e Tempo”, publicado em 1927, e que bem expressam suas idéias filosóficas. “Na primeira tese, segundo Loparic (2004), Heidegger acredita ser a vida humana a interpretação espontânea da realidade de si mesma e de todas as coisas, a ‘luz natural’”. Na segunda, o filósofo afirma que “a característica ontológica fundamental do homem é ser um ‘ser-no-mundo’, isto é, alguém que habita um mundo.”(p.17). Segundo Lévinas (1967), a procura de Heidegger foi sempre pelo fundamento ontológico da verdade e da subjetividade e tudo o que nos ensinou diz respeito ao lugar excepcional da subjetividade na economia do ser.

O problema filosófico fundamental é, para Heidegger, ontológico e a ontologia preocupa-se apenas de uma única questão: o que é o ser. A ontologia procura explicar a compreensão implícita pré-ontológica que temos dele, ou seja, trata-se de procurar alguma coisa que já possuímos. E é só o nosso profundo empenho na existência que nos abre os olhos para as possibilidades do futuro. já que nunca começamos, nunca somos inteiramente novos diante de nosso destino. Ser para o homem é sempre ter de ser, apreender ou deixar escapar os seus ‘poder-ser’ é compreender ou perguntar: o que é o ser? Daí que a excelência da existência humana entre os objetos que nos rodeiam deve-se ao fato do homem existir ontologicamente. A sua essência, “aquilo” que ele é, consiste em existir. (LÉVINAS, 1997, p.101 e 102).

A proposta de Heidegger, segundo Stein (1988) é a de “eliminar de plano a questão teológica do campo da filosofia, assim como o problema das verdades eternas, do eu transcendental ...” (p.20). A idéia do subjetivo em contraposição a objetivo passa a não ter mais sentido.

Heidegger usa a palavra *Dasein* (existência), o “estar aí” da existência humana, em sua mais difundida obra “Ser e Tempo”, obra em que priorizou uma fenomenologia voltada para o mundo do dia-a-dia do ser e da compreensão. Sua fenomenologia está inserida naquilo que ele chamou de “ontologia fundamental”, a qual se propõe a investigar diferentes modos do que significa ser, mais do que aquilo que significa saber.

Com a expressão *Dasein*, o “ser aí” da existência humana, Heidegger quis dizer que estamos situados ou “jogados” no mundo no mundo que vivemos, que nós estamos sempre lá, envolvidos em nossas atividades diárias. O termo *Dasein* também significa que estabelecemos uma relação com a nossa própria existência na medida em que nos perguntamos o que significa “estar aí” por inteiro. *Dasein* é o único ser que pergunta a questão ontológica fundamental de que significa ser. A fenomenologia de Heidegger é também chamada de Hermenêutica do dia-a-dia, na medida em que os fenômenos que o autor analisa são exatamente as atividades autocompreendidas do *Dasein*. (SVENAEUS, 2000, p. 83).

Lévinas (1967) salienta que a essência do *Dasein* consiste, portanto, no existir. Seus estados psicológicos são maneiras de se relacionar com possibilidades de ser. São maneiras de existir, respondem à questão “como”, são como advérbios que se aplicam ao verbo intransitivo existir. Eles serão então analisados como formas de compreender a existência e, simultaneamente, como os atos pelos quais a existência se cumpre. A existência é sempre uma compreensão ou, se quisermos, a questão do ser. Daí que a análise do *Dasein* nunca poderia ter o estilo que convém à descrição de um simples ente, já que se move numa dimensão ontológica.

Alguns conceitos de Heidegger se tornaram importantes no meu pensar do *Dasein* de cada um dos entrevistados. Um desses conceitos foi expresso durante a

realização dos Seminários de Zollikon (HEIDEGGER, 2001). Nesses encontros Heidegger, falando da temporalidade e do tempo, afirmava que a doença deve ser considerada não como uma situação em que o “ser sadio”, o “encontrar-se bem” estão simplesmente ausentes, mas sim perturbados. A doença não seria simplesmente "a negação da condição psicossomática" mas sim, um fenômeno de privação. Explicava, então Heidegger, que em toda privação está a “co-pertinência original”, aquilo a quem falta algo, de que algo foi suprimido. À medida que os médicos lidam com a doença, na verdade, lidam com a saúde, no sentido da saúde que falta e deve ser novamente recuperada.

Loparic (2004) assinala que durante os Seminários de Zollikon, Heidegger falará repetidas vezes do amparo dado aos bebês pelas mães. Para ele, o ser humano é essencialmente "necessitado de ajuda, porque está sempre em perigo de se perder e não dar conta de si mesmo" (p.18). Assim, no caso das crianças e bebês, essa necessidade se mostra como modo de encontro da mãe. Seria essa a única maneira possível do ser humano poder constituir a continuidade e a estabilidade do seu “si-mesmo” e do seu mundo. As angústias de descontinuidade dependem, desse modo, "da proteção da mãe, que é um estar - com determinado, não uma unidade formal" (p.18).

King (2001) ressalta que o *Dasein* é capaz de se relacionar com outros homens semelhantes a ele, à medida que seu próprio ser descobre de antemão ser um “ser-com”. É exatamente nisso que se fundamenta existencialmente aquilo que chamamos usualmente de relações pessoais e sociedade humana. O *Dasein* entra constantemente em diferentes tipos de associação com os outros homens, não por ser o único dessa espécie no mundo, mas por se dar conta de ser um “ser-com”. E mesmo quando sozinho no mundo, quando o *Dasein* está sozinho, ele não deixa de

“estar-com-outros”, de tal forma que passa a ter um comportamento peculiar quando da sua solidão ou da sua perda dos outros. O próprio estar só, decorrente da não necessidade dos outros, do ser afastado dos outros, quando não há nada a fazer com os outros só é possível como um modo privado de “estar-com”.

O homem é um “ser-no-mundo” e, enquanto tal, encontra-se cercado pelos “entes” diferentes dele e por outros homens, com os quais se assemelha fisicamente. O termo “eu” consigna a identidade do homem consigo mesmo, ao mesmo tempo em que o diferencia dos entes e dos outros homens. Em outras palavras, o “eu” individualiza e determina o homem e lhe confere a possibilidade de compartilhar seu ser, já que o homem é sempre um “ser-no-mundo-com-os-outros” com os quais co-existe. E “co-existir” pertence ao próprio constituir-se do homem como tal.

Fazendo uma transição das idéias de Heidegger para a medicina, deve-se depreender que, só entendendo o impacto da doença, do sofrimento e das limitações que a enfermidade condiciona o “ser-no-mundo”, independentemente da precisa caracterização nosológica da doença que o afeta, poderemos construir uma imagem mais completa do paciente.

Afinal, sob a ótica heideggeriana, devemos entender o indivíduo como um ser que, “jogado na vida”, vê sua individualidade por meio do seu relacionamento com os outros seres sob a perspectiva de suas próprias vivências, pensamentos e valores. E, é na história da existência anterior deste ser, de suas vivências, experiências, relacionamentos e pensamentos, que já existiam antes mesmo que o conhecêssemos, que devemos buscar as informações necessárias para formar a imagem desse “ser-no-mundo”.

Medard Boss e os temas da angústia, culpa, morte e libertação

Dois temas abordados por Boss (1975), angústia e culpa, considerados por ele como dominantes da vida do ser humano, mostraram-se de importância na elaboração e escuta da pesquisa realizada. Para Boss (1975), os sentimentos de angústia e culpa dos pacientes se mostram, em proporção cada vez maior, no esconderijo do interior do corpo e vão se constituir nos assim chamados distúrbios funcionais cardíacos, gástricos, intestinais, e de outras neuroses orgânicas. E, quando não escondidos no corpo irão se transformar em um tédio vazio, com sentimentos desolados de completa insensatez da vida. Boss (1975) associa esse tédio da vida, encoberto muitas vezes por atividades ininterruptas diurnas ou noturnas e mesmo pelo consumo de drogas e tranqüilizantes, à prepotência atual da tecnologia.

Como essência da angústia, Boss (1975) considera ser ela, sempre, um ataque lesivo à possibilidade de “estar-aí” (*Dasein*) humano. No fundo, cada angústia teme a extinção deste, ou seja, a possibilidade de um dia não estar mais aí. A importância do abrigo e da segurança vital de um lactente humano é de suma importância. A indiferença, e mesmo a rejeição, substituindo o cuidado amoroso maternal faz com que haja, pelo menos, uma morte psíquica e afetiva, decorrente de um enorme medo, em um ser que mal começa a viver. Todavia, em algum momento, por mais que a criança esteja amparada, surgirá nela uma angústia, uma angústia que ela deve obrigatoriamente experimentar, decorrente da aproximação de todo seu futuro humano. Por conta da fragilidade infantil, a criança não consegue aceitar e mesmo carregar essa angústia. Isso inclusive justifica o temido acordar da criança com três ou quatro anos, apavorada com seus sonhos, afligindo pais que não conseguem entender o que se passa. Nos seus pesadelos com animais ferozes,

assaltantes, incêndios devastadores, as crianças temem a destruição de sua situação humana regulada e conhecida, “no caos de forças compressivas, dominantes e incontroláveis de sua vitalidade natural”. (p.27).

O autor assinala, ainda, que as mesmas angústias doentias aparecem nos adultos, nas fobias patológicas, o mesmo medo da destruição da própria situação humana, já deles conhecida. O medo de um pequeno animal, o medo de uma escuridão, de uma faca, de tesouras, de objetos pontudos que podem lesar e furar a pele, aliás uma pele que em um sentido humano mais amplo já se tornou fina demais e já está se rompendo. Há sempre o temor da destruição de uma vida bem harmonizada, segura e convenientemente bem adaptada e de seu mundo estruturado. Nas próprias sensações de claustrofobia, que não passam de vivências de isolamento, os indivíduos sentem, de maneira insuportável, a excessiva restrição e limitação de sua situação humana. Em suma, as angústias internas, tanto das crianças como dos adultos fóbicos, são sempre medos da destruição e do “não-poder-mais-ser” deles próprios. O mesmo se passa com as angústias reais, vividas no passado e trazidas, de forma inadequada, para o presente, gerando comumente sensações de insegurança, encobrendo um medo de morte, um medo pelo estar-aí, o medo da destruição deste.

Para Boss (1975) nós, seres humanos, existimos sempre e fundamentalmente, nesta ou naquela relação, com uma coisa que encontramos, com uma planta, com um animal ou o próximo. “Somos aquela relação compreensiva na qual o que nós encontramos pode aparecer como aquilo que originariamente é; relação na qual a coisa pode revelar-se e mostrar-se nas suas conexões significativas” (p. 28). Tudo que é perceptível é chamado de fenômeno que significa em grego “aquilo-que-se-mostra”. Para que algo apareça, revele-se, mostre-se é

necessário de que haja, desde o início, uma luz, uma claridade, um âmbito de claridade dentro da qual pode acontecer um semelhante revelar, aparecer e poder-se. A condição básica do ser humano é a de ser como uma “clareira”, da qual os fenômenos de nosso mundo necessitam para poder aparecer e ser dentro dela. E é esse deixar-se-necessitar, e nada mais, que o ser humano “deve” àquilo que é e que há de ser. Todos os sentimentos de culpa se baseiam neste “ficar-a-dever”.

A culpa, para Boss, é aquilo que carece e falta e sua essência só pode ser entendida face à plenitude e realização da existência humana. Trata-se de um “poder-se-sentir-culpado”, um traço básico, próprio e totalmente original do ser humano. Não há razão então para se explicar a culpa. Culpas atuais não devem ser associadas a culpas biograficamente anteriores. Há de se considerar cada fenômeno de culpa como algo concreto que deve ser investigado em sua essência. A partir da idéia de que sempre, e perpetuamente, algo falta na vida do ser humano, de que estamos sempre “devendo” algo a alguém, fica claro que até que chegue a morte, o ser humano não consegue chegar ao fim livre do estar culpado, tal como acontece com a angústia.

O grande contra-poder à angústia, diz Boss, se manifesta nos fenômenos de amor, confiança e do estar-abrigado. A angústia cotidiana dos seres humanos pode ser anulada na experiência amorosa do pertencer imediato a um fundo inabalável, basilar. Na experiência do amor, “o morrer da condição físico-psíquica da vida trivial, diária, é entendido como sendo uma passagem para uma experiência mais rica e mais aberta.” (p.36).

Por ser o ser humano essencialmente culpado, assim permanece até sua morte. Mas ao ser humano é possível corresponder ou se esquivar àquela reivindicação das coisas, característica básica da liberdade humana. O assumir

livremente seu “estar-culpado”, diante das possibilidades vitais dadas a ele, o “ter-consciência”, o “deixar-se-usar” adequado, faz com que o ser humano deixe de experimentar o “estar-culpado” essencial da existência humana como uma carga e uma opressão de culpa.

O tema morte, na abordagem de Boss e segundo o pensamento de Heidegger, serviu também de ferramenta para a escuta das entrevistas. Para Boss, a medicina científico-natural falha ao compreender a morte como algo que falta, como o último componente a ser acrescentado, mais tarde, a uma coisa existente. Para a *Daseinsanalyse*, o homem não existe que nem uma coisa com qualidades determinadas. O homem existe como um conjunto singular de possibilidades de relacionamento, possibilidades que realiza, na medida em que é solicitado pelo que encontra. O “poder-morrer” seria uma das variedades do “poder-relacionar” ou das possibilidades do existir humano. O morrer é uma possibilidade destacada do existir humano, por ser a mais extensa e não ultrapassável.

A morte dos homens é a possibilidade do não mais “poder-estar-aqui”, e não deixa de ser a própria essência da existência. A morte é a possibilidade extrema e mais íntima do existir humano, a mais certa das suas possibilidades. Entretanto, na medida em que o ser humano toma conhecimento da certeza do seu “ser-mortal” e do seu “ter-que-morrer”, ele fatalmente é obrigado a reagir, e, nesse sentido, a vida humana pode ser também chamada de “ser-para-a-morte”. O fato dessa consciência de sermos “ser-para-a-morte” nos faz despertar para as outras possibilidades da vida, abrindo novas possibilidades, em direção a uma vida menos escravizada às atividades cotidianas. Se fossemos imortais nunca nos arreponderíamos das oportunidades perdidas.

Nessa sociedade atual em que vivemos, possessiva e competitiva, a vida é também vista como uma posse. Para uma maioria de pessoas trata-se apenas de agarrar a vida como uma posse permanente. A morte é negada permanentemente, há sempre a morte dos outros, mas não a nossa própria. O morrer sempre chega cedo demais para aqueles homens que se esquivaram ao próprio “para que” do seu existir e assim fizeram uso inadequado da sua liberdade, liberdade essa que consiste basicamente na possibilidade dos homens poderem acatar ou recuar na realização de seu destino. São estes que entram em pânico ao se defrontarem com a morte.

A morte, diz Boss, pode significar uma transformação do “estar-no-mundo” existencial numa forma totalmente diferente, numa forma de ser que, sem dúvida, não é acessível aos mortais enquanto eles vivem.

Objetivo da pesquisa

O objetivo desta pesquisa foi analisar a vivência da prática clínica de cinco médicos pediatras intensivistas de um hospital humanizado, dando-se ênfase às estratégias por eles usadas para lidar com dificuldades e adversidades em geral presentes no cotidiano de seus trabalhos.

Adotou-se, para tanto, uma metodologia específica de pesquisa qualitativa referenciada pela abordagem fenomenológico-existencial de Heidegger, Boss e Buber. A análise procurou identificar o significado dessas vivências dos médicos de modo a contribuir para o entendimento da necessidade de se ouvir os médicos e englobar “a voz dos médicos” no processo de humanização da medicina e dos hospitais.

Estrutura da dissertação

A dissertação está organizada em quatro partes.

Na **Parte I – Introdução**, apresentei a origem do trabalho, seu contexto teórico e os objetivos da pesquisa. A análise do tema central se sucede em **três capítulos teóricos: 1. Espaço hospitalar e relação médico-paciente; 2. Humanização da medicina; 3. Fundamentos da relação médico-paciente.**

A **Parte II – Método** contém as considerações metodológicas norteadoras do trabalho, a caracterização do local e dos sujeitos-entrevistados da pesquisa, instrumentos de coleta de dados, procedimentos éticos e etapas de análise dos dados.

Na **Parte III – Resultados: análise das entrevistas**, são apresentados : (a) *o perfil do entrevistado*, traçado após a análise da entrevista; (b) *o contexto* em que se deu a entrevista e principais ênfases do discurso do entrevistado; (b) *síntese das unidades de significado* destacadas para análise pelo entrevistador-pesquisador; (c) *a entrevista: análise e transcrição de trechos* com as falas mais significativas dos entrevistados, organizadas segundo as “unidades de significado” selecionadas como mais relevantes para a discussão do conceito de humanização.

A **Parte IV – Discussão** retoma e discute as entrevistas, com especial atenção aos temas analisados como “unidades de significado”: morte, angústia e a culpa; a presença das mães na UTI; o reconhecimento (ou não-reconhecimento) do trabalho médico; aspectos (positivos ou negativos) do ambiente físico da UTI e das condições de trabalho. A Discussão também apresenta relação desses resultados com os referenciais históricos e teóricos apontados nos capítulos teóricos.

Por fim, na **Parte V – Conclusões**, discute-se o valor heurístico do trabalho, que permite indicar novas frentes de estudo.

Capítulo 1: ESPAÇO HOSPITALAR E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

1.1 Aspectos históricos

Pode-se considerar que foram as reflexões de Foucault nos anos 70 sobre a origem e constituição da instituição hospitalar, bem como da ordem médica daí resultante, enquanto ordem disciplinadora e instância de poder, o ponto de origem dos questionamentos sobre a ordem médica até chegarmos às atuais propostas a respeito da humanização da medicina.

Em seu livro “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1977) assinala ser o hospital, como instrumento terapêutico, uma invenção que data do final do século XVIII. Assim o personagem típico do hospital, antes do século XVIII, era o “pobre moribundo”, ao invés do “paciente a ser tratado”, o indivíduo, enfim, que necessitava de assistência material e espiritual, a quem se pudesse dar os últimos cuidados e a extrema-unção. Na época, continua Foucault, chamava-se de “morredouro” o hospital, e seu pessoal tinha a função principal não de batalhar pela cura do paciente, mas de conseguir a salvação da alma do moribundo e, através desse ato de benevolência, sua própria salvação eterna. O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII: o Hospital Geral, lugar de internação tanto de loucos como de prostitutas, doentes, devassos, etc., como um instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece.

Esse caráter de assistência social mantém-se em toda a Idade Moderna, mas é exatamente nessa época que uma nova função é dada aos hospitais: a de segregação de contingentes populacionais tidos como perigosos ao convívio social:

mendigos, vadios, imigrantes, loucos, portadores de doenças repulsivas ou de outras moléstias de caráter transmissível. Passam, então, os hospitais, a se prestarem ao controle e disciplinamento da vida urbana.

A partir do século XVIII, diz Foucault (1979), o hospital passa a ser visto como uma instituição onde doentes pudessem ser internados para tratamentos médicos eficazes, desde que sua salubridade pudesse ser restituída. É quando surgem as inspeções hospitalares.

Ainda segundo Foucault (1979), o inglês Howard percorre prisões, hospitais e lazaretos (“hospitais” para leprosos), entre 1775 e 1780, enquanto o francês Tenon viaja a pedido da Academia de Ciências Francesa, na época em que se coloca o problema da reconstrução do *Hotel-Dieu* de Paris. Argumentava-se serem os hospitais objetos complexos de que se conheciam mal os efeitos e as conseqüências, que agiam sobre as doenças sendo capazes de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las.

Howard e Tenon dão a cifra de doentes por hospital, a relação entre o número de doentes, o número de leitos e a área útil do hospital, a extensão e a altura das salas, a cubagem de ar que cada doente dispõe e a taxa de mortalidade e de cura. Tenon, por exemplo, investiga em que condições espaciais os doentes hospitalizados por ferimentos são mais bem curados e quais as vizinhanças mais perigosas para eles. Dessa forma, estabelece uma correlação entre a taxa de mortalidade crescente dos feridos e a vizinhança atingida por “febre maligna”. Da mesma forma, Tenon mostra que a taxa de mortalidade das parturientes aumenta na medida em que elas são colocadas em uma sala acima de onde estão os feridos.

Tenon estuda o percurso, o deslocamento, o movimento no interior do hospital, particularmente as trajetórias espaciais seguidas pela roupa branca, lençol,

roupa velha, pano utilizado para tratar ferimentos, etc. Estuda também quem os transporta e por onde são transportados, lavados e distribuídos, o que, segundo ele, deve explicar vários fatos patológicos do próprio hospital. Também investiga a razão da cirurgia de trepanação, uma das operações mais freqüentes da época, ser freqüentemente mais bem sucedida no hospital inglês *Bethleem* do que no hospital francês *Hotel-Dieu*, atribuindo o fato a posição recíproca das salas, a problemas de ventilação e comunicação da roupa branca.

É, portanto, a partir do século XVIII, que emerge a questão de que os hospitais não estavam curando tão bem como deveriam, embora tais hospitais, cujo surgimento data da Idade Média, na sua origem, não tivessem sido concebidos como local de cura.

Mas, é só a partir da Idade Contemporânea, segundo Foucault (1979), que a atividade médica se torna a principal característica da instituição hospitalar e é a partir daí que a figura do médico passa a uma posição de maior destaque na parte técnica e administrativa do hospital. Realizam-se, então, reformas no ambiente físico dos principais hospitais europeus eliminando-se muitos dos efeitos até então aí presentes. É também nesse momento que se criam normas e rotinas, na tentativa de disciplinar as condutas e regularizar o bom funcionamento. A medicina, na mesma época, muda de rumo: de uma medicina individual e particular passa a ser uma medicina de cunho social, hospitalar. O próprio ensino médico passa a ser prioritariamente desenvolvido nos hospitais. O saber médico passa então a exigir rígido controle sobre tudo o que envolvesse o doente: qualidade do ar, temperatura ambiente, regime alimentar, etc. Além das terapêuticas medicamentosas e cirúrgicas, passou então a valorizar a ação do meio sobre o doente como instrumento para debelar sua doença. A distribuição do espaço passa a fazer parte

também da terapêutica e o hospital passa a ser um lugar ideal para a constituição de microcosmos individualizados nos quais os doentes são inseridos, cada um de acordo com sua doença e com os ditames do tratamento a seguir. Todos os recursos hospitalares são então voltados para o próprio paciente e sua cura e ficam subordinados ao comando funcional e administrativo dos médicos. Como consequência, aparece a figura do paciente – aquele que “sofre” a ação “terapêutica”.

Pessini (2004) destaca que a palavra paciente vem do latim “patior”, cujo significado é aquele que sofre. Observamos que, na verdade, o termo já traz em si uma negatividade, já que o doente hospitalizado experimenta a doença como um fator de negação em si mesmo, o que pode potencialmente ou efetivamente conduzi-lo a morte; por outro lado, pode-se afirmar que a doença e o internamento nos estabelecimentos médicos contemporâneos também são vivenciados como fator de negação da pessoa enferma.

1.2 A revolução tecnológica na medicina moderna

Toda e qualquer internação traz, para o paciente, uma ruptura com sua vida habitual, com seu dia-a-dia, seu cotidiano. Muitas vezes, de maneira brusca o doente é retirado dos seus afazeres diários para cumprir então uma rotina a que não está habituado, inclusive, muitas vezes, sem poder controlá-la, interferir, ou mesmo reclamar. Seu contato com o mundo externo passa a ser feito através de terceiros, intermediários, que vão lhe contar, à sua maneira, os acontecimentos, os fatos, enfim a “vida de lá de fora”. A percepção do tempo muda, os minutos tornam-se longos e estafantes, as horas não passam, há uma perda da passagem dos dias. A concentração diminui, de maneira às vezes intensa, e, principalmente, todo foco de

interesse se volta para a doença, os problemas dela decorrentes, os procedimentos hospitalares, as rotinas de todo corpo médico, de enfermagem, de outros profissionais da saúde. O entra e sai desses profissionais médicos e não médicos acaba alterando – muitas vezes em conjunto com a medicação prescrita – o relógio biológico do paciente que, freqüentemente, passa a trocar o dia pela noite, dormir e comer dentro de horários rígidos estabelecidos de maneira autoritária pela rotina hospitalar, rotina essa, aliás, vinculada a escalas de trabalho e horários dos próprios médicos. Há e tem de haver uma obediência total e absoluta do paciente a esse, digamos, poder. Não se admite qualquer tipo de contestação ou recusa do cumprimento das normas. Há sempre uma ameaça insinuada – uma ameaça de morte ou piora – no caso de contestação. A intimidade do paciente é escancarada e, ao entrar no hospital, o doente é convocado à supressão instantânea e voluntária de sua intimidade. Assim Antunes (1991) define a situação:

... além da ruptura com o cotidiano, o internamento implica, de imediato, uma primeira medida com o propósito de preparação da terapêutica: a expropriação do corpo do doente. Este sede lugar àquilo que poderia chamar o corpo doente do médico, terreno onde se desenvolve a doença e objeto do trabalho do médico. O caráter propedêutico dessa medida reside na necessidade médica de filtrar o conjunto de sintomas expressos pelos pacientes de quaisquer conotações subjetivas que afastassem o diagnóstico das alternativas previsíveis nosologicamente.
(p. 164)

O diagnóstico médico passa então por uma interpretação das manifestações exteriores manifestadas pelo e no doente e, de alguma forma, apreendidas pelo médico. A subjetividade percebida pelo doente, de seus sintomas e sinais clínicos provocados pelo impacto da doença, dificilmente é levada em consideração pela medicina. Nesse modelo ortodoxo, há necessidade de formulação das hipóteses diagnósticas para o “bem curar”, baseadas sempre em evidências – o “ver para crer”. Privilegia-se o ver ao ouvir.

Foi a partir do século XX, de acordo com Antunes (1991), que a medicina experimentou uma reformulação em sua orientação pragmática, o que fez com que ela se convertesse em prática eminentemente hospitalar, já que o saber médico proclamou a necessidade de se estabelecer um rígido controle sobre tudo que envolvesse o doente: qualidade do ar, temperatura ambiente, regime alimentar, etc. Além das aplicações farmacêuticas e cirúrgicas, o meio passou a ter importância ímpar no tratamento. O espaço passou a ser incluído na terapêutica e o hospital passou a ser concebido como lugar ideal para a constituição de microcosmos individualizado, especialmente preparados para se inserir cada doente de acordo com sua doença e com os ditames do tratamento que ele deve seguir.

Há várias razões que podem ser pensadas como molas propulsoras dessas mudanças bastante expressivas. Algumas delas passaremos a analisar em seguida.

Vivemos uma época de grandes avanços na medicina: na forma de entender a doença, de se fazer diagnósticos, de se tratar a doença e o paciente, de se prevenir o adoecimento e de se prolongar a vida com qualidade. Graças a um uso cada vez maior de recursos tecnológicos, tais como computadores de última geração, a medicina entrou numa fase de desenvolvimento absolutamente inédito e progressivo. O chamado “empirismo” da prática médica foi cedendo espaço cada vez mais para o “cientificismo”: a medicina passou a “entender” melhor gênese, tratamento, prevenção de doenças, médicos passaram a curar e prevenir mais, o campo médico foi alargado e a medicina como um todo passou a ser mais eficiente e, portanto, mais respeitada.

Médicos já não trabalham mais sozinhos. A medicina passou a exigir equipes altamente especializadas, envolvendo inclusive, profissionais até então estranhos ao meio, como engenheiros, físicos, químicos e bioquímicos, biólogos e

geneticistas, veterinários, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, psicopedagogos, etc.

A incorporação dessa tecnologia e de todo pessoal a ela vinculado trouxe, como consequência imediata, a necessidade de mudanças na concepção de hospital. A necessidade de espaços com especificações técnicas precisas e detalhadas, aliada à necessidade de mais espaço para a acomodação dos profissionais necessários para fazer funcionar esse aparato tecnológico, motivaram a construção de hospitais cada vez maiores e mais equipados, centralizando neles laboratórios, centros de tratamentos especializados, salas cirúrgicas altamente equipadas, centros de tratamento intensivo, unidades altamente protegidas de risco e infecção e, mesmo, consultórios médicos.

De outro lado, ampliaram-se os serviços médicos oferecidos pelos hospitais, com atendimento não só para pacientes internados por períodos mais longos, mas também para pacientes que necessitam de tratamentos curtos de menos de um dia e atendimento clínico de urgência ou mesmo de rotina.

A tecnologia, no entanto, é cara. Para fazer frente às despesas crescentes, os hospitais tiveram de se transformar em verdadeiras empresas, geridas por profissionais da área administrativa e financeira. Passou-se a considerar a possibilidade dos hospitais gerarem lucro e dividendos. Grupos financeiros passaram a entrar no mercado da “saúde” e da “doença”, criando seguros de “saúde” e convênios médicos e assumindo hospitais.

Para Kahn e Rosset (1999), o rigor das condições de admissão, a lentidão do funcionamento dos meios, a frieza das instalações suscitam, por vezes, reações críticas por parte dos doentes e suas famílias, com queixas sobre falta de consideração e de negligência no fornecimento preciso de informações sobre a

realidade de suas patologias e sobre a natureza dos cuidados que recebem. Mas, com o advento dos computadores e da Internet, a informação médica – antes, às vezes, imprecisa – passou a ser de domínio público. Informado, o consumidor do serviço hospitalar passou a exigir o que considera seus direitos, ou seja, o direito a tratamento adequado, uso de tecnologia médica disponível, conforto e atenção hospitalar. E aprendeu a lutar por esses seus direitos de forma ativa.

O hospital, por seu lado, teve de aprender a negociar com seus consumidores de maneira civilizada e com certa contenção de ânimos, muitas vezes através de seus porta-vozes ou serviço de atendimento ao cliente. Da mesma forma, o medo de processos por erros médicos ou mesmo negligências hospitalares burocratizaram o hospital, que passou a exigir mais e mais assinaturas de concordância para uma série de atos médicos, que os isentem de responsabilidades em eventuais processos legais.

1.3 Aspectos arquitetônicos e organizacionais do hospital humanizado

Como tentativa de solucionar os problemas colocados pelas novas práticas médicas, surge o modelo de hospital humanizado. Nessa concepção, dá-se grande ênfase à concepção arquitetônica e funcional do bem estar do paciente e de sua família. Na maioria das propostas de humanização do hospital, as decisões a este respeito têm passado mais pelas mãos de administradores, financistas e outros profissionais, e mesmo pelas mãos de médicos mais voltados para a administração hospitalar do que propriamente os médicos clínicos e cirurgiões em atividade nesses hospitais humanizados.

Nos hospitais humanizados, além de novas configurações arquitetônicas capazes de acolher os inúmeros serviços, aparelhos, equipamentos tecnológicos

complexos, e de garantir o espaço necessário para uma variada população que passa a circular no seu interior, como já foi observado, busca-se também tornar aquele espaço mais agradável para o paciente e seus familiares. Decoração, cores e luzes, afastam o hospital humanizado da frieza do hospital tradicional. Serviços de hotelaria, pequenas lojas, salas de recreação, belos jardins, espaços amplos e ensolarados procuram retirar do hospital a imagem de dor, sofrimento e morte.

As estritas normas hospitalares, com seus horários rigorosos para “visitas”, paulatinamente foram abrandadas, o que trouxe, como conseqüência imediata, um fluxo maior de pessoas nas dependências hospitalares e uma necessidade de “revitalização” de espaço.

No atual modelo de hospital humanizado há um pressuposto que aparece como constitutivo da concepção de humanização hospitalar: uma nova concepção arquitetônica. Tal aspecto, no entanto, não se esgota em si mesmo: a nova arquitetura hospitalar não é somente um “cenário” mais agradável, pois o movimento que lhe deu origem assenta-se em pesquisas que constataram a influência do meio ambiente nas condutas.

Esses estudos se desenvolveram a partir do campo aberto pela Psicologia Ambiental, que veio a fornecer respostas as inquietações que se colocaram para os arquitetos a partir dos anos 50, ou seja, o tema da integração entre ser humano e espaço físico. Ao contrário da sociologia, e mesmo da psicologia clássica, que consideram as influências do meio ambiente nas condutas, mas limitam-se a concebê-los como meio social, a psicologia ambiental toma como objeto de investigação as relações entre meio físico e conduta.

Tais estudos partem do princípio de que, se nossos comportamentos acontecem em um determinado meio físico, este não funciona somente como um

cenário para nossas condutas, mas produz estímulos que conjugados com outros, provenientes do meio social ou interpessoal ou do próprio sujeito, irão configurar o comportamento dos indivíduos.

A seguir apresenta-se uma revisão geral de alguns estudos clássicos referentes a esse assunto. Todas as citações abaixo foram coletadas em livro clássico de Psicologia Ambiental da escola espanhola, dos professores Burillo e Aragonés (1988).

Para Myers (1983), trata-se de uma das mais fascinantes descobertas da moderna psicologia ambiental como nossa conduta social se vê afetada pelo desenho de nossas casas e locais de trabalho, pela estrutura física de um edifício de apartamentos, uma residência de estudantes, um local de ensino, um prédio de escritórios, um hospital, uma sala de aula, entre outros ambientes.

Isidor Chein (1954), tenta entender como o ambiente influi sobre a conduta e observa que alguns traços ambientais funcionam como estímulos para o comportamento, outros são objetos-meta que servem para satisfazer determinadas necessidades, outros ainda são capazes de estimular ou inibir determinadas condutas, fazendo-as mais ou menos prováveis e, por fim, alguns outros são “diretivos” e tendem a induzir direções específicas de comportamento.

Em um trabalho considerado clássico, Wohlhill (1970), assinala três formas básicas de influência do meio construído. Por um lado, cada contexto ambiental restringe a gama de condutas possíveis nele; de outro, as características de um ambiente concreto podem exercer determinados efeitos na conduta; e, finalmente, as mesmas características ambientais podem atuar como motivadores ou investigadores das mais diferentes respostas – de atitude, afetivas, de fuga, etc.

Krasner (1980) assinala que as salas de aula e os hospitais psiquiátricos são as duas instituições mais ilustrativas do desenho ambiental e sobre as quais mais se fizeram estudos interessantes relativos à correlação meio físico construído e conduta. Tradicionalmente, os hospitais psiquiátricos apresentam uma configuração monótona e despersonalizada que inevitavelmente causa efeitos nocivos nos pacientes internados. Ellenberger (1971) assinala que esse confinamento não voluntário faz com que piore a enfermidade, ao mesmo tempo em que incapacita os pacientes a se relacionarem com o mundo exterior.

Surgiram nas últimas décadas numerosas propostas no sentido de mudar o ambiente físico dos hospitais, como tentativa de melhorar a influência de determinadas variáveis do meio construído na conduta dos internados. Um dos trabalhos clássicos nesse sentido é o de Osmond (1978), que parte dos conceitos de “fuga social” e “hospitalidade social”. Para esse autor um desenho ambiental de “fuga social” é aquele que impede ou desestimula a formação de relações humanas estáveis e, o de “hospitalidade social”, o que anima, fomenta e inclusive, obriga o desenvolvimento de relações interpessoais estáveis. Osmond observou que os hospitais psiquiátricos se encaixavam melhor na linha dos desenhos ambientais de “fuga social” pela predominância neles de corredores lineares cheios de dormitórios, o que, a seu ver, apesar de diminuir os custos de construção e facilitar a parte administrativa, teria como pontos negativos: favorecer o isolamento social, entorpecer as interações e incrementar a sensação de aglomeração, produzindo uma sensação de monotonia que terminava por dificultar a necessária privacidade e conduta territorial do paciente.

A discussão a respeito do tipo de corredor mais conveniente para os hospitais levou à consideração de três possibilidades, segundo Lee (1981): a

habitual, do corredor único, em linha reta ou em L, com a unidade de vigilância e enfermaria no centro ou em ângulo; a do corredor duplo, com dormitórios de cada um dos lados do corredor e o resto do serviço entre eles; e, finalmente, o desenho ambiental radical, com a unidade de vigilância ao centro, rodeada dos dormitórios em forma de círculo.

Osmond defendia a tese de que hospitais com corredores únicos ou em L provocavam maiores reações de “fuga social”, enquanto os de planta circular eram os que melhor provocavam reação de “hospitalidade social”. Trites e colaboradores (1980), chegaram às mesmas conclusões, estudando as várias possibilidades de plantas arquitetônicas em um mesmo hospital. Demonstraram a vantagem da opção radical, circular, até porque o tempo em traslados se reduzia, aumentando, assim, o tempo disponível para cuidado com os pacientes.

Também as características semifixas, como o mobiliário, foram estudadas no sentido de se determinar sua possível correlação com “fuga social” ou “hospitalidade social”. Sommer e Ross (1958) concluíram que a colocação de assentos grudados à parede, uns juntos aos outros, contribuía para uma “fuga social” e que essa atitude tendia, portanto, a dificultar a interação interpessoal dos pacientes na sala. Uma simples modificação na disposição das cadeiras, agrupando-as em torno de pequenas mesas, originou um aumento na interação e na comunicação. Holahan (1974) notou que nas salas de “hospitalidade social”, além de haver maior interação, havia também conversações mais sinceras e pessoais do que nas salas de “fuga social”.

Ittelson e colaboradores (1974) em um trabalho considerado clássico, pesquisaram, em três diferentes hospitais – um particular, um municipal e um estatal – a influência do tamanho da construção em relação à conduta das pessoas. Para

tanto, classificaram a conduta dos pacientes em “ativo-social” e “solitário-passiva”; definiram esta última como “ficar na cama, seja dormindo ou acordado, e estar sentado, ou dormindo ou não fazendo nada”. A pesquisa concluiu que no hospital privado se davam níveis mais altos de conduta “ativo-social” e níveis mais baixos de conduta “solitário-passiva”, em relação ao hospital público, sendo que no hospital estatal chamava a atenção o nível muito baixo de conduta social. A explicação do fato parece ser a de que, no hospital privado, os quartos eram de uma a duas camas, enquanto que a conduta “solitário-passiva” estava associada ao número grande de leitos por quarto. Os residentes em quartos grandes acabavam restritos em suas atividades, por não se sentirem muito confortáveis na presença de muita gente e em meio a um quarto muito amplo, acabando por optar por uma conduta “solitário-passiva”. Obviamente, o que conduz a isso é a redução da privacidade dos internados acomodados em lugares muito grandes e com grande número de outros pacientes, já que em muitos não há portas e os pacientes são vigiados e visualizados de corpo inteiro a qualquer momento do dia ou da noite. Como assinalam os autores quando há restrição da privacidade e o entorno é monótono, faltando estimulação, não há muitas opções de comportamento. É nesse sentido que se deve entender o ir e vir constante de pacientes esquizofrênicos que, privados de sua liberdade e de outras formas de interação, ficam reduzidos a esse movimento mecânico.

Já Becker e Poe (1980), com base numa pesquisa prévia com usuários e funcionários de um hospital, remodelaram uma seção incorporando murais, refazendo a pintura local, melhorando a iluminação dos corredores e da parte de serviços de enfermagem, dispoendo o mobiliário para visitantes de forma mais “social”. As mudanças verificadas nos comportamentos foram notáveis: melhora no

humor e estado de ânimo, tanto dos pacientes quanto das equipes de saúde; percepção, por parte dos pacientes, de uma melhor atenção para com eles; aumento da ocupação dos espaços públicos, entre outras.

Em resumo, o conceito de hospital transformou-se sob uma ótica empresarial, o hospital mudou sua arquitetura, aprimorou seus serviços específicos, aumentou a gama de serviços paralelos oferecidos e investiu em conforto e beleza. A imagem de um hospital eficiente mas, ao mesmo tempo, confortável e bonito passou a ser uma exigência do mercado.

É interessante observar que o termo “hospital humanizado” guarda uma certa ambigüidade, principalmente se considerarmos as propostas advindas dos organismos de saúde e instituições médicas. Ora se aplica àquele hospital em que se desenvolvem projetos de humanização centrados na relação médico-paciente, ora àquele que oferece um atendimento eficiente e ágil, ora àquele que respeita os direitos do paciente como cidadão ou mesmo consumidor, ora refere-se mais explicitamente à qualidade das instalações físicas.

Capítulo 2: HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA

2.1 Aspectos conceituais e polêmicos

Os possíveis conflitos e resistências dos médicos diante da implantação de projetos hospitalares humanísticos constituem reflexo do paradoxo que o século XX trouxe ao universo da Medicina.

Paralelamente a um franco progresso na capacidade de diagnosticar, entender a doença e suas causas, tratar e curar, ocorre hoje uma inequívoca insatisfação dos pacientes em relação a seus tratamentos médicos e mesmo em relação a seus médicos, bem como uma insatisfação dos médicos com suas condições de trabalho e de exercício da profissão, e até com seus próprios pacientes. Essa insatisfação vem sendo discutida por vários autores, na maioria médicos, que aí vêem uma “crise” na medicina atual, considerada por eles excessivamente técnica e muito pouco humana. Lown (1997) crê que “a séria crise na medicina só em partes se relaciona com os custos crescentes (...) a medicina perdeu seu rumo e talvez sua alma (...) o público norte americano desconfia, suspeita e até hostiliza seus médicos, até porque os médicos diante da tecnologia perderam sua capacidade de ouvir seus pacientes” (p.11).

Já para Meyer (2000), o “desenvolvimento do extraordinário poder médico contemporâneo chegou paradoxalmente a fazer com que se esquecesse do doente e que se negligenciasse o médico” (p.11).

O otimismo dos anos 70, diante de uma medicina cujas possibilidades de cirurgias pareciam infinitas, quando se iniciava a descoberta de novos medicamentos para patologias como o câncer, as cardiopatias e as depressões e se começava a utilizar exames complementares computadorizados, é substituído, vinte

anos depois, por uma medicina que, levada ao reducionismo, ocupa-se da doença em detrimento do doente. Não são mais os tecidos doentes, mas as células e moléculas, as estruturas e atividades do infinitamente pequeno a preocupação maior da medicina: passa-se agora a tratar as doenças pelas deficiências gênicas.

Kahn e Rosset (1999) consideram que a excessiva confiança dos médicos na eficácia de suas terapêuticas tem levado a um distanciamento entre eles e seus pacientes e preocupam-se com o papel do médico moderno frente às dificuldades de novas formas de conhecimento, lembrando do excesso de responsabilidades, da cobrança do acerto do diagnóstico e da necessidade desses médicos escolherem corretamente a terapêutica a ser prescrita, especialmente nos casos mais graves e de ameaça de vida para o paciente. Com isso, assinalam eles, instala-se a decantada falta de diálogo entre médicos e pacientes, entre médicos e enfermagem, já que a obrigação de fazer o máximo para alcançar a cura e a exigência excessiva da competência se antepõe a qualquer gesto de humanidade. Sem usar o termo estresse, esses autores não deixam de se referir ao “aumento da carga efetiva técnica e de trabalho, sem compensação psicológica nem material” da grande maioria dos médicos atuais, decorrentes da necessidade de “esforço cada vez mais complexo e, muitas vezes, afetivamente cada vez mais difícil” (KAHN A., 1999).

Adams (2002) constata a exaustão presente na vida de grande parte dos médicos. Para ele essa exaustão não é inerente à prática médica, mas decorrente de uma série de fatores que vão desde um tempo insuficiente de consulta, impedindo a formação de maiores vínculos e intimidades e dificultando o médico a entender a vida de seu paciente, passando por uma falta de tempo do médico para desfrutar da sua própria pessoa e, mais ainda, porque a medicina funciona atualmente como um grande negócio, sendo os médicos os “fornecedores” e os

pacientes os “clientes” e, finalmente, porque a relação médico-paciente passa hoje por uma fase de muita desconfiança dos médicos por parte dos pacientes, o que gera um número crescente de processos legais. As conseqüências disso, no olhar de Adams, é uma elitização da medicina: cria-se uma distância profissional, os pobres passam a não serem ouvidos, cresce o número de exames desnecessários para a avaliação do paciente, mas importantes para a “proteção” dos médicos, gerando um aumento nos custos médicos em geral.

Uma historiadora médica, Richardson (2000), encontrou a gênese dos termos humanização e desumanização no século XVIII, quando o anatomista e cirurgião William Hunter exigia de seus discípulos uma “necessária desumanização”, com o objetivo de preservá-los emocionalmente, de forma que eles conseguissem suportar as disseções de cadáveres que ora se iniciavam, bem como pudessem participar e proceder às cirurgias da época de uma maneira rápida e eficaz. Especialmente rápida, já que não contavam, então, com anestésicos, medidas de assepsia e mesmo transfusões de sangue.

Vê-se claramente, que a noção de desumanização de Hunter não se confunde com as idéias de “desapego” e “objetividade” atualmente associados associadas ao termo em questão, uma vez que a expressão de Hunter tem um conteúdo humanístico, por requerer dos médicos da época uma alienação necessária, com tempo determinado e em circunstâncias bastante pontuais. Já “desapego” ou “objetividade” têm a conotação de separação, não compromisso com o tempo, que acabam por afastar não só os médicos de seus pacientes, mas também os médicos deles próprios.

Rios (2003), médica psiquiatra, coordenadora do Núcleo de Humanização da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, fala de uma “violência institucional”

existente na área de saúde e decorrente de relações sociais marcadas pela “sujeição dos indivíduos” (p. 6). São relações de controle, de alienação e de não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais, que foram historicamente configurando uma violência favorecedora de uma estrutura institucional caracterizada pela rigidez hierárquica, pela ausência de direito ou de recurso das decisões superiores, “por uma fórmula de circulação da comunicação apenas descendente, pela falta de espaço institucional para a palavra transformadora, pelo descaso com os fatores subjetivos e por uma disciplina autoritária” (p. 6). Como consequência de tudo isso, completa Rios, passou a ocorrer uma diminuição do compromisso e da responsabilização na produção da saúde e o desrespeito tanto aos profissionais da saúde quanto aos usuários dos serviços prestados. A Humanização, pondera Rios (2003), surge como um movimento contrário a esse enredo: um processo de transformação da cultura institucional, valorizando aspectos subjetivos, históricos e socioculturais, de usuários e de profissionais, e de mudanças institucionais importantes para a compreensão e elaboração de ações que tragam como resultado boas condições de trabalho e qualidade no atendimento.

Já nos anos 80, Landmann (1983) chamava a atenção para as causas da crescente desumanização da medicina. Segundo o autor, estava-se destinando grande parte dos recursos disponíveis no setor de saúde para uma medicina tecnológica, sustentada por uma mídia poderosa e a serviço das indústrias de equipamentos médicos e remédios. A Saúde Pública passa para segundo plano, com baixos investimentos em saneamento básico, em controle da poluição ambiental, em políticas de educação e de combate ao desemprego e à miséria. As causas sociais, econômicas e culturais das doenças são desconsideradas. Segundo

o professor, criou-se um verdadeiro mito da medicina tecnológica, do poder dos hospitais e dos médicos, como se fosse possível curar todas as doenças através de tecnologia ou de transplantes cardíacos.

Meyer (2000) observa que a medicina atual passou a ser altamente técnica (exige centros especializados e devidamente equipados), molecular e informatizada (diagnósticos e receitas podem ser fornecidos aos pacientes sem apelar para seus médicos). E, devido a um excessivo reducionismo, a doença passou a ter maior encanto do que o próprio paciente: o interesse médico passou a se concentrar mais na detecção dos genes “doentes” ou na execução de transplantes do que na própria figura do “doente”.

Adams (2002) sugere ser a desumanização uma conseqüência da própria elitização da medicina, da falta de disponibilidade de tempo dos profissionais, do cansaço e até do fato da medicina ter se transformado em um grande negócio, gerando, nos pacientes, uma grande desconfiança em relação aos seus próprios médicos: “A prática médica rígida acaba sendo um livro de receitas puramente mecânico” (p. 64).

MC Gallian (2003), historiador da medicina, considera ter sido sempre a medicina uma ciência humanística, próxima da ciência ética de Sócrates, com bases fincadas na filosofia da natureza e na concepção holística do homem como dotado de corpo e alma. Atribuindo a idéia da desumanização da medicina à super valorização das ciências biológicas e dos meios tecnológicos que a medicina veio a conhecer, esse autor considera que a retomada do caminho tradicional só pode ser feito na medida em que o médico leve em conta não somente o biológico, mas também o ambiental, o cultural, o sociológico, o familiar, o psicológico e espiritual.

Ou seja, a desumanização da medicina deve ser pensada não só de um ponto de vista relacional e ético, mas também de um ponto de vista epistemológico.

Pessini e Bertachini (2004) entendem o processo de desumanização como pertinente não só ao ambiente médico e hospitalar, mas também, e especialmente, à própria sociedade, já que o hospital reflete como um espelho “o que de pior e de melhor acontece na nossa sociedade desumanizante e desumanizadora” (p.11).

Caprara e Franco (1999) procederam a uma vasta revisão bibliográfica sobre o tema da relação médico-paciente e concluíram ser essa relação a peça fundamental na humanização da medicina. Argumentam que a medicina tecnológica atual tem se baseado excessivamente na relação causa-efeito, o que a leva a ver o indivíduo doente como uma máquina a ser consertada, ignorando-se os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais inerentes ao adoecer, tão necessários ao entendimento da doença e do doente. Desprezando-se a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural do doente, altera-se por completo a relação médico-paciente. Conseqüência disso é que os médicos perdem a capacidade de compreender as palavras proferidas pelos pacientes para expressar dor e sofrimento, o que acaba fazendo com que encontrem grandes dificuldades em transmitir informações adequadas ao paciente e compromete a adesão ao tratamento por parte dos doentes.

Entretanto, é em Shorter (1991), um historiador da medicina de origem canadense, que se encontra a mais inquietante e palpitante explicação teórica para a dita crise da medicina. Esse autor traça um longo e fascinante roteiro do que significava a medicina dos séculos XVIII e XIX: uma medicina de pouquíssimos recursos terapêuticos mas exercida em épocas que vão determinar os primórdios de uma medicina “científica”, baseada inicialmente na visualização dos órgãos atingidos

pela doença através da dissecação de cadáveres e, *a posteriore*, pela visualização dos tecidos doentes ao microscópio; uma medicina baseada em longas conversas com os pacientes na busca de alguma solução de alguma possibilidade curativa. Já no século XX, o autor apresenta uma medicina “moderna” baseada na bioquímica e que passa a contar com uma medicação mais eficaz, uma medicação química, desenvolvida em laboratórios, muitas vezes até por conta de um saber aproveitar situações inesperadas; uma medicação a ser introduzida no corpo com finalidades de combater bactérias e substâncias anômalas causadoras das doenças. É, então, a partir do início do século XX, tendo como marco a primeira guerra mundial de 1914, que tais medicações químicas tomam impulso, um impulso inquestionável e, provavelmente, para sempre. Shorter postula, então, que é a confiança extremada na eficácia da medicação química, e mais tarde cirúrgica, que faz com que o médico contemporâneo se dê o direito de abdicar da necessidade premente de uma anamnese detalhada e de um exame físico completo daquele que está doente. Acrescente-se, também, o franco desenvolvimento dos equipamentos de diagnóstico e tratamento já referidos exhaustivamente acima e que, também eles, permitem a esse médico de “praticamente” abandonar o paciente.

2.2 Humanização e profissionalismo

Em muitos artigos de autores de língua inglesa o tema da humanização da medicina se cruza com a noção de “profissionalismo” (*professionalism*). Embora relacionada diretamente à questão da bioética e do ensino médico, esta noção também guarda, por outro lado, fortes vínculos com o termo humanização fartamente usado na literatura em outras línguas.

A maioria dos autores que incorporam a noção de profissionalismo baseiam-se em um documento do final de 1999, referendado pelos “*European Federation of Internal Medicine*”, “*American College of Physicians*”, “*American Board of Internal Medicine*” (ABIM) e “*American Society of Internal Medicine*” (ACP_ASIM), denominado “*Medical Professionalism Project*” (Projeto de Profissionalismo Médico), cujo intuito é o de redefinir o profissionalismo médico, como um compromisso da medicina com a sociedade. Tal compromisso envolve, da parte dos médicos, a necessidade de colocar os interesses dos pacientes acima dos seus próprios, de demonstrar alta competência e integridade e de fornecer conselhos tecnicamente abalizados à sociedade. Considerando que os serviços de saúde mostram-se prejudicados pela explosão da tecnologia, por mudanças nas forças de mercado, por problemas nos pagamentos dos serviços médicos, por bioterrorismo e globalização, o Projeto propõe uma volta aos princípios de cura hipocráticos, de forma que “a profissão médica deve lutar com complicadas forças políticas, leigas e mercadológicas.” (p.244), assumindo uma série de compromissos de responsabilidade, tais como: competência profissional e constante atualização; honestidade com o paciente, informando-o não só do tratamento proposto mas também de seus efeitos adversos e até mesmo de erro médico, caso esse exista; absoluto sigilo de informações, excluindo-se as que possam por em risco outras pessoas; relação amistosa com o paciente, preservando sua intimidade e não se aproveitando da sua fragilidade para fins sexuais; colaboração com outros profissionais com intuito de manter uma qualidade adequada de tratamento, mas não se aproveitando da facilidade em dispor da tecnologia para efetuar tratamentos desnecessários ou de risco; lutar por acesso mais amplo da população nos tratamentos médicos necessários, bem como por acesso indiscriminado da

população aos meios de saúde; parcimônia nos gastos com a saúde; um conhecimento científico baseado somente em evidências e experiência profissional do médico, fazendo frente de maneira adequada aos interesses das indústrias farmacêutica, de equipamentos médicos e das companhias de seguros os quais nem sempre são compatíveis com os interesses dos pacientes; e, finalmente, luta pelo cumprimento de responsabilidades profissionais suas e de outros colegas médicos, mesmo nos casos de processos judiciais legais.

Ahlzen e Stolt (2003) descrevem o “Programa de Medicina Humanística” (1998) do Instituto Karolinska de Estocolmo, que se propõe a trazer para a prática clínica uma medicina mais humanizada, por meio de cursos em nível de graduação e pós-graduação que incluem tanto matérias de ciências humanas (história, filosofia, teoria literária e arte e semântica) quanto propriamente artes (literatura, teatro, arte, música e dança), com a idéia de que “as matérias humanas devem fazer parte da prática médica e da prática de pesquisas médicas para que os clínicos possam ver a importância das ciências humanas no seu próprio trabalho” (p. 1041).

Siegler (2002) cita sete violações do profissionalismo, de acordo com a *American Board of Internal Medicine*, (abuso de poder, arrogância, ganância, deturpação do discurso do outro, falta de conscientização, prejudicar alguém, conflitos de interesses) e alguns aspectos positivos compilados pela *Accreditation Council of Graduate Medical Education* (respeito, integridade, consideração pelas pessoas e o colocar os interesses dos pacientes e da sociedade acima dos seus próprios). Avalia que o profissionalismo está na dependência de virtudes inerentes ao próprio indivíduo, mas julga possível ensinar ao jovem estudante de medicina uma ética baseada em virtudes, já que “o desenvolvimento dos valores profissionais é influenciado pelos valores inerentes ao próprio sistema de saúde” (p. 405).

Pellegrino (2002) considera que a humanização deve fazer com que os médicos estabeleçam com seus pacientes não uma relação de caráter comercial ou mercadológico, não uma relação de contrato de trabalho ou de mera aplicação de conhecimentos técnicos, mas uma relação que passe pela retomada dos valores morais, das virtudes, já que acredita que uma medicina calcada na ética, baseada na virtude, o médico não verá seu paciente “como cliente, como consumidor, como segurado ou como qualquer outra transformação industrializada ou comercializada da antiga e respeitada palavra paciente” (p. 382).

Soberon-Acvevedo, Garcia-Viveiros e Narro-Robles (1994) chamam a atenção para a necessidade de se estender as relações médico-paciente também para as relações entre instituições médicas e enfermos, entre médicos e coletividade e entre médicos e governo. Observa que na época atual, como a medicina institucional adquiriu uma grande importância transformando-se em organizações grande poder, torna-se mais importante discutir a relação instituição médica/enfermo do que a própria e clássica relação médico/paciente. Assim, argumentam, será possível garantir os direitos dos pacientes nas instituições, tais como os catalogados na “Declaração dos direitos do paciente” da “Associação Americana de Hospitais” (consideração e respeito, informação adequada e completa, confiabilidade, discrição e privacidade, transferência de hospital no caso de necessidade, autorização pessoal para ser incluídos em protocolos de pesquisa, acesso às contas hospitalares, orientação adequada pós-alta, conhecimento adequado das normas hospitalares vigentes). Da mesma forma, estaria garantida a dimensão humanística do médico especialista em saúde pública, o que inclui o proporcionar informações fidedignas aos que realizam e põem em prática políticas e planos de saúde; respeitar as particularidades e costumes sócio-culturais das comunidades e países

para os quais trabalham; ajudar a interpretar as políticas de saúde e tomar decisões, equilibrando os interesses e os direitos dos indivíduos com aqueles que são comuns à sociedade.

É neste ambiente institucional – as organizações hospitalares – que várias das questões mais significativas do tema da humanização foram se revelando no decorrer da história da medicina até os dias atuais.

2.3 Projetos de humanização hospitalar

À medida que o tema da necessidade de humanização (ou reumanização, para alguns) da medicina ganha corpo no espaço social, entidades governamentais ligadas à saúde e mesmo entidades representativas do meio médico se dão conta dessa crise, publicam estudos, organizam simpósios e congressos e instruem médicos e outros profissionais da saúde a respeito do assunto. Termos como humanização, desumanização, re-humanização da medicina e dos hospitais se disseminam.

Deslandes (2004) chama a atenção em artigo recente que, apesar do termo humanização ter sido empregado constantemente no âmbito da saúde e mesmo ser a base de um conjunto de iniciativas, ele não possui uma definição mais clara. Geralmente ele é usado para designar a forma de assistência que valoriza o cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional e implica ainda na valorização do diálogo intra e interequipes. Segundo o autor, essas medidas dão voz a antigas demandas da saúde tais como: democratização das relações que envolvem o atendimento; maior diálogo e melhoria das comunicações entre

profissional da saúde e paciente; e reconhecimento das expectativas dos próprios pacientes e profissionais, como sujeitos do processo terapêutico.

O Ministério da Saúde do Brasil, durante a gestão do ministro José Serra, lançou o que chamou de Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)², buscando “estratégias que possibilitassem a melhoria do contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os diversos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade”. O manual de apresentação do PNHAH salienta os objetivos do programa: “melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira”, “modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias” e “capacitar os profissionais do hospital para um novo conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania”. (Manual do PNHAH, 2002, p. 2)

Tais propostas se fundamentam em comentários teóricos que procuram definir o que é humanizar. Para os autores do Manual, o que define “humano” é a comunicação e, portanto, a palavra. Palavra essa que, juntamente com as imagens, forma uma rede tecida inicialmente com a mãe, depois com a família e com o grupo social, que vai moldando o corpo biológico. Mas a palavra pode falhar e aí, diz o Manual, somos capazes das “maiores barbaridades... a destrutividade faz parte do humano... o homem se torna lobo do homem”. E o que seria então humanizar? Seria

² A íntegra da definição adotada para “humanização” proposta como referência neste documento é: “O que é humanizar? Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções da dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem que nos desumanizemos reciprocamente. Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes. Humanizar a assistência hospitalar implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que promova as ações, as campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade”. (p. 3)

o “garantir à palavra a sua dignidade ética... depende da nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes”, já que “a dimensão desumanizante da ciência se dá, portanto, na medida em que ficamos reduzidos a objetos de nossa própria técnica e objetos despersonalizados de uma investigação que se põe fria e objetiva” (MANUAL PNHAH, 2002, p. 3).

Deslandes (2004), ao discutir os significados associados à humanização contidos no Manual citado, destaca a humanização como oposição à violência, seja física e psicológica, Essa violência expressa tanto uma vivência de “maus tratos”, quanto uma vivência simbólica da não compreensão de suas demandas e expectativas. Mas, assinala Deslandes, o próprio Foucault já havia assinalado que o hospital moderno teve como marca histórica de sua constituição organizacional impor aos “pacientes” isolamento, despersonalização, submissão disciplinar a procedimentos e decisões não compreendidas, com perda, inclusive, da subjetividade. Da mesma forma o Manual aponta uma deficiência do diálogo, a debilidade do processo de comunicação entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, o que faz com que a humanização seja vista como ampliação do processo comunicacional..

Também a Prefeitura da cidade de São Paulo, dentro de um programa denominado Rede Acolhimento, lançou entre 2000 e 2004, por meio de sua Secretaria Municipal de Saúde, do SUS e da Unesco, um livreto denominado “Acolhimento – o Pensar, o Fazer e o Viver”, com objetivo de “tecer uma rede de confiança e solidariedade entre a população e os serviços de saúde” (p. 2). Acolhimento, definido como “arte de interagir, construir algo em comum, descobrir nossa humanidade mais profunda na relação com os outros e com o mundo natural”, é então proposto como facilitador de medidas de humanização em programas tão

diversos como o de cuidados com a grávida e seu bebê e viciados em álcool e outras drogas (p. 14). Criticando a medicina atual que privilegia única e exclusivamente a sua dimensão técnico-científica e quantitativa, propõe-se a retomada da dimensão humanística da medicina, ou seja, aquela que visa compreender o ser humano em seus sentimentos, emoções e subjetividade, de forma tal que ambas as dimensões possam conviver harmoniosamente.

A Sociedade Brasileira de Pediatria se fez presente em relação ao assunto através de documento elaborado durante a gestão 2001-2003 e denominado “Os 10 passos para a atenção humanizada à criança e ao adolescente”, significando humanização, o cuidado de seres humanos por seres humanos, dentro de elevados princípios da ética, da justiça e da compaixão. São dez passos que abrangem ações que garantam total e irrestrito apoio ao bem estar médico, social e mesmo ambiental do paciente e família, dentro de uma interação entre hospital e seu corpo de especialistas médicos e não médicos, pacientes e familiares. São propostas medidas tais como: incentivo ao Método Mãe Canguru, prevenção de infecções hospitalares, apoio psicológico à família e ao paciente, alojamento conjunto, facilitação da convivência da família dentro do hospital, instalações hospitalares de bom nível, boa alimentação, desenvolvimento de atividades lúdicas e mesmo espirituais, promoção da sensibilidade, da compaixão e da capacidade de se bem comunicar e resolver problemas por parte das equipes de saúde, etc.

O documento da Sociedade Brasileira de Pediatria tem como fonte de referência os “Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados”. (Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, 1995)

Trata-se de uma resolução de número 41, promulgada em outubro de 1995 e reconhecida pelo Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente.

Compõe-se de 20 itens, cada um deles começando com a palavra “direito”. Resumidamente, há uma proclamação de direito de: ter proteção à vida e à saúde, de ser hospitalizado quando se fizer necessário; não permanecer ou não ser hospitalizado desnecessariamente; poder ser acompanhado de pai e mãe e receber visitas; ter sua dor evitada quando isso for possível; ser adequadamente informado de seu diagnóstico, prognóstico, tratamento; receber apoio psicológico dentro da sua capacidade cognitiva; ter recreação e acompanhamento escolar; dos pais participarem de forma ativa das várias fases de tratamento da doença; receber apoio espiritual e ou religioso; não ser objeto de pesquisas experimentais sem prévio consentimento dos pais; receber todo suporte terapêutico possível e necessário; não ser discriminado por alguma razão e não receber maus tratos; ter sua integridade física, psíquica e moral salvaguardada; ter a sua imagem e identidade, espaço e objetos pessoais preservados; não ser exposto à mídia sem prévia autorização; ter seus dados mantidos dentro das normas de segredo médico e, ao mesmo tempo, ter acesso a todos eles; e, de ter garantido seus direitos constitucionais inclusive os do Estatuto da Criança e do Adolescente. Acrescenta-se o direito do bebê de não ser separado da mãe ao nascer e de receber aleitamento materno. No exterior, fizeram-se presentes muitos manuais e declarações de direitos dos pacientes. Entre esses, há uma declaração elaborada em Amsterdam, em 1994, com o título de “Uma Declaração para a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa” (*European Consultation on The Rights os Patients in Europe*), patrocinada pela Organização Mundial de Saúde.

Paralelamente, e como uma tentativa de propor respostas concretas ao problema da desumanização da medicina e à necessidade da re-humanização, surgiram diversas propostas e projetos já há algum tempo implementados em São

Paulo. Considerando sua natureza, podemos constatar que se dividem em **três vertentes**, não necessariamente excludentes, mas que são independentes entre si: embora todas tenham como objetivo a humanização, privilegiam algum aspecto nela implicado, ou a interpretam numa determinada direção.

A **primeira** dessas vertentes atua de modo a tornar a relação do paciente com a equipe médica descontraída, informal e divertida; seu pressuposto é que tais práticas favorecem uma posição de maior aproximação entre médico e paciente tornando-se tal relação mais pessoal, mais “humana”.

Por iniciativa de pessoal leigo, surgiram, no Brasil e no mundo, várias entidades com o propósito de proteger os pacientes do mal-estar e do sofrimento decorrentes das internações e da própria doença, através de atividades lúdicas. A proposta de quebrar a formalidade do médico e da própria hospitalização teve como pioneiro Adams. Vestido de palhaço, com sapatos gigantescos e nariz vermelho, criticado oficialmente na escola de Medicina por sua “alegria excessiva”, esse médico, que nunca renegou seu papel de médico, tentava, usando métodos nada convencionais e surpresas extravagantes, aplacar a ansiedade dos pacientes

A resposta da sociedade civil frente a essa crise da medicina, crise aliás que lhe atingia diretamente, foi a constituição de Organizações Não-Governamentais (ONGs) e mesmo de entidades de voluntariado, cujo objetivo foi levar a hospitais e outros centros de cuidados com a saúde, uma série de atividades de caráter lúdico e terapêutico, como “Doutores da Alegria” (grupo de palhaços especializados), projetos de música, pintura, trabalhos manuais, grupos para contar história, etc. Em São Paulo, muitos destes grupos iniciaram suas atividades e as continuam exercendo em um dos hospitais onde desenvolvemos nosso trabalho.

A **segunda** vertente constitui-se no modelo arquitetônico de “hospital humanizado”. Até há alguns anos, a imagem de um hospital com paredes pintadas com cores vivas e fortes, luminosidade natural ou mesmo artificial intensas, plantas e aquários de peixes coloridos, jardins externos com fontes de água, onde bancos e esculturas convidam a um sentar tranqüilo e relaxado e tendo, no seu interior, pequenas lojas como revistaria e livraria, floricultura, serviços bancários, lanchonetes, pequenos restaurantes, etc, seria inconcebível. No entanto, nos dias atuais, essas mudanças na concepção hospitalar incorporaram-se de tal modo na arquitetura e engenharia dos hospitais que conceber hospitais sóbrios, de paredes esbranquiçadas, ambientes de pouca luz, sem amplas janelas, onde as pessoas se sentem enclausuradas e até depressivas pela impossibilidade de verem e sentirem o sol, a natureza, a vida, passou a ser algo fora de qualquer cogitação.

Modernos hospitais construídos de forma a abrigar uma tecnologia avançada e, ao mesmo tempo, pesada, exigem espaços e condições especiais de temperatura, umidade, luminosidade, instalação e manutenção. Tais hospitais, enormes muitas vezes, têm de se preparar para suportar um fluxo aumentado de pessoas circulantes, enfermos, família, visita, pessoal de saúde, técnicos relacionados aos aparelhos, funcionários administrativos, terceirizados e outros..

Na **terceira** vertente, encontram-se projetos que visam proporcionar ao paciente e a seus familiares um atendimento médico-hospitalar mais “humano”, porque menos rígido em suas técnicas e procedimentos. Surgem propostas que visam tornar a experiência da doença e da hospitalização para pacientes e familiares, como algo que é vivido junto com o médico, a equipe médica, tendo em vista a construção de uma relação mais próxima, mais subjetiva, mais humanizada.

Pode-se identificar, na origem dessa corrente, o famoso “parto humanizado”, prática proposta pelo Professor Dr. Leboyer nos anos setenta: presença dos pais na sala de parto, bebês junto às mães nos chamados “alojamento conjunto”, ambientes cirúrgicos mais aconchegantes, aquecidos.

O Ministério da Saúde do Brasil, no ano 2000, promulgou por meio de uma portaria a Norma de Atenção Humanizada do Recém Nascido de Baixo Peso, com a intenção de normatizar o atendimento humanizado do recém nascido de baixo peso, numa tentativa de mudanças de paradigma na atenção perinatal. (Método Mãe Canguru, Manual Técnico de curso, 2002). Trata-se de um projeto de caráter social de Atenção Humanizada ao recém nascido de baixo peso (peso inferior a 2500g sem considerar a idade gestacional), visando lidar com um problema médico de alto percentual na morbimortalidade neonatal, e de com problemas de ordem social - alta taxa de abandono dos bebês em razão de separações longas e ou altos custos.

A cada ano nascem no mundo 20 milhões de crianças prematuros e de baixo peso. Destas, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, tais como problemas respiratórios, asfixia ao nascer, infecções, mais comuns nas crianças prematuras e de baixo peso. O método Mãe Canguru nasceu nos anos 80, na Colômbia, como possibilidade de sobrevivência de pré-termos, frente a uma falta de disponibilidade de incubadoras em número suficiente para atender a demanda. Consiste em se colocar o pré-termo em contato direto com a pele da mãe ou substituto, pelo maior tempo possível, a fim de prover o bebê de calor, alimento e afeto.

Neste trabalho, centra-se a investigação em experiências correspondentes a estas duas últimas vertentes.

Capítulo 3: FUNDAMENTOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

O tema da humanização da medicina vem sendo intensivamente discutido já há algumas décadas. No entanto, na literatura da área, o que se encontra são concepções diferenciadas sobre a “crise” da medicina atual, seus problemas, suas soluções. Mas, há um ponto comum entre os autores cujas reflexões contribuem para a constituição do campo: o ponto central da humanização da medicina está na relação médico-paciente.

Três filósofos atuais – Svenaeus, Gadamer e Jaspers – filósofos fenomenológicos existenciais, se preocuparam com a medicina, a saúde e a doença,

Svenaeus (2000), professor do Departamento de Saúde e Sociedade da Universidade de Linköping, Suécia, inspirado pela concepção hermenêutica heideggeriana, propõe a idéia de ser a prática médica um “encontro médico” ou “consulta” construído conjuntamente por médicos e pacientes. Para ele, a medicina seria “um encontro clínico interpretativo que envolve duas pessoas (o médico ou algum outro profissional clínico e o paciente) com a finalidade de compreender e curar aquele que está doente e necessita de cuidados” (p. 11). Com isso esse autor passa a entender que a medicina sempre foi, e provavelmente sempre será, um “encontro e uma prática” e não somente uma ciência e uma tecnologia, sendo a ciência médica uma parte integrada do encontro médico interpretativo e não sua própria essência. Para ele a ciência médica é, antes de tudo, uma invenção nova, sendo que o encontro médico precedeu e realmente sobreviveu ao nascimento da medicina moderna e da ciência, mesmo considerando que, na atualidade, por conta do próprio desenvolvimento, o paciente tenha sido colocado mais na posição de objeto do que sujeito no diagnóstico e na terapêutica.

Gadamer (2002) considera que três conceitos caracterizam o domínio da experiência médica – os conceitos de tratamento, de diálogo, de diagnóstico – e aponta uma estreita relação entre tratamento e diálogo, já que o diálogo faz parte do tratamento. Entende-se por diálogo que um fale a outro que, por sua vez responde, uma troca de perguntas e respostas. Na área médica, diálogo não seria simplesmente uma introdução e preparação do tratamento, mas já o próprio tratamento que deve desembocar na cura. O diálogo que paciente e médico entabulam não deve servir só para a anamnese. Esse diálogo deve tornar-se uma conversação tal que permita ao paciente recordar e falar de si mesmo de forma, inclusive, que esqueça que é paciente em tratamento. Com o diálogo, haverá um balanceamento entre a dor e o bem estar, repetindo a experiência incessantemente repetida da recuperação do equilíbrio. O êxito, entretanto, acontece somente numa conversação em que ninguém dirige, mas que conduz a todos.

No prefácio de seu livro “O Mistério da Saúde”, Gadamer (2002) tenta explicar as razões que o levam, como filósofo “que não é médico nem se considera um paciente”, a tomar parte na problemática geral que se apresenta na área da saúde. A razão é, segundo ele, que “em nenhuma outra área os progressos da investigação moderna penetraram tanto no campo de tensões da política social, como esta” (p.9). Há, segundo o autor, um grande interesse hermenêutico quando “não só nos ocupamos da natureza mensurável, e há limites para a mensurabilidade dos fenômenos, mas também dos seres humanos”. (p. 9)

Outro filósofo, Jaspers (1998), após fazer uma série de considerações sobre o “prodígio” da medicina moderna, que “diariamente obtém êxitos terapêuticos em inúmeros pacientes e gerou um conhecimento clínico nunca antes existente” (p.39), destaca que “cresceu espantosamente a insatisfação em médicos e pacientes, fala-

se da crise da medicina, de reformas, de ultrapassagem da medicina da escola e da nova fundamentação de toda a concepção da doença e da condição médica” (p.40). Este autor coloca como causa primeira e mais importante da dita crise, a perda da individualidade no diagnóstico e no tratamento do paciente. Diz ainda que o doente moderno não quer ser tratado pessoalmente: “vai à clínica como a uma loja, a fim de ser servido com o melhor, através de um aparelho impessoal”, de forma a ser o paciente tratado de forma coletiva, sem que nenhum médico se sobressaia. E completa ele: “somente o médico que lida com o doente individual cumpre a profissão de médico. Os outros exercem uma profissão honesta, mas não são médicos”. (p. 44).

A medicina atual tecnológica incorporou, segundo Jaspers, o modelo organizacional. Entre médicos e pacientes colocam-se agora clínicas, caixas de previdência, laboratórios de investigação e, eu acrescentaria, as empresas de prestação de serviços médicos e de seguro saúde. Os médicos se tornam eficientes à custa de perderem sua autonomia. Especializaram-se, tornaram-se médicos de clínica geral, médicos especialistas, médicos de hospital, médicos de laboratório, radiologistas e passam a ser nomeados e colocados nas funções de acordo com os interesses das empresas, inclusive exercendo cargos tais que lhes subtraem a condição de médicos: “A confiança entre homem e homem extravai-se”. (p. 43)

Além disso, afirma Jaspers, é necessário distinguir radicalmente o médico clínico do médico cientista de laboratório. Observando ironicamente que os nomes mais famosos no desenvolvimento da medicina são os de Claude Bernard, Pasteur, Fleming, por exemplo, declara que (o médico) “na medida que for agarrado pela pesquisa como tal, cessa de ser médico (...) é pernicioso que a clínica seja subordinada à pesquisa” (p.45). e fato, a pesquisa em laboratório não se confunde

com a pesquisa clínica junto ao paciente. O médico clínico é também um investigador, mas seu objeto de investigação não é a doença em si, mas o doente. Para tanto, ele vai utilizar toda sua experiência clínica com a doença, mas também a observação de suas formas de manifestação em cada doente, dos cursos vitais que lhe são particulares e do modo como o doente se representa sua experiência particular de adoecimento.

Para Jaspers (1998) o tratamento médico deve se assentar em dois pilares: o conhecimento científico natural e no *ethos* da humanidade. O médico nunca deve esquecer a dignidade auto-decisória do doente, bem como o valor insubstituível de cada ser humano individual (p.7). A humanidade médica, diz Jaspers (1980), é transmitida pela personalidade médica, “imperceptível em cada momento na sabedoria do trato, no falar, no espírito de uma clínica, na atmosfera calma e silenciosamente presente do que é pertinente no plano médico”. (p.8). E conclui Jaspers (1980), que “cabe a pesquisa científica incrementar o saber e o poder, tornar-se mais crítica e metódica, enquanto que a humanidade, a qual não pode ser planejada, deve reaparecer em cada médico, em cada clínica, através da realidade de cada médico” (p.8).

Nos textos de Buber (2001), encontra-se um embasamento filosófico para um modelo de relação, no caso da relação médico-paciente, centro da proposta desta pesquisa. A filosofia de Buber tem como fato primordial a relação, o diálogo na atitude existencial do face-a-face, o constatar que o lugar dos outros é indispensável para nossa realização existencial. Toda sua obra baseia-se, fundamentalmente, nessa ontologia da relação (da palavra como diálogo), cujo objetivo é o de uma busca de solução para o problema existencial do homem atual. Segundo Von Zuben (2003) a preocupação de Buber é levar os homens à

descoberta da realidade virtual de suas existências para que consigam abrir os olhos para a situação concreta que se apresenta. Para Buber, a própria condição de existência de “ser-no-mundo” é a palavra como “dia-logo”. Dentre todos os tipos de relacionamentos possíveis entre dois seres humanos, a abordagem dialógica de Buber prioriza dois: o “Eu-Isso” e o “Eu-Tu”. O “Eu-Isso” envolve a relação entre um ser e uma parte ou elemento do outro, enquanto o “Eu-Tu” consiste no relacionamento pleno entre dois seres, englobando em sua amplitude os sentimentos e as idéias de ambos. (DEL GIGLIO, 2004)

Abramovitch e Schwartz (1996) transpõem o pensamento dialógico de Buber para a medicina atual. Esses autores, ao reconhecerem uma “crise humanística” na medicina por conta da dificuldade no estabelecimento e manutenção de um diálogo pessoal entre médicos e pacientes no qual o paciente não se sinta “objeto” ou mesmo uma “doença”, estabelecem uma proposta dialógica baseada em Buber. Tal proposta compreende três diferentes estágios: uma fase inicial de encontro pessoal baseado na relação “Eu-Tu” de Buber; um segundo, que seria a fase de exame – exame físico, testes laboratoriais e de imagem – baseada especialmente no relacionamento “Eu-Isso” e que envolve considerações objetivas; e, finalmente, uma terceira fase envolvendo os achados da fase de exame com a fase de relação pessoal, constituindo a fase de integração através do diálogo ou cura através do encontro.

Uma interação médica inicial deverá ter as seguintes características para que possa se constituir em um encontro pessoal: confirmação mútua; reconhecimento da singularidade; uma disponibilidade, tanto de tempo quanto espaço e confiança mútua. Isto significa que o médico deve garantir a sua permanência como médico do paciente; o paciente deve aceitar a autoridade do

médico, deixando-se cuidar adequadamente; o médico deverá personalizar e individualizar aquele paciente, ter tempo e espaço adequado para atendê-lo; e, tanto o paciente deve confiar em seu médico, quanto o médico deve se prontificar a explicar e discutir procedimentos dolorosos ou penosos com o próprio paciente.

Na fase de exame ou impessoal, o médico deve parar de ver o paciente como um indivíduo único, e começar a examiná-lo objetivamente dentro dos procedimentos médicos habituais. O exame deve ser entendido como um encontro entre o corpo do paciente e o intelecto do médico, em um encontro no qual o médico deve ser bastante “objetivo” e não permitir considerações pessoais do paciente que possam interferir no trabalho. Os autores não aconselham que se permaneça na primeira fase durante um tempo muito longo ou muito curto, mas que se abra a possibilidade da volta à primeira fase sempre que isto se fizer necessário, especialmente em momentos de sofrimento físico ou emocional. O falar com o paciente é sempre muito mais eficiente que o correr com os procedimentos para terminar o quanto antes.

Na terceira fase, integração através do diálogo ou cura através do encontro, a dificuldade se dá na necessidade de integração entre as duas fases anteriores, no como comunicar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, as alternativas de tratamento para essa pessoa em particular e na forma como se conduzir a partir daí dentro de um curso aceitável para ambos, paciente e médico. Cabe ao médico a maleabilidade de usar uma ou outra fase de acordo com a necessidade do momento, passando de uma fase a outra na medida do necessário.

3.1 Relação médico-paciente na História da Medicina

É na própria história da medicina que Svenaeus (2000). busca elementos para avaliar seus conceitos. O homem, desde a pré-história, ficou doente e procurou cura para seus males. Observando-se culturas antigas remanescentes, que ainda vivem como sociedades semelhantes às da Idade da Pedra, verifica-se a ampla utilização de ervas e plantas que podem, eventualmente, curar.

Apoiado no conhecimento médico “primitivo”, que se integrava a uma cosmologia sobrenatural e explicava as doenças como sendo causadas por espíritos, fantasmas, homens com poderes mágicos, o “curador” da medicina primitiva era especialmente um curador espiritual, um “xamã”. Ele curava seus pacientes não somente com drogas, mas também com amuletos e rituais, expelindo de seus corpos os maus espíritos; estabelecia com seus doentes uma forma nítida de relacionamento “médico”, em que a confiança, o acolhimento e a explicação para o adoecer tinham, muitas vezes, um efeito curativo

No mundo Helênico, Hipócrates e seus discípulos estabeleciam relações com seus pacientes que tanto podiam ser consideradas relações “de negócios” como de “amizade” – *philia* médica. A prática médica se dava em um encontro no qual o médico deveria estudar e interpretar a situação de desequilíbrio do paciente com seu mundo e seu corpo com a finalidade de encontrar uma cura, contando com duas fontes básicas de interpretação: a história contada pelo paciente e sua aparência física. Para que a relação se processasse de maneira adequada fazia-se necessário o estabelecimento de uma mútua confiança, do paciente no médico e do médico no paciente. Apesar de se considerar o encontro da medicina de Hipócrates como a origem da relação médico-paciente dos dias atuais, três diferenças fundamentais se fazem presentes: a forma de se pensar a patologia, a forma de se

examinar e a forma de se prescrever o tratamento. Na época de Hipócrates, escravos e homens livres não eram tratados de maneira semelhante quando doentes e as consultas médicas não gozavam da privacidade que hoje se estabelece. Aliás, ressalta Sveneaus (2000), a idéia da privacidade só vai aparecer em torno do ano 1800, data do nascimento da moderna medicina.

Após a queda do Império Romano, o Cristianismo tem sua ascensão. Doença e sofrimento passam a ser vistos como punições divinas frente aos pecados da vida humana, pecados esses, que deveriam ser enfrentadas com um silêncio respeitoso e rezas de penitência. Cuidar dos pobres doentes e sofredores passa a ser obrigação dos fiéis em busca da salvação da alma. Surgem os primeiros hospitais no século IV d.C. com a finalidade de aliviar a dor e preparar para a morte os menos favorecidos. Neste contexto histórico, surgem os “médicos padres” e os monges que se encarregam tanto do cuidado da alma quanto do corpo doente. Mesmos os poucos médicos da época que praticavam uma medicina privada na casa dos nobres, tinham por obrigação a salvação da alma, já que o pior que poderia acontecer, tanto ao médico como ao paciente, era o mesmo morrer sem se confessar a um padre. A vida eterna da alma tinha mais importância que os sofrimentos temporais do corpo, e o consolo e as conversas espirituais representavam a parte mais importante do encontro médico, até porque o exame físico limitava-se ao sentir o pulso e o inspecionar a urina e a terapêutica de dava através de dietas, sangrias, reposicionamento de ossos, pequenas cirurgias e uso de laxantes (SVENAEUS, 2000).

Na Idade Média, surge Galeno de Pergamum que reaviva as idéias de Hipócrates, a quem considerava o pai da medicina e, mais do que isso, o grande teórico da medicina somente comparável a ele mesmo, Galeno, que tratava seus

pacientes baseando-se na qualidade dos pulsos, na inspeção da urina e nas anatomia humana baseada na dissecação de macacos e porcos.

Com a Renascença Italiana há um retorno às fontes clássicas com a redescoberta e a re-introdução de textos médicos antigos em sua língua original. Hipócrates e Galeno reaparecem. A anatomia toma novos rumos, então sendo permitida a dissecação de cadáveres de criminosos executados. Os diagnósticos no século XVII continuam sendo feitos da forma como o fazia Galeno: através de escritos do próprio paciente, observação por parte do médico dos sinais da doença, a aparência física e o comportamento do paciente; raramente, com o exame físico corporal do paciente. O exame físico corporal não se realizava tanto por impedimentos de ordem religiosa quanto para manter os médicos em um plano teórico que os distinguiu plenamente dos cirurgiões. Muitas vezes língua e olhos eram também examinados, mas o que realmente importava era a história contada pelo paciente o qual, aliás, também emitia seus conceitos a respeito das causas da doença, relatando-as mais no sentido do médico confirmá-las. Quando essas confirmações não eram dadas pelo médico, o paciente simplesmente mudava de médico. (PORTER e PORTER, 1989, citado por SVENAEUS, 2000). O encontro médico não tinha caráter privado. Familiares, amigos, muitos médicos e curadores se postavam junto ao leito do paciente e discutiam o diagnóstico do paciente. Muitas vezes, inclusive, o diagnóstico era dado sem a presença do paciente, simplesmente por seus escritos. Isto tudo vem a demonstrar que o encontro médico antes do amanhecer da ciência moderna se dava entre duas pessoas em pé de igualdade, de forma mais efetiva que nos dias de hoje, quando o médico geralmente toma as rédeas do encontro.

O ano de 1789 marca a Revolução Francesa e o nascimento da moderna medicina. Isto se dá na medida em que, com o advento da revolução, as universidades francesas são fechadas e a medicina passa a ser praticada nos hospitais. Isto faz uma enorme diferença já que a medicina passa a ser feita junto ao leito dos doentes, transferindo-se o foco da atenção médica para o corpo doente do paciente. Os pacientes passam, então, a ser diagnosticados com base em investigação de seus sintomas, de sinais detectados na inspeção de seus corpos, por meio do toque, da palpação, do ouvir e do ver, e não mais a partir do que os pacientes relatavam aos médicos. As doenças são sistematizadas através dos sinais e sintomas comuns encontrados em diferentes pacientes. As observações feitas no indivíduo vivo são, agora, comparadas com os achados nas autópsias – é o início da anatomia patológica. É essa correlação que dá início à grande revolução no pensamento médico (SVENAEUS, 2000). A influência dessa nova clínica demora a fazer diferença na relação médico-paciente. Os poucos e velhos médicos da época são reticentes quanto às novas idéias. Os hospitais, até o início do século XX, continuam servindo somente aos pobres. E o novo “foco” da medicina não promove alterações na terapêutica e nos procedimentos de cura das doenças até a entrada em cena da microbiologia, a partir de 1880, e da descoberta dos antibióticos, entre os anos 1930 e 1940.

3.2 Relação médico-paciente e a medicina moderna

Segundo Caprara e Rodrigues (2004), a partir de estudos realizados por Donabedian, realizados nas décadas de 70 e 80, sabe-se que, na percepção dos pacientes a qualidade dos serviços de saúde depende de 30 a 40% da capacidade de diagnóstico e terapêutica do médico e de 40 a 50% da relação que esse

estabelece com seu paciente. Tal avaliação, diz Spinsanti (1999), também citado por Caprara e Rodrigues (2004), faz com que, hoje, ao se organizar serviços de saúde mais eficientes, se leve em conta o respeito dos valores subjetivos do paciente, a promoção de sua autonomia, a tutela das adversidades culturais.

Svenaeus (2000) observa, com razão, que o paciente na moderna medicina corria o risco de ser reduzido a um objeto – um corpo, um caso de arquivo – e de desaparecer como pessoa. Isto vinha a alterar o encontro médico-paciente, até então em alta, e que sempre constituiu a essência da medicina, configurando-se agora uma nova imagem: a do cientista examinando seu objeto. Isto acabou gerando também um problema, já que o objeto – o paciente – obviamente, nunca deixou de ser, ao mesmo tempo, uma pessoa. A partir daí, estava instalado o conflito e a desconfiança crescente da relação médico-paciente. A ciência médica moderna e tecnológica iria então mudar a natureza da relação médico-paciente.

A tecnologia é fruto da moderna medicina. Com o desenvolvimento da moderna medicina, foram se criando uma série de novos instrumentos de trabalho, uma vez que havia a necessidade crescente de se “ver abaixo da pele”. E se, na verdade, os médicos eram inábeis para ver abaixo na pele, não o eram para sentir e ouvir, tanto que, conforme Svenaeus (2000) Auenbrugger, em 1761, propôs a percussão do corpo doente através de leves pancadas com os dedos sobre o corpo do paciente, método que foi aceito e aplicado por Laennec, o qual passou a colocar seu ouvido no tórax dos pacientes para poder ouvir os ruídos internos produzidos pelos corpos doentes. Em um dia de 1816, no Hospital Necker de Paris, improvisando um cilindro de papel, esse médico inventou o estetoscópio que provocou uma revolução na área do diagnóstico das doenças do tórax. Ao mesmo tempo, o estetoscópio foi também uma forma de introduzir uma distância

conveniente entre médico e paciente, evitando assim uma inconveniente intimidade entre ambos. É de se notar que toda tecnologia transformou os encontros “médicos” em encontros “científicos” e propiciou um “salutar” distanciamento entre médico e paciente, evitando intimidades capazes de gerar problemas. O estetoscópio seria então capaz de fazer o médico “ouvir” o paciente sem a necessidade de inquirir o paciente sobre seus sintomas, pensamentos e sentimentos. A partir da tecnologia, os médicos começaram a dar menos importância aos relatos do paciente e se preocupar mais com os detalhes dos sintomas obtidos através do corpo. Houve, portanto, uma mudança na forma de se clinicar, o paciente passou a ser tratado mais como um objeto de investigação científica e menos como uma pessoa em sofrimento.

Durante o século XIX, vários outros aparelhos foram desenvolvidos, como o laringoscópio, otoscópio, oftalmoscópio, que permitiram a entrada no corpo “vivo” do paciente. O ápice de desenvolvimento desse tipo de aparelhos foi a invenção do raio-X em 1895, que possibilitava, literalmente, “ver dentro” do paciente.

A partir de 1870, começou a se desenvolver a bacteriologia e houve a descrição de uma série de microorganismos que foram relacionados com uma série de doenças infecciosas. Desenvolveram-se as vacinas e iniciou-se a revolução laboratorial que acabou introduzindo os procedimentos laboratoriais nas consultas médicas. Em pouco tempo, a bioquímica passou a ser o campo científico mais importante para o desenvolvimento da medicina moderna.

De outra forma, o desenvolvimento da física e da estatística acabou alterando os paradigmas da medicina, tornando-a mais moderna. Começou-se a quantificar medidas tais como pulsações, temperatura, pressão sanguínea, a condução elétrica do coração, tornando os parâmetros cada vez mais objetivos. Ao

invés de se ver, sentir ou ouvir o paciente, passou-se a projetar em tela os dados que passaram a poder ser discutidos por grupos de médicos. A partir de então, não mais se privilegiaram comentários e observações dos pacientes, mas sim as variáveis obtidas pela tecnologia médica. A “matematicalização” da física passou também a atingir a medicina, com a quantificação e medidas dos fenômenos médicos. Surgiram os computadores e a medicina passou a ter alta tecnologia. “A voz do paciente passou a ser ameaçada pelo zunido alto da tecnologia médica, o computador passou a ser o juiz em assuntos como diagnóstico e terapêutica a deve, pouco a pouco, substituir a própria voz do médico” (SVENAEUS 2000, p.32).

3.3 Relação médico-equipe-família-paciente nas Unidades de Terapia Intensiva

O grande desenvolvimento tecnológico voltado para a medicina no século passado e começo desse século trouxe a necessidade do surgimento de grandes centros hospitalares que passaram a monopolizar não só o trabalho médico, mas também, as pesquisas clínicas da área médica. Por conta dessa tecnologia e do aparelhamento adequado dos hospitais, puderam os médicos cirurgiões se atrever a cirurgias de maior amplitude e risco, bem como os clínicos a tratar patologias que exigiam controles mais intensos e mais intervencionistas.

Por volta dos anos 20 nos Estados Unidos e dos anos 30 na Alemanha, surgiram nos hospitais as chamadas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), inicialmente destinadas a dar suporte pós-operatório aos doentes submetidos a neurocirurgias. A mola propulsora dessas unidades de terapia intensiva foi o aparecimento dos respiradores artificiais ou de respiração assistida que resolviam o problema da insuficiência respiratória, comum em uma série de complicações decorrentes de doenças graves, e grande ameaça à vida do doente. A necessidade

de controle sistemático desses aparelhos acabou levando ao surgimento da UTI, hoje fazendo parte do cotidiano tanto do médico quanto do doente.

Em função de seu objetivo primordial – atenção ininterrupta do paciente vinte quatro horas ao dia – as UTIs apresentam uma série de características que as diferenciam do restante do hospital. Suas instalações são desenhadas de forma a destinar a cada doente um espaço restrito, de fácil acesso, voltado para uma central de controle da enfermagem. O ambiente é barulhento por conta da movimentação contínua de profissionais e do ruído próprio dos aparelhos que se mantêm ligados continuamente; a luz permanece acesa 24 horas ao dia, impossibilitando, muitas vezes, o paciente de ter ciclos regulares de sono ou mesmo distinguir o dia da noite. A maioria dos pacientes chega a perder a noção do tempo e mesmo da temperatura mantida, aliás, artificialmente dentro de limites exigidos para o bom funcionamento dos aparelhos.

A necessidade de trabalho em equipe envolvendo profissionais das mais diversas origens e formação é apanágio do atendimento em UTI. Conflitos de interesses e mesmo vivências e percepções diferentes dos profissionais podem acabar gerando mal-entendidos e mesmo agressividade, manifesta ou não.

Di Biaggi (2001), em tese de mestrado, aponta que as relações humanas dentro das terapias intensivas também se dão de forma diversa do que no restante do hospital. O doente internado na UTI é sempre um paciente grave e em risco, o fantasma da morte ou da seqüela está sempre presente. Muitas vezes sedado, em coma, desacordado, com dores intensas, sem poder se mexer ou até sentar-se, entubado ou em respiração assistida, privado de água e de alimentação por boca, sem mesmo entender direito o que está acontecendo, com privação de sono, com cânulas endotraqueais, monitorização permanente sonora, desconfortável, o doente

está literalmente impossibilitado de manter um contato médico-paciente através da fala, o que, em geral, traz grande desconforto ao médico assistente e mesmo aos outros profissionais da unidade. Em outras ocasiões, o contato médico-paciente é, ao contrário, muito mais intenso que nas internações em outras partes do hospital, dado que o médico só abandona a UTI, na medida que outro médico o substitua. Vinte quatro horas ao dia o paciente tem médico e todo *staff* da terapia à sua disposição. A família, por sua vez, participa ativamente de todo movimento da UTI. Ao paciente cabe entregar corpo e tudo mais que significa controle da existência para a equipe de saúde. Os profissionais assumem esse paciente e passam a responder por ele. A família, cuidadora oficial, entregará, de forma muitas vezes não muito amistosa, o paciente, mudará seu rumo de conduta e terá de se adaptar à nova situação. A família ressentir-se da “perda” imediata e a equipe tem que se responsabilizar pelo “paciente grave”. Cabe ao paciente, por sua vez, ter uma relação de confiança e respeito com o médico intensivista e enfrentar uma experiência que o obrigará a viver condições de difícil tolerância psicológica. A relação médico-paciente-família e o reconhecimento do paciente como “ser humano” passam a ser prioritários na prevenção de seqüelas emocionais importantes.

Di Biaggi (2001), se reporta a Bongard e Sue (1994), para se referir a um trocadilho em inglês com a denominação *Intensive Care Unit*, transformada por médicos americanos para *Intensive Scare Unit*, ou seja Unidade de Medo Intensivo.

A mesma autora, citando Hansen-Flaschen (1994), chama a atenção que alguns intensivistas, ao priorizar o trabalho de “salvar vidas” no seu cotidiano médico, acabam menosprezando o desconforto e o sofrimento pelo que passam os pacientes, o que os leva a sedar os pacientes sem critérios muito definidos. Dessa

forma, a leitura do processo de sofrimento passa a ser mais física, negando os aspectos mais subjetivos e emocionais relatados pelo paciente.

As UTIs pediátricas e neonatais surgiram a partir dos anos 60 frente à necessidade de se prestar atendimento especializado a crianças gravemente enfermas. Da mesma forma que no caso dos adultos, e talvez de maneira mais intensa, a criança internada em UTI experimenta grande sofrimento físico e psicológico causado pela doença aguda vigente. A separação de seus pais e a internação em ambiente estranho geram medo e angústia que podem ser atenuados por uma relação médico-paciente-família aberta e de boa qualidade. Ansiedade, depressão, delírio, embotamento afetivo em pacientes pediátricos hospitalizados em terapia intensiva são mais intensas do que naqueles internados em enfermarias. Daí, inclusive, a proposta de se fazer com que a UTI se pareça o mais possível com as enfermarias comuns. A negação da doença do filho, a busca de soluções irreais e fantasiosas, a necessidade de elaborar, algumas vezes, o luto decorrente da morte da criança, fazem parte do cotidiano da UTI, a que estão submetidos família e corpo clínico. A própria solidão da UTI, o afastamento da criança de seu meio e família, a sina do homem moderno de morrer longe dos seus, acaba gerando dificuldades na elaboração do luto e na aceitação de morte inevitável.

Para Baldini (2001), a necessidade premente do médico de estabelecer o mais rápido possível o diagnóstico e elaborar uma estratégia terapêutica urgente, especialmente nas UTIs, faz com que os médicos tenham, cada vez mais, dificuldade de se relacionar, observar, ouvir o paciente. Acrescentam-se a isso a falta de privacidade de médicos, famílias, paciente na UTI; o pouco espaço disponível para acomodar a família; e, às vezes, os contatos com múltiplos

“responsáveis” pela criança. São todos esses fatores que compõem o cenário de dificuldades da comunicação médico-paciente- família nas UTIs pediátricas.

A partir dos anos 80, afirma Baldini, (2001), vários autores passaram a desenvolver pesquisas e intervenções sobre a humanização no atendimento de UTIs. Por exemplo, foram criados “grupos de pais” e outras modalidades de maior participação das famílias no cotidiano dos filhos gravemente enfermos de UTIs. Começa-se a considerar que o papel dos pais durante a internação do filho é valioso e insubstituível e que há necessidade de inclui-los em ambientes de UTI pediátrica e neonatal humanizados, na perspectiva de aliviar o estresse da criança e da sua família.

3.4 A ótica psicológica na medicina

Concomitantemente a essas mudanças tecnológicas, o século XIX também ampliou o alcance da medicina e melhorou a reputação dos médicos. Pacientes ficaram mais confiantes em seus médicos, já que a medicina tornou-se mais eficiente, não especialmente pelo aparecimento de novas drogas, mas, especialmente, pela melhoria das condições sanitárias e nutricionais no século XIX. Mulheres e crianças passaram a ser os novos grupos de pacientes dos médicos. Resfriado e mal-estar gástrico se incorporaram às doenças que levavam os pacientes ao médico. O próprio desenvolvimento científico “criou” novos sintomas que levavam pacientes aos médicos, como aqueles relacionados a hipo e hipertensão.

Shorter (1991), refere que o encontro médico entre 1880 e 1945, se deu de uma maneira bastante eficaz. Quatro motivos contribuíram para isso: a possibilidade de diagnósticos mais elaborados; o aparecimento de novas drogas que permitiram o

abandono de outras muitas antigas e perigosas; a aura científica que passou a fazer parte da condição médica, levando a curas do tipo “placebo”, pelo simples acreditar; e, finalmente, o interesse devotado ao paciente pelo médico da época, que conseguia ouvir e discernir a história da doença e a própria história de vida do paciente.

A psiquiatria e a psicossomática começam a fazer parte das preocupações médicas por essa época. A medicalização da loucura começa a tomar corpo a partir de 1800. Até então, os “loucos” eram vistos como doentes crônicos e seu tratamento não fazia parte das preocupações médicas. A partir do final do século XIX, pacientes, mulheres em geral, considerados “loucos moderados”, apresentando quadros de “histeria” e “neurastenia”, passaram a ser tratadas pelos médicos. Sem ter muito o que fazer por esses pacientes, os médicos os ouviam e conversavam com eles a respeito de suas vidas e vivências, de uma forma bem mais autoritária que a desenvolvida por Freud, já que ao médico cabia ensinar e persuadir moralmente o paciente, bem como levá-lo a pensar positivamente.

Continua Svenaeus (2000):

A psicanálise de Freud que surge nessa época “dá voz” ao paciente, no sentido de tirá-lo da objetivação e do silêncio a que a moderna medicina o havia levado pois, apesar dos médicos da época terem uma grande ligação com seus pacientes, o diálogo pendia francamente para o lado do médico, autoritário e dono do saber. Freud e sua psicanálise restauram, teoricamente, a influência do paciente no diálogo médico-paciente. Entretanto, a proposta da interpretação da fala do paciente acaba, de novo, pendendo a “balança de poder” a favor do médico. (p.36).

O grande mérito da psicanálise foi seu entendimento de que os problemas psicológicos poderiam levar ao adoecimento do corpo e do quanto que o simples falar sobre sua situação de vida e sua doença tinham efeitos benéficos na terapêutica das mesmas. A psicanálise muda, então, a perspectiva e o entendimento da relação médico-paciente. O encontro não se dava mais entre duas pessoas, mas

entre quatro partes: a parte consciente do paciente e do médico e a parte inconsciente de ambos.

Entretanto, a revolução tecnológica da medicina no século XX, acaba influenciando decisivamente, no chamado encontro médico. À medida que a medicina se “arma” no sentido de recursos e aparelhagens, a objetivação do paciente passa a ser mais presente. O médico não deixa de ter contato com o seu paciente, mas, especialmente após a entrada na medicina de antibióticos e outras medicações importantes, passa a examiná-lo como um organismo biológico, objetivado em explicações gráficas, químicas e numéricas. Médicos e pacientes passam a se impressionar em demasia com a medicina e a tecnologia, o que acaba levando a uma mudança na grade curricular de cursos de medicina a partir dos anos cinqüenta, com a atenção redobrada em bioquímica, microbiologia, farmacologia, imunologia e genética, de tal forma que cada médico deve virar um cientista. Com isso, instala-se a especialização médica e entra em declínio o conceito de médico de família. Com a especialização, muitos atos médicos são levados da clínica privada para o hospital, divide-se o paciente para fins de estudo e torna-se a juntá-lo no diagnóstico.

II. MÉTODO

2.1 Considerações metodológicas

De acordo com Beiani (1980), a fenomenologia hermenêutica refere-se à possibilidade de expressão simbólica da Linguagem, à qual se vincula o problema do sentido que nela, às vezes, emerge, e, outras vezes permanece oculto, podendo manifestar-se por um símbolo. Na abordagem heideggeriana, a hermenêutica é tomada num sentido mais amplo do que teoria e metodologia de um gênero de interpretação. Ela é orientada para a “busca do significado do Discurso através da Linguagem” – uma interpretação da descrição do fenômeno em si, vivenciado singularmente pela condição de “ser-aí”, do *Dasein*. Não cabem modelos ou teorias explicativas válidas para todo, à medida que cada Ser “des-oculta” e compreende os fenômenos que experiencia da ótica de sua condição de *Dasein*, de acordo com **seu** modo de ver e ser no mundo.

A hermenêutica heideggeriana tem como tarefa elucidar o significado subjacente ao discurso do ser humano – o significado ocultado e “des-ocultado” pela Linguagem. Assim, por meio da interpretação hermenêutica, indo-se além de aspectos parciais do Discurso, em busca da mensagem total deste, ocorre a possibilidade de se entender o ser humano, o seu modo de ver sua existência.

Ultrapassar o manifesto na direção de uma maior compreensão do Ser, é a missão da interpretação hermenêutica (BRUNS E HOLANDA, 2001). É assim que se pode restaurar a voz do homem em fusão com a realidade que a ele se desvela na experiência e na fala sobre ela. Uma vez que é a fala que nos possibilita acessar o fenômeno interrogado, o qual se insere na vida do homem, utilizamos a técnica da entrevista como forma de acessar a vivência do sujeito, bem como os significados a

elas atribuídos. Para se aproximar do significado da experiência dos médicos na relação com pacientes e familiares, com a equipe, com o espaço de trabalho e com a instituição hospitalar, um esforço teve que ser empreendido no sentido de compreender o “seu” (de cada um) Discurso: estreitar laços de entendimento, ouvir o mais possível de seu (de cada um) ponto de vista, perceber sua realidade concreta e singular. Com tal perspectiva metodológica, foram empreendidas a coleta e a análise dos dados desta pesquisa.

2.2 Sujeitos

Os sujeitos dessa pesquisa foram cinco médicos pediatras intensivistas pertencentes ao corpo clínico de um hospital infantil humanizado localizado na cidade de São Paulo. Trata-se de um hospital privado, pertencente a um grupo hospitalar maior, construído e administrado com a finalidade declarada proporcionar tanto uma medicina de ponta, quanto uma medicina mais voltada para um melhor acolhimento do paciente e do médico.

Tais sujeitos foram selecionados dentro do universo dos médicos intensivistas que dão suporte às UTIs pediátrica e neonatal do hospital e dentro de um critério não aleatório de escolha. A escolha recaiu sobre médicos que pudessem representar uma diversidade de olhar e vivência em relação ao tema humanização.

Foram realizadas sete entrevistas, mas somente cinco foram selecionadas como suficientes para representar o pensamento e a vivência do grupo como um todo.

Dentre os cinco médicos escolhidos após uma avaliação pessoal das características gerais e individuais de cada médico, optou-se por três do sexo masculino e duas do sexo feminino. Dentre os cinco, um deles trabalha na UTI como

médico diarista, exercendo assim também a função de chefe da unidade. Trata-se do mais antigo dos médicos selecionados e diretamente envolvido no planejamento, elaboração e construção desse atual hospital infantil humanizado. De outra forma, uma das médicas selecionadas foi, até 2005, médica residente do serviço, assumindo, a partir do início de 2006, um dos plantões médicos da referida UTI. Os outros três médicos, todos eles com mais de dez anos de experiência em UTI infantil, são médicos plantonistas do serviço, que trabalham em sistema de plantões semanais. Todos os médicos selecionados, dedicam-se exclusivamente à subespecialidade de terapia intensiva e acumulam experiências de trabalho em outros serviços que não somente o do hospital pesquisado. O critério de escolha levou em consideração: desejo espontâneo de colaboração e disponibilidade para entrevista.

2.3 Local da Pesquisa

O local escolhido para a realização desse trabalho foi um hospital privado com serviço de UTI pediátrica e neonatal, situado na cidade de São Paulo e onde foram implantadas medidas de ordem física (arquitetônica), administrativa, institucional, funcional e médica visando, não só, diminuir os conflitos entre a instituição, os médicos e todo serviço de enfermagem e os pacientes e suas famílias, gerados por conta de uma medicina considerada demasiadamente tecnológica e especializada, como também poder fornecer um atendimento médico atualizado e de ponta.

Tal hospital, implantado em um prédio próprio especialmente elaborado e construído para ser um hospital infantil humanizado, atende tanto à demanda de uma população de crianças enfermas, como também de recém-nascidos

necessitando de internação, provenientes tanto de uma maternidade encravada no próprio hospital infantil, quanto de outras maternidades.

O projeto do hospital baseou-se em projetos de outros dois hospitais norte-americanos situados em *San Diego* e *San Francisco*. Trata-se de um hospital de paredes coloridas, janelas amplas e ambientes arejados e muito iluminados, com uma grande quantidade de desenhos implantados nas paredes.

Em um dos andares há uma sala totalmente envidraçada no meio do andar, preparada para jogos lúdicos das crianças e familiares. Já a UTI situa-se abaixo do nível da rua e constitui-se de três blocos: UTI infantil, com dezessete a dezoito leitos; uma UTI neonatal externa; e uma outra UTI neonatal de prematuros e recém nascidos com problemas médicos e nascidos no próprio hospital. Também as paredes das UTIs são coloridas e desenhadas com motivos marinhos. Não há janelas em todo o andar. Toda a iluminação é absolutamente artificial. Há uma sala de espera confortável e espaçosa com um grande aquário.

A acomodação dos médicos compõe-se de um quarto e banheiro e uma pequena sala anexa. Há um barulho marcante nessa sala e quarto proveniente do gerador de ar condicionado da UTI. Aparelhos celulares não funcionam no local.

As mães e/ou pais são acomodados, dentro da UTI, em cadeiras e pequenas poltronas colocadas junto aos leitos das crianças e/ou bebês.

A equipe médica de UTI é terceirizada, unicamente prestando serviços ao hospital, sem vínculos empregatícios.

A equipe é chefiada por um médico diarista remanescente de uma antiga equipe do próprio hospital e que foi um dos mentores do projeto e construção do hospital. A ele cabe, diariamente, conversar com os pais, esclarecendo dúvidas e solicitando permissão para condutas mais agressivas que se façam necessárias,

bem como servir de intermediário nos conflitos por vezes gerados no serviço, sejam eles de ordem médica ou não.

Não há qualquer tipo de treinamento para a adequação dos médicos à proposta de caráter humanístico do hospital.

2.4 Procedimento e Instrumentos de coleta de dados

A proposta para a realização desse trabalho foi a de se proceder à realização de entrevistas semi-estruturadas com os médicos escolhidos como sujeitos da pesquisa. Realizou-se uma entrevista semi-estruturada com cada sujeito com o intuito de levantar os seguintes dados: história pessoal e profissional no tocante à origem das escolhas de trabalho como médicos pediatras que atuam em UTIs; grau de conhecimento e de reconhecimento da crise humanística da medicina atual, supostamente vinculada a uma medicina excessivamente tecnológica e especializada; vivência pessoal de cada um dos sujeitos dentro de hospitais que, de algum modo, se mobilizaram para amenizar tal crise; avaliação pessoal dos esforços despendidos pelos hospitais em estudo na tentativa de melhorar o relacionamento instituição-médico-paciente, bem como do grau de comprometimento pessoal nos esforços despendidos; avaliação pessoal específica da relação médico-paciente no hospital pesquisado pós-implantação dos projetos humanizantes. O roteiro da entrevista englobou questões abertas referenciadas pelo objetivo da pesquisa (APÊNDICE A).

Precedendo a entrevista houve um convite a todos os médicos da UTI, para que colaborassem na execução do trabalho. A proposta de participação na pesquisa foi apresentada em carta assinada pelo pesquisador aos médicos selecionados (APÊNDICE B). Diante da concordância e aceitação, pediu-se que a

mesma fosse dada por escrito e devidamente assinada em um Termo de Consentimento do sujeito (APÊNDICE C).

As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, em lugares indicados pelos próprios médicos e em horários previamente agendados. Foram utilizados dois gravadores da marca Panasonic modelo RQ-L10 e Sony modelo TCM-50 e, após as gravações, as entrevistas foram transcritas. Adicionalmente ao uso das gravações, foram feitas anotações pessoais após cada entrevista, que colaboraram para o melhor entendimento do discurso.

Cabe ressaltar que as entrevistas foram conduzidas pelo próprio pesquisador, que não mantém vínculo de trabalho com o hospital em questão, mas que deixou claro aos entrevistados sua condição de também médico pediatra, com alguma experiência de atuação hospitalar. Este fator de identificação pode ser indicado como um aspecto possivelmente favorecedor da adesão e participação dos entrevistados à proposta de pesquisa.

Cabe apontar também que à medida que as entrevistas se sucederam, o entrevistador passou a inquirir os entrevistados sobre alguns aspectos mais específicos relacionados às suas vivências, provavelmente influenciado pelas opiniões colhidas com os entrevistados antecedentes.

2.5 Procedimentos Éticos

Para garantir sigilo e privacidade para os entrevistados desse trabalho, todas as entrevistas foram realizadas em lugares resguardados e contando apenas com a presença do médico e do entrevistador. O total sigilo das entrevistas foi garantido ao entrevistado em material escrito e assinado. Da mesma forma, o hospital concedeu autorização, por escrito, da utilização dos dados para efeito da

realização desta pesquisa que deverá dar origem a uma dissertação de mestrado, dentro de parâmetros éticos estabelecidos tanto pela Comissão de Ética em Pesquisa da PUC/SP, quanto pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (APÊNDICE D). Foi também assegurado ao entrevistado o direito inequívoco de acesso a todo e qualquer dado de sua própria entrevista e direito a veto a qualquer parte da mesma. Houve também o comprometimento de fornecer uma devolutiva da entrevista em momento oportuno, após o término da coleta de dados e da conclusão do trabalho. Não serão mencionados os nomes verdadeiros dos entrevistados no decorrer deste trabalho, tomando-se o máximo de cuidado para se evitar toda e qualquer possibilidade de identificação. O nome do hospital também não será declarado, a não ser que haja alguma manifestação posterior de interesse. A “carta de aceite” emitida pelo hospital para a realização da pesquisa não consta, por esse motivo, como apêndice.

III. RESULTADOS: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise do conteúdo das entrevistas foi feita levando-se em consideração o pensamento dialógico de Buber e a filosofia hermenêutica de Heidegger, ou seja, orientada por uma perspectiva fenomenológica de compreensão, base de ambos os pensamentos.

Tomando-se por base Valle (1997) pode-se entender o objetivo da fenomenologia como sendo o da investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados pela consciência, sem teorias sobre sua explicação causal e, tão livre quanto possível, de preconceitos e pressupostos.

A análise prática das entrevistas seguiu a proposta de Bruns e Holanda (2001). Para esses autores, após a obtenção dos discursos obtidos através de uma questão norteadora, empreende-se uma leitura global de todos os discursos e passa-se, então, “a captar como cada entrevistado vivencia o fenômeno interrogado” (p.78). Após uma leitura geral, procede-se à leitura atenta de cada discurso, diversas vezes, até aprofundar a percepção de como “o fenômeno interrogado se revela de acordo com a vivência de cada entrevistado” (p.79). São, então, catalogadas as “Unidades de Significado”, que são trechos das falas dos entrevistados em que é possível perceber um significado atribuído por eles à vivência. Tais unidades, que não existem na descrição como tal, são percebidas pela própria visão de mundo do pesquisador, por uma atitude de abertura, de empatia entrevistado-entrevistador, em um estado que Martins (1984) chama de “variação imaginativa”, ou seja, quando o pesquisador busca colocar-se no lugar da pessoa que lhe descreveu a vivência.

Por meio dessa “variação imaginativa” é possível perceber temas que se repetem e outros, que não se repetem nas unidades de significado, o que possibilita

ao pesquisador reunir estas unidades de acordo com os temas relacionados. São encontradas, a partir daí, convergências e divergências na vivência do que se interroga, as quais desvelam aspectos dos fenômenos em questão. Como essas convergências e divergências são vivências dos entrevistados, elas foram analisadas por meio da compreensão e interpretação, conforme proposto por Heidegger. Em outras palavras, procedeu-se a uma tentativa de entendimento do *Dasein* de cada um dos entrevistados, determinando-se, inclusive, o modo inautêntico ou autêntico de existir de cada um deles.

Ainda, por meio da análise do discurso de cada um dos entrevistados, pretendeu-se entender de que forma cada um deles estabelecia com seus pacientes, aí incluindo família, uma relação “Eu-Tu” ou “Eu-Isso”. A possibilidade da mudança da relação “Eu-Isso” para “Eu-Tu” foi considerada neste trabalho essencial na configuração de uma humanização da medicina e, portanto, também do hospital.

A opção por uma metodologia qualitativa de pesquisa inspirada pela Fenomenologia ontológica-hermenêutica de Martin Heidegger, conforme proposta de Bruns e Holanda (2001), imprimiu características peculiares à forma de análise dos dados colhidos nas entrevistas realizadas: uma análise do discurso de cada entrevistado que fosse “além das palavras”. Ler, reler, refletir, diversas vezes, foi o que coube ao pesquisador-entrevistador até que se pudesse começar a desvelar o fenômeno que se interroga para vir a compreendê-lo e interpretá-lo. O entrevistador-pesquisador vivenciou, nesta fase da pesquisa, os dois momentos que compõem a “redução fenomenológica”, segundo Forghieri (1993) “paradoxalmente inter-relacionados e reversíveis, que denomino ‘envolvimento existencial’ e ‘distanciamento reflexivo’.” (p. 60)

Na mitologia grega o deus Hermes, deus mensageiro, alado, é representante da função hermenêutica: a ele cabia transformar tudo o que ultrapassava a compreensão humana em algo inteligível para esta capacidade e levar novos significados a outras pessoas. Não há como fazer esta “passagem”, sem a presença de um mediador, um intérprete, sem o diálogo, sem a empatia entre, neste caso, entrevistador e entrevistado, até porque, segundo Forghieri (1993), “a relação e a comunicação entre as pessoas é propiciada, inicialmente, através de seu próprio corpo... por meio de expressões corporais, gestos e atitudes.” (p. 32). Foi o que ocorreu no trabalho de análise das entrevistas.

O processo de análise teve seu início no diálogo entrevistador-entrevistado; perpassou as múltiplas leituras da transcrição da entrevista, com atenção ao dito e ao não-dito, às pausas do entrevistado, às interrupções, à seqüência de temas na evolução da entrevista; orientou novas leituras e reflexões do pesquisador após uma primeira compreensão dos elementos fundamentais que constituíam o discurso; e, permitiu, ao final, a produção de textos sobre cada entrevista.

Os discursos revelaram, em primeiro lugar, os limites e, ao mesmo tempo, as possibilidades da relação médico-paciente numa UTI pediátrica e neonatal. Cada qual a seu modo, os entrevistados revelaram, ou “des-velaram” um modo próprio de “ser-no-mundo” e de “ser-no mundo-UTI”.

Os resultados da análise de cada entrevista são apresentados a seguir. Neles incluem-se: (a) *o perfil do entrevistado*, traçado após a análise da entrevista; (b) *o contexto* em que se deu a entrevista e principais ênfases do discurso do entrevistado; (b) *síntese das unidades de significado* destacadas para análise pelo entrevistador-pesquisador; (c) *a entrevista: análise e transcrição de trechos* com as falas mais significativas dos entrevistados, organizadas segundo as “unidades de

significado” selecionadas como mais relevantes para a discussão do conceito de humanização.

3.1. Análise da Entrevista: Dr. Carlos

Perfil do entrevistado

A partir da premissa da escolha, para a pesquisa, de médicos que pudessem representar uma diversidade de olhar e de vivência em relação ao tema humanização, a escolha do Dr. Carlos, nome fictício, para abrir a série de entrevistas, justifica-se na medida em que seu discurso é o único que traz uma reflexão político-social da humanização como um todo e a humanização do hospital sujeito como um particular.

Formado em medicina na cidade de São Paulo, fez residência médica e especialização em pediatria e UTI pediátrica e neonatal na mesma faculdade onde se formou. Sendo assim, foi aluno e residente de um complexo de hospitais cujo serviço de pediatria está em os mais movimentados e conhecidos do país. Atualmente chefe da UTI infantil alvo de nosso estudo, o Dr. Carlos foi um dos participantes da equipe que propôs e realizou a construção desse hospital infantil humanizado modelo, tendo tido contato direto com os hospitais norte-americanos, fonte de inspiração para a construção do referido hospital.

É o único do grupo de pediatras intensivistas que vai ao hospital diariamente, e é a ele que cabe a interação com os pais das crianças internadas, com os quais tem contato direto e diário em dias de semana. Todos os problemas da UTI do hospital que não são resolvidos pelos próprios médicos plantonistas, são a ele direcionados.

Trata-se de um médico bastante tranqüilo e experiente. Entretanto, não deixa de ser uma pessoa de olhar crítico, que reflete muito sobre o desenvolvimento do trabalho; um idealista às vezes decepcionado com o rumo que o trabalho acaba tomando. Valendo-se com freqüência, durante a entrevista, de citações de livros e da sua própria observação e vivência nas suas considerações sobre os temas da entrevista realizada, o Dr. Carlos seguramente é a “viga mestre” intelectual e médica do serviço. Reside nesta constatação a importância de sua entrevista.

Contexto da entrevista

Dr. Carlos foi o primeiro entrevistado justamente por se tratar do médico chefe da UTI, pioneiro na implantação do serviço com as características de um modelo humanizado. Tal condição favoreceu uma entrevista que, diversamente das que a sucederam, foi marcada por uma exposição de princípios e uma retomada histórica, mais que uma descrição de experiências do cotidiano. A entrevista transcorreu na “sala dos médicos”, em ambiente relativamente tranqüilo, em sigilo, sem presença de qualquer outra pessoa, em horário pré-determinado. Não ocorreram interrupções e a seqüência de conteúdos foi definida pelo próprio entrevistado, com poucas intervenções do entrevistador.

Síntese da entrevista

Para facilitar a leitura da análise da entrevista e da transcrição de trechos apresentadas seguir, produziu-se, como recurso de síntese, uma listagem das oito unidades de significado destacadas na análise da entrevista de Dr. Carlos:

- 1ª Conceito de medicina: sua dimensão humana.
- 2ª Humanização da medicina: inerente à prática médica, mas dependente das condições concretas.
- 3ª As causas da desumanização: político-econômicas e administrativas.

- 4ª A desumanização e a formação do médico.
- 5ª A humanização ideal e a real.
- 6ª Relação médica-família: comunicação em foco.
- 7ª Entraves e dificuldades na comunicação médico-família-paciente.
- 8ª Re-humanização: sem ilusões, com esperança.

A entrevista: análise e transcrição de trechos

A preocupação do entrevistado com a discussão de conceitos formais de medicina, humanização, desumanização e re-humanização da medicina, condiciona a escolha das unidades de significado no campo dos posicionamentos teóricos assumidos pelo entrevistado. Uma exposição da “filosofia” norteadora, na sua visão do projeto de humanização implantado no hospital.

O próprio **conceito de medicina** dado pelo entrevistado pode ser apontado como a **primeira unidade de significado**. O entrevistado enfatiza a **dimensão humana** da ciência aplicada na prática médica.

... (a medicina é uma atividade extremamente técnica, porque arte em grego é tecne), traduzido para o latim é arte...

...medicina é uma atividade extremamente humanística, mas que usa a ciência também. Às vezes você precisa aprender com a ciência, porque ela vai servir para sua atividade, mas a medicina é fundamentalmente área humana.

... se você colocar, dividir as atividades por escaninhos, a medicina é principalmente área humana, então eu deixo, eu coloco a medicina no escaninho das ciências humanas.

... Acho que todas as atividades como tratam com pessoas, são atividades que envolvem o relacionamento interpessoal, envolvem o relacionamento humano. Todas, mas principalmente a medicina que envolve... a pessoa está extremamente fragilizada...

... medicina também teve essa influência e quis explicar o indivíduo, mas o indivíduo você não explica, você compreende...

O **conceito de humanização da medicina** do entrevistado, abrangente e bastante didático, constitui-se na **segunda unidade de significado**. Ele não

apenas focaliza apenas a relação (humana) entre médico e paciente mas também a coloca como inerente à própria prática médica:

... a vida do paciente continua, aqui, não interrompe (no hospital)...

... o médico, a sua atitude é humana, a atitude do médico é humana, está certo. Então quando você fala em humanização da medicina, você está falando de uma coisa que não tem cabimento no meu ponto de vista. É como 'qual é a cor do cavalo branco de Napoleão'

... "o médico, desde que existe medicina, o médico sempre teve isso, vendo a história da medicina, você sempre observou que o médico está sempre fazendo alguma coisa para melhorar"

... quando se fala em humanização, o médico, primeiro o médico, que queria ser médico, quis ajudar a outra pessoa, sei lá, não sei. Sei lá que época que começou isso. Então eu acho que é uma coisa intuitiva dentro de cada um.

Dr. Carlos revela-se bastante crítico quanto aos aspectos envolvidos na dita humanização, citando os múltiplos fatores envolvidos no "realizar a humanização de hospitais":

Realizar a humanização de hospitais significa não tão somente poder se ter uma arquitetura adequada que se amolde às necessidades básicas de conforto e bem estar, poder proporcionar atitudes que diminuam o estresse, os medos, as angústias e até as fantasias das crianças internadas e suas famílias, mas também poder mexer com coisas bastante concretas como ruídos adversos, carga de trabalho acentuada dos médicos e demais profissionais, conflitos entre profissionais e pacientes (usuários), lidar com a falta de dinheiro para a realização dos projetos e da conservação dos mesmos.

A análise das **causas político-econômicas e administrativas da des-humanização** passa a ser a **terceira unidade de significado**. Várias falas do entrevistado incidem sobre as mazelas do sistema de administração hospitalar que são empecilhos para as desejadas práticas "humanizadas". É sua visão ampliada, como médico que defende a humanização que transparece nas críticas a um sistema que "anda na contramão" dos princípios que defende :

...dificuldades de ordem econômica, mudanças na política e um empobrecimento contínuo dos usuários colaboraram para que se tivessem dificuldades para a manutenção desses planos iniciais.

... o excesso de burocracia de seu próprio trabalho e da perda de tempo que isto representa. São páginas e páginas que ele (o médico) tem de preencher para satisfazer a própria necessidade do hospital e para que eles possam cobrar dos convênios.

... serviços terceirizados para diminuir custos acarretam trocas freqüentes de funcionários - a própria equipe de UTI é terceirizada e da equipe inicial somente ele e mais dois permanecem, todos os outros são novos.

... (as trocas acabam) atingindo enfermeiros e auxiliares e até fisioterapeutas e nutricionistas o que acaba atrapalhando o caminhar das coisas....

... são os convênios que sustentam o hospital. Mas há muita glosa e isso impede muito o proporcionar todo o desejado para os pequenos pacientes...

... acho que aqui está tendo muita interferência em relação ao nosso trabalho. Acho que é muita interferência. Acho que às vezes você não consegue... você é manipulado, é vigiado, é como se fosse, aqui, é uma desconfiança de que você está gastando o dinheiro do convênio... um convênio que nem paga psicólogo...

Numa **quarta unidade de significado** a des-humanização é analisada como resultado também da própria **formação dos médicos**, na faculdade, e até mesmo antes dela, na vida, talvez refletindo uma crítica aos princípios éticos individualistas da sociedade moderna:

... sempre houve por parte do médico uma atitude de interesse pelo ser humano. Então a medicina é humana. Por que ela está desumana? É por causa do médico?

... o indivíduo vem com uma formação de fora da faculdade, ele já vem com uma carga cultural, e essa carga, ele já vem moldado, com alguns vícios, com uma série de preconceitos que a vida lhe imprime.

... têm hospitais, têm escolas que não têm hospital. Então o sujeito se afasta do paciente. Isso é uma falha.

Não são os médicos que formam este indivíduo, não são os professores da faculdade que formam este indivíduo. Este indivíduo já vem para a escola médica com uma formação...

... o médico ele está se retraindo. Não sei, ou ele está se retraindo por ele mesmo ou alguma coisa faz com que ele se retraia.

Como **quinta unidade de significado** pode-se destacar as ressalvas e críticas que o entrevistado faz acerca do modelo médico escolhido para nortear a

construção e funcionamento do hospital estudado: **a humanização re-visitada** de sua atual perspectiva. Uma reflexão atual do entrevistado sobre o modelo ‘importado’ de humanização, conhecido por ele e outros da equipe pioneira nos Estados Unidos, em busca de subsídios para as mudanças a implantar no hospital:

Nós fomos para os Estados Unidos, nós fomos ver como eles fazem, como eles estavam fazendo, tudo o que os americanos fazem é ótimo. Então vamos fazer aqui, né? Agora eu tenho a minha opinião: eu acho que nós somos uma cultura totalmente diferente, lá eles têm uma formação cultural anglo-saxônica, uma formação européia, católica, totalmente diferente.

... eu acho, porque que os americanos desenvolveram este tipo de palhaço, eu acho que é uma coisa cultural deles, eu acho que eles são extremamente individualistas, ... eu acho que isto leva a uma tendência as pessoas se afastarem..e isto leva a um distanciamento e uma frieza entre as pessoas, e por isso que eles tiveram que lançar mão deste artifício, alguém que faça. Porque eles estão extremamente pragmáticos...

... lá, o médico faz o papel dele, extremamente técnico, é o oncologista, o pneumologista, nefrologista, faz o que tem que fazer mas tem o outro cara que vai cuidar da humanização.

... se você me perguntasse hoje se vale à pena” humanizar “o hospital, eu teria dúvidas na resposta...

... muitas das propostas e muitos dos ideais daquela época não conseguiram se manter... as roupas que os médicos hoje usam dentro da UTI são roupas azuis, calças e jalecos azuis iguais a de qualquer centro cirúrgico.. não se conseguem mais uma diferenciação de uniforme, cores mais alegres.... até o grande aquário que havia sido instalado inicialmente acabou sendo desativado, hoje há ainda um aquário, mas bem menor...

A necessidade de uma **relação família-médico ou médico-família saudável** coloca-se como a **sexta unidade de significado**. Saudável para o entrevistado significa uma comunicação de ‘mão dupla’, clara, completa, respeitosa, ou como ele mesmo diz “a verdadeira humanização passa pela reconstituição da verdadeira função médica de ‘ouvir’ o paciente e entendê-lo dentro de seu próprio universo”.

eu acho que o médico tem que conversar, tem que ter este contato direto, conversar, permitir que as pessoas falem, né? E todo dia dizer a criança está assim, a criança está assado, dizer a evolução.

... eu sempre oriento os meus colegas a explicarem isso: olha tem risco de vida, se tem risco de vida eu acho que tem que falar.

... o problema principal da humanização passa muito mais pelas dificuldades de comunicação entre os profissionais ativos e os pacientes e familiares...

'... desde que internou eu estou falando com eles, eu estou falando que o quadro é grave, todo mundo está falando que o quadro é grave'. 'Olha, tudo bem, o quadro é grave mas você está fazendo alguma coisa, vamos ver, né'. Acho que aí o médico tem que mostrar para os pais.

A própria vivência do entrevistado se denuncia no discurso, que aborda o tema do morrer e do cuidar médico em situações-limite:

Você tem que acompanhar o dia-a-dia (do paciente) Está com dor? Trate a dor. Converse com ele, é o seu paciente. Não vai abandoná-lo porque ele está numa fase final, né? Até ele morrer ainda não acabou a conduta do médico.

... você vai cuidar da pessoa, ela está extremamente fragilizada, entendeu, você precisa ter alguma coisa para perceber isso, você precisa ser treinado para perceber essas coisas, para ver, então, a minha preocupação é sempre ver, é sempre procurar estar do outro lado, no sentido de evitar este constrangimento...

Os entraves e as dificuldades a uma perfeita sintonia de comunicação entre as duas partes constituem-se na **sétima unidade de significado**: de um lado, os limites dos próprios médicos e, de outro, as reações dos pacientes. Ambos seres humanos “imperfeitos”:

Aí vem uma queixa que:olha os pais não estão contentes por causa de informação...

...médicos que trabalham em dois ou três hospitais, que dão plantão de UTI seguidamente, que vivem o dia a dia estressante desse tipo de paciente grave, não tem a mínima paciência de lidar com a família.... Mas essa razão não o exime de lidar com a referida relação...

.... de nada adianta se o médico olha feio... os médicos têm de aprender a ouvir, eles falam demais.

... (os pacientes) inicial e tradicionalmente passivos, de um momento para outro se tornam ativos, reivindicando direitos de saber, participar e reclamar....

a agressividade que permeia o mundo atual faz-se presente também nas relações médico-paciente e mesmo entre os médicos e entre os médicos e outros profissionais da saúde.

... se eu estou falando todo dia com os pais, onde está o problema, será que ela quer informação toda hora, não sei, entendeu. As pessoas hoje são bastante exigentes. O que me chateia é esta interferência.

As propostas para a re-humanização passam a ser a **oitava unidade de significado**. Sem ilusões, o entrevistado revela em seu discurso ainda uma enorme esperança de mudanças :

... não importa que venha Doutor da Alegria, Doutor disso, doutor daquilo, eu acho que se você tiver na Santa Casa de Caixa Prego, com uma arquitetura completamente inadequada, com falta de recurso, o que interessa é você, sua atitude com o paciente, no sentido de olha eu estou seguindo você, estou te orientando, estou tratando, se não for possível vou encaminhar você.

... (se faz necessário) a reeducação dos médicos para que se conseguisse avançar nos esforços de re-humanização.

As soluções são fáceis, difícil é convencer os colegas...

... é aí que se constrói a humanização no apego à causa. Tem de haver motivação.

3.2. Análise da Entrevista: Dr. Armando

Perfil do entrevistado

O segundo médico entrevistado, Dr. Armando, assim chamado por motivos éticos de sigilo, formou-se em medicina no ano de 1983 em uma conceituada Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo, onde realizou também sua especialização. Trabalha exclusivamente como médico pediatra intensivista e como neonatologista em diferentes hospitais, como membro de um serviço que presta serviços terceirizados a hospitais, nesse hospital especificamente desde 1988.

A importância e a originalidade dessa segunda entrevista, reside exatamente no fato de se tratar de uma visão absolutamente intimista e pessoal da humanização

ocorrida no hospital referência. O se colocar nos problemas, o identificar com a dor do outro, deu à entrevista a diversidade requerida.

Seu discurso denota tratar-se de um médico bastante emotivo que coloca sempre em sua fala uma forte percepção das dimensões humanas das relações médico-pacientes, um médico que consegue não só se aperceber da dor alheia, como se tornar cúmplice dessa dor, dividindo-a nas alegrias e tristezas. Basicamente esse médico aproveita dessa entrevista para fazer uma profunda reflexão da sua própria vida como médico, trazendo a todo momento lembranças de casos não só médicos, mas também humanos que, de alguma forma o marcaram profundamente. Sua memória é viva. O passado é trazido ao presente. Nomes, doenças, tratamentos, situações lhe vem à memória sem dificuldades. Trata-se de um médico habilidoso no lidar com as emoções, suas próprias emoções, e que coloca o exercício da sua medicina como algo que deve ser, pelo menos em alguns momentos, afastado do reconhecimento econômico da profissão. A facilidade da recordação dos fatos, contados com muita dramaticidade, imprime um tom emocional e capaz de envolver ao ouvinte, entrevistador-pesquisador. Acabamos revivendo com ele, dramas do passado que passam a ter vida no presente. É essa emoção que ele nos traz e nos faz compartilhar. Para esse médico, de certa forma desiludido com a vida, mas não com a profissão, o viver médico traz uma gratificação pessoal e mais do que satisfatória. Há em sua fala um pessimismo pela vida e um otimismo pela medicina que ele exerce e que lhe satisfaz. A humanização para ele passa pela sua própria humanização. A sensibilidade emocional é sua característica mais marcante.

Nesse segundo médico encontramos o que Forghieri (93) define como sendo uma maneira preocupada do existir: um sentimento global de preocupação

que vai desde uma sensação vaga de intranqüilidade, por termos de cuidar de algo, até uma profunda sensação de angústia, sensação essa que tanto vem em situações concretas do presente quanto em situações de lembrança de coisas já acontecidas ou que poderão vir a acontecer.

Contexto da entrevista

Convocado pelo chefe do serviço, seu amigo particular de vários anos, esse médico não se opôs a ser entrevistado. Houve algumas indagações iniciais do entrevistado, quanto às conseqüências institucionais de possíveis críticas e quanto ao uso da gravação da entrevista, diante das quais o entrevistador retomou o conteúdo do Termo de Consentimento, assegurando-lhe confiabilidade e o anonimato de nome e idéias. Aceitas as condições e acertados os detalhes, o entrevistado passou a falar de modo claro, integrado, solto, com muita emoção, mas de forma muito firme.

Ao Dr. Armando foi solicitado que livremente falasse da sua experiência como médico de uma UTI pediátrica e neonatal, dentro de um hospital humanizado, a partir da sua própria vivência como ser humano e médico intensivista. Não definimos nem a ele, nem a qualquer outro entrevistado, o conceito de humanização que estávamos adotando ou pesquisando.

A partir dessa pergunta, Dr. Armando falou livremente, em um discurso coerente, apenas com interrupções decorrentes de necessidades da sua atuação médica no momento. Procurou-se fazer o mínimo possível de intervenções, apenas realizadas diante da necessidade de reconduzir o discurso para o tema proposto. A entrevista transcorreu no próprio hospital, em dia de plantão desse médico, em horário pré-determinado, em lugar tranqüilo e em condições de privacidade que facilitaram a entrevista.

Já na escuta da fita gravada e na leitura atenta da transcrição dessas fitas, pôde-se fazer algumas observações fundamentais para o entendimento do raciocínio e percepção da fala do entrevistado.

A proposta central da entrevista – falar de sua experiência dentro de uma UTI humanizada – foi antecedida por uma preocupação do médico em explicar o porquê da sua escolha médica profissional de trabalho na UTI infantil, em falar de seus ganhos e perdas por conta dessa opção pela especialidade e, logo de início, introduzir dois temas que foram debatidos e repensados por todo o desenvolvimento da entrevista: a morte e a culpa. Em seguida a esse depoimento pessoal, o médico passou a falar da humanização, entendida por ele centrada em um só aspecto: a permanência de pais e mães na UTI pediátrica por períodos livres e indeterminados, com todas as conseqüências que daí pudessem aflorar.

Um outro aspecto, a necessidade do afeto, concretizada pelo reconhecimento, ficou em primeiro plano durante toda a entrevista. A necessidade da demonstração do “agir na prática” e o “não ficar somente na teoria”, fizeram com que o entrevistado relatasse, em vários momentos, exemplos ilustrativos de suas condutas, não propriamente médicas, mas essencialmente humanas. A discussão sempre foi a da forma pessoal, humana de agir, sem em momento algum fazer referência às habilidades técnicas ou profissionais.

Por fim, chamou a atenção o fato do Dr. Armando se colocar inteiramente nas situações, transformando a entrevista em depoimento extremamente pessoal e introspectivo sem, entretanto, ultrapassar o limite do profissional. As menções à vida pessoal foram escassas e só apareceram na medida que interagiam com o profissional.

Síntese das unidades de significado

Das múltiplas leituras feitas da transcrição da entrevista, o pesquisador-entrevistador pôde identificar temas, denominados de *unidades de significado*. Elas aglutinam as vivências, percepções e os valores do entrevistado, percebidos pelo pesquisador-entrevistador como relevantes para a compreensão de seu discurso e de sua concepção de humanização. São elas:

- 1ª Satisfação e realização no exercício da profissão.
- 2ª O respeito e a importância dada à presença de pais e mães na UTI
- 3ª A importância do reconhecimento da família.
- 4ª Médico-mãe: relação do tipo “Eu-Tu” ou “Eu-Issso”.
- 5ª Dualidade angústia-culpa.
- 6ª Morte, empatia e cumplicidade.
- 7ª Espiritualidade.
- 8ª Indignação com desrespeito ao ser humano.
- 9ª O diálogo com as crianças internadas.
- 10ª Realização de atividades lúdicas.
- 11ª Meio ambiente construído: o confinamento.
- 12ª Parceria médico-paciente-família: conflitos.

A entrevista: análise e transcrição de trechos

A **primeira das unidades de significado** dessa entrevista tem a haver com a ansiedade do mesmo em deixar claro sua **satisfação e realização no exercício da profissão**, mesmo ao custo de um ganho monetário insatisfatório. Seria o retrato tanto de uma satisfação quanto de uma insatisfação, de certa forma camuflada:

Eu gosto de trabalhar em UTI, sempre gostei de trabalhar em UTI...no momento estou trabalhando só no que eu quero, no tempo que eu quero...

... do jeito que estou trabalhando dá para me dedicar aos pacientes ... eu consigo ver continuidade no que estou fazendo e me sentir muito importante...

... como não ganho dinheiro eu tenho de me sentir muito importante no que eu faço...

... eu não sou vitorioso financeiramente, então para mim é fundamental me sentir vitorioso como ser humano.

Esse mesmo conflito, de uma falta de perspectiva financeira e da necessidade da devida compensação pelo trabalho, foi reafirmado durante toda a entrevista.

A gente tem de relevar todo o outro lado de sucesso financeiro , de tudo, pensando nisso mesmo, pensando nesse lado da UTI que é muito legal, de cura...

Para mim, é muito importante, eu me alimento disso, sou muito vaidoso disso de ser útil, de estar ajudando.

O significado atribuído pelo entrevistado ao seu trabalho revela um modo de “ser-no-mundo”, afinado com os outros, suas dores e sofrimentos. A “recompensa” pelo seu trabalho, refletida na sensação de ser útil, compensando a falta do sucesso financeiro, já indica um determinado sentido ético orientando suas ações, suas escolhas.

Como **segunda Unidade de Significado** consideramos o **respeito e a importância** dada à **presença de pais e mães na UTI**

Como já mencionado na introdução dessa análise da entrevista, o Dr. Armando considera a livre presença dos pais na UTI, sem restrições de horários, a grande vantagem da humanização hospitalar:

...elas (as mães) estão vendo tudo o que está acontecendo, elas são um olho a mais na ‘humanização’ das crianças.

...o cuidado da criança é melhor com a mãe e com o pai ao lado, eles estão atentos o tempo inteiro, eles ajudam a melhorar o tratamento da criança, eu acho que isso é legal.

... ficar sem a mãe já é uma doença, é uma doença extra que fica o paciente se ele não tiver uma companhia...

O Dr. Armando se alia às mães na condução dos casos, transforma as mães (e pais), em aliados úteis.

Se a mãe está lá sempre confiante, sempre em cima, sempre cuidando do filho, é uma fonte de inspiração para todo mundo continuar com tudo dessa criança...

... ela está prestando atenção, está vendo alguma alteração,... é uma pessoa a mais para estar de olho naquela criança...

... eu acho que para o paciente é bom, para ele ser melhor cuidado.

Mesmo admitindo a controvérsia do tema, o entrevistado reafirma sua posição:

... eu acho que é muito individual....tem médico que se sente extremamente atrapalhado com a presença de familiares... eu pessoalmente não sinto nada disso para mim não atrapalha... por isso que é difícil definir um jeito, saber se isso é bom ou não.

Pode-se supor que, para este médico, os pais presentes representam uma parceria, a possibilidade de compartilhar o cuidado e, talvez, a responsabilidade pela evolução do quadro clínico da criança.

Como **terceira Unidade de Significado** considerou-se a percepção do **reconhecimento da família** frente ao esforço profissional despendido, não só pelos resultados alcançados:

A gente fica no céu quando consegue fazer uma criança super grave sobreviver, voltar para a família...

... às vezes vem visitar a gente, conversa, e fica super feliz...

Eu senti com o passar dos anos que os pais percebem o que a gente está fazendo, percebem o seu trabalho...

... mesmo a criança não estando bem, nunca vai ficar contente mas vai perceber que a coisa está sendo feita corretamente.

... várias vezes a gente já teve criança que infelizmente evoluiu para o óbito e o pai vem te abraçar, vem te agradecer de sentir que você estava na luta junto e estava tentando melhorar o filho.

... É uma coisa que eu acho que a gente precisa.

O reconhecimento faz parte da “estratégia” do sentir-se importante, do dar conta. É o coroamento da operação, do êxito terapêutico. Mas a este médico não só importa o êxito; ele espera um reconhecimento também pelo trabalho realizado, pelo esforço. Como “ser-no-mundo”, expressa a possibilidade de partilhar seu ser-com-os-outros. Sua fala traz a força da co-existência.

De outro lado, o entrevistado também revela seu amadurecimento na forma de encarar e de lidar com pais que parecem não reconhecer o esforço médico.

Mas a gente tem umas coisas de avaliação mesmo, de ingratidão:a gente vive muito de gratidão ... é legal você sentir que o pai fica grato, que você ajudou, ...você mesmo se sentir bem de estar melhorando, de estar ajudando.

...Gratidão, a gente sente muito com as visitas de retorno.. Tem pais que deixam coisas escritas agradecendo a todo mundo...crianças que foram muito bem ... crianças que morreram...

atritos com os pais eu aprendi parar de ter, demorei para aprender parar de ter, eu já tive bastante, eu discutia com pai...

... eu discuti com um pai, aí eu parei e pensei, aí eu voltei lá e conversei com ele e pedi desculpas para ele, eu não tinha o direito de ficar nervoso porque o filho dele que estava doente eu estava lá para cuidar do filho dele...

... quem tinha o direito de ficar nervoso era ele que o filho dele que estava doente e estava mal.

... a gente não pode discutir com pai, o pai que tem que estar estressado, não é a gente.

Na retomada de sua história, Dr. Armando revela transformações de valores e de conduta possíveis, mesmo entre ‘onipotentes’ médicos.

A quarta das Unidades de Significado foi identificada como a **relação** “Eu-Tu” que o médico estabelece com seus pacientes, suas histórias e suas dores.

Para Forghieri (1993) a relação “Eu-Tu” de Buber é a manifestação mais profunda de uma vivência de completa harmonia de nosso existir no mundo e

acontece, por exemplo, quando “encontramos alguém que compreendemos, e de quem gostamos e que sentimos que corresponde” (p.37).

Encontraram-se no discurso de Dr. Armando várias referências a um modo próximo e empático de interagir com os familiares dos pacientes, mesmo em situações de extrema angústia diante da morte, do inevitável, do fato que só pode ser aceito e não mais confrontado...

... era uma criança que era Testemunha de Jeová, e eu conversava muito com o pai, aí o pai trouxe o Pastor da Testemunha de Jeová, aí ele ficou aqui a noite, eu era mais novo, mais petulante, mais nervoso, mesmo assim eu fiquei ouvindo o Pastor, tudo, aí eu conversei com o pai e ele falou, então transfunde essa criança, doutor.

Tinha um paciente que tinha feito uma cirurgia cardíaca que estava quase morto há vários dias, e aí ele acabou concluindo o processo no meu plantão, eu conversei com a mãe, ele estava de tórax aberto, aí eu falei para ela que a gente ia suturar tórax para ele ficar mais bonitinho, deixar ele bem arrumadinho...

...a gente arrumou direitinho ... para ele ficar bonitinho para ir para o velório ...porque a família queria que ele ficasse mais bonitinho.

...tinha uma mãe chorando, estava chorando demais, estava querendo desmaiar, eles queriam dar um remédio para a mãe,... não fazia sentido dar remédio para a mãe ... se eu tivesse perdido um filho eu ia estar assim, o filho dela morreu como e que vai sentir bem, não tem jeito.

O respeito pela dor do outro, pelo conflito do outro, pelo desejo do outro é uma forma de revelar uma relação “Eu-Tu” , que se distancia em muito da relação “Eu-Isso”, talvez mais comum entre profissionais de saúde que utilizam o distanciamento como forma de se protegerem do sofrimento que lhes seria imposto pela proximidade.

Uma **quinta Unidade de Significado** seria a **dualidade angústia-culpa**. Angústia e culpa são fatores dominantes na vida dos seres humanos. Estão presentes como fundamentos existenciais do ser, que se concretizam em situações de vida como as que Dr. Armando tem que enfrentar no seu dia-a-dia.

A maneira de ser-médico do entrevistado dentro da situação de humanização denota uma angústia em uma pessoa cuja maneira de existir é a maneira preocupada:

Falei com o pai várias vezes que o estado era muito grave e no outro dia ele estava melhor...o pai veio reclamar com o chefe porque eu tinha deixado o pai inseguro, ele achou que eu era muito inseguro. Eu até brinquei com o colega lá, eu falei estava inseguro mesmo ele podia morrer, não dá para ficar tranquilo sabendo que o neném pode morrer.

Mesmo ao lembrar seu tempo de formação médica e seus primeiros anos no exercício da profissão, o Dr. Armando fala de suas angústias e preocupações. Ele, então, lembra com dor...

... eu quase desmaiei, eu achei aquilo tão grotesco... o assistente médico que no terceiro ano da faculdade nos levou para examinar uma senhora e, sem a menor satisfação para a própria, descobriu o lençol e não falou nada, descobriu a barriga da senhora e foi lá.

... Eu acho que a formação também da faculdade é uma formação extremamente desumana ... porque não adianta na faculdade você ter aula de boas maneiras, você precisa ter exemplo de boas maneiras.

... Naquele tempo eu era mais novo, quando a gente é mais novo, a gente não percebe direito as coisas, o médico mais novo eu acho que ele é muito ... ele não percebe o lado espiritual da coisa, ele é muito eu faço as coisas, eu resolvo, eu cuido.

Seria bastante pertinente definir-se como uma relação “Eu-Tu” a reação do então aluno frente a uma paciente agredida, a seu ver, no seu pudor e individualidade. De sua nova e amadurecida perspectiva, ‘re-vê’ acontecimentos vivenciados como médico residente já aberto a uma possibilidade empática de relação com os pacientes.

Como **sexta das Unidades de Significado** aparece o tema **morte**. Introduce o tema com uma comparação:

A UTI pediátrica não é que nem a UTI adulta que morre gente toda hora, para a gente não é normal a morte, para a gente é menos freqüente, então todo óbito é uma coisa muito sentida, não faz parte...

... toda morte a gente vai carregando...

Como a morte não é freqüente, se a mãe vê um outro nenê lá que morreu ela já fica estressada, é uma coisa que vai contaminando tudo...

Se há uma certa banalização da morte, como fato corriqueiro na vida do dia-a-dia da UTI de adultos, o Dr. Armando destaca, em oposição, a dor da perda da criança internada em UTI pediátrica, dor essa que lhe atinge de forma intensa, fazendo-o questionar, inclusive, seu próprio ‘poder médico’, sua própria ‘onipotência’. A **surpresa da morte**, não esperada, menos ainda desejada, atinge a todos – profissionais e pais.

E diz ainda, referindo-se à **obrigação** de falar da morte, de “viver” essa morte com os familiares da criança:

Você pode ser cúmplice na vitória e na vida e ser cúmplice na morte sem ser o monstro...

... para mim é terrível sempre dar a notícia da morte... porque você nunca quer estar presente, por mim eu preferia estar a quilômetros...

... já chorei muitas vezes com o pai e com a mãe, falando disso, porque é pesado...

...

é uma coisa normal que você está lá para fazer o certo, para cuidar e às vezes não consegue cuidar, não consegue melhorar. Se a gente consegue manter um bom contato com os pais eles conseguem perceber isso, está sendo tentado tudo o filho dele não melhora.

A referida “cumplicidade” se expressa como **empatia**, como um modo de **vivenciar junto** com o outro o sentimento de perda. A percepção da morte pelo entrevistado **como fracasso e como decepção compartilhada**, mistura-se com os sentimentos mais humanos, decorrentes da perda de um ser amado que, por um tempo determinado, fez parte de seu universo pessoal.

Pode-se dizer que o Dr. Armando encara a morte como uma **derrota pessoal** que afronta a própria onipotência que o médico, fascinado pela tecnologia e suas supostas possibilidades nem sempre reais, traz de sua própria formação. Sente-se responsável por entender os fatores que determinaram a morte para

reparar o “erro” em situações futuras, ou seja, exercer melhor seu poder médico, exercer seu controle sobre acontecimentos futuros...

Fico repensando os detalhes todos, de tudo que aconteceu, toda seqüência para ver se de uma próxima vez a seqüência pode ser um pouco diferente,

as coisas não se repetem, sempre aparece um caso diferente aí aquela criança não consegue salvar aí você vai ter mais uma criança para você pensar...

Talvez seja como ser humano, como ser-pai que encontre o espaço para ser cúmplice de um sofrimento no momento de comunicar a morte... O poder-morrer, diz Boss (1975), faz parte das possibilidades do existir humano, o vir-à-vida traz em si a possibilidade do morrer. Certas referências do entrevistado demonstram claramente a angústia existencial da morte, eventualmente da sua própria morte...

Essa paciência com os pais muda muito quando a gente vai ficando mais velho, quando a gente vai tendo filho,

antes de ter filho o meu nível de paciência era um, aí depois que eu tive filhos aí você percebe, o filho deu um espirro , começou a ter uma febre você fica super estressado...

*..
eu fiz tudo pela criança porque tinham me passado que a criança já tinha morrido ... investi tudo ...*

.... eu já estou com 46 anos daqui a pouco já morri ...

A espiritualidade foi considerada como a **sétima Unidade de Significado**.

A percepção de “algo mais que a ciência” no tratamento e no prognóstico do paciente é assinalado de maneira tênue pelo entrevistado, mas não deixa de ser mencionado e pontuado, mesmo que de forma conflituosa:

... quando a gente é muito novo a gente não percebe direito as coisas, o médico mais novo ... não percebe o lado espiritual da coisa, ele é muito ‘eu faço, eu resolvo, eu cuido’...

... quando vai passando o tempo a gente vai sentindo que a gente participa de um processo, que a gente ajuda, mas as coisas acontecem, entendeu, a gente não é dono da vida ou da morte .

... eu tenho um problema com a Igreja porque eu tenho um problema com padre,... mas eu continuo com minhas orações e com fé e com

tudo isso eu acho que é fundamental, se não houver fé , se não houver oração, a ciência fica incompleta.

... outro dia eu vi até um colega reclamando: ' ... a gente fica se matando pelo doente e aí no final a criança fica boa, ela (a mãe da paciente) vem e fala 'Graças a Deus'.., fiquei pensando, nossa que imaturidade, tem de falar 'Graças a Deus' mesmo, ele estava com ciúme de Deus...

Uma **oitava Unidade de Significado** foi chamada de **indignação com desrespeito ao ser humano**. Há no discurso do entrevistado uma indignação diante da atuação da já citada um professor na Faculdade de Medicina ao examinar uma paciente diante dos alunos sem ao menos pedir sua licença, até uma indignação com as dificuldades atuais de uma medicina massificada e com as condições de trabalho dos médicos e equipes:

... aquele volume de pacientes que tem de ser atendido, não dá para atender direito, não tem jeito de ser humano naquilo...

... no Pronto Socorro todo mundo ficava, bravo comigo porque eu atendia um paciente, ai explicava, fazia a receita, ia lá, lavava a mão, aí atendia outro, explicava, aí eles começaram a brigar, deixa de ficar lavando a mão.

...como é que vai dar para ficar trabalhando direito..., eles ficam implicando que você vai ficar o dia inteiro lavando as mãos...

... o médico trabalha numa situação que não dá para trabalhar direito.

Sua indignação, evocada por recordações ainda da residência médica ou de experiências anteriores de trabalho, revela que ele continua sensibilizado por fatos que transformem os pacientes em “coisas”, que desrespeitem pacientes como seres humanos, ainda que em condições de extrema fragilidade e dependência.

Mas, ao mesmo tempo, o entrevistado defende e valoriza suas próprias condições de trabalho:

Numa UTI é mais fácil de trabalhar... você tem uma quantidade de crianças que você pode definir, que você pode trabalhar melhor...

... E isso é uma coisa que a gente sente bem na UTI, sente de todo mundo querer cuidar, todo mundo quer tratar o melhor possível, é uma coisa do grupo.

Algumas questões não foram verbalizadas de forma espontânea pelo entrevistado, mas decorreram de perguntas explícitas e pontuais. Daí surgiu a **nona Unidade de Significado: o diálogo com as crianças internadas**. A pergunta formulada pelo entrevistador-pesquisador foi a seguinte: “Você fala muito no relacionamento com os pais. E com a própria criança?”

Eu sou bem brincalhão com as crianças, eu tenho um bom contato com as crianças, e tem muita mãe que fica brincando comigo, que fala ‘só com o senhor que eu consigo rir aqui nessa U.T.I.’, por causa do meu jeito, , principalmente se eu uso calça curta, com canela aparecendo e tênis desse tamanho, elas ficam achando graça.

... Eu me dou bem com as crianças, porque sou meio retardado, então eu me dou super bem com a criança pequena, média, eu me dou bem.

... sorriso de criança alimenta a gente tem um menininho aqui ... ele tem ... não mexe nada e quando melhora um pouco o astral, ele olha para a gente e fica sorrindo e o sorriso dele alimenta, é maravilhoso...

o sorriso da criança, criança melhorando, ouvir aquela voz de criança é uma coisa muito gostosa, é gostoso demais.

Uma segunda pergunta foi, então, formulada: “Mas e quando você tem de falar com essas crianças sobre as doenças delas ou o tratamento?”

... esse tipo de relação com a criança aqui na UTI a gente tem mais é com a mãe mesmo, a gente não fala muito com a criança.

... deveria conversar com ela, né acho que é uma coisa que a gente deveria repensar... a gente não discute com ela, só conversa com a mãe... a gente tem de repensar, a gente não conversa com o paciente não.

... eu só converso assim com a criança objetivamente sobre a doença quando a criança é maior, que tem diabetes ... ela tem de aprender se aplicar tudo para poder se cuidar direitinho.

O tipo de diálogo que se estabelece entre médico-criança sobre o adoecimento está orientado, aparentemente, mais pela possibilidade de compreensão da criança e pela necessidade de participação no tratamento. Mas num plano mais afetivo, pode-se observar que as reações da criança (refere-se apenas às positivas – sorriso, voz) são fontes de sensibilização poderosas. Como

lidar com as próprias emoções envolvidas quando de reações de sofrimento (choro, lamentos) é uma questão omitida pelo entrevistado. Neste silêncio podem residir dores e dificuldades.

Também de forma indireta, por meio de outra pergunta, o entrevistado dá sua opinião sobre as atividades lúdicas propostas em hospitais para amenizar a dor e o desconforto, especialmente das crianças: “O que você acha desses programas todos que tem nos hospitais tais como Doutores da Alegria, cachorrinhos, etc?”

Seria a **décima Unidade de Significado: realização de atividades lúdicas.**

... tem uns Doutores da Alegria que são bons, que a gente percebe que têm talento, eles entram, a turma que está aqui é muito boa ... mas teve um tempo que tinha uns que entravam e ficavam totalmente chocados, a gente percebia que eles estavam assim, entravam na UTI e viam uma criança com traqueotomia... eles ficavam fazendo todo aquele espetáculo constrangidos...

... eu acho que eles ajudam sim, eu acho que tudo que for feito para quebrar um pouco o clima ajuda. É que é difícil medir isso, mas de qualquer forma acho que ajuda, é uma coisa para quebrar o clima sinistro.

Mais uma vez, o “não-dito” suscita uma reflexão crítica sobre o preparo, sobre a forma de inserção das atividades lúdicas, especialmente introduzidas por grupos externos ao hospital. O quê, aparentemente, para o público em geral, é veiculado pela *mídia* como símbolo de humanização hospitalar merece uma investigação mais cuidadosa. O entrevistado, mesmo que de forma contida, “pede” que ouçamos a voz dos profissionais que trabalham nas U.T.Is a respeito deste tema.

A penúltima das **Unidades de Significado, a décima primeira**, seria a referência que o entrevistado faz **ao meio ambiente construído** (espaço) onde trabalha. As características dessa ambiente afetariam, no entender do entrevistado, mais aos profissionais que aos acompanhantes:

O ideal inclusive seria se pudesse ter céu, se pudesse ter sol, se não fosse subterrâneo, eu acho que seria uma coisa mais cheia de vida, entendeu, se pudesse ter janela, eu acho que seria um ambiente mais propício para ficar bom.

... porque tem esse programa de apagar mais as luzes a noite para ficar mais escuro, mas é diferente se você vê o céu, vê tudo, eu acho que melhora o astral... eu acho mais gostoso ver o céu, o sol.

... O ideal seria se tivesse uma coisa mais natural, mas esse é um problema sério que é controlar tudo ... seria melhor um lugar com ar puro, apesar de que seria mais difícil o controle de temperatura, controle de inseto, controle de tudo.

... Eu acho que o ideal era ter mais espaço para poder ter os pais, para a presença dos pais não gerar diminuição de espaço, que diminuição de espaço eu acho que dá estresse, gera estresse.

... acho que a preocupação de quem está aqui (acompanhando os pacientes) é mais com relação à melhora.

Vários aspectos do ambiente físico são citados na breve resposta sobre o tema. Mas, prevalece o significado do espaço confinado, artificial, que causa opressão, estresse, ainda que o entrevistado reafirme a preocupação com os limites técnicos para opera mudanças no ambiente físico.

Na mesma seqüência de raciocínio e assunto, e novamente de maneira não espontânea, o entrevistado fala sobre o discutir ou não, com os pais, os tratamentos a serem executados em seus filhos. A importância e a pertinência do assunto faz-se presente na medida que, como visto nos capítulos iniciais, a parceria médico-paciente vem sendo preconizada como forma de atenuar **conflitos médico-paciente**. Essa **parceria e seus conflitos** seria a **décima segunda Unidade de Significado**.

A pergunta formulada foi a seguinte: “E vocês discutem com as mães os tratamentos ou levam os tipos de tratamento que está sendo feito?”

... Conversa, a gente conversa, principalmente o ... (chefe da UTI) conversa bastante. Porque eu falo muito também, eu nem deveria falar tanto, porque cada pessoa fala de um jeito diferente, isso confunde um pouco a cabeça das mães ... o ideal seria uma pessoa só ficar falando para dar uma certa continuidade.

... eu coloco o que está sendo feito, o que vai acontecer... então eu também converso para ter uma idéia, uma perspectiva.

Um outro silêncio aí revela questão possivelmente delicada: como compatibilizar papéis dos profissionais da equipe? Como manter a responsabilidade por esclarecimentos aos pais com a responsabilidade da instituição por pacientes internados? São indagações suscitadas na reflexão do entrevistador sobre a resposta parcial do entrevistado.

3.3. Análise da Entrevista: Dr. Fernando

Perfil do entrevistado

Trata-se de um médico formado em uma Faculdade de Medicina Federal de outro Estado que não São Paulo. Formado em 1994, sua especialização não foi feita na cidade e faculdade de origem. Uma primeira parte, a residência de pediatria, foi feita em um outro Estado e a sua especialização em UTI infantil e neonatal em terceiro hospital universitário, em um terceiro Estado.

Sua fala é muito precisa, sua voz firme e tranqüila, raramente muda de tom. Há uma enorme tentativa de coerência em sua fala. Os titubeios são pouco freqüentes. Não há, aparentemente, dúvidas. Suas queixas são pontuais. Há sempre uma volta à idéia principal esboçada: a de que as mães, por conta da humanização, permanecerem na UTI, de uma forma abandônica, sem sentido, estressante, realizada de forma intempestiva e sem a colaboração de outros profissionais da área da saúde como, por exemplo, psicólogos. Preocupado com os problemas mais sociais que venham a afetar as mães “internadas” com seus filhos na UTI, foi o único que falou da necessidade de um diálogo de caráter mais social: “a gente faz mais a parte social: sentar, conversar ...ouvir as histórias da família, saber do sobrinho, de

parentes também... às vezes eles contam outras histórias, histórias da região”, exigindo sempre psicólogos para dar conta das emoções das mães.

Seu discurso aparece impregnado das diferentes reações sentidas nos diferentes serviços pelos quais andou e nos atuais serviços onde trabalha. Nenhum exemplo de vivência pessoal é trazida à baila em todo o discurso. Há dificuldade do entrevistado se colocar no próprio discurso. Isto não invalida a profunda reflexão das condições de humanização vigentes. A humanização para ele depende de mudanças na forma de acolhimento dos pais no hospital. A sensibilidade crítica é sua característica mais marcante.

A característica fundamental desse terceiro médico e que torna sua entrevista representativa de uma diversidade de olhar na humanização é, exatamente, seu olhar crítico, sua objetividade na análise dos fatos sem deixar de, em nenhum momento, revelar seu comprometimento com o trabalho e função.

Esse terceiro médico se aproxima do que Forghieri (1993) chama de maneira racional de existir. Nessa forma de existir a análise do cotidiano é uma constante buscando-se um sentido para as experiências, um conjunto coerente de valores que possam explicar atitudes e comportamentos. Busca-se uma “teoria” que possa nos explicar, com certa segurança, o nosso existir no mundo, as situações que já vivemos ou estamos vivendo, assim como planejar nossas futuras ações.

Contexto da entrevista

Ao Dr. Fernando foi solicitado que falasse livremente de sua experiência como médico de uma UTI pediátrica e neonatal, dentro de um hospital humanizado, a partir de sua própria vivência como ser humano e médico intensivista. Solicitamos também que desse um pouco mais de ênfase na questão da relação médico-paciente, na verdade alvo principal de nosso interesse nessa pesquisa.

A entrevista decorreu em dia de plantão do médico, na “sala dos médicos”, em ambiente relativamente tranquilo, em sigilo, sem presença de qualquer outra pessoa, em horário pré-determinado. As interrupções decorreram da necessidade de decisões médicas por parte do entrevistado, não chegando a comprometer nem a entrevista, nem o necessário elo entrevistado-entrevistador.

O entrevistado mostrou-se absolutamente à vontade em todo decorrer da entrevista, mantendo sempre bom humor e facilidade no falar e se expressar.

À escuta atenta da entrevista gravada, bem como à leitura atenta da transcrição da mesma, ficou bastante clara a atitude crítica do entrevistado, em respeito da questão humanização. Mesclando sua própria vivência em diversos, e variados, serviços médicos pediátricos, o entrevistado pautou sua entrevista em torno de uma idéia central, fundamental a seu ver: a de que não basta a liberação da rigidez das normas vigentes em muitos hospitais como resolução dos conflitos entre médico-paciente-famíliares, mas faz-se necessário um “acolhimento” à família da criança grave internada. Esse “acolhimento”, a ser executado por profissionais outros que não médicos, devidamente habilitados e treinados para a função, proporcionariam melhores condições para as famílias enfrentarem o imprevisto da doença grave de seus filhos, bem como as oscilações de tratamento e mesmo da própria enfermidade.

O entrevistado mostrou-se absolutamente à vontade em todo decorrer da entrevista, mantendo sempre bom humor e facilidade no falar e se expressar. Há que se ressaltar, entretanto, que o entrevistado adotou uma forma de expressão “inautêntica”, termo cunhado por Heidegger para se referir à fala distanciada de si mesmo, de seu interior, mais impessoal. Ao falar de si, de suas vivências, o entrevistado usa o pronome “você”, como se estivesse relatando o que ocorre com

um “outro”, ao invés do pronome “eu”, que imprime aos fatos relatados uma autoria, um envolvimento pessoal, predominante numa fala “autêntica”. Esta característica da linguagem do entrevistado se harmoniza com ênfases do conteúdo, como se verá na análise das unidades de significado a seguir.

Síntese das unidades de significado

Para facilitar a leitura da *análise e transcrição de trechos da entrevista* apresentada seguir, produziu-se, como recurso de síntese, uma lista das nove unidades de significado destacadas na análise da entrevista de Dr. Fernando:

- 1ª Crítica à humanização como presença das mães.
- 2ª Diálogo médico-família e a falta do psicólogo na equipe.
- 3ª Dificuldades quanto à confiança da família no trabalho médico.
- 4ª Dificuldade na formação do vínculo médico-família.
- 5ª Morte: aspectos racionais e culpa.
- 6ª Diálogo médico paciente-família e a “conversa social”
- 7ª Agressividade dos pais.
- 8ª Cuidado (negligenciado) do próprio profissional médico.
- 9ª Ambiente físico: desconforto para equipe e familiares.

A entrevista: análise e transcrição de trechos

A **idéia particular da questão da humanização**, focada na flexibilização dos horários rígidos e pré-determinados para as visitas tradicionalmente vigentes nas UTIs , bem como a **crítica** correspondente à forma como tal flexibilização se dá na prática e no hospital referência, constituem a **primeira Unidade de Significado**.

... desde que eu entrei aqui, em 98, que a gente convive com os pais.. o que a gente vê nesses anos, é que só foi dado para eles o direito de ficar ao lado da criança no leito...

só deixar o pai ao lado da, da criança 24 horas não, não é humanizar, é você expor a família a uma situação de stress maior ..

.eles não têm com quem desabafar e eles não têm como ocupar a mente... eles passam a conviver com outras famílias que estão na mesma situação e que também não têm um suporte.

No olhar do entrevistado a humanização deixa a desejar se considerada simplesmente desse ponto de vista da liberdade da família de ir e vir e mesmo ficar. Especificamente com o seu próprio serviço, o médico entrevistado é bastante crítico, já que lida com pacientes muito graves:

.... essa paranóia da família ficar vendo morrer, ficar vendo aparelhos, a grande preocupação ali da família... ficar vendo aparelhos.. se mudou, se subiu.. sem ter noção nenhuma do que aquilo representa..... ficar... só parado, olhando aparelho, olhando uma criança entubada, vendo outros doentes graves falecerem, não traz muito benefício, isso não é transmitido para a criança em forma de paz, de segurança.

... os pais ficam aqui, eles ficam vendo, sem muita informação, submetido a um stress intenso.

O fato de ser crítico em relação à realidade vigente no hospital, na perspectiva do quê ele considera como o foco principal da humanização hospitalar, traz à tona no discurso do médico entrevistado a questão, às vezes tumultuada, do diálogo médico-paciente e a forma como ele deveria se processar. Essa **dificuldade no diálogo (e no entendimento) entre médico e família** seria a **segunda Unidade de Significado** presente.

O contato médico-paciente - família dentro de uma UTI, seja ela de adultos ou de crianças, é sempre muito intenso. Durante as 24 horas do dia há a presença constante do médico. Ao contrário do que acontece com outros tipos de doentes internados quando então as prescrições médicas são mudadas em um ritmo muito lento, nas UTIs pressupõem-se mudanças rápidas e abruptas de condutas, devidamente justificadas pelas alterações metabólicas a que esses pacientes graves estão sujeitos. Essa necessidade de tomada de decisões imediatas, bem como a necessidade da rapidez do se fazer no paciente de UTI nem sempre é devidamente

compreendido pela família da criança internada, conforme percebe o próprio Dr. Fernando:

... às vezes é difícil ter que fazer com que eles entendam.

... com a evolução da criança, muda, a relação entre o médico e o familiar, ... quando a criança está grave e melhora, os pais se acham no direito de começar a intervir, de negar, procedimentos, de negar exames, que a gente às vezes acha que a gente tem que fazer para que corrigindo, conseguir melhorar a criança.

Essa dificuldade se acentua, no olhar do entrevistado, na medida que a flexibilização dos horários permite à mãe (e a família) permanecerem mais tempo na UTI:

... complicado é você conviver com uma mãe ... a chance do filho morrer é real... ela está vendo outras crianças extremamente graves que acabam evoluindo para o óbito ... ela se apega muito nos aparelhos... às vezes mesmo explicando elas não entendem que aquilo é o normal... se o aparelho desliga um pouquinho ou se muda o mínimo ela te chama... isto vai desgastando ... eles cobram ...se você vai, examina, fez a tua parte, eles ... brigam muito assim.. remédio que não entra na hora, do aparelho, eles se importam com esse tipo de coisa.

Para o Dr. Fernando a família “atrapalha”. Não há como conciliar o tempo precioso, em que cada segundo faz diferença, com a boa vontade do diálogo. O Dr. Fernando não se recusa a dialogar, quando há tempo e possibilidade para isso. E nem recusa a necessidade desse apoio à família. Só não se coloca à disposição para tanto. Ressente-se, em nome da família, de um apoio mais plausível, mais estruturado, na sua concepção, menos demagógico. Habitado a trabalhar em equipes multidisciplinares dentro da UTI dentro de um sistema de funções muito determinadas para cada profissional, a necessidade do serviço de psicologia lhe parece essencial. A defesa dos interesses da família nas questões do acolhimento e da atenção aparece de forma clara na entrevista.

Na crítica do entrevistado já se percebe uma insatisfação, uma angústia, que denuncia um **limite** e pré-anuncia uma **possibilidade**: ele enxerga que o que se

passa na sua realidade não é suficiente como retrato da humanização possível e, possivelmente desejada por ele.

Mas, é a realidade vivenciada que se impõe e desestimula uma reflexão necessária ao “salto” para um futuro ainda por ser criado, talvez com sua participação, e não só dependente de condições a serem implantada por “outros”.

A questão da **confiança/desconfiança da família no trabalho médico** também é referida e refletida pelo entrevistado. Constituiria então a **terceira Unidade de Significado:**

eles (família) não têm com quem desabafar e eles não têm com ocupar a mente... eles passam a não confiar no médico ... eles acham que você não está sabendo conduzir o caso.

... ela te chama .. você chega lá e não é nada com a criança, só com o aparelho, elas só confiam no médico.

... quando é paciente que não tem mais um tratamento que vai curar, ou mesmo melhorar para que ele possa ir embora, essas mães, acabam ficando aqui e elas criam tumulto... elas passam a interferir.

Um outro exemplo citado da questão da confiança que o paciente deve depositar no médico é a do trauma, quando o paciente está em coma. Nesses casos, muitos dos sinais esboçados pelo paciente, devem ser corretamente entendidos e interpretados pelo médico. Entretanto, estando a família dentro da UTI, já muito angustiada e dentro de uma expectativa de rápida melhora, a leitura dos sinais esboçados podem ser incorretamente interpretados pela família o que gera mais conflito.

... você tem de contatar muito mais com a família (que com o próprio paciente) ... como a família está ali, preocupada, interagindo, ela passa a reparar mais nos pequenos detalhes, isto às vezes ajuda, às vezes é prejudicial... esse é o grande X da questão, dela confiar na equipe.

Essa confiança (ou desconfiança) no trabalho médico tem a haver também com o fato de que o trabalho médico dentro de uma UTI realizado de maneira conjunta por uma equipe. Os médicos se revezam em sistema de plantões, cada um

deles tendo contatos periódicos coma a família. Um único, em geral, faz o trabalho do “diarista” e esse cabe a responsabilidade de manter o contato com a família. O Dr. Fernando se apercebe bem dessa situação e fala claramente da mesma:

...trabalhar com a mãe passa a ser complicado ... porque você tem outros limites... a gente acaba não tendo tempo para desenvolver essa função... porque você está aqui para dar o suporte e aí como plantonista ...

...você vem uma semana, aí depois na outra semana e não dá para criar um vínculo para você conduzir a parte psicológica da mãe, que você faz, você senta, conversa, eventualmente elas entendem, eventualmente não ...

... não dá para criar um vínculo...acaba sendo feito pelo diarista que também tem outras funções ... em um hospital que eu passo mais tempo é mais fácil conduzir os casos.

A questão da (dificuldade) na **formação do vínculo** passa a ser a **quarta Unidade de Significado** . Não há como dissociar a formação do vínculo com os conflitos da relação médico- família na UTI, bem como com as questões de confiança no trabalho médico e com a própria concepção do que seja a humanização hospitalar, seus problemas e formas de resolução. A precária formação de vínculos dentro da UTI estudada decorre, segundo o entrevistado, de uma série de fatores que tem como eixo a falta de tempo suficiente para a realização desse vínculo. Essa falta de tempo para conversar com a família decorre não só do trabalho exaustivo decorrente da própria situação dos pacientes graves internados, mas de outros fatores que o entrevistado enumera: burocracia, cansaço, excesso de trabalho, descuido com o conforto do médico e equipe...

O médico é sempre chamado para resolver tudo... você ser responsável por burocracia ... você ter que ficar fazendo relatório, resolvendo problemas burocráticos ... você tem de ficar resolvendo outros problemas... o convênio tem um monte de burocracia ...

... eu passo pouco tempo aqui ... tenho de ver exames... tenho de ver as intercorrências ... são só seis horas... você não tem muito tempo de fazer nada ... sentar, conversar, explicar o caso ... se

tivesse um psicólogo ou uma terapia de grupo eles iam falar, descarregar o stress.

... esse monte de plantão que a gente é obrigado a dar, por que senão você não consegue um salário razoável pra manter a família...

... a gente dorme com essa turbina de, de avião aqui atrás, que é o motor do ar condicionado ... o hospital não deu nada pra gente, por outro lado, eles cobram tudo .. isso tudo no final acaba se transferindo também para a relação médico-paciente (família).

Uma razão particular de estresse, tanto para a família quanto para o médico, é o lidar tanto com a possibilidade concreta da morte, quanto com a própria morte. **Falar da morte** aparece como a **quinta Unidade de Significações**. A dificuldade de lidar com a morte é, de certa forma, negada pelo entrevistado, mas ao mesmo tempo é relacionada com fracasso e atenuada por mecanismos defensivos:

... no dia a dia, não é algo que eu me abale tanto, como foi no início...

o que frustra é quando você vê que poderia ter feito algo a mais e não deu tempo de ser feito, isso dá uma frustração muito grande, dá uma sensação que você podia ter tentado algo mais e num, e não conseguiu...

... a morte, olha, depois de ver muito sofrimento, de viver isso em família, eu tenho um princípio religioso, hoje com menos sofrimento...

a morte, hoje, não que seja banal, mas é algo que a gente sabe o quando podia ter atuado e quando podia não ter feito mais nada, aí fica mais, mais fácil conviver.

O entrevistado repete seu modo racional de ser ao falar da morte: racionaliza inicialmente negando sentimentos “não é algo que eu me abale tanto”; a morte...hoje... não que seja banal ... fica mais, mais fácil conviver” e se defende da dor e do sofrimento através do “eu tenho um princípio religioso”. Entretanto, a racionalização não consegue esconder a “frustração” da batalha perdida, a frustração de não ter feito “a coisa” no tempo lógico possível, sem poder cogitar da impossibilidade de dar conta de todo e qualquer caso.

A morte aparece no discurso associada à distância entre o que se fez e o que poderia ter sido feito, espaço entre a realidade e o sonho, entre o possível e o desejado, entre “eu e mim mesmo, eu e minha vontade, eu e meu desejo, eu e minha ação...” (POMPÉIA e SAPIENZA, 2004, p.92). Nesse espaço surge a culpa, necessária a uma saudável reflexão sobre os atos humanos que frustram, mas que transportam novamente ao sonho do desejável.

A percepção da **possibilidade de um diálogo sincronizado**, tipo “Eu-Tu” de Buber, é a **sexta Unidade de Significado**. Mais uma vez o Dr. Fernando fala da impossibilidade desse tipo de diálogo quando faltam psicólogos de apoio aos pais, estrutura física adequada, tempo suficiente.

De uma maneira bastante peculiar e original, o Dr. Fernando distingue duas formas diferentes de comunicação e diálogo com os familiares dos pacientes. De um lado, ele se refere a uma conversa de caráter mais médico e de outro a uma conversa de caráter mais humanístico e social. Relembrando seus anos de residência médica, realizados em hospital escola no interior do Estado de São Paulo, ele fala de uma dimensão espaço-temporal que possibilitava uma relação mais pessoal do médico com os familiares...

... no início, na minha formação, a gente não tinha essa humanização que a gente tem hoje...eles tinham um horário pré-determinado de visita... a família podia ficar no hospital mas não na UTI ... mas você se cruzava no corredor, você sentava, conversava, às vezes era mais fácil... tinha menos leitos... era menor... a UTI dava para um gramado... os pais ficavam nos quartos...eles te enxergavam das janelas...ai acabava conversando...

... (nessas condições), a gente faz mais a parte social: sentar, conversar ... aí fica mais fácil... essa parte de conversar, de fazer um vínculo, ouvir as histórias da família, saber do sobrinho ... de parentes também... às vezes eles contam outras histórias, outras coisas... você ouve histórias, você vê, é mais fácil de criar um vínculo... você começava a conversar e tudo e aí elas contavam histórias da região, como era então, depois de um certo tempo elas já começavam a achar que os maridos estavam traindo...

Uma outra **Unidade de Significado**, a **sétima**, refere-se à questão da **agressividade** dos pais frente a situações decorrentes da gravidade dos quadros médicos de seus filhos ou de outras situações do grupo de pais presentes:

...É...aqui nós já tivemos até ameaça de agressão física ...o pai ...ele vinha, olhava os aparelhos, eu não sei o que o levou a isso, e se ele tinha, também um distúrbio emocional.

... você junta um monte de pai, em situações graves e que começa esses tumultos, a coisa se propaga. A agressividade surge especialmente quando o doente está grave. Há uma vigilância da família em cima do médico... se um dia você atrasa (a medicação), eles acham que vai isso vai prejudicar, e cria-se um clima.

A **oitava Unidade de Significado** seria a do **cuidado (negligenciado) do próprio profissional médico**. Submetido a pressões decorrentes do trabalho diário, trabalho esse que requer tomada de decisões rápidas, o agir rápido, o poder perder o doente, a constante luta pela vida em condições, no mínimo, aceitáveis, acaba estressando o profissional. Para o nosso entrevistado:

... o lidar com o doente, ele não estressa ... isso é coisa que eu gosto .

... você já fica mal-humorado, por que te chamou por uma besteira, não foi pra ver o doente, não foi pra resolver um problema com o doente, foi pra resolver um problema burocrático, que poderia ter sido resolvido antes ou depois.

... antes a gente tinha TV a cabo, que num parece nada, ... no seu momento, dos seus dez minutos, você vai descansar do plantão, aí você assiste um programa, aí, eles tiraram tudo ...

quando você vai conversar você está cansado... tudo isso é transferido para a relação...

... a gente para ter um conforto um pouquinho maior, poder trazer comida, poder trazer alguma coisa, a gente teve que comprar aqui a geladeira, comprar o microondas, que o hospital não deu nada para a gente .

... de noite, fazendo receita, coisa que foi usada de dia, incomoda, incomoda bastante ...

... elas (o serviço de enfermagem e de secretariado) acham que você tem de fazer na hora que elas querem e acabou .. tudo tem de ser na hora...elas não te pedem para fazer as sete da noite, normalmente a uma da manhã .. acorda, aí você já fica mal humorado, porque te chamou por uma besteira,um problema burocrático ...poderia ser

resolvido antes ou depois .. na primeira vez passa, na segunda você já fica ruim, na terceira mal humorado.

O **ambiente físico** é também comentado pelo Dr. Fernando e constitui-se na **nona Unidade de Significado**. Assim ele descreve o ambiente da UTI:

... a luz está acesa 24 horas, têm barulhos, é bomba que alarma, é o aparelho que apita ... você tem que entrar no quarto...tem que medir temperatura, e às vezes o espaço é curto, tem que acordar para ela sair ...a maioria não dorme ...

não é que não dorme, elas cochilam, mas qualquer coisa elas acordam e isso também vai aumentando o stress físico, além do mental ...

... aqui, onde se tem uma UTI que é num salão aberto, não são boxes individuais, então você fica com luz, você fica com barulho, é bomba que alarma do outro lado, você ouve... na intercorrência tem o barulho, tem que se acender todas as luzes... elas nunca vão ter um descanso tranquilo ...

... barulho, modifica muito pouco em relação ao dia e a noite a noite deve ser pior por que você está dormindo pra gente que fica com esse barulho contínuo aqui, incomoda, imagina pra elas que ficam aí 24 horas, não vai embora pra casa, às vezes tem umas que nem troca, fica direto, é, deve ser bem insuportável.

O entrevistado destaca aspectos do ambiente físico que supõe incomodar os familiares acompanhantes, em especial as mães. A rotina ininterrupta e as características do espaço físico conflitam com a possibilidade de permanência das mães, com um mínimo de conforto e de descanso. Mais uma vez, o entrevistado reflete em sua fala uma crítica à forma de inserção de acompanhantes na UTI infantil.

3.4. Análise da Entrevista: Dra. Maria

Perfil do entrevistado

Trata-se de uma médica formada em 1984 em uma Faculdade de Medicina do interior do Estado de São Paulo. A vivência sucessiva da pediatria em enfermarias, pronto socorro, berçário, UTI, acabou por identificá-la mais com o

atendimento de crianças de alto risco das UTI pediátricas e berçários. Há mais de dez anos vem se dedicado em tempo integral à medicina intensivista, trabalhando hoje em três diferentes hospitais pediátricos, relatando na entrevista uma profunda realização pessoal e profissional nesse exercício da medicina.

A escolha da entrevista dessa primeira médica para compor a pesquisa com mais quatro outros colegas, justifica-se na medida que ela traz, como uma visão bastante peculiar, não exatamente da humanização, mas particularmente das soluções para levar a um bom termo tal proposta: a necessidade da sedação para acalmar ânimos e fome.

Seu discurso vem carregado tanto de angústia quanto de medo e de coragem. A angústia aparece na sua incoerência de manifestar, de um lado, um medo grande de estabelecer vínculos com as mães e, de outro, o não conseguir se desvincular daquilo que considera a grande razão para trabalhar em UTI. Objetiva em seu pensamento, propôs a sedação das crianças como tentativa para abrandar dor e fome, segundo ela, problemas crônicos nas UTIs em geral.

Seu discurso tem uma característica ímpar, qual seja, de colocar em evidência uma contradição notória: de um lado a percepção da necessidade de um diálogo mais íntimo com os pacientes, de outro o medo de transformar esse diálogo em algo que restrinja sua liberdade, seu espaço, algo que invada o seu pessoal. O conflito está, então, aí. Há, de um lado a percepção da necessidade de um diálogo “Eu-Tu” e, de outro, o medo fantasmagórico da invasão de privacidade. A possibilidade do diálogo “Eu-Tu” está configurada no “ser-no-mundo” da médica mas, de certa forma, ela resiste a experimentá-lo concretamente.

Tal medo acaba revelando sua possível fonte, quando a médica consegue verbalizar a dor pela qual passou, na experiência trágica da perda familiar, de uma

criança muito próxima, doente, dor essa descrita como algo que a paralisou por um longo tempo. O medo de sentir de novo essa dor parece justificar sua necessidade de manter o diálogo mãe-médica em um patamar suportável, justificado pelo discurso de ter que preservar a sua própria liberdade e espaço privado.

Uma solução proposta, que certamente aliviaria sua responsabilidade frente ao dilema que ela se impõe, é de passar essa responsabilidade para a alçada do psicólogo hospitalar. A proposta, inclusive, abrangeria um atendimento dos próprios médicos por parte desses psicólogos.

Há de se pensar o “ser-no-mundo” dessa médica, como o dilema do acolhimento. Não é o acolher ou não acolher que é a questão. Mais do que isso é o como acolher de forma a ser acolhida e reconhecida. A necessidade do reconhecimento, negada no início da entrevista, sutilmente vai aparecendo no decorrer da mesma. Que seja no reconhecimento da equipe, descrita como protetora e muito acolhedora, seja no reconhecimento da mãe que acaba trazendo uma caixa de chocolate. Pontos marcantes nesta entrevista: a coragem da entrevistada ao abordar temas conflituosos e polêmicos; sua alegria e sua satisfação no trabalho de UTI; suas reflexões aprofundadas sobre os aspectos multifacetados que representariam uma maior humanização das UTIs pediátricas.

Contexto da entrevista

A entrevista decorreu em dia de plantão do médico, na “sala dos médicos”, em ambiente relativamente tranquilo, em sigilo, sem presença de qualquer outra pessoa, em horário pré-determinado. As interrupções decorreram da necessidade de decisões médicas por parte da entrevistada, não chegando a comprometer nem a entrevista, nem o necessário elo entrevistada-entrevistador.

A própria entrevistada definiu o tema inicial da entrevista – a satisfação com seu trabalho na UTI do hospital e o tipo de relacionamento que estabelece com as mães – tema este que foi sendo “des-velado” ao longo da entrevista.

Síntese das unidades de significado

A entrevista de Dra. Maria permitiu identificar sete unidades de significado sendo que uma, a concepção de humanização hospitalar, se desdobra em sete aspectos, conforme listagem:

- 1ª Satisfação com o trabalho realizado no hospital
- 2ª Envolvimento com os pacientes e familiares: uma visão como “técnica”
- 3ª Limites e privacidade do médico
- 4ª Humanização hospitalar : concepção multifacetada
 - a. acolhimento das mães pelo hospital,
 - b. reconhecimento da dor das crianças,
 - c. mudanças no espaço físico
 - d. supressão da dor e fome das crianças internadas
 - e. a presença da mãe e seu carinho
 - f. limpeza e conservação do hospital
 - g. críticas às atividades humanizantes e necessidade da atuação de outros profissionais, como psicólogos.
- 5ª Percepção da morte e do morrer: banalização como defesa.
- 6ª O diálogo com as mães e com as crianças: possível e necessário.
- 7ª Importância do trabalho em equipe como fator decisivo.

A entrevista: análise e transcrição de trechos

Logo em suas primeiras palavras aparece a **satisfação com o trabalho realizado no hospital, primeira unidade de significado** identificada como especial para esta médica.

... eu adoro trabalhar aqui. Aqui é um dos poucos lugares em São Paulo em que a gente tem espaço tranqüilo, dá para gente estudar, tem um lugar reservado, dá para preservar um pouco a individualidade da gente...

... E é muito fácil trabalhar aqui, a gente tem um suporte legal, tanto suporte técnico, quanto suporte de equipamento, quanto suporte de dividir responsabilidades, de discutir casos, é legal.

A ênfase na necessidade de trabalhos de equipe entrosados e muito bem coordenados, mesmo quando no grupo se reúnem médicos muito experientes com outros iniciantes ou quase iniciantes, em detrimento relativo da tecnologia, se constitui em um assunto pouco lembrado nas entrevistas anteriormente analisadas. A médica refere-se à felicidade de pertencer a esse hospital, descrito como muito adequado no conforto para os médicos, idéia não compartilhada por alguns outros entrevistados, de pertencer a essa equipe, a essa UTI, opiniões que se repetem em todo percurso da entrevista.

Em seguida, a entrevistada analisa o tipo de **envolvimento com os pacientes e familiares, segunda unidade de significado**, que aparecerá em suas múltiplas dimensões, como tema fundamental e como objeto de um conflito:

Essa relação de médico com paciente ensina muito a gente.

Eu procuro não me envolver com o paciente, gosto de ser plantonista, não gosto de ser diarista...

Eu acho que eu sou mais técnica em medicina do que essa coisa de arte médica. É difícil você se envolver afetivamente e racionalizar tudo, e fazer o que tem que fazer, na hora que tem que fazer. Se eu começar a ficar com muita ligação afetiva com os pacientes não dá certo. Você acaba sofrendo...

... eu aprendo bastante, essa coisa de historinha de cada um, como cada um se reorganiza na sua vida... Mas carregar as mães no colo não dá...

Dra. Maria se rotula como “técnica” em contraposição a médicos que praticam a “arte médica”, diferenciação que será melhor esclarecida no decorrer da entrevista, justificando uma atitude mais racional, mais distanciada afetivamente das mães e pacientes. O envolvimento com os pacientes e familiares é caracterizado como um **vínculo baseado na objetividade**, uma **terceira unidade de significado**, vínculo que ela caracteriza como troca de informações, como orientações técnicas, ainda que detalhadas e corretas, sem trocas afetivas:

Conversar com as mães eu converso... eu converso com elas, acho que com a maioria eu consigo me fazer entender e passar uma relação boa e de confiança com os pacientes mas não fico sentadinha jogando conversa fora...

... não é lugar de ficar sentada jogando conversa fora com os pais e tendo relação de amizade...

Vou lá converso, não pouco mas o suficiente para me fazer entender, para deixar a mãe tranqüila o máximo possível... eu não vou ficar meia hora com ela conversando sobre coisas da vida...

A gente tem que ter carinho, tem que fazer a coisa direitinho, mas não pode ter muita intimidade, estreitar os laços de amizade Acaba um pouco o respeito...

... eu não consigo estreitar os laços de amizade e a mãe, os pais acabam pedindo coisas de mais que eu não gosto de fazer. Então para evitar esse tipo de coisa eu fico sempre na retaguarda.

O tema dos **limites e da privacidade do médico** na relação com o pacientes e familiares é abordado em seguida e traz, como **quarta unidade de significado**, as experiências de “teste de limites” com pacientes e familiares crônicos, que permanecem no hospital por longo tempo:

... A experiência que eu tenho, você dá liberdade demais e eles qualquer coisinha chamam e ficam apreensivos

...no meu caso traduz que eu não consegui dar tranqüilidade para eles, e eles não ficam confiantes...

... qualquer coisinha chamam ou porque não têm confiança ou porque está se sentindo tão amigo que acaba um pouco o respeito...

“Ai, vem aqui.”; “Abre a porta.”; “Senta aqui.”, esse tipo de intimidade e fica conversando “Ai, você não vai ver meu filho?”. Então eu fico sempre na retaguarda para me afastar dessas coisas...

Eu acho, eu acho que tem que respeitar o espaço de cada um. Não posso invadir os espaços dos outros...

A gente acaba invadindo à medida que se faz necessário, para esclarecer as coisas, deixar tranquilo...

... às vezes a gente acaba falando coisas de experiências nossas, dizendo exemplos para tornar mais fácil explicar algumas coisas, a gente têm que esclarecer algumas coisas...

... a gente tem de transparecer alguma coisa de humanidade, sabe, não é só aquela máquina que vai fazer e examina...

É difícil saber em que nível a gente chega. É muito difícil, mas isso é particularmente cada caso. Mas eu fico querendo não ultrapassar limites...

Eu acho, eu acho difícil você impor limites...

Eu procuro me preservar porque eu acho que se eu me preservar é melhor, eu vou pecar menos, do que se eu me abrir demais, porque aí a coisa pode degradingolar...

... para esses pacientes crônicos que ficam muito tempo na UTI tem que dar um pouquinho mais de liberdade porque eles ficam tolhidos aqui, por um motivo ou outro. A gente acaba convivendo mais com essas pessoas até tendo uma certa intimidade, mas não a ponto dela invadir meu espaço.

A entrevistada relaciona essa sua opção pela preservação da objetividade, dos limites e de espaços preservados para o médico, inicialmente a sua própria história profissional, e depois, como um dos perigos (ou conflitos) da chamada humanização:

... não crio vínculo, é um problema sério, não gosto de vínculo com o paciente. Essa história de ‘meu médico’ me dá calafrios...

UTI e berçário, e é onde eu me encontrei. Não tenho vínculo, eu venho, faço meu trabalho da melhor maneira que eu posso, cuido dessa parte, ajudo...

... isso é uma coisa feliz aqui, maravilhosa, o respeito que cada um tem com o outro e com seu colega, isso é muito importante e aqui a gente tem, o respeito, o trabalho é conjunto aqui, uma conduta normatizada, fica muito fácil da gente fazer esse trabalho técnico.

... venho, faço meu trabalhinho, viro as costas e tchau...

Às vezes quando tem assim umas crianças muito angustiantes a gente liga para cá fora de horário para ver como é que está...o vínculo acaba aí , e eu tenho problema de vínculo.

... eu nunca trabalhei isso, eu não sei se para mim isso é um problema ou é uma coisa legal essa coisa de falta de vínculo...

... na hora de fazer alguma coisa que tem que ser muito racional, eu não tenho problema, não tenho parte afetiva nenhuma vinculada a isto...

... Mas eu posso ter as duas coisas e saber separar muito bem na hora que eu precisar de cada uma delas...

A maneira peculiar de abordar a questão da humanização **hospitalar** na entrevista da Dra. Maria constitui-se na **quinta unidade de significado**. Trata-se de um tema longamente abordado e de profunda importância no contexto geral do discurso. Marca posições importantes da visão de vida e de trabalho da médica. Merece amplo destaque. Há, de início, uma colocação geral “Humanização, para mim, é alguma coisa que a gente deixa o hospital ‘menos gelado’”. Cabe definir o que seria esse “menos gelado”. Várias são as dimensões apontadas pela entrevistada: **acolhimento das mães, reconhecimento da dor das crianças, mudanças no espaço físico:**

Pegar no colinho, ajudar a mãe para que ela se sinta à vontade, tranqüila e acolhida, protegida por todos que têm lá.....fazer ficar mais parecido com a casa do paciente

As crianças querem paz, elas são crianças que estão invadidas, com dor, com falta de colinho.

... é isso que funciona, um ambiente tranqüilo...isso para mim é humanização em UTI pediátrica... ambiente de meia luz, as crianças totalmente tranqüilas, sem ruído, sem muita confusão, sem gente falando alto... as crianças estão doentes, estão com dor, querem colinho de mãe, vem para um lugar horroroso, que elas não conhecem, e ruído o tempo inteiro, luz acesa o tempo inteiro.

Uma metáfora define essa sua preocupação com a humanização: “A UTI tem que ser um ambiente de útero.... Quanto mais perto do útero da mãe a criança

ficar melhor, assim, um ambiente tranqüilo, a meia luz, sem barulho, sem ruído, sem dor”.

O “menos gelado” passaria também pela supressão da dor e fome das crianças internadas. A resolução de ambas é destacada como necessária à humanização: **uma sedação criteriosa.**

Com dor e fome as crianças ficam agitadas.

UTI é um lugar que se sente muita dor e muita fome, elas estão em jejum, elas estão com dor.

... tem que sedar para sentir menos fome... se estiver sentindo muita dor tem que dar analgesia potente, não pode sentir dor... a melhora é muito mais rápida se a gente conseguir deixar as crianças sem dor e sem fome.

Se conseguir deixar ela sem fome e sem dor, a parte de humanização eu acho que está pronta.

A presença da mãe e seu carinho também fazem parte do degelo. E, na sua concepção, é um direito da criança e um dever da mãe, concordando com o prescrito pelo Estatuto da Criança e do Adolescente:

A criança precisa de carinho, de aconchego, sem barulho excessivo... se eu puder amarrar a mãe que não quer ficar junto, amarrar a mãe no pé da cama, para ficar a mãe fazendo carinho....

Isso do ‘Estatuto da Criança’ obrigar os pais a ficarem aqui, é o mais feliz do mundo. Mesmo que tenha uma mãe que seja meio irritadinha não faz mal. É bom que a criança se sente mais protegida, mais acolhida.

A própria **limpeza e conservação do hospital** fariam parte da humanização hospitalar, traduzindo um respeito pelos pacientes, pelas mães e pelos membros da equipe:

... faz bem para a gente trabalhar num lugar limpo.

... o ambiente tem de ser o mais agradável possível, para ficar tranqüilo para todo mundo, não pode ter uma parede cinza, suja, mal cuidada, tem que ter respeito.

Mantendo a tônica do discurso global, a entrevistada apresenta suas **críticas** a algumas das ações feitas em nome da humanização hospitalar. Revela um modo peculiar de avaliar os benefícios em contraposição aos prejuízos de atividades consideradas emblemáticas da humanização hospitalar:

eu não gosto muito de ficar envolvida nessa parte de humanização, essa coisa de recreação, de brincar com as crianças.

... (voz baixa) eu não sei até que ponto colocar música se não vai ser mais um som para judiar das crianças.

... muita coisa em humanização acho bobagem, acho que a gente está numa parte de humanização que está engatinhando...

... acho que quanto mais coisas se colocam para a criança mais chance de infecção hospitalar, e acaba que o custo/benefício acaba sendo muito alto e eu acho que não funciona muito não. Eu fico vendo o limite da coisa e esperando alguém me provar que aquilo funciona.

Para as crianças muito seqüeladas eu não sei que benefícios traz tudo isso... criança neuropatas eu acho que às vezes a gente faz teatro cuidando delas...

Dentre os aspectos que fazem falta na sua concepção de humanização hospitalar, Dra. Maria salienta a demanda **pela presença de psicólogo** dentro da UTI. Caberia ao hospital garantir condições para manter as mães, e os profissionais, mais felizes objetivando melhora mais rápida para as crianças. Provavelmente a reivindicação de um psicólogo traga em si a necessidade de outros profissionais tais como recreadores, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais:

Para a humanização falta o psicólogo, falta um terapeuta, as voluntárias... falta estrutura para essas pessoas que ficam meio a toa. Falta psicólogo.

Mãe apreensiva, não é um problema médico, é um problema afetivo, de sonhos, de história, eu não sou especialista nisso, não sei lidar com isso como especialista. Isso falta nos hospitais.

UTI com psicólogo é maravilhoso... "a gente conversava, passava para ela as dificuldades que a gente tinha com aquele paciente, com aquele outro..."

... começar a fazer o trabalho manual, fazer qualquer coisa que tire o enfoque central dela, para elas ficarem mais abertas...

... com mães felizes, as crianças melhoram mais rápido; mães apreensivas, as crianças demoram mais...

.. E para gente também uma terapia em grupo, tirar os jacarés e os crocodilos da gente, trabalhar bem essa parte para ficar mais sossegada.

Como sexta unidade de significado aparece a percepção da morte e do morrer. A originalidade do pensamento da entrevistada a respeito da morte reside numa experiência pessoal que a fez chegar ao “conceito de banalização da morte”. A morte de uma criança da família, a conseqüente dor sofrida por essa morte, o luto prolongado, a necessidade de um suporte emocional na época, fizeram-na pensar na banalização da morte, descrita como uma aceitação da mesma, como um fato costumeiro, sem a necessidade de um sofrer associado. A banalização, a racionalização seria um modo de conseguir o necessário distanciamento emocional para atuar de forma eficiente. Assim relata sua experiência...

... ele morreu com dois anos,. morava com a gente, praticamente morava em casa, ficava em casa durante a semana. Então assim, depois que este menino morreu eu nunca mais senti morte de ninguém...

... a gente sofre tanto essa perda, e a gente consegue superar essa perda, que eu fiquei muito gelada, por muitos anos, eu fui chorar por morte de alguém quando meu pai morreu há quatro anos...

A morte é sempre sofrida. Lidar com a morte requer estratégias psíquicas e emocionais. Há sempre a sensação de fracasso, de inconformidade. Nas suas afirmações deixa transparecer um **conflito**: a “técnica” que precisa atuar junto à pessoa que não deixa de sofrer...

É difícil você ver uma criança morrer que você vai lá e faz tudo o que precisa... Ver um pai, uma mãe chorando e achar que ‘ não, mas morreu’, virar as costas e ir embora isso não existe...

Acho que eu achei um meio termo legal, eu sinto quando as crianças morrem, não é uma coisa insensível, não sou mais insensível, eu sinto, eu fico triste. Já teve a época também de eu ficar triste assim ‘ Droga, eu não consegui’. É aquela coisa que eu te falei, sentir as coisas na medida certa. ... Passou.

... A criança está morrendo é como se fosse um ser qualquer, independente, que precisa de uma ajuda muito consistente, rápida e eficiente.

Mas é também assinalado outro conflito, na medida em que a morte, o não mais existir, pode trazer alívio, mesmo que acompanhado de dor. Há **coragem** na fala da médica:

... algumas vezes a gente nem se sente impotente, as crianças são neuropatas crônicas, então quando morrem a gente diz 'ai, graças a Deus, essa família vai ficar feliz'...

... uma criança hígida, que não tem problema nenhum, e morre, é uma impotência muito grande, é uma sensação de impotência horrorosa..

... a gente reza para Deus para se acontecer uma tragédia no plantão da gente... na hora de cuidar a gente desliga o motorzinho e cuida, mas é pesado, fica pesado... aí eu me desligo totalmente, eu viro só técnica.

Uma frase de Dra. Maria sintetiza seu modo de vivenciar a morte e o morrer com seus conflitos pessoais e profissionais: “Mas eu acho que qualquer morte é demais para o meu tamanho”.

Há ainda uma **sétima unidade de significado** relacionada à forma como a médica percebe o **diálogo – possível e necessário – com as mães e com as crianças**. Ela fala sobre a necessidade de entender as dificuldades da mãe e empatizar com ela, manter o autocontrole, ter habilidade para lidar com conflitos:

... ela está passando por uma situação absurdamente horrorosa, dá para perder a paciência e não é das coisas menos difíceis de conseguir... a gente conversar, e continuar mantendo o respeito, e ela se sentir acolhida e ter essa troca...

Evito me indispor com paciente... o paciente pode estar muito bravo, brigando, brigando, se eu puder dar um jeitinho, tipo conversar com ele, deixar ele tranqüilo, eu vou fazer...

Mesmo que ele esteja errado em alguma coisa eu vou lá, depois eu volto, volto devagarinho até eu conseguir chegar a onde eu quero. Tem que conseguir para o plantão ficar feliz, não tem como, tenho que conseguir fazer isso.

A gente resolve, reconhece que está errada, pede desculpas na boa, não tem problema nenhum...Faço tudo para não brigar. Posso até falar

que estou errada quando sei que estou certa, faço tudo para não brigar com ninguém, para deixar a paz.

No decorrer da entrevista, a médica volta a enfatizar a importância do trabalho em equipe como fator decisivo para a qualidade do atendimento prestado e para o bem estar dos profissionais do hospital. Esta seria a oitava unidade de significado. Na ótica da entrevistada, equipe coesa favorece a qualidade da relação com os pacientes e familiares.

... isso é uma coisa feliz aqui, maravilhosa, o respeito que cada um tem com o outro e com seu colega, isso é muito importante e aqui a gente tem...

o trabalho é conjunto que a gente tem aqui, uma conduta normatizada, isso torna muito mais fácil da gente fazer esse trabalho técnico... aqui é legal. Você vê que os pacientes têm uma boa relação com a enfermagem, gracinha.

A equipe é maravilhosa, o hospital tem suporte legal, a gente é respeitado e é bom, é fácil, é gostoso trabalhar aqui. A equipe toda é feliz.

3.5. Análise da Entrevista: Dra. Luiza

Perfil da entrevistada

Dra. Luiza tem poucos anos de formada. Após o término da escola médica, fez residência em pediatria, teve alguma experiência em pronto socorro, atendimento em enfermarias e berçário. Sua formação em UTI pediátrica deu-se exatamente nesse hospital onde hoje trabalha como plantonista e onde foi entrevistada. Curiosamente sua procura pelo serviço decorreu quase exclusivamente pelo bom nome do mesmo no meio médico. Imediatamente após finalizar esse tempo de especialização, passou a fazer parte do corpo clínico da UTI pediátrica.

Esta, que foi a segunda das médicas entrevistadas, tem um perfil muito particular. Essa particularidade corresponde à facilidade da mesma no entrosamento

com as crianças internadas: “Eu brinco mesmo, converso, faço palhaçada para elas”, apesar de uma referida dificuldade com as mães: “Com as crianças eu acho bem mais fácil, com os pais eu não acho muito mais fácil não, eu preferiria ficar muito mais com eles do que com os pais”.

Insegura em muitas respostas, pouco a pouco foi se libertando da timidez e medo de se expor, conseguindo, de uma maneira intensa, demonstrar sentimentos e emoções. A frase “eu estou aprendendo”, foi usada com certa frequência. Houve relatos de alegrias até pueris – “eu e minha colega de plantão estávamos tão felizes que nos abraçamos e nos beijamos quando a criança melhorou” – e mesmo momentos de silêncio para, talvez, uma reflexão mais profunda. Foi também a única entrevista em que houve risos, não de ansiedade mas de certo constrangimento e, na maior parte das vezes, de pura satisfação..Emotiva, muitas vezes pediu para desligar temporariamente o gravador para conter lágrimas. Emotiva mas,ao mesmo tempo, enérgica: “Eu choro bastante. Tem dia que eu chego aqui bem irritada, faço o que eu acho que tem que ser feito, mas... mas depois passa”. Reivindicadora, não deixa de reclamar seu direito de ter alguns momentos de descanso: “eu também sou gente, eu estou comendo, isso não pode esperar cinco minutinhos?” Da mesma forma, briga por seus direitos frente ao que considera excesso de burocracia: “Parece que a gente está aqui só para assinar um papel”. Foi uma das que melhor percebeu os problemas ambientais: “Eu sinto falta de ver o dia, de ver o sol... É como se você estivesse preso e estivesse tudo fechado”

No esquema de Forghieri (1993) seu perfil predominante corresponderia a maneira sintonizada de existir, vivenciando momentos de alegria e tranquilidade apesar das preocupações e angústias inerentes a qualquer ser humano.

Contexto da entrevista

A entrevista decorreu em dia de plantão do médico, na “sala dos médicos”, em ambiente relativamente tranquilo, em sigilo, sem presença de qualquer outra pessoa, em horário pré-determinado. A entrevista que muitas vezes teve de ser interrompida a pedido da entrevistada, devido a grande emoção do momento, foi realizada entre momentos de lágrimas nos olhos e enorme felicidade no olhar, felicidade esta assegurada muitas vezes no discurso e atribuída ao orgulho e satisfação de trabalhar com uma equipe que ela tem grande apreço e admiração.

Estabeleceu-se um clima de cordialidade e de leveza, apesar dos momentos de comoção, com predomínio de expressões de alegria, que favoreceram maior proximidade entrevistador-entrevistada.

Síntese das unidades de significado

As dez unidades de significado destacadas na análise da entrevista de Dra. Luiza são:

- 1ª Razão da escolha do trabalho em UTI: a qualidade do serviço e das relações.
- 2ª Humanização como presença dos pais na UTI por tempo ilimitado.
- 3ª Relação com as mães de UTI: uma relação ‘Eu-Tu’ em desenvolvimento.
- 4ª Relação com as crianças: o lúdico, as dificuldades e o respeito.
- 5ª Insegurança da médica e a confiança dos pais no seu trabalho.
- 6ª Reconhecimento do trabalho pelos pais: justiça e injustiças.
- 7ª Estresse do trabalho: sentimentos diversos.
- 8ª Condições de trabalho e o tratamento dados aos médicos.
- 9ª Morte: um silêncio significativo.
- 10ª Espaço físico: confinamento para todos.

A entrevista: análise e transcrição de trechos

Humanização hospitalar foi o primeiro tema abordado pela entrevistada.. Mas este tema, por uma questão de melhor compreensão do discurso, deve ser dividido em três unidades de significado. A primeira delas é a razão da escolha do hospital para o fazer a especialização em medicina intensiva em pediatria, após o término da residência geral. Não é o fato do hospital ser humanizado que leva a entrevistada a fazer tal opção. Trata-se na verdade do reconhecimento do serviço como de ótimo nível médico, além do reconhecimento também da cordialidade e união da equipe toda.

... eu vim para cá porque eu conhecia pessoas que tinham feito residência aqui, que tinham gostado e gostavam do serviço...

Eu acabei vendo o que era um hospital humanizado quando eu vim para cá, quando eu já estava aqui...

... não tinha referência de humanização, não, nenhuma; falaram muito bem do serviço, e não falaram de humanização...

Como **segunda unidade de significado**, foi considerada a percepção que a entrevistada tem da humanização dentro desse hospital: **a presença dos pais na UTI por tempo ilimitado**. Essa percepção passa pelo estranhamento “Aqui é diferente, até achei meio estranho quando eu entrei porque eles ficam o tempo, acho que porque aqui tem essa visão de ser humanizado”. Na verdade falta para a médica entrevistada uma idéia sua particular do conceito de humanização hospitalar. Ela é “pega de surpresa” ao se defrontar com a liberalidade de horários, negada em outros serviços onde a entrevistada trabalhou ou trabalha. “Os chefes lá eram bem rígidos e eles não tinham bastante contato com as pessoas, então era boletim e mais nada”. Incide sobre a dimensão do tempo liberado para a presença dos pais na UTI o fator diferenciador da humanização desse hospital. E apenas sobre este aspecto da humanização a entrevistada se detém.

Como **terceira unidade de significado** define-se na entrevista a própria relação que a vai estabelecendo com as mães presentes na UTI: **uma relação “Eu-Tu” em desenvolvimento**. A entrevistada reconhece que a humanização do hospital acaba por influir nas suas próprias percepções e padrões de comportamento, como num processo de aprendizagem do qual participam o tempo e as orientações/observações dos colegas.

Aqui é diferente, aqui eu aprendi a ser mais maleável porque eu sou bem chata, as vezes eu sou mal educada (risos)...

... mas aqui eu aprendi a ter mais contato com eles e também a me colocar no lado deles, porque não é fácil a gente ver o filho ali...

...a gente fica conversando, e aquilo me irritava no começo, agora eu já estou acostumada...

... no começo da residência para mim foi difícil porque a gente está acostumado em enfermaria, em pronto-atendimento; acaba que você vai acostumando...

Pode-se denominar esse processo de aprendizagem de uma gradual passagem de um relacionamento de tipo “Eu-Iso” para o “Eu-Tu”.

... não tenho tanta experiência, e às vezes eu tenho medo de falar besteira para os pais. Ah, eu não sei. Morro de vergonha de falar besteira. (hesitação)...

Às vezes você fica pensando, meu Deus, vou ter que ir lá para o lado dessa criança, preciso examinar, mas essa mãe vai me encher de pergunta, tem horas que você não está a fim de falar, você quer ver a criança, você está pensando no raciocínio...

... elas tiram um pouco o raciocínio....., e ficam cobrando: você não vai fazer tal exame? não vai pedir tal medicação?, isso realmente incomoda.

Têm outras (mães) que não, você vai lá e acaba ficando e conversando com elas porque isso é agradável.

O manejo da relação mãe-médica lhe é transmitido pela própria equipe:

... ele (o chefe de equipe) é bem tranquilo com a gente, vai ensinando para a gente lidar, como conversar. Mas eu me cobro, eu me cobro bastante...

O bom de eu ter ficado aqui foi isso, que eu aprendi a lidar um pouco mais com eles; ainda preciso de bastante tempo com eles.

... acho que isso eu vou aprendendo com o tempo. Eu sinto uma diferença em mim de como lidar com eles...

E, do aprendizado, resulta a percepção da dor do outro “ver o filho ali, do jeito que fica, às vezes num pós-operatório, esses bem graves, é difícil. (emoção)”. A emoção da entrevistada se mostra aflorada em momentos como este em que lembra a dor dos pais, empatiza com o sentimento que imagina que o outro sente diante das situações mais difíceis de enfrentar. O tempo e o aprendizado acabam favorecendo o diálogo “Eu-Tu”, expresso por ela de várias maneiras:

Elas acabam pegando amizade com a gente e desabafando as coisas delas....

Tem umas que deixam a gente bem irritada, mas depois a gente vai aprendendo a lidar com elas e acaba sendo fácil...

Elas acabam falando das crianças, delas mesmas que estão ali mal, e acabam falando da vida deles, de outros:, como é a casa, os outros filhos, no que trabalham...

Depende de cada pessoa, depende de cada mãe o relacionamento que a gente acaba tendo; têm umas mães que são bem interessadas, não atrapalham a gente no que a gente vai fazer...

Elas acabam também sabendo um pouco da sua vida porque você fala às vezes mais alto.

Você vê as crianças delas várias vezes ao dia, então você começa a conversar, você acaba perguntando como que ela está em casa...

Tem dia que elas estão mais tristes, têm dias que elas estão mais alegres, você sabe que elas têm filhos em casa, que ficam aqui vinte e quatro horas em um dia, mas elas têm outros filhos...

Você pergunta sobre seu outro filho para ela saber que você está interessada nela, que você não está ali só mecanicamente...

Você fica preocupado, porque você está preocupado com ela, porque naquele dia ela está mais triste, porque naquele dia ela está mais contente. Então é aí que a gente acaba pegando um pouco mais de carinho por elas, elas acabam contando um pouco mais da vida, desabafando às vezes os problemas que elas têm em casa.

A relação estabelecida com as crianças, preponderante nessa entrevista, constitui-se na **quarta unidade de significado:**

Com as crianças eu acho bem mais fácil, com os pais eu não acho muito mais fácil não, eu preferiria ficar muito mais com eles do que com os pais...

Você vai brincando, ela vai vendo que você não está ali para machucar, que você está ali para ajudar.

Aqui realmente eu não tenho a oportunidade de ficar com as crianças, de conversar com elas sobre o que está acontecendo e que vai melhorar...

O “ser-no-mundo” da médica entrevistada passa pelo lúdico e isso define a possibilidade do diálogo “Eu-Tu” de uma maneira bastante infantilizada, mas de ótimos resultados:

Eu brinco mesmo, converso, faço palhaçada para elas, ela tem que rir, ela tem que ver que eu estou ali para ajudar e não para atrapalhar em nada...

Você trata dela como amiga: e aí amiga, como que você está hoje? , como você está linda com esse seu cabelo!, então isso eles acabam gostando. Teve uma criança minha que um dia falou: “Mãe, eu sou amiga da médica!”

É difícil ver uma criança que eu examinei sair chorando. Ver ouvidinho, ver a barriguinha, ver a boquinha do jacaré, sem colocar palito, sem nada, eu consigo. Então eu fico contente.

Entretanto, há a **dificuldade** para se falar da própria doença com a criança:

Eu nunca parei para fazer isso. Aqui tem muita criança que tem paralisia cerebral... mas acho que realmente eu nunca parei para fazer isso...

Isso me lembra de uma criança que chegou e disse: ‘tia, eu estou grave?’, isso foi ‘engraçado’. ‘Não, não, você não está grave, você está doentinha mas você vai ficar melhor, a gente vai dar um remedinho que você vai ficar melhor.’

Há também a própria percepção da médica no tocante à sua figura física grande, no olhar de uma criança pequena. “Às vezes as crianças assustam porque eu sou muito grande, eu falo alto, mas aí vai com jeitinho conversando com elas, vira minha amiga. É sempre legal tratar como amiga ou amigo que eles adoram”.

O **respeito** pela doença da criança e por seu conforto é também realçado. “As pessoas têm que conscientizar que a gente está aqui trabalhando. Mas tem ali a criança que está querendo dormir e que ela precisa daquele soninho para poder

descansar”. As necessidades da criança como ‘ser de direitos’ está presente nesta e em outras falas da médica.

A quinta unidade de significado seria a referente à própria **insegurança da médica, nova no serviço, e a confiança dos pais no seu trabalho:**

Com o tempo eles vão confiando; de um dia para o outro você não vai confiar na pessoa que está do seu lado...

Sinto que eu sou útil, que as minhas crianças vão e eu consigo levar eles, cuidar deles, tratar deles, e os pais acabam gostando do meu trabalho. Daí eu fico feliz.

A parte técnica a gente tem suporte bom, os pais acabam ficando mais confiantes na equipe, porque ele está vendo que a gente está investindo mais no filho dele.

... a gente faz um pouco mais de amizade com ela, ela acaba confiando um pouco mais, porque ela sabe que você está interessada realmente no filho dela, ela não te vê só como aquele médico que vem aqui mecanicamente e examina o filho dela, vai e prescreve.

O reconhecimento do trabalho pelos pais constitui-se na sexta unidade de significado, juntamente com a percepção, algumas vezes, da falha desse reconhecimento, algo dado como injusto:

A gente é visto só como mão de obra (pelo hospital)...

A responsabilidade é toda nossa; se falhar, quem falhou fomos nós, e tudo é nossa responsabilidade, mas ninguém além disso. Eu não acho que a preocupação é grande com a parte médica” (por parte do hospital)...

Às vezes parece que é um pouco de injustiça, injustiça eu acho, né parece isso. Porque você fica o tempo todo atrás da criança e eu acho que eu e atemos carinho de mais novinhas então se tiver que dizer a culpa é sempre nossa...

A sétima unidade de significado, de alguma forma relacionada à anterior, refere-se aos **sentimentos da própria médica frente ao estresse do trabalho.**

Inclui-se aí a percepção do erro:

Eu choro bastante. Tem dia que eu chego aqui bem irritada, faço o que eu acho que tem que ser feito, mas... mas depois passa...

Eu acho que a gente tem que ver também que a gente fez o que podia, aquilo não é culpa da gente.

Tem vezes que (a gente) erra. E como erra. Especialmente na parte de relacionamento...

*Tem dia que eu chego mais chata em casa, mais irritada, **brigando** mais*

Eu gosto deste estresse mesmo. Eu sou assim, eu sou bem dinâmica, então eu não me vejo dentro de um consultório, não consigo, aquilo me irrita...

A oitava unidade de significado tem a haver com as **condições de trabalho e o tratamento que os hospitais dão aos médicos:**

Tem lugar que você vai que você não tem um banheiro adequado para gente usar, não tem roupa de cama se você quiser dar uma descansada, se você vai querer comer tem uma comida muito ruim (risos). Eu acho que se você está vinte e quatro horas trabalhando você tem o direito, então é bem difícil.

Então parece que eles estão fazendo o favor de dar isso para você, e não é verdade, se você está aqui trabalhando você tem o direito de comer, de tomar banho... Aqui é diferente...

Nesta oitava unidade de significado foram considerados também os entraves que se dão por conta da **burocracia** hospitalar:

... a burocracia às vezes acaba sendo muito mais importante do que a gente está vendo. Parece que a gente está aqui só para assinar um papel, e não é assim, a gente está aqui para trabalhar e também para ter o nosso próprio conforto.

Às vezes você está usando o banheiro fica uma pessoa aqui esperando 'olha, tem alguma coisa para você assinar', espera, também sou gente...

Para a gente conseguir sair para fazer um xixi às vezes é difícil...

'Olha doutora, a senhora esqueceu de assinar uma cartinha do leite tal, da dipirona, porque senão a farmácia não vai mandar'... 'espera, eu também sou gente, eu estou comendo, isso não pode esperar cinco minutinhos?'

A morte, nona unidade de significado, é citada de modo extremamente rápido. Não se trata de algo agradável de se falar. Quando lhe pergunto sobre a morte e o morrer, a resposta é lacônica, talvez denotando um silêncio revelador da dificuldade em abordar o tema. "Essa é uma pergunta para gente ficar pensando".

A avaliação do **espaço físico** disponível e utilizado constitui-se na **décima unidade de significado**. O fator de confinamento é analisado como estressor tanto para os profissionais como para os próprios pacientes e familiares.

Eu acho que para eles (os pais), (a presença de um psicólogo) é bom, porque eles ficam aqui tanto tempo e estão enclausurados numa UTI que é no subsolo eles não vêem a cor do sol nenhum dia, não sabem às vezes o que é dia e o que é noite, se o tempo lá fora está chovendo ou se está com sol. É difícil ficar enclausurado aqui...

Para mim também, eu acho horrível. É, porque eu fico 12 horas aqui dentro e quando chego lá fora eu não sei se está frio ou calor, porque aqui dentro tem ar condicionado, você perde a noção dos dias. Então ficar 48 horas aqui dentro é um horror.

É como se você estivesse preso e estivesse tudo fechado e você fica dependendo do relógio. É como é um seqüestro que você fica lá preso. Sempre você depende do relógio porque você não sabe se está dia ou está noite, se chovendo ou se está calor.

Eu sinto falta de ver o dia, de ver o sol...

Tem criança que fica aqui, que nasceu aqui e fica sete meses e não sabe o que é isso (o sol)...

A paciente que a gente teve aqui no ano passado que quando foi a alta da enfermaria é que ela viu o que era sol, o que era dia...

Tem gente que não percebe que quem está ali está doente, então o barulho é grande.

Eu briguei com uma auxiliar por causa disso, porque ela falava alto...

IV. DISCUSSÃO

A humanização hospitalar tem sido motivo de preocupação de uma série de autores médicos, sociólogos, psicólogos e filósofos. Também sociedades médicas (destaque-se o conceito de humanização proposto pelo Ministério da Saúde no Brasil - PNHAH, 2002) têm se importado com o assunto, propondo soluções e formas de se conduzir, no sentido de tornar a medicina mais humana, sem perder as conquistas médico-científicas que deram um impulso muito grande na arte de diagnosticar e curar nesses últimos anos.

Numa tentativa de colaborar de uma forma ativa e participativa com esse movimento, levei a termo a pesquisa aqui relatada, ouvindo médicos pediatras e intensivistas, que desenvolvem seu trabalho em UTI infantil de um hospital humanizado. Por questões de foro íntimo, de interesse e de identificação com o pensamento desses autores, fiz toda a análise dessas escutas dentro da perspectiva dialógica de Buber e hermenêutica de Heidegger. Da mesma forma, utilizei nessas análises o máximo possível dos ensinamentos de Merdard Boss, a quem devo mudanças na minha forma pessoal de perceber os pacientes, suas famílias, seus entornos.

A pesquisa foi realizada a partir de entrevistas com cinco médicos. Foram selecionados três médicos e duas médicas. Dr. Carlos, o único diarista e chefe do serviço, havia participado diretamente da elaboração e realização do projeto desse hospital humanizado. Foi dele que obtive a indicação dos demais: um médico mais antigo e experiente, muito respeitado por seus pares; Dr. Armando, de personalidade muito crítica e olhar muito aguçado; Dra. Maria, também antiga no serviço, engajada no seu trabalho e que acabou contribuindo com idéias bastante

próprias e pessoais a respeito das reais necessidades das crianças quando internadas em UTI pediátrica (sedação para abrandar dor e fome, mãe para abrandar solidão e desamparo, fornecendo carinho); e, Dra. Luiza, recém-chegada ao serviço, menos experiente, entrevistada por estar substituindo uma médica mais antiga que adoecera no dia. Dada a importância e a sensibilidade dessa médica, acabamos incluindo-a como um dos sujeitos da pesquisa. Duas outras entrevistas, ambas muito interessantes, não foram aproveitadas diretamente por tratarem de temas já relatados pelos outros sujeitos da pesquisa.

Valendo-me da condição de médico com experiência passada em pediatria, intensivismo e neonatologia, pude proporcionar aos entrevistados uma condição especial de liberdade de expressão e de confiança no entendimento do discurso por parte de alguém de mesmo ramo de atividade. Minha nova condição de psicoterapeuta, de outra forma, propiciou uma escuta confortável, atenta e analítica, com poucas intervenções, mas que possibilitou aos entrevistados a possibilidade de não só se ouvirem, mas também, reviverem e repensarem seu passado, presente e futuro. Afinal, como diz Strauss (1999), os homens usam a linguagem para avaliar o passado, o presente e o futuro, já que passado e futuro incidem sobre a ação do presente e influenciam-no. “O presente é sempre um ‘vir-a-ser’: está sempre chegando, à medida que o futuro se aproxima de nós, ou está sempre indo embora à medida que a ação do presente reflui no passado.” (p. 49).

O levantamento bibliográfico referente à humanização realizado *a priori*, já havia me mostrado não haver, na literatura internacional, muitos artigos abordando o tema. Tive, inclusive, dificuldade em conseguir artigos quando usando os termos “*humanization*”, “*humanism*”, “*medicine humanization*”, “*medical humanization*”, e

outros correlatos, sendo que foi a busca pelo termo *professionalism* que acabou facilitando, de certa forma, a pesquisa.

O mesmo não ocorreu na busca de artigos em português. A literatura brasileira sobre o assunto me pareceu mais frutífera que a internacional, uma vez que há uma preocupação com o tema advindo especialmente das escolas de enfermagem do país. Já entre livros publicados e que, de alguma forma, abordam o tema, encontramos também mais autores brasileiros do que estrangeiros. A maioria dos livros estrangeiros a que tive acesso, foi escrita por médicos de projeção internacional, muitos ocupando altos cargos dentro do ensino médico, mas desiludidos com os rumos atuais tomados pela medicina tecnológica que ora vivemos.

Essencialmente os autores nacionais e estrangeiros entendem que o *boom* da tecnologia médica que se dá a partir da segunda grande guerra e persiste nos dias atuais, acabou por trazer uma série de questionamentos sobre quais procedimentos poderiam ser considerados éticos e quais deveriam ser evitados por serem considerados não éticos. Da mesma forma, esses autores entendem que a medicina se descaracterizou, tornando-se mais e mais dependente de exames laboratoriais e de imagem sofisticados e menos dependente da presença forte, importante e decisiva, além de tradicional, do médico que ouve o paciente, consola, emite pareceres e opiniões, acolhe, protege e mesmo participa das dores e infortúnios que muitas vezes surgem.

Poucos foram os autores que, ao discutirem as questões referentes a desumanização da medicina tecnológica atual, voltavam sua atenção para o “ser-no-mundo” médico. Faltam estudos direcionados à condição do médico como pessoa, como *Dasein*, frente a essa demanda exagerada. Exatamente nesse nicho de falta

insere-se nossa pesquisa: o averiguar *in loco* a forma como o médico vivencia o seu trabalho diário.

Uma grande maioria dos autores deixa de considerar os problemas que o próprio médico moderno deve enfrentar no exercício da sua profissão. Frente a uma medicina extremamente tecnológica, renovada em conceitos e atitudes a cada momento, exige-se do médico atual uma gama enorme de conhecimentos, um acerto em cem por cento dos casos, uma familiaridade com equipamentos de última geração, afora uma disponibilidade de tempo cronológico e pessoal para poder lidar com pacientes angustiados que, muitas vezes, se apresentam ao médico sem qualquer referência anterior do mesmo. Frente a uma doença que o priva de seguir sua vida de forma normal e corriqueira, paciente e família se inquietam, abrindo espaço para angústias despejadas, sem muita cerimônia, em cima do médico assistente. Como diz Boss (1975) a prepotência da tecnologia tem uma profunda ligação com a angústia e a culpa que acabam adoecendo as pessoas no mundo atual.

Dentre esses autores destaquemos Kahn (1999), que se preocupa com o papel do médico moderno frente às novas formas de conhecimento, com o excesso de responsabilidades, com a cobrança pelo acerto do diagnóstico e terapêutica; Adams (2002), um autor muitas vezes mal interpretado na medida que se associa sua imagem ao do “palhaço-médico”, que fala da exaustão dos médicos e da elitização da medicina; e, Shorter (1991), um historiador canadense, que considera o médico moderno muito mais humano que seus antecessores que praticavam sangrias, vomitórios, e outras intervenções invasivas.

Entretanto os direitos do doente consumidor, aquele que pode gerar ganhos econômicos para a indústria tecnológica médica, são fartamente defendidos em

artigos e livros e mesmo por associações de classe, sob o rótulo de humanização da medicina e dos médicos. Alguns projetos internacionais elaborados no sentido de redefinir o profissionalismo médico, são extremamente duros com os médicos. Cite-se, por exemplo, o “*Medical Professionalism Project*” elaborado por uma série de renomadas Associações e Federações médicas, tais como a “*European Federation of Internal Medicine*”, o “*American College of Physicians*”, o “*American Board of Internal Medicine*” e a “*American Society of Internal Medicine*”. Tal projeto, cujo intuito é o de redefinir o profissionalismo médico como um compromisso da medicina com a sociedade, convoca os médicos a colocar os interesses dos pacientes acima dos seus próprios, a serem competentes, íntegros, assumindo compromissos de responsabilidade, atualização, honestidade com o paciente, não aproveitamento da fragilidade do paciente para fins sexuais, etc.

Várias soluções são propostas para o humanizar da medicina: mudanças nos currículos das escolas médicas, uma maior atenção às matérias ditas “humanísticas”, uma ênfase em filosofia e história da medicina; mudanças no meio ambiente hospitalar, introduzindo maior conforto, melhor iluminação, cores mais vivas, maior número de janelas e, mesmo, descaracterização do hospital no seu aspecto tradicional, lúgubre e escuro; introdução de atividades lúdicas no intuito de não desconectar totalmente o paciente de sua vida extra-hospitalar.

Já os autores brasileiros, a maioria não médicos, muitos provenientes das escolas de enfermagem, da filosofia, da antropologia, da teologia e da psicologia e da psiquiatria, privilegiam, como aliás também o fazem muitos autores estrangeiros, as relações entre médicos e pacientes na questão humanização. Tudo se passa como se, ao resolver essa questão, a humanização proposta estaria completada e suficiente.

Caprara e Franco (1999), por exemplo, ao procederem a uma vasta revisão sobre o assunto, concluíram ser a relação médico-paciente a peça fundamental da humanização da medicina. Por serem cientistas sociais, essas duas autoras ressaltam os aspectos humano, vivencial, psicológico e mesmo cultural do doente, fundamentais ao se pensar em humanização.

Um outro autor brasileiro, Deslandes (2004), afirma não haver, até agora, uma definição muito clara do termo “humanização”, geralmente usado para designar a forma de assistência que valoriza o cuidado, do ponto de vista teórico, associado ao reconhecimento dos direitos dos pacientes, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional. E que ainda implicaria na valorização do diálogo intra e inter-equipes.

Martins (2003), como sociólogo que é, difere dos outros autores consultados em seus conceitos. Para ele, a medicina passa por uma reorganização de paradigmas com reflexos em níveis sociais, políticos, técnicos e institucionais diversos, reorganização essa que vai afetar políticas públicas, financiamento ao setor, atores que participam das decisões e que reagem a seus efeitos, relações inter-institucionais, técnicas de cura, produção de remédios e mesmo o cidadão indefeso, talvez seja uma exceção. Para esse sociólogo, o médico moderno especialista é um profissional mais preocupado em gerir a relação de cura a partir de um “tempo utilitário” do que de um tempo de reciprocidade paradoxal (interessada, mas ao mesmo tempo desinteressada). Esse “tempo utilitário” considera que tudo que diga respeito à vida pessoal do paciente deve ser deixado de lado, para não se “perder tempo” com questões não previstas por manuais baseados em método anátomo-clínico adotados nas faculdades de medicina, que desconsideram o lugar do vínculo social no tratamento. Esse profissional, diz

Martins, tende a transformar seu consultório em um ambiente frio, suspeito e de mal-estar, no qual o tempo do cliente não vale nada, enquanto o do especialista vale tudo.

Uma outra exceção seria, de certa forma, Pessini (2004), já que esse teólogo entende que o processo de desumanização não é somente pertinente ao ambiente médico e hospitalar, mas à própria sociedade desumanizante e desumanizadora.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) constitui-se num exemplo de plano elaborado para buscar estratégias que possibilitem a melhoria do contato entre profissional da saúde e usuário. Humanizar seria, na definição encontrada no mesmo, garantir à palavra sua dignidade ética, o que significaria poder ouvir, falar, manter diálogo. Mais uma vez, a humanização é focada na simples relação médico-paciente, deixando-se de lado questões políticas, sociais, filosóficas, médicas e mesmo psicológicas fundamentais para a ampla discussão do assunto.

Ênfases no comportamento da pessoa-médico, da pessoa-paciente e mesmo nas pessoas-família aparecem em outros manuais semelhantes como os da Prefeitura da cidade de São Paulo, da Sociedade Brasileira de Pediatria, que seguem a mesma linha de privilegiar o diálogo médico-paciente, os direitos dos pacientes e família e as obrigações do médico.

A partir dessa revisão bibliográfica, interessei-me por desvelar o “ser-no-mundo” de médicos que trabalham em hospital humanizado. A descrição de suas vivências hospitalares seria útil para a compreensão desse fato social e psicológico que é a desumanização da medicina e sua re-humanização.

Uma série de oportunidades que foram aparecendo ao longo do tempo fizeram com que a pesquisa fosse desenvolvida na UTI de um hospital pediátrico humanizado, hospital esse que conhecia por nome e fama, mas no qual jamais havia adentrado.

Assim que comecei a analisar entrevistas chamou-me a atenção um aspecto: havia uma diferença grande entre humanização da medicina e humanização hospitalar. Humanizar a medicina significa, a meu ver, uma reestruturação no pensar a medicina, a sua função social, seus limites, suas possibilidades, seus direitos e seus impedimentos. Envolve pensar o que pode e deve ser feito e o que não pode e não deve ser feito. Significa também atualizar o pensamento ético proposto por Hipócrates, e até hoje aceito como base ética da medicina. Significa rediscutir o papel do médico nesse processo todo, sua formação, seu preparo para o exercer a profissão, as necessidades inerentes ao mesmo para o exercício consciente e produtivo da profissão. Envolve também, como consequência, mas não como causa, o relacionar-se com aquele que é a razão primordial da medicina, o paciente.

Na nossa pesquisa alguns médicos, em certos momentos, falaram dessa humanização da medicina. O chefe da equipe, Dr. Carlos, foi o que mais diretamente se deteve na questão. Sendo ele uma pessoa reflexiva, ávido leitor, preocupado com a questão humanização, participante direto do projeto, define a medicina como uma atividade extremamente humanística, mas que usa a ciência também. Às vezes, diz ele, você precisa “aprender com a ciência”, porque ela vai servir para sua atividade, mas “a medicina é fundamentalmente da área humana”. Ele declara que todas as atividades que lidam com pessoas são atividades que envolvem o relacionamento interpessoal, envolvem o relacionamento humano. “Todas, mas

principalmente a medicina que envolve a pessoa que está extremamente fragilizada.”

Entretanto, mesmo esse chefe de equipe, deteve-se mais no binômio desumanização – humanização hospitalar. Na verdade, o hospital é seu ambiente único de trabalho, assim como o é para todos os outros profissionais entrevistados. Todos os conflitos e dificuldades que ocorrem nesse hospital, de uma forma ou de outra, envolvem cada um dos membros do corpo clínico.

No início de minha pesquisa levantei, espero que de forma suficiente, a história da evolução dos hospitais, desde de sua origem até os dias atuais, na expectativa de demonstrar a singularidade do hospital tecnológico atual, muito diferente da idéia, concepção e uso do hospital anterior ao início da segunda guerra mundial. O hospital hoje constitui um “pequeno-grande” mundo que exige uma administração profissional própria e especializada, uma equipe multiprofissional de pessoas não ligadas diretamente à saúde e que tem problemas tanto decorrentes do “grande” mundo onde se insere, quanto particulares a esse “pequeno” mundo.

Essencialmente, os médicos com os quais tive contato, falaram das suas dificuldades pertinentes ao próprio trabalho, mesmo sendo numa UTI de um hospital diferenciado. Essas dificuldades se relacionam diretamente com a desumanização-humanização hospitalar.

O hospital moderno e tecnológico atual tem de ser visto, antes de tudo, como uma empresa de venda de serviços médicos e tecnologia (também) médica. Como empresa inserida em um sistema capitalista, obrigatoriamente deve gerar lucros, sejam eles monetários propriamente ditos, ou sociais. Por ser um hospital particular, esse de nosso estudo, deve apresentar sempre um *superávit* em relação a seus custos.

Dada a situação atual, não só brasileira, mas global de forma geral, da socialização da medicina, os verdadeiros usuários e pagadores do hospital passaram a ser os seguros-saúde e os chamados convênios médicos. São esses convênios que sustentam o hospital em questão, e isso não é uma exceção.

A desumanização-humanização hospitalar decorre essencialmente de problemas do âmbito político-econômico-social: custos altos que têm de gerar lucros; interferências dos convênios médicos que passam a impor suas próprias regras e exigências; a procura do paciente não especificamente por um determinado médico, mas sim pelo hospital credenciado e aceito pelo convênio; excesso de demanda; falta de pessoal especializado para atender e dar conta dos problemas mais sociais do que médicos; a medicalização dos problemas de ordem social, econômica e psíquica. É essa desumanização-humanização, vivenciada individualmente por cada um dos médicos, que constitui a razão da pesquisa.

A pergunta inicial dirigida a cada um dos médicos selecionados foi a mais aberta possível. Pedi a cada um deles que falasse do que entendia da humanização da medicina e do que podia me contar da sua vivência nesse hospital, especificamente nessa UTI humanizada. Como nenhum deles trabalha exclusivamente nessa UTI infantil, todos acabaram por relatar também experiências atuais e passadas em outras UTIs infantis e de neonatologia.

A humanização foi especialmente focalizada por todos os médicos entrevistados na questão da relação médico-família. Isto se justifica à medida que, com a humanização do hospital e, portanto da UTI, as rígidas normas de controle de horários para visitas habitualmente vigentes nos hospitais, se liberalizaram e passaram a permitir a presença, dia e noite, de algum membro da família dentro da

unidade, acompanhando a criança internada. Algo como se, em geral a mãe, “se internasse” junto com a criança.

Tal procedimento alterou de forma marcante a rotina da unidade. O trabalho diário de médicos e enfermeiras, e mesmo de outros profissionais, passou a ser observado *in loco* por alguém estranho a esse ambiente conturbado que é a UTI . As mães passaram, então, a participar de certa forma da rotina, a se habituarem aos equipamentos até então estranhos a elas e, mesmo, passaram a participar do controle necessário desses equipamentos, questionando, perguntando, controlando. Não há dúvida que houve uma invasão nítida de privacidade, conforme relataram alguns dos médicos entrevistados. Histórias de mães, que por força das circunstâncias chegaram a passar meses na unidade, foram relatadas com detalhes sobre os transtornos causados. A excessiva liberdade que essas mães passaram a ter foi referida textualmente tanto por Dr. Fernando, o mais crítico de todos, quanto pelas duas médicas entrevistadas. Para Dra. Maria o fato acabou mexendo na sua sensibilidade feminina, na medida que algumas dessas mães passaram a transitar na UTI “indevidamente trajadas com *shorts* e com os cabelos molhados”.

Considerando-se que o objetivo final da internação da criança na UTI pediátrica, descrita pelo chefe da equipe como uma enfermaria onde há necessidade de cuidados mais intensivos e onde há a presença de grande número de equipamentos especializados, é o da total melhora e a alta em condições ideais de saúde e vida, a presença das mães se mostrou útil e necessária para praticamente todos os médicos, com algumas restrições. Entretanto, ficou bastante claro que não havia grande dificuldade nesse relacionamento enquanto o filho internado, ou mesmo qualquer outra criança internada, seguisse a evolução favorável esperada.

As dificuldades de diálogo surgem quando intercorrências importantes se fazem presentes. Ou que haja morte, considerada como derrota pessoal do médico.

Aproveito uma observação de Miele (2004), uma mãe que teve com filha uma longa vivência em UTI neonatal e pediátrica, terminando por uma morte de antemão anunciada. Segundo essa mãe, a UTI pediátrica é o lugar mais horrível para se estar, já que testa violentamente os limites humanos daqueles que a habitam diariamente, minuto a minuto. Mães, pais, médicos, mesmo os mais experientes, são ali testados a cada momento. Acabam só permanecendo em uma equipe de UTI quem tem, acima de tudo, “muito amor pelas crianças e muito equilíbrio e fé” (p.96).

São esses os momentos que acabam levando o médico a um certo desespero. Ter de explicar à família, e mesmo a si próprio, as situações constrangedoras de revés na condução dos casos parece bastante difícil e inexecutável. Nesse momento, os médicos se declaram incapazes de desempenhar essa função de apagar o sofrimento, a dor, a angústia e apelam, desesperadamente, para a presença do psicólogo, na concepção dos mesmos um “salva-vidas” de emergência, um bombeiro que pode apagar o incêndio com destreza e rapidez.

Interessante é o fato da questão da relação ser sempre posta em termos de relação médico-família e não médico-paciente. Mesmo quando a criança não está em coma ou sedada, mas acordada e consciente, e mesmo sendo os médicos intensivistas pediatras de formação, o diálogo médico criança se realiza de forma difícil ou até mesmo não se realiza. Somente Dra. Luiza declarou sua facilidade de interagir com a criança internada quando isso se fazia possível.

Houve uma série de nuances nos discursos de cada médico no contextualizar a humanização médica e hospitalar, com ênfase no seu próprio local de trabalho.

Dr. Carlos, chefe do serviço, um dos mentores desse hospital humanizado, e um médico muito preocupado com o presente e o futuro da humanização proposta em seu serviço, a idéia de humanização da medicina não se aplica, já que o fundamento da atividade médica é humano, pela prática clínica e pelo objetivo de cura e minimização do sofrimento. A humanização de hospitais significa, em seu conceito, não somente ter uma arquitetura adequada que se amolde às necessidades básicas de conforto e bem estar, mas proporcionar atitudes que diminuam o estresse, os medos, as angústias e até as fantasias das crianças internadas e suas famílias, como também alterar condições de trabalho bastante concretas como ruídos adversos, carga de trabalho acentuada dos médicos e demais profissionais, conflitos entre profissionais e pacientes (usuários), lidar com a falta de dinheiro para a realização dos projetos e da conservação dos mesmos.

Na seqüência das entrevistas, Dr. Armando e Dr. Fernando retomaram a idéia da humanização focada na relação médico-mãe, dada a presença contínua desta na unidade, ao lado de seu filho. Mas as visões de ambos não foram exatamente iguais.

Dr. Armando, mais velho, mais experiente, muito entrosado e satisfeito com seu trabalho, referiu que para ele a presença da mãe não incomodava, ao contrário facilitava seu trabalho na medida que a via como uma colaboradora útil e necessária e considerou que uma criança ficar sem a mãe no hospital seria uma “doença extra” com a qual os médicos seriam obrigados a lidar. Dr. Fernando considerou haver uma falha básica na humanização, ao se expor os pais a esta situação de

acompanhantes sem o necessário suporte emocional, sem atividades compensatórias do estresse, sem o apoio de psicólogos na equipe.

Dra. Maria declarou suas restrições ao sistema implantado pela humanização de liberalização dos horários de visita. De forma alguma essa médica se opôs à permanência das mães dentro da UTI, mas condicionou esse acompanhamento intensivo a uma liberdade dos médicos de não se colocarem inteiramente à disposição dessas mães e tampouco a obrigação, dela em especial, de interagir de forma mais íntima e pessoal com essas mães. O medo da aproximação com as mães pautou todo o discurso dessa médica, uma pessoa extremamente marcada pela vivência de uma morte de uma criança da família em UTI pediátrica.

Para Dra. Luiza, a humanização estava sendo absorvida pouco a pouco já que, ao entrar no hospital como residente, não havia se dado conta de ser esse um hospital humanizado. Também ela relacionou a humanização à presença das mães. Mas seu olhar ainda curioso diante das “novidades” destaca aspectos diversos da humanização que se lhe apresentam: as dificuldades de comunicação entre os profissionais ativos e os pacientes e familiares; a presença de equipamentos ruidosos controlando as funções vitais das crianças, muitas vezes chamando a atenção dos médicos e das enfermeiras para situações de risco; os procedimentos muitas vezes invasivos, o ritmo acelerado da tomada de decisões e da execução das mesmas que causam estranhamento às mães; e, principalmente a falta de domínio sobre o andamento da UTI, aliada às angústias de uma possibilidade de morte, o medo do equipamento assinalar informações que possam passar despercebidas aos médicos, que levam as famílias (as mães) a graus variados de estresse e à agressividade.

De forma geral, os médicos entrevistados relataram não dar conta dos problemas emocionais gerados por essa convivência intensa e contínua com as mães. Em suas entrevistas, os médicos acabam por solicitar ou reivindicar a presença de psicólogos para gerir tanto as angústias maternas como as suas próprias.

Essa reivindicação parece-me paradoxal, especialmente quando alguns dos entrevistados sugerem um serviço de psicologia para não só atender as mães e outros familiares das crianças internadas, mas também a eles mesmos. O paradoxo está exatamente no prazer referido de lidar com situações extremamente estressantes tais como morte, lesão permanente, seqüelas. Fica a idéia de o psicólogo se faz necessário no lidar com a derrota de não entregar a criança internada em boas condições de saúde e vida. Função esta que restringe em muito as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar, especialmente numa UTI em que há várias necessidades de aconselhamento/orientação junto a pacientes e familiares, além das possíveis intervenções individuais e grupais junto à equipe.

Advindos de diferentes escolas de medicina, esses médicos não tiveram formação mínima para enfrentar conflitos e angústias decorrentes da profissão, especificamente gerados em uma unidade de terapia intensiva onde a vida e a morte estão em jogo. A humanização da medicina não foi tratada de maneira adequada em nenhuma das escolas referidas. Muitas vezes, o assunto trazido à pauta de forma teórica, não se concretizava na prática. Ao contrário, a teoria na prática se invertia.

Assim sendo, os médicos dessa equipe tiveram de se amoldar gradativamente ao processo de humanização, especialmente no tocante às relações com pacientes e famílias, ao se depararem com situações novas e assim aprender algo que não lhes fora ensinado na faculdade.

Uma colocação de Heidegger referida por Bruns e Holanda (2001), ensina que o homem é um ser que, por possuir consciência de sua própria existência, pode aprender o que foi realizado por outros homens ao longo da história, modificando o mundo que o rodeia. O ser humano é o único que vivencia o novo, a transformação e não apenas repete o que seus antepassados realizaram, sendo portanto um ser temporal e histórico. Dessa forma o *Dasein*, lançado em um mundo submetido às contingências sócio-político-histórico-culturais construídas historicamente, reflete exatamente o momento, época e local em que vive.

Uma nova forma de existir de cada médico, dentro de uma UTI com novos parâmetros, pôde e teve que ser construída na medida que essas novas contingências surgiram na medicina. A medicina tecnológica e o conseqüente binômio desumanização–humanização criaram a possibilidade de uma abertura para uma nova relação médico-mãe dentro da UTI. Os médicos começam a achar soluções para suas angústias.

Um simples encontro da mãe com o médico na forma de um relacionamento “Eu-Isso”, pouco a pouco, se transforma em uma relação “Eu-Tu”. São as condições decorrentes do encontro; é o aprendizado do *Dasein* do médico e do *Dasein* da mãe que faz com que o simples relacionamento se transforme em relação.

Na fala de Dr. Fernando, o mais racional dos entrevistados, temos um exemplo de como essa relação “Eu-Tu” é uma possibilidade presente, mesmo quando não exercida. É ele quem faz uma diferenciação entre “conversa médica” e “conversa social”, experimentada por ele em outro hospital. Este horizonte de atuação, trazido pela reflexão teórica como possível, está presente nas recordações do médico entrevistado, não coincidentemente no momento em que ele fala de uma realidade que lhe parece oposta. O seu dia-a-dia traz os limites e suas reflexões,

recordações de um outro dia-a-dia, evocam suas possibilidades. Houve – e ainda poderia haver, dependendo de novas condições e de seus próprios recursos pessoais – espaço para o estabelecimento de relações do tipo “Eu-Tu”.

Considerando-se, como define Heidegger que cada *Dasein*, cada “ser-em-jogo” na sua existência, é “ser-em-aberto” a muitas possibilidades, pode-se vislumbrar, nestas recordações e no modo como são valorizadas por Dr. Fernando, uma outra escolha possível de atuação, mais próxima de uma atuação humanizada.

A grande dificuldade dos médicos em conviver com as mães dentro da UTI e em período integral surge especialmente nos momentos de crise. Da mesma forma que a mãe inserida na UTI junto com sua criança teve de se adaptar a um mundo estranho a ela, também o médico teve de se adaptar ao mundo da mãe. Ambos passaram a conhecer a angústia do outro e mesmo a conviver com essa angústia. Uma dessas angústias é a morte.

A morte, a possibilidade de lesão permanente e, de maneira oposta, a recuperação total e inequívoca da saúde, fazem parte da vivência cotidiana da UTI pediátrica. Um dos meus objetivos foi avaliar como os médicos lidam com essas possibilidades de morte e lesão permanente.

“É difícil você ver uma criança morrer”. Essa frase, provavelmente, constitui-se na síntese do pensamento dos médicos entrevistados.

O tema morte, sempre presente na U.T.I. acaba sendo uma das dificuldades no diálogo e na convivência ilimitada com a mãe. É angústia para os médicos: “Qualquer morte é demais para o meu tamanho”: uma frase que tão bem descreve um sentimento comum aos entrevistados.

Laplantine (1991) sustenta ser a medicina alopática uma terapia de agressão frontal, em que a doença é vista como entidade patogênica, específica e

inimiga, que deve sofrer um ato de contra-agressão. Ao médico cabe descobrir a doença e "por em ação tudo que possa provocar sua extração, sua erradicação, sua expulsão, sua separação, mas sempre sua exterminação". (p.162). Trata-se de um combate sem tréguas contra o inimigo, combate esse descrito dentro de uma linguagem militar: matar os germes, ganhar essa batalha, lutar contra a doença. Fala-se em armas terapêuticas, em estratégias para combater o "inimigo", etc. A morte do paciente corresponde a derrota, a perda. Sempre se podia ter feito mais. A "falha" da morte é resultado da falha humana, há sempre um culpado. A "falha" da morte aparece no discurso dos médicos como algo a ser reparado, de uma próxima vez. Além da falha, aparecem os sentimentos de frustração, de impotência e de tristeza.

Boss (1975) considera que os médicos são muito mal preparados para a compreensão do viver e do morrer no homem, da vida e morte humana. As modernas descobertas cérebro-fisiológicas e moléculo-biológicas, extremamente refinadas, não conseguiram compreender nem a consciência humana, nem a nossa relação com o fim, com a morte. Enquanto a medicina científico-natural compreende a morte como algo que falta, como o último componente a ser acrescentado, mais tarde, a uma coisa existente, para Boss, a existência do homem já é também o seu "ainda - não", devendo ser entendido como a sua própria possibilidade. "O homem geralmente morre incompleto ou esgotado e gasto. O existir e o morrer do homem só podem se mostrar ao nosso olhar despretensioso por meio deste existir e morrer do próprio homem." (p.69).

Boss (1975) afirma, inspirado em Heidegger, que a morte deve ser entendida dentro das possibilidades do existir humanas, como possibilidade da existência do "poder-morrer". A possibilidade da existência do poder-morrer existe

como uma das inúmeras variedades do poder-relacionar. O morrer é uma possibilidade destacada do existir humano já que é a mais extensa e não ultrapassável. A morte dos homens é a possibilidade do não mais “poder-estar-aqui”. Por ser a morte, a possibilidade extrema e mais íntima do existir do homem, por ser a mais certa das possibilidades, a vida humana pode ser chamada de “ser-para-a-morte”.

As entrevistas corroboraram o pensamento de Boss. Há sempre o medo da morte no plantão. Mas há também a responsabilidade pela atuação técnica “certa” na hora “certa”. Os médicos querem, precisam estar preparados para evitar a morte; mas sentem que devem também estar preparados para assistir e enfrentar o morrer.

A relação “Eu-Tu” se fortifica no diálogo necessário entre médico e família diante da morte. O cuidado, o compartilhar a dor, a solidariedade são exemplos claros de uma relação pessoal, humanizada. Sentimentos se colocam nesses diálogos, tornando-os pessoais e subjetivos. O cuidado se estende ao falar para a família da possibilidade da morte. Há a preocupação sobre o quê, quando e como falar aos pais quanto à possibilidade da morte. E, revela-se também a dificuldade do médico compartilhar a dor da morte. Dr. Armando ressalta uma nova possibilidade: a de ser um “cúmplice na vitória e na vida e ser cúmplice na morte sem ser o monstro”.

Fica também evidente a grande preocupação dos entrevistados de não se sentirem insensíveis frente à morte e de não caírem na tentação de a banalizar, mas, sim, de aprender a conviver com a morte. E de ter a coragem de pensar em algumas mortes como libertadoras, para a própria criança e seus familiares.

Ligado ao tema morte, aparecem os temas angústia e culpa. São dois sentimentos francamente lembrados pelos médicos em suas entrevistas. A invasão

da privacidade dos médicos por parte das mães aliada ao controle que essas mães passam a exercer nas ações corriqueiras dos médicos, acabam gerando focos importantes de tensão entre médicos e mães, tensões que acabam gerando angústias mútuas. A essas angústias se juntam medo do que pode suceder com a criança, a possibilidade do insucesso.

Para Boss (1975), angústia e culpa são fatores dominantes na vida dos seres humanos. A própria tecnologia gera ansiedade na medida que nos sentimos esmagados por ela. Ao explicar a ansiedade o autor fala, de uma maneira metafórica, de uma grande bomba atômica que estourou séculos atrás. Trata-se de uma bomba atômica espiritual que começou a atomizar e pulverizar nosso mundo, na medida que as ciências natural-analíticas declararam ser as coisas de nossa terra e céu um simples acúmulo de massas moleculares e de movimentos ondulatórios, destruindo assim as coisas como eram até então. Por conta desse apocalipse científico-mental e desta realidade escavacada pela técnica surgiu então uma necessidade de segurança. O romantismo de um trabalho médico que salva vidas dá, então, origem a uma insegurança do ter de prestar contas de condutas adequadas e promissoras. O reconhecimento passa a ser para os médicos uma necessidade fundamental. Afinal, diz Dr. Armando, “a gente vive muito de gratidão”.

Riley (2004) associa o estresse médico à falta de reconhecimento. Na medida que esse estresse decorre da interação entre a demanda da própria profissão e a personalidade freqüentemente obsessiva, escrupulosa e confiante dos médicos, bem como da extrema exigência do trabalho médico, o autor considera ser a ausência adequada de reconhecimento um forte fator estressante.

Na leitura de Heidegger, citado em Bruns e Holanda (2001), o “ser-no-mundo”, o *Dasein*, compreende também a sua relação tanto com outros homens que

dele fazem parte, como com o mundo que o envolve através de sentimentos como afetividade e compreensão e também linguagem, ou seja, aquilo que chamou de existenciálias.

Já nos Seminários de Zollikon (2001), Heidegger pondera que o *Dasein*, o “ser-no-mundo”, deve se ocupar com as coisas, cuidar de outros, “ser-com” as pessoas que vêm ao encontro, nunca ser como um sujeito existente para si.

Para Dr. Armando o reconhecimento passa pela confiança da família no médico. Dra. Luiza refere-se à insegurança sentida frente à responsabilidade do acertar ou de falhar que é do médico, somente do médico. Dr. Armando chega a contar uma história de um seu colega que reclama de ter se dedicado “de corpo e alma” a um paciente e, quando a criança fica boa, a mãe, ao invés de lhe agradecer, agradece a Deus.

Os sentimentos de culpa para Boss (1975) baseiam-se no “ficar-a-dever” à realização de possibilidades vitais. Tal culpa permanece então até a morte, já que sua essência não se realiza antes do ser humano ter levado a termo todas as suas possibilidades de exploração provenientes de seu futuro, futuro esse que o ser humano só alcança completamente no momento da morte, e antes dele ter deixado desabrochar os âmbitos do mundo que aparecem na luz da sua existência. .

Esse “ficar-a-dever” fica claro no discurso dos entrevistados. “Ficar-a-dever” ao não conseguir realizar, inclusive, o irrealizável, o manter a vida em qualquer momento e situação. Há sempre o poder ser feito, o poderia ter sido feito, a solução miraculosa e irreal. Situação que, muitas vezes, os pais reconhecem como impossível de ser realizada, como relata Dr. Armando: “várias vezes a gente já teve criança que infelizmente evoluiu para o óbito e o pai vem te abraçar, vem te

agradecer de sentir que você estava na luta junto e estava tentando melhorar o filho”.

A espiritualidade declarada ajuda no estar devendo. Esse, entretanto, não foi um assunto muito citado. No discurso dos médicos, de maneira geral, não foi dada muita importância para a espiritualidade. Considero que Dr. Armando possa servir como porta-voz da angústia dos outros no concernente à espiritualidade. Para ele é a idade que vai fazendo com que o médico passe a perceber o lado espiritual associado à medicina, o que faz com que o médico perca a imponência do “eu faço”, “eu resolvo”. Para ele, a idade traz a percepção de que se participa de um processo em que “a gente ajuda, mas não é dono da vida ou da morte”. O não ter fé seria incongruente com a própria profissão.

Ainda como consequência da permanência das mães na UTI humanizada surge a agressividade, também essa referida pelos entrevistados como outra das situações conflitantes inerentes à UTI humanizada. Vêm ao encontro de nossos médicos, pais e mães e outros profissionais em situações extremas, no limite de seu autocontrole emocional.

A agressividade surge especialmente quando o doente está grave. Há sempre esforços para lidar com esses atritos mencionados. Os médicos pedem ajuda: terapia em grupo para “tirar os jacarés e os crocodilos da gente”, expressão de Dra. Maria, um aprendizado para exercer melhor seu autocontrole emocional, tempo para refletir e poder adotar novas atitudes frente às situações-limite.

Entretanto, não só a relação médico-mãe é focada nos conceitos de humanização explicitados pelos médicos. Talvez a referida relação seja a primeira a ser lembrada mas, seguramente, não é a única. O ambiente físico, por exemplo, foi enfatizado por Dra. Maria como fundamental na humanização. Na sua concepção, o

ambiente de uma UTI ideal deveria ser como um “ambiente de útero”: acolhedor, aconchegante, sem barulho excessivo, ambiente de meia luz, sem grande confusão, sem gente falando alto, limpo, sem paredes cinza ou sujas, mal cuidadas.

As condições ambientais são destacadas especialmente seu aspecto de “confinamento”, de certa forma inevitável, mas que interfere na relação e na sensação de bem-estar de médicos e pacientes. O desconforto decorrente da disposição da UTI no hospital, em um andar abaixo do nível do chão, sem luz natural já que sem janelas, é colocado por Dr. Armando como uma outra dificuldade na relação médico-família.

Os problemas habituais dos ambientes das UTIs não foram resolvidos com as medidas humanizadoras: a UTI é um salão aberto, e não boxes individuais; há necessidade de a luz acesa 24 horas, há barulhos, há uma rotina de cuidados. A consequência direta é a maioria das mães não conseguirem dormir e isso também vai aumentando o estresse.

O cuidado com o cuidador, muitas vezes falho, faz parte do já referido binômio desumanização- humanização. As condições de trabalho muitas vezes não são satisfatórias. “Também sou gente” é o clamor de Dra. Maria. Os médicos apontam seus incômodos: o forte barulho do ar condicionado próximo ao dormitório para descanso, o desrespeito aos minutos para uma refeição ou para uma ida ao banheiro, a falta da geladeira, da televisão, do microondas. E, por outro lado, cobranças e exigências. São falas de diferentes médicos. São as lamentações do cuidador não cuidado, do profissional desrespeitado.

O desrespeito, a desumanização da relação, a afetividade emergindo de forma negativa, a desconsideração do médico, torna o ambiente social contaminado

por emoções negativas que, a alto custo psicológico, se mantêm latentes, prontas a aflorar em situações-limite ou de conflito.

Na linguagem de Heidegger, cuidado deficitário é aquele que submete o outro às necessidades do presente, que faz do outro "utensílio", sem considerar a dimensão humana deste outro. Esse é o perigo referido: a transformação do médico em "utensílio", mesmo em uma UTI humanizada. Em outras palavras, estabelecer uma relação parcial "Eu-Isso". Formam-se relações frágeis que se aproximam daquilo que Buber denomina de relação "Eu-Isso" e do que Heidegger denomina de "cuidado deficitário" que submete o outro às necessidades do presente, que faz do outro "utensílio", sem considerar a dimensão humana deste outro.

A desumanização nos hospitais vai muito além da simples questão de relacionamento envolvendo médicos-pacientes-famílias. A questão da desumanização-humanização no tocante à questão do meio ambiente já foi referida. Também o foi a necessidade do acolhimento ao médico, o cuidado com o curador. A falha em qualquer dos dois itens referidos leva a um estresse que acaba se refletindo na relação médico-família de maneira geral, médico-mãe em particular. Mas isso não é tudo. Os médicos entrevistados falaram bastante da burocracia vigente, mesmo em um hospital humanizado.

A burocracia hospitalar está diretamente associada à necessidade de se controlar custos e cobrar os mesmos de quem de direito. Por um outro lado, está também associada à necessidade de se manter, por escrito e de forma documentada, todo e qualquer procedimento realizado com o paciente, com a finalidade de informar outros médicos que venham a participar do tratamento e mesmo para evitar toda e qualquer dúvida que possa gerar conflitos judiciais.

Um tempo precioso é consumido pela resolução de problemas burocráticos, com papéis exigidos pelo convênio, pelo tipo de organização de trabalho que centraliza no médico a burocracia e lhe rouba o tempo a ser dedicado ao paciente e seus familiares. A queixa da obrigação de preencher formulários e papeladas, muitas vezes nos poucos minutos de descanso do médico, foi referida pela quase unanimidade dos médicos, até como parte desse conjunto de condições inadequadas para um trabalho humanizado. Esse tempo consumido na burocracia irrita os médicos e os torna mais impacientes com a família angustiada. O “papel”, alega Dr. Fernando, parece, às vezes, mais importante que o trabalho. Dra. Luiza considerou a burocracia como uma forma de agressão para com os médicos e uma das fontes de atrito entre médicos e pessoal de enfermagem.

Para completar a visão de UTI humanizada do ponto de vista dos médicos, interessou-me o modo de “ser-médico” de UTI de cada um deles. Para tanto, fundamentei-me em Levinas (2000) que, ao falar da importância de Heidegger tanto na sua própria formação filosófica quanto na filosofia do século XX, esclarece que “habitualmente, fala-se da palavra ser como se fosse um substantivo, embora seja, por excelência, um verbo”. (p. 30).

“Ser-médico” de UTI foi traduzido pelos entrevistados por ações concretas, inseridas num contexto especial da profissão: uma enfermaria especial para doentes que precisam de atenção redobrada e que precisam se utilizar de uma série de equipamentos, tanto para controles como para intervenção na própria razão da internação. Mas eles mesmos revelam que essa UTI é mais do que isso. É uma enfermaria onde médicos, enfermeiras, pacientes convivem vinte quatro horas por dia sem interrupção. É também uma enfermaria onde a luz artificial nunca se apaga, o ruído é sempre presente, as decisões têm de ser tomadas e postas em prática em

questão de segundos. É também uma enfermaria onde a convivência médico-paciente-família é muito estreita, muito intensa e por essa razão muito conflitante.

O valor atribuído às atividades de “ser-médico” de UTI não estaria na remuneração, e sim no poder ajudar outro ser humano, sentir-se importante na continuidade de seu trabalho, valorizar-se como ser humano.

Os aspectos humanos do trabalho foram destacados mesmo por aqueles entrevistados de perfil mais racional, com receio de um maior envolvimento com os familiares e pacientes. No entender de Dr Fernando, lidar com o doente não estressa. O que estressa são as condições de trabalho inadequadas, como trabalhar muito, ganhar mal, enfrentar burocracia, enfrentar o desconforto do próprio hospital, o dormir mal com ruídos desagradáveis.

O “ser-médico” de UTI traz ainda satisfação, segundo Dra. Maria e Dra. Luiza, pela oportunidade de trabalhar com uma equipe especial, competente e coesa. É no aprendizado do dia-a-dia que se ampliam não só as habilidades “técnicas”, mas também as habilidades da “arte médica” que outros médicos, mais experientes e com um perfil mais afetivo e próximo dos pacientes e familiares. O espaço para um contato humano, cuidado e apoio entre médicos é parte importante do “ser-médico” de UTI.

Percebe-se que os médicos só conseguem falar de seu trabalho na UTI reportando-se às relações humanas que lá se estabelecem. Não houve ênfase nos equipamentos, nas tecnologias, no saber médico, nas atitudes puramente técnicas. As vivências do do “ser-médico” na UTI giram em torno da vida e das relações que se estabelecem em nome de um objetivo maior: curar, não deixar morrer.

Valeu a pena a humanização desse hospital que me serviu de referência? Dr. Carlos, o chefe da equipe, respondeu a essa pergunta. Antes que se retorne a história...

A humanização proposta para esse hospital foi baseada em um modelo norte-americano: “nós fomos para os Estados Unidos, nós fomos ver como eles fazem, como eles estavam fazendo, tudo o que os americanos fazem é ótimo... mas eu tenho a minha opinião: eu acho que nós somos uma cultura totalmente diferente...”.

O hospital nasceu humanizado. Foi um tento. Atividades lúdicas foram instituídas, sempre com um olhar crítico, diz ainda: “...os americanos desenvolveram este tipo de palhaço, eu acho que é uma coisa cultural deles... eles são extremamente individualistas... isto leva a uma tendência das pessoas se afastarem., a um distanciamento e a uma frieza entre as pessoas... eles tiveram que lançar mão deste artifício, alguém que faça, porque eles estão extremamente pragmáticos... o médico faz o papel dele, extremamente técnico ... tem o outro cara que vai cuidar da humanização”.

Manter essa estrutura humanizada, ele considera, não tem sido fácil: “muitas das propostas e muitos dos ideais daquela época não conseguiram se manter”, por conta de dificuldades de ordem econômica, mudanças na política e um empobrecimento contínuo dos usuários, excesso de burocracia no trabalho médico diário gerando uma perda de tempo significativa por conta de páginas e páginas a serem preenchidas pelo médico para satisfazer a própria necessidade do hospital e para que eles possam cobrar dos convênios, e ainda a terceirização de serviços para diminuir custos com trocas freqüentes de funcionários trabalharam contra a humanização. A própria equipe de UTI é terceirizada e da equipe inicial somente ele

e mais dois permanecem, todos os outros são novos. As trocas que acabam atingindo enfermeiros e auxiliares e até fisioterapeutas e nutricionistas acabam por atrapalhar o caminhar das coisas.

Por fim, tomo para mim a resposta de Dr. Carlos: “se você me perguntasse, hoje, se vale a pena humanizar o hospital, eu teria dúvidas na resposta”.

V. CONCLUSÕES

No momento em que termino e entrego os dados desta pesquisa tenho a absoluta certeza de ter cumprido a minha proposta inicial, ou seja, a de contribuir de uma maneira consistente para que possa se desvelar um pouco mais esse tão complexo assunto que é a humanização da medicina e, especificamente, a humanização hospitalar. E o fiz de forma tal a dar voz aos médicos que trabalham hoje em condições ditas humanizadas, verdadeiros batalhadores nem sempre reconhecidos e muito menos ouvidos, muitas vezes responsabilizados por desempenhos, ouço desumanizados e, muitas vezes, vítimas, tanto quanto os pacientes e suas famílias, da violência de uma política de saúde equivocada, de interesses de empresas que usufruem de gigantescos lucros decorrentes da venda de medicações e tecnologia para o combate as doenças.

A natureza, ensina Heidegger, é muda. Só o homem fala e isso o torna único e diferente dos animais e das coisas. Dessa forma o homem torna-se poderoso, o mais poderoso de todos os “entes”, com capacidade para captar conteúdos inteligíveis e de revelar o sentido dos ‘entes’ em sua Linguagem, a qual se caracteriza por ser a articulação dos sentidos. O homem fala na medida que ele é um “ser de presença”, ao contrário dos outros “entes” cujo traço comum é a ausência, ou seja, a não presença a eles próprios e àquilo que os cerca. Com isso, o homem pode relacionar-se com o ser, existir em meio aos demais “entes”, manter um contato contínuo com eles, dessa forma propiciando o surgimento da própria condição humana. O homem, completa Heidegger, não só procura compreender o ser como também interroga-se sobre si próprio, busca uma explicação, arquiteta a vida individual que é nossa. E é por meio dessa vida que o homem aparece não

como algo que está aí no mundo como uma coisa, mas como alguém que pode ser, encontra-se com os outros homens, pode tocar a essência do mundo.

Consegui fazer esses médicos falarem de maneira o mais possível livre e solta não só das suas dificuldades no trabalho, mas até de muitas das suas dificuldades e angústias frente às adversidades do exercício da profissão.

Por limitação de tempo e espaço, decorrente do próprio escopo da pesquisa, muito restou para ser analisado *a posteriori*. Poder-se-ia entrar mais a fundo em algumas questões, especificamente as de cunho mais pessoal, mas isso fugiria às propostas iniciais. Entretanto, os laços de intimidade, as relações “Eu-Tu” foram estabelecidas e novas possibilidades de retorno à pesquisa certamente se farão presentes.

Uma das grandes lições que aprendi no decorrer da pesquisa foi a de que os médicos podem e devem ser ouvidos. Mesmo que trabalhem em uma única UTI pediátrica, de um único hospital, um hospital privilegiado no sentido de ter um projeto de caráter humanizado, ou seja, trabalhando com uma população muito definida e circunscrita. Ouvi-los me levou a acreditar que os médicos, em sua grande maioria, são pessoas de muita sensibilidade, que se encaminham para a profissão, na maioria das vezes movidos pela compaixão pelos outros, pelo interesse pelos semelhantes e, certamente, com a vontade de colaborar para uma vida melhor das pessoas. São hipóteses que trabalhos posteriores de pesquisa clínica qualitativa, não quantitativa, mais freqüente na área científica, podem vir a confirmar ou repudiar.

Os sentimentos médicos são raramente pesquisados, muito menos por médicos. Sinto-me orgulhoso de, como médico, ter podido desempenhar essa função. Foi graças a uma discussão durante meu caminhar no mestrado, em um

momento que havia um impasse no tema a ser pesquisado, que me alertaram para fazer uma pesquisa com médicos não com o olhar do psicólogo que não sou, mas com o olhar do médico que se envolveu com a psicologia, que realmente sou. A pesquisa está aí.

Da mesma forma ousei compreender esses médicos a partir de alguma coisa que aprendi lendo Heidegger, Buber e Boss. De novo reafirmo que os li não com os olhos do filósofo que não sou, mas com os olhos do médico que gosta de filosofia que o sou.

Devo ter cometido, aos olhos dos filósofos, erros na percepção total e inequívoca dos meandros do pensamento denso e profundo desses filósofos. Continuarei a lê-los, mais e mais, procurando entendê-los, mais e mais, para melhor utilizá-los nas próximas pesquisas. Que me desculpem os filósofos pela ousadia. Parafraseando Sócrates, tudo que sei é que nada sei.

A essa pesquisa dever-se-ão seguir outras. Há sempre a possibilidade de se comparar as percepções da família da criança seriamente enferma com as percepções dos próprios médicos. Esse espaço não foi por mim preenchido por fugir, mais uma vez, do escopo inicial da pesquisa. Poder-se-ia pesquisar a criança gravemente enferma sob a perspectiva buberiana de tipos de diálogo “Eu-Tu”, “Eu-Issso”, estabelecendo qual a relação que essa criança, privada da sua possibilidade de falar, talvez também da sua capacidade de ouvir e pensar, estabeleça com o médico, com o mundo o entorno. Há sempre a possibilidade da pesquisa com médicos de outros hospitais humanizados ou que tentam, ou mesmo passem pela implantação de programas reconhecidamente comprometidos com a humanização.

Cito Miele (2004), uma mãe de UTI. Diz ela que “ter um filho na UTI é conviver com o medo 24 horas por dia, é conviver com a impotência, é permitir que

os outros façam aquilo que tem de ser feito quer gostemos quer não, é aceitar as interferências a qualquer hora e o tempo todo, é viver a constante invasão no universo entre mãe e o bebê”. E, mesmo com carinho da equipe, mesmo com a humanização do hospital, mesmo com as mães fazendo de tudo para deixar o ambiente mais aconchegante, a dor está sempre presente. Aos apitos e alarmes dos equipamentos se sobrepõem choros e gritos de dor. Nesse mundo à parte da vida cotidiana, onde os códigos só são compreendidos pelos profissionais de saúde e por outras mães e pais na mesma situação, onde o conversar ajuda, é um passo importante, mas onde é difícil encontrar quem tenha tempo para tanto, exatamente nesse mundo mãe-escritora se deu conta que os profissionais da UTI eram mais do que simples profissionais tratando de doenças: “eram seres humanos cuidando de seres humanos” (p. 107).

Quando dei voz aos médicos constatei a verdade desta última frase. Encontrei, de verdade, seres humanos cuidando de seres humanos. Que aliás conseguiram me colocar no processo de humanização como médico e como gente.

Constatedei, que valeu muito a pena me aproximar da realidade do “ser-médico” de UTI. Dra. Maria sintetizou as razões: “eu adoro trabalhar aqui; é um dos poucos lugares em São Paulo em que a gente tem espaço tranquilo, dá para gente estudar, tem um lugar reservado, dá para preservar um pouco a individualidade da gente, a gente tem um suporte legal, tanto suporte técnico, suporte de equipamento, suporte de dividir responsabilidades, de discutir casos, é legal”. Dra. Luiza reforçou o valer a pena: “aqui eu aprendi a ter mais contato com os pais, a me colocar no lado deles, porque não é fácil a gente ver o filho ali”.

Como disse Dr. Carlos: “Não são os médicos que formam este indivíduo, não são os professores da faculdade que formam este indivíduo. Este indivíduo já

vem para a escola médica com uma formação”. Concordo com ele. A escola médica, na percepção de cada um deles, pouco contribuiu para a formação humanística. Ou porque o assunto não foi abordado ou porque a teoria na prática era outra.

O convívio com esses médicos mostrou mais uma vez o quão certo é esta observação. Há, em cada médico a possibilidade do “ser-médico” de UTI mais humano e de fazer a realidade mais humanizada.

Minha proposta final é a de que se ampliem pesquisas qualitativas no sentido de que a humanização hospitalar possa ser compreendida como um processo dinâmico a ser reavaliado e reconstruído, de maneira contínua e ininterrupta, da mesma forma que a tecnologia médica possa ser empregada em benefício do ser humano mas de uma maneira ética, correta, plausível.

Meu desejo é o de que o *Dasein* de cada um de nós, médicos, possa parar para compreender, refletir, repensar a cada momento o que podemos ou não fazer pelo paciente, até que ponto podemos ir, ou mesmo temos o direito de ir, e qual o momento de parar.

Da mesma forma, é meu desejo que nós, médicos, possamos entender o que Boss tanto repetiu: a necessidade de compreender o paciente de uma forma integral, de respeito, de participação ativa da nossa parte, de solidariedade mas, ao mesmo tempo, de firmeza, da possibilidade que se estende para o ser humano de existir e deixar de existir frente a finitude da morte.

Boss me ensinou a viver, a viver dentro de um mundo que não escolhemos, com uma perspectiva de finitude como término de uma vida ética e aceitando a angústia existencial essencial à vida, uma angústia existencial que, como parte da nossa clareira interna, abre possibilidades futuras.

Buber que me reforçou a idéia da necessidade e da possibilidade de se humanizar, a medicina e a vida, dentro de uma perspectiva dialógica "Eu-Tu". Espero tê-los, aos que se detêm na leitura deste trabalho, em uma nova pesquisa, dessa vez de doutorado, provavelmente avaliando outros aspectos da vida dos médicos, pacientes e famílias de UTI, provavelmente analisando o diálogo possível entre o paciente em risco grave e o médico, a partir da perspectiva dialógica de Buber, conforme sugestão do professor Auro del Giglio, por ocasião da qualificação.

Para me despedir do trabalho e dos leitores que até aqui me acompanharam, reúno às falas da mãe de UTI, dos médicos de UTI e à minha, como médico e como pesquisador, uma afirmação de Boss (1975):

"O grande contra-poder da angústia se manifesta nos fenômenos de amor, confiança e do estar abrigado. A angústia dos seres humanos pode ser anulada na experiência amorosa do pertencer a um fundo inabalável basilar. Na experiência do amor 'o morrer' da condição físico-psíquica da vida trivial diária é entendida como sendo uma passagem para uma experiência mais rica e mais aberta". (p. 33.)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMOVITCH, Henry; SCHWARTZ, Eliezer. Three Stages of Medical Dialogue. *Theoretical Medicine*, 17, p. 175-187, 1996.
- ADAMS, Patch; MULANDER, Maureen. *A Terapia do Amor*. Coleção Anjos de Branco. Rio de Janeiro: Editora Mondrian, 2002.
- AHLZEN, Rolf; STOLT, Carl-Magnus. The Humanistic Medicine Program of Karolinska Institute. *Academic Medicine*, 78, pp. 1039-1042, 2003.
- ANTUNES, José L. F. *Hospital-Instituição e História Social*. São Paulo: Ed. Letras e Letras, 1991.
- BALDINI, Sonia M. *Avaliação das Reações dos Pais à Internação do Filho em Unidade de Terapia Intensiva e Desenvolvimento de Apoio Psicológico*. São Paulo, 2001. Tese doutoramento. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- BEAINI, C. T. *Questões Fundamentais Sobre a linguagem no Pensamento. Martin Heidegger*. São Paulo, 1980. Dissertação Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- BOSS, Medard. *Angústia, culpa e libertação*. Ensaio de psicanálise existencial. Tradução por Barbara Spanoudis. São Paulo: Duas Cidades, 1975.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Método Mãe Canguru. Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso*. Manual Técnico, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, 2000.
- BRUNS, Maria A. T.; HOLANDA, Adriano F. *Psicologia e Pesquisa Fenomenológica Reflexões e Perspectivas*. São Paulo: Omega Editora e Distribuidora Ltda., 2001.
- BUBER, Martin. *Eu e Tu*. Tradução por Newton Aquiles Von Zuben. 6. ed. rev. São Paulo: Centauro, 2003.
- BURILLO, Florêncio. J.; ARAGONÉS, Juan I. *Introducción a la Psicología Ambiental*. Madrid, Alianza Editorial, 1988.
- CAPRARA, Andréa.; FRANCO, Anamélia.L.S. A Relação Paciente Médico para uma Humanização da Prática Médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (3), 1999, pp. 647-654.
- CAPRARA, Andréa; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência Saúde Coletiva*, 9 (1), 2004, pp.139-146.
- _____. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), jul - ago, 2003, pp. 923-931.

CARDINALLI, Ida E. *Daseinsanalyse e Esquizofrenia*. São Paulo: Educação Fapesp, 2004.

DESLANDES, Suely F. Análise do Discurso Oficial sobre Humanização da Assistência Hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1), 2004, pp. 7-14.

DI BIAGGI, Therezina M. A. *Relação Médico Família em Unidade de Terapia Intensiva – um estudo sobre as percepções do médico intensivista*. São Paulo, 2001. Dissertação Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FORGHIERI, Yolanda C. *Psicologia Fenomenológica. Fundamento, Método e Pesquisas*. São Paulo: Thonson/ Pioneira , 1993.

FOUCAULT, Michael. *Microfísica do Poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *O Nascimento da Clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GADAMER, Hans-Georg. *O Mistério da Saúde . O Cuidado da Saúde e a Arte da Medicina*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2002.

DEL GIGLIO, Auro. *Medicina Judaísmo e Humanismo*. São Paulo: Editora e Livraria Sêfer Ltda., 2004.

HEIDEGGER, Martin. *Seminários de Zollikon*. Tradução por Gabriela Arnhold e Maria de Fátima Almeida Prado. Petrópolis: Editora Vozes/ Educ/ ABD, 2001.

_____. *Ser e Tempo*. Parte I. Tradução por Márcio de Sá Cavalcante. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

JASPERS, Karl . *O Médico na Era da Técnica*. Lisboa/ Portugal: Edições 70 , 1998.

KAHN, Axel; ROSSET, Dominique. *Os Caminhos da Medicina no Século XXI*. Portugal/Lisboa: Publicações Europa -América, 1999.

KING, Magda. *A Guide to Heidegger's Being and Time*. Edited by John Llewelyn, State University of New York Press, 2001.

LANDMANN, Jayme. *Medicina não é Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1983.

LITTLE, J. Miles. Humanistic Medicine or Values – based medicine... What's in a Name? *Medical Journal of Australia*, 177 (6), 2002, pp. 319-321.

LOPES, C. Otacílio. *A Medicina no Tempo*. São Paulo: Edições Melhoramentos/Editora Universidade de São Paulo , 1969.

LÉVINAS, Emanuel. *Descobrendo a existência com Hursel e Heidegger*. França: Livrarie Philosophique J. VRIN, 1967.

- LOWN, Bernard. *A Arte Perdida de Curar*. São Paulo: J.S.N. Editora Ltda., 1997.
- MARCO, Marco. A. *A Face Humana da Medicina do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo , 2003.
- MARTINS, Joel; BICUDO, Maria A. V. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia. Fundamentos e Recursos Básicos*. São Paulo: Educ/ Editora Moraes , 1989.
- MARTINS, Paulo H. *Contra a Desumanização da Medicina. Crítica Sociológica da Práticas Médicas Modernas*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
- MC GALLIAN, Dante. *A (re) Humanização da Medicina. Psiquiatria na Prática Médica*. Disponível na internet [www. unifesp.br](http://www.unifesp.br). Capturado em 6 nov. 2003.
- MEDICAL PROFESSIONALISM IN THE MILLENIUM: A Physicians Charter. *Medical Professionalism Project The Lancet* , vol. 359, Feb.9, 2002.
- MEYER, Philippe. *A Irresponsabilidade Médica*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.
- MIELE, Maria Julia. *Mãe de UTI Amor incondicional*. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2004
- MOURA, José V. C. *Discurso de Jovens Grávidas numa Abordagem Fenomenológica. Hermenêutica à luz de Heidegger*. São Paulo, 1996. Faculdade de Saúde Pública (Departamento Saúde Materno Infantil), Universidade de São Paulo.
- PESSIN, I. Leo; BERTACHINI, Luciana. *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo : Edições Loyola, 2ª. edição, 2004.
- POMPÉIA, João Augusto; SAPIENZA, Bilê Tatit. *Na presença do sentido. Uma aproximação fenomenológica a questões existenciais*. São Paulo: EDUC/ Paulus/ ABD, 2004.
- PORTER, Roy. *Das Tripas Coração. Uma Breve História da Medicina*. Rio de Janeiro : Record, 2004.
- PELLEGRINO, Edmund D. Professionalism, Profession and the Virtues of good Physician. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69 (6), nov. 2002, pp.378-385.
- RILEY, Geoffrey J. Understanding The Stresses And Strains Of Being A Doctor. *Medical Journal Of Australia*, MJA 2004; 181(7);350-353.
- RICHARDSON, Ruth. A Necessary Inhumanity?. *Journal Medical Ethics: Medical Humanities*, 26, 2000, pp. 104-106.
- SANTOS FILHO, Lycurgo. *História da Medicina no Brasil. 1ª. Tomo*. São Paulo: Editora Brasiliense , 1947.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/UNESCO/ASSOCIAÇÃO PALAS ATHENA. *Acolhimento. O Pensar, o Fazer, o Viver*. São Paulo.

SMITH, Richard . Why are Doctors so Unhappy? *B.M.J.Journals* (editorial) 322, 2001 (5 de maio).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Os 10 Passos para a Atenção Hospitalar Humanizada à Criança e ao Adolescente*. Rio de Janeiro, 2003.

SIEGLER, Mark. Trainig Doctors for Profissionalism. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69 (6), nov. 2002, pp. 404-410.

SHORTER, Edward. *Doctors and Their Patients-A Social History*. Transaction Publishers,1991.

SOBERON ACEVEDO, Guillermo; GARCIA VIVEIROS, Mariano; NAVARRO LOBLES, José. Nuevas Frentes Del Humanismo em la Prática Médica. *Salud Publica de México*, 36, 1994, pp. 541-551.

STEIN, Ernildo. *Seis Estudos Sobre Ser e Tempo (Martin Heidegger)*. Petrópolis: Editora Vozes, 1990.

SVENAEUS, Fredrick. *The Hermeneutics of Medicine and Phenomenogy of Health: Steps Towads a Philosophy of Medical Practice*. Dordrecht/Boston/London: Kleiwer Academic Publishers, 2000.

STONE, Mike. What Patients Want for Their Doctors. *BMJournals*, 326, (1294), 2003.

STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e Máscaras*. São Paulo: Edusp, 1999.

VALLE, Elizabeth. R. M. *Câncer Infantil*. Campinas: Editorial PSY, 1997.

VON ZUBEN, Newton A. *Martin Buber. Cumplicidade e Diálogo*. Bauru/S.P: Edusc, 2003.

WORLD HELTH ORGANIZATION. European Consultation on the right's of Patients *A declaration of the promotion of Patient's rights in Europe*. Amsterdam, 1994.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SUJEITOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Gostaríamos de saber inicialmente sobre sua formação, a origem de seu interesse pela pediatria e, mais especificamente, por esse seu trabalho atual em UTI pediátrica e/ou neonatal.

2) Conte-me sobre sua experiência como médico de um serviço hospitalar humanizado: de que forma você vê, sente, vive, se insere nesse contexto. Se for possível comparar com outros serviços em que você trabalha ou trabalhou, por favor, faça-o.

3) Relate, se possível com exemplos, de que forma você analisa a sua relação com o paciente e, mais especialmente com sua família, dentro desse contexto humanizado. Se for possível comparar com outros serviços em que você trabalha ou trabalhou, por favor, faça-o.

4) Como você lida com as situações de maior risco e como você se sente diante da possibilidade, sempre presente na UTI, da lesão permanente ou de morte de seus pacientes. Se for possível comparar com outros serviços em que você trabalha ou trabalhou, por favor, faça-o.

APÊNDICE B – CARTA-CONVITE AOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

Caro colega

Meu nome é Eduardo Goldenstein e, como você, sou médico pediatra. Por muitos anos, no início de minha carreira, trabalhei como médico neonatologista e tive uma curta experiência em UTI pediátrica. Atualmente dedico-me à clínica pediátrica em consultório, atuo com uma visão homeopática e psicossomática.

Paralelamente, estou terminando meu mestrado em Psicologia Clínica na P.U.C. de São Paulo, mais especificamente no Núcleo de Medicina Psicossomática e de Psicologia Hospitalar. Meu interesse de pesquisa tem se focado no que se convencionou chamar de humanização da medicina e, em particular, dos hospitais. Dessa forma, concentrei minha pesquisa de mestrado na UTI em que você trabalha, uma vez que o hospital a que ela pertence, de alguma forma, se enquadra nos chamados hospitais “humanizados”.

Para que possa então realizar minha pesquisa, faz-se necessário a sua colaboração, no sentido de participar de uma entrevista de caráter absolutamente sigiloso e de acordo com as mais rígidas normas de ética médica. Nesta entrevista gostaríamos de saber como é que você se posiciona, vê, sente e ressignifica o seu trabalho em um ambiente presumivelmente humanizado, inclusive comparando-o a outros locais em que você trabalha ou já veio a trabalhar. Se for possível tal colaboração, gostaríamos de marcar hora e dia para tal entrevista, no seu próprio local de trabalho, de forma a não atrapalhar a sua rotina. As entrevistas deverão, a princípio, ter uma duração de uma hora, com uma possibilidade de se estender por mais alguns minutos que sejam suficientes para terminar raciocínio e ou discurso. Pessoalmente, entrarei em contato com você, aí mesmo no seu local de trabalho, quando então poderemos, ou não, marcar tal entrevista.

Desde já fica meu agradecimento e meu compromisso de, não só lhe dar por escrito a entrevista gravada, como também de lhe abrir a possibilidade de discutir e rediscutir seu conteúdo. Temos certeza que nosso trabalho poderá, de alguma forma, contribuir para a melhoria de seu trabalho e da sua própria vida pessoal e profissional, até porque consideramos que tal entrevista será oportunidade para uma reflexão pessoal a respeito do assunto.

Muito obrigado.

Eduardo Goldenstein

C.R.M. 18783
Tel: (11) 82660068
E-mail: doctoreg@gmail.com

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome completo:.....

Documento de identidade nº..... Sexo.....

Instituição de trabalho.....

Endereço.....

Bairro..... Cidade..... CEP.....

Telefones/Formas de contato.....

II. DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título da pesquisa: DANDO VOZ AOS MÉDICOS: O significado da prática médica para médicos pediatras intensivistas que trabalham em hospitais “humanizados”.

2. Pesquisador responsável: Eduardo Goldenstein, médico.

3. Instituição: PUC-SP, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, Nível Mestrado.

4. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marlise Aparecida Bassani

5. Avaliação do risco da pesquisa: A probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia desta pesquisa é de baixo risco.

6. Forma de participação: a participação envolve entrevista aberta em local privativo, gravada para finalidade de transcrição e posterior análise dos dados.

7. Publicação da pesquisa: As informações fornecidas serão publicadas no meio científico, sendo preservados os dados de identificação do participante.

III. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR

1. O entrevistado pede ter acesso, sempre que desejar, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa;
2. O entrevistado tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa;
3. O entrevistado tem a garantia de que serão salvaguardados sua confiabilidade, seu sigilo e sua privacidade.

IV. INFORMAÇÕES SOBRE O PESQUISADOR

Dr. Eduardo Goldenstein
Rua da Consolação, 3367 – conj. 52
CEP 01416-001 Cerqueira César São Paulo
Tel: (11) 3081 5855 – 3083 5062
E-mail: doctoreg@gmail.com ou doctoreg@ig.com.br

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, de..... de 2005

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

FUNDAÇÃO SÃO PAULO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC/SP

Eu, Eduardo Goldenstein, pesquisador responsável pelo projeto de estudo intitulado “Dando voz aos médicos: O significado da prática médica para médicos pediatras intensivistas que trabalham em hospitais humanizados”, declaro conhecer a *Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* e comprometo-me a seguir todas as suas normas e orientações. Comprometo-me também a dar conhecimento destas normas e exigir a co-responsabilidade de todos os outros participantes do estudo.

São Paulo, outubro de 2005

Nome: Eduardo Goldenstein