



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE  
LINHA DE PESQUISA: AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE

**DENSIDADE TECNOLÓGICA E O CUIDADO  
HUMANIZADO EM ENFERMAGEM: A  
REALIDADE DE DOIS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**ADEÂNIO ALMEIDA LIMA**

**Salvador – BA  
Abril 2013**

**ADEÂNIO ALMEIDA LIMA**

**DENSIDADE TECNOLÓGICA E O CUIDADO  
HUMANIZADO EM ENFERMAGEM: A  
REALIDADE DE DOIS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado submetida à apreciação da banca examinadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, contando como pré-requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Leny Alves Bomfim Trad

**Salvador – BA  
Abril 2013**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

L732 Lima, Adeânio Almeida

Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde / Adeânio Almeida Lima. – Salvador, 2013.

106 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leny Alves Bomfim Trad.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2013.

1. Enfermagem. 2. Tecnologias em Saúde. 3. Cuidado de Enfermagem. 4. Serviços. I. Trad, Leny Alves Bomfim. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**Adeânio Almeida Lima**

**“Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde”**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 26 de Abril de 2013

Banca Examinadora:

---

Profa. Leny Alves Bomfim Trad - Orientadora  
Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia

---

Profa. Cláudia Cerqueira Graça  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Profa. Monique Azevedo Esperidião  
Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia

Salvador  
2013

## DEDICATÓRIA

Àquela que me amou tão incondicionalmente que suportou, muitas vezes sozinha, as dores – próprias e minhas, os problemas, os desafios, a minha “TPM” masculina, o meu cansaço e mau humor e, mesmo quando não tinha forças, me impulsionava para frente, impedindo-me de desistir e desanimar... à esposa, amiga e eterna namorada, Cláudia.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, Força Superior, que nos ampara e permitiu vencer mais uma batalha da vida, mostrando que, muitas vezes, algumas dádivas entram em nossas vidas como pedras estilhaçando vidraças. Mas, ainda assim, são dádivas...

Especialmente à professora doutora Leny Trad, pela disponibilidade, altruísmo, generosidade e por, de forma tão profissional e competente, ter-me conduzido enquanto orientadora.

À professora doutora Eliana Auxiliadora Magalhães.

A todos os professores e funcionários do curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, em especial aos professores Luís Eugênio e Fabiana Raynal, pela acolhida e por tornar possível o meu anseio que ora se transforma em realidade.

À banca examinadora, pela gentileza, presteza e generosidade com que aceitou participar deste processo de construção do conhecimento, trazendo seu potencial, seu vasto conhecimento e sua preciosa experiência profissional.

À amiga Mariana Ganem, sem a qual a coleta, recoleta e “rerrecoleta” dos dados não seria possível... meus sinceros agradecimentos.

À coordenadora de Educação Permanente do Hospital do Subúrbio, Andréia Ferreira dos Santos, pelo incentivo e por proporcionar condições para a realização desta pesquisa.

Aos colegas de mestrado e, enfim, a todas as pessoas que passaram pela minha vida durante este período. Elas sempre deixam um pouco de si e levam um pouco de nós.

“(...) A máquina, que produz abundância, tem-nos deixado em penúria. Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido. (...)”

Charles Chaplin – discurso final em “O grande ditador”

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Dimensões do cuidado humanizado avaliadas

Quadro 2: Importância atribuída pelos enfermeiros da Instituição 1 às dimensões do cuidado humanizado

Quadro 3: Importância atribuída pelos técnicos de enfermagem da Instituição 1 às dimensões do cuidado humanizado

Quadro 4: Importância atribuída pelos enfermeiros da Instituição 2 às dimensões do cuidado humanizado

Quadro 5: Importância atribuída pelos técnicos de enfermagem da Instituição 2 às dimensões do cuidado humanizado



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem

ABIMO - Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratório

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

HACM - Hospital Antônio Carlos Magalhães

HS - Hospital do Subúrbio

NHS – Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra

OTA - Office of Technology Assessment

PDR – Plano Diretor Regional

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## RESUMO

LIMA, A. A.; **Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde.** Salvador, 2013. 105 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – área de concentração: Avaliação de Tecnologias em Saúde). Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leny Alves Bomfim Trad

Na conjuntura atual, é perceptível o descompasso entre os conceitos de humanização e o processo de desenvolvimento tecnológico. A tecnologia, cada vez mais determinante para aumentar a sobrevida humana e diminuição do sofrimento, afasta os profissionais do contato mais próximo com o paciente. Ambientes com alta densidade tecnológica - que apresentam grande concentração de equipamentos e instrumentais médico-hospitalares (tecnologias duras) – trazem consigo desafios ligados à qualificação, modernização e à necessidade de refletir sobre as modificações que possam ocorrer para o cuidado de enfermagem. Neste trabalho interessa discutir este último aspecto, de forma a responder a seguinte questão: como se configura o cuidado de enfermagem, tendo em vista a perspectiva da humanização em saúde, em instituições com realidades distintas em termos de densidade tecnológica? A partir desta questão, o estudo teve como objetivo comparar percepções e práticas do cuidado de enfermagem, sob a perspectiva da humanização em saúde, em dois serviços hospitalares que se distinguem por apresentar, respectivamente a seguinte configuração: baixa e alta densidade tecnológica. Um critério básico para tipificar a densidade tecnológica foi a existência ou não de monitores multiparamétricos na unidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no estudo de caso múltiplo, realizado em duas unidades hospitalares,: Hospital Antônio Carlos Magalhães, em Inhambupe (BA) e Hospital do Subúrbio, em Salvador (BA). Os sujeitos foram cinquenta e um profissionais de enfermagem que atuam nas unidades assistenciais e de terapia intensiva. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada e observação direta. Os dados foram analisados e distribuídos em três categorias: percepções de enfermagem acerca do cuidado humanizado; práticas do cuidado e humanização da assistência e fatores que limitam ou que favorecem o cuidado humanizado de enfermagem. Não foram observadas, nos casos estudados, diferença significativa entre as percepções dos enfermeiros (as) e a prática, apenas mudanças de focos da dimensão ou ação do cuidado humanizado. Dentre os fatores limitantes, puderam ser notados o despreparo e insatisfação profissional, rotinas rígidas, sobrecarga de trabalho; tempo excessivo consumido em atividades gerenciais e o constante barulho dos equipamentos médico hospitalares. Em contrapartida, fatores como ambientes silenciosos; melhor distribuição do tempo entre as atividades de enfermagem; estabelecimento de protocolos assistenciais; existência de programa de gratificação; adequação de horas de trabalho de enfermagem e, principalmente, programas de educação continuada são apontados como facilitadores da humanização do cuidado. Programas de educação continuada e o estabelecimento de ações gerenciais e institucionais que privilegiem a qualidade da assistência revelam-se essenciais para o incentivo à humanização, vez que o que o fator determinante para que a tecnologia desumanize o cuidado de enfermagem não é a tecnologia por si só, mas principalmente como esta opera nos contextos pessoais, institucionais e gerenciais.

**Palavras-chave:** avaliação de tecnologias em saúde, densidade tecnológica, humanização da assistência; cuidado de enfermagem.

## ABSTRACT

LIMA, A. A.; **Density technology and humanized care in nursing**: the reality of two health services. Salvador, 2013. 105 p. Dissertation (Master in Public Health - area of concentration: Health Technology Assessment). Federal University of Bahia.

Advisor: Prof. Dr. Leny Alves Bomfim Trad

At the present juncture, is the noticeable gap between the concepts and the process of humanization of technology development. Technology increasingly crucial to improve survival and decrease human suffering, away from the professionals closest contact with the patient. Environments with high density technology - which have a large concentration of equipment and medical instruments and hospital (hard technology) - bring challenges related to qualification, modernization and the need to reflect on the changes that may occur to nursing care. In this work we want to discuss the latter, in order to answer the following question: how to set up nursing care in view of the prospect of humanization in health institutions with different realities in terms of technological density? From this question, the study aimed to compare the perceptions and practices of nursing care from the perspective of humanization in health, in two hospital services that are distinguished by having respectively the following settings: low and high density technology. A basic criterion to classify the technological density was the existence of multiparameter monitors the unit. This is a qualitative research based on multiple case study conducted at two hospital units: Hospital Antônio Carlos Magalhães in Inhambupe (BA) and the Suburban Hospital in Salvador (BA). The subjects were fifty-one nursing professionals who work in care units and intensive care. Data collection was conducted through semi-structured interviews and direct observation. Data were analyzed and divided into three categories: perceptions about nursing care humanized; care practices and quality care and factors that limit or promote the humane care nursing. We're not observed in the cases studied, significant differences between the perceptions of nurses (as) and practice only changes the size of outbreaks or action of humanized care. Among the limiting factors, could be noticed the lack of preparation and professional dissatisfaction, rigid routines, work overload, excessive time consumed in managerial activities and the constant noise of hospital medical equipment. In contrast, factors such as quiet environments; better distribution of time between nursing activities; establish care protocols; existence of the bonus program; adequacy of hours of nursing and especially continuing education programs are seen as facilitators of humanization care. Continuing education programs and the establishment of institutional and managerial actions that emphasize quality of care emerges as key to fostering humane, since what the determining factor for the technology to dehumanize nursing care is not the technology itself but how this operates mainly in personal contexts, institutional and management.

**Keywords:** evaluation of health technologies, technological density, quality care, nursing care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
<b>2.1 Geral</b>	<b>20</b>
<b>2.2 Específicos</b>	<b>20</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Humanização em Saúde</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Humanização na agenda das políticas públicas de saúde</b>	<b>24</b>
<b>3.3 Humanização do cuidado da enfermagem</b>	<b>26</b>
<b>3.4 Tecnologias em saúde: implicações do cuidado humanizado</b>	<b>32</b>
<b>3.4.1 Equipamentos Médico Hospitalares</b>	<b>40</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>42</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo</b>	<b>42</b>
<b>4.2 Caracterização dos casos</b>	<b>42</b>
<b>4.3 Sujeitos do estudo</b>	<b>43</b>
<b>4.4 Coleta de dados</b>	<b>44</b>
<b>4.5 Análise e categorização dos dados</b>	<b>45</b>
<b>4.5 Aspectos éticos da pesquisa</b>	<b>47</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>49</b>
<b>5.1 Percepções de enfermagem acerca do cuidado humanizado</b>	<b>49</b>
5.1.1 Instituição 1	49
5.1.2 Instituição 2	56
<b>5.2 Práticas do cuidado e humanização da assistência</b>	<b>68</b>
5.2.1 Instituição 1	68
5.2.2 Instituição 2	74

<b>5.3 Fatores que limitam ou que favorecem o cuidado humanizado de enfermagem</b>	<b>80</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>89</b>
<b>Apêndices</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

As inovações tecnológicas e o desenvolvimento da ciência e da tecnologia influenciam diretamente e cada vez mais a vida em sociedade, gerando, conseqüentemente, transformações na área da saúde, no meio ambiente, no comportamento dos cidadãos e na vida social. O campo da saúde, em geral, é altamente profícuo quanto a oportunidades para o desenvolvimento científico e tecnológico associadas à produção e utilização de bens e serviços, públicos e privados.

A primeira revolução técnico-científica pode ser situada entre o final do século XVIII e o início do século XIX, cujas transformações tiveram o mérito de substituir, na produção, a força física do homem pela energia das máquinas, primeiramente pelo vapor e após, pela eletricidade. A tecnologia nesta época passa a ser compreendida como o estudo ou a atividade da utilização de teorias, métodos e processos científicos, para solução de problemas técnicos (NIETSCHE, DIAS & LEOPARDI; 1999).

Atualmente o conceito de tecnologia é compreendido de forma ampliada: representada por máquinas e aparelhos (tecnologia dura), saber profissional que pode ser estruturado e protocolizado (tecnologia leve-dura) e a tecnologia leve, que se refere à cumplicidade, à responsabilização e ao vínculo manifestados na relação entre paciente e trabalhador de saúde (CASATE, CORRÊA; 2005).

É comum, entretanto, que ainda se associe a palavra tecnologia a máquinas, “hardwares”, computadores, tablets, celulares..., esse conceito, como visto, é mais amplo e tem, obviamente, aplicações em vários campos. A tecnologia em saúde, objeto deste estudo, é definida como toda forma de conhecimento que pode ser utilizada para resolver ou atenuar os problemas de saúde de indivíduos ou comunidades (BRASIL, 2006). De acordo com a definição dada pelo Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (NHS) (2006), trata-se de qualquer intervenção usada para promoção, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças, ou para promover reabilitação ou cuidados de longo prazo. Assim, como exemplo de tecnologias em saúde, temos os medicamentos, equipamentos, procedimentos, e os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos.

Historicamente, a introdução de instrumentos para o ato cirúrgico e o surgimento de equipamentos diagnósticos foram os movimentos mais evidentes da tecnologização da terapêutica. A Revolução Industrial e a Segunda Guerra Mundial proporcionaram a união da ciência à tecnologia, adequando-a aos princípios científicos, passando a utilização dos equipamentos mais simples aos sofisticados (NIETSCHE, DIAS & LEOPARDI; 1999).

No Brasil, o ritmo acelerado das transformações e inovações tecnológicas deu-se início a partir da década de 30, tendo progressivamente passado a ofertar instrumentos médicos, materiais de consumo e equipamentos eletrônicos, considerados de maior densidade tecnológica\* (FURTADO; SOUZA, 2001). Uma visão geral da história da evolução tecnológica no país é traçada a seguir (PEIXOTO; 1994):

Após 1930, em decorrência de pressões provenientes do processo de industrialização, os reflexos da difusão cultural exercida pelos países industrializados passaram a ser observados, também, no setor da saúde, com repercussões no ensino médico e na infraestrutura de saúde. Nos anos 50, inicia-se a industrialização da medicina, constatando-se uma ampliação da rede hospitalar com ênfase na atenção médica curativa de caráter individual, na especialização e na tecnificação do ato médico. Na década de 60, estabelece-se o discurso hegemônico da racionalidade que tinha como principal objetivo expandir a assistência curativa no âmbito hospitalar.

A década de 70 foi marcada pelo fortalecimento do setor saúde como um novo setor industrial quando a produção de equipamentos e fármacos passou a absorver grandes quantias da renda do país.

Nas últimas quatro décadas o acirrado desenvolvimento tecnológico tem acontecido a uma “velocidade avassaladora que mal conseguimos acompanhá-lo e fazemos uma reflexão profunda dos significados e da importância das várias consequências advindas desse crescente processo de evolução” (MAFTUM, MAZZA & CORREIA; 2004). No entanto, o inegável avanço proporcionado por estas transformações e inovações tecnológicas, que tornam mais fácil a coleta, o armazenamento e o processamento de informações, de forma a melhorar o plano terapêutico e o diagnóstico, a diminuição do tempo gasto com atividades burocráticas, a maior disponibilidade para planejar a assistência - e, portanto, facilitam a atuação dos profissionais e, principalmente, beneficiam o paciente, que a cada dia tem ao seu alcance recursos tecnológicos surpreendentes que possibilitam um diagnóstico e tratamento mais precisos – dividem espaço com dilemas éticos vividos diariamente pelos profissionais de saúde, que podem passar a valorizar mais a técnica e o recurso tecnológico em detrimento do respeito à vida, ao sofrimento do paciente que se encontra fragilizado pelo processo de adoecimento que vivencia (BATISTA ET AL, 2010).

---

\* O conceito de “densidade tecnológica” adotado neste trabalho segue o proposto por Brasil (2007a), segundo o qual o termo se refere a equipamentos e instrumentais médico-hospitalares (tecnologias duras), via de regra de alto custo.

Arone; Cunha (2007) complementam ainda que o desenvolvimento tecnológico, associado ao trabalho e às formas de organização da produção, podem dificultar as relações humanas, tornando-as objetivas, individualistas e calculistas, enfim, tornando-as frias e distantes, fazendo com que o paciente possa se sentir abandonado, insignificante, invisível, apenas como parte de uma engrenagem.

A humanização da assistência, dentro deste contexto, torna-se complexa, já que os recursos tecnológicos aumentam cada vez mais, podendo dificultar as relações humanas, de forma a propiciar a supremacia da técnica sobre o aspecto afetivo situacional, caracterizando uma abordagem tecnicista, o que facilitaria o esquecimento de que está se cuidando de pessoas (FERREIRA; 2007).

O conceito de humanização parece, destarte, anacrônico ao processo de desenvolvimento tecnológico, vez que a tecnologia, que é determinante para aumentar a sobrevivência humana e para a diminuição drástica do sofrimento devido aos males que acometem a saúde, pode tornar-se um intermediário que afasta os profissionais do contato mais próximo e mais demorado com o paciente, não só porque agiliza o atendimento e aumenta a produtividade contada em números, mas também porque fascina e captura o interesse dos profissionais (RIOS; 2009).

Neste contexto, os profissionais de enfermagem, como um grupo profissional expressivo do setor, tanto quantitativamente, quanto na sua importância e participação nos processos na área de saúde, sofrem direta e cotidianamente o impacto desse descompasso, principalmente porque o discurso de abordagem humanística da profissão centra-se sobre o cuidado, enfocando o cuidado humano na interação estabelecida entre o profissional (que cuida) e o paciente que participa deste cuidado (ARONE, CUNHA; 2007).

O processo de cuidar está diretamente relacionado a uma ação que ocorre entre dois ou mais indivíduos, gerando, direta ou indiretamente, algum tipo de relação interpessoal. Ele abrange diversos aspectos cotidianos, tornando possível uma dinâmica de troca entre o cuidador e a pessoa que recebe o cuidado, estabelecendo assim uma experiência recíproca. Portanto, o ato de cuidar envolve uma ação interativa, visando a melhoria do estar físico do indivíduo, sua integridade moral, sua dignidade e sua individualidade enquanto pessoa (SOUZA et al; 2006).

Na prática de enfermagem, o processo de cuidar pode se traduzir na sua prática cotidiana assistencial, explicitada nas concepções, idealizações e planejamento das ações de cuidado rotineiro e supervisões do seguimento, nos protocolos de atenção estabelecidos, como base de seu trabalho, na maneira de fazer os cuidados e ajudar os pacientes a solucionar seus



desconfortos. Estas ações consistem, inclusive, em recepção e entrega de turnos assistenciais, administração de medicamentos, mensuração de sinais vitais, registros clínicos de enfermagem e encaminhamento de pacientes, dentro de uma visão holística e de forma a dar conta das necessidades de saúde identificadas, planejamento e realização das ações, na perspectiva do cuidado individualizado (WALDOW, LOPES & MEYER; 1995).

Principalmente em ambientes hospitalares – que apresentam uma maior expressão de equipamentos de alta tecnologia - não é raro defrontar com excelentes técnicos, conhecedores exímios de aparelhos que eles manipulam com maestria, mas iniciantes na arte de confortar, de ir ao encontro das pessoas sofredoras que perdem sua identidade e são identificadas friamente como um caso ou como um número (BARRA et al; 2006).

Neste cenário, em que nem sempre os profissionais de enfermagem se reconhecem enquanto atores integrantes do processo do cuidar, aparentemente existe cada vez menos espaço para afetividade e interação sujeito-sujeito e a interface do cuidado parece ainda mais antagonica em ambientes como Unidades de Terapia Intensiva (UTI), unidades que se destacam no uso de tecnologias duras na assistência de enfermagem, pois estas encontram-se presentes no ambiente de trabalho de várias maneiras: monitores multiparamétricos, respiradores artificiais, marcapassos, próteses, bombas de infusão, etc.

Em serviços de maior densidade tecnológica, como é o caso das UTIs, o enfermeiro depara-se constantemente com a necessária e difícil tarefa de harmonizar as tecnologias e a interação mais próxima do paciente. A existência de tecnologias duras pode, assim, colocar em risco a construção do espaço do cuidado humanizado pela equipe de enfermagem, já que, pelo fato de haver possibilidade de monitoramento contínuo e menor contato e relação com o paciente, os profissionais podem deixar de lado as relações interpessoais e a percepção de que outro ser encontra-se sob sua responsabilidade, aspectos primordiais na dimensão do cuidado humanizado.

Ambientes com grande densidade tecnológica, embora dinamizem significativamente a assistência de enfermagem, podem diminuir a presença do profissional lado a lado do paciente, a observação minuciosa, o acompanhamento de sua evolução, a ampliação do conhecimento acerca de sua vida e hábitos, fatores necessários ao próprio exercício da profissão e do cuidado. Podem, inclusive, contribuir para a assistência superficial ou mesmo apressada e desatenta às emoções e necessidades do paciente, configurando não só uma falha ética, mas também, negligência, o que pode provocar danos no paciente e o fracasso do tratamento (BRASIL; 2006).

O excessivo apreço pela tecnologia, pelo consumismo e pelo tecnicismo, nesta conjuntura, pode colocar os valores humanos em xeque: ao mesmo tempo em que se pode usufruir de tecnologias avançadas, as relações humanas declinam e, da mesma forma, a ética nos relacionamentos. O cenário da modernidade pode tornar os relacionamentos cada vez mais distantes, limitados por interesses distintos, banalizados a ponto de ignorar valores, sentimentos, emoções e desejos (BETTINELLI; 2002).

Com base nas considerações apresentadas, este estudo procurou responder a seguinte questão: como se configura o cuidado de enfermagem, tendo em vista a perspectiva da humanização em saúde, em duas realidades de distintas densidades tecnológicas?

Trata-se, neste estudo, da análise das práticas de cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar, comparando contextos assistenciais de menor e maior densidade tecnológica (como o ambiente da UTI, em que a tensão entre procedimentos tecnológicos e práticas de cuidado oferecem evidências importantes para investigação).

O estudo se justifica pela necessidade de se avaliar em que medida a densidade tecnológica incide sobre o cuidado de enfermagem prestado ao paciente e as associações entre o uso destas tecnologias e o cuidado desumanizado, de modo a diminuir o descompasso entre estas duas instâncias e apontar elementos que possam melhorar a qualidade da assistência e do cuidado de enfermagem.

Considera-se que a temática abordada é especialmente relevante tendo em vista o desafio que se apresenta no cenário atual da prática de enfermagem, particularmente, no contexto hospitalar, em integrar e harmonizar o desenvolvimento tecnológico na área com o compromisso de prestação de um cuidado humanizado. Este último requer habilidades relacionais e comunicacionais e disposição para travar interações que inspirem confiança. Os resultados do estudo podem oferecer contribuições para o ensino, para a pesquisa e, sobretudo para a prática de cuidar em unidades hospitalares, especificamente as unidades de cuidado intensivo e emergências - ambientes que apresentam alta densidade tecnológica, podendo, portanto, balizar novas estratégias e políticas assistenciais de enfermagem.

O meu interesse pela temática das tecnologias em saúde e seu reflexo no cuidado de enfermagem iniciou-se quando - em campo de prática nas unidades de terapia intensiva e emergência do Hospital Geral Clériston Andrade, em Feira de Santana (ainda na graduação como enfermeiro) -, pude observar a inquietante interação - e por vezes a falta desta - dos profissionais de enfermagem com os pacientes que necessitavam de monitoração contínua e que tinham à sua disposição um grande número de equipamentos médico hospitalares, como monitores multiparamétricos, ventiladores pulmonares, etc. Estes pacientes pareciam carecer

de um olhar ainda mais abrangente e humano, vez que já se encontravam em ambiente hospitalar – portanto repleto de fatores estressantes: aparelhagens múltiplas, falta de privacidade, grande acúmulo de tecnologia, distanciamento social e desconforto - e, cada vez mais, “coisificar-se”, “desubjetivar-se” para a equipe de enfermagem, a ponto desta mecanizar o cuidado e o paciente parecer tornar-se aparato tecnológico, não se percebendo até onde ia a máquina e tinha início o ser humano.

As indagações que me ocorreram à época têm a ver com a ideia de que a emergência da ação tecnológica poderia favorecer a condução das ações do enfermeiro orientadas apenas pelo saber tecnológico e pelas informações originadas do maquinário, de forma a diminuir aspectos mais subjetivos ligados ao cuidado humanizado. Estas ideias poderiam ser traduzidas pelos pensamentos de Silva apud Barra et al (2006) quando questiona: onde termina, hoje, o humano do corpo e começa a máquina? Ou, talvez, fosse melhor inverter a pergunta, sobretudo na área da saúde: onde termina a máquina e começa o humano? Ou, será que ainda se pode cuidar do humano sem a interposição da máquina? Se desconectar das máquinas e equipamentos e deixar de implementar a multiplicidade de procedimentos e técnicas tecnologicamente fundamentadas que povoam e configuram os ambientes de trabalho, ainda se pode ser um enfermeiro que promove cuidados?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Comparar percepções e práticas do cuidado de enfermagem, sob a perspectiva da humanização em saúde, em duas realidades ou serviços hospitalares distintas: com baixa e alta densidade tecnológica.

### **2.2 Específicos**

- 1) Descrever percepções relacionadas ao cotidiano do serviço de Enfermagem nos dois ambientes hospitalares selecionados, respectivamente, com baixa e alta densidade tecnológica;
- 2) Caracterizar a prática do cuidado de enfermagem nos dois ambientes hospitalares estudados;
- 3) Comparar a humanização do cuidado nos dois contextos, discutindo fatores que favorecem ou que limitam o cuidado humanizado de enfermagem.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Humanização em Saúde

Partindo para uma contextualização histórica, a concepção de “humanismo” surge na atmosfera de ebulição do Renascimento, paralela ao nascimento da ciência moderna, instaurando a noção da dignidade humana e erigindo a realização do potencial natural do ser humano como meta intelectual. A partir de então, irá progressivamente consolidar-se na mentalidade pós-renascentista uma direção de vontade, impelindo à manipulação e modificação da natureza, a convicção crescente de que a única restrição cabível ao empenho humano é aquela estabelecida por sua própria decisão (MINAYO, ALEKXANDROWICZL; 2005). Silva (2001) escreve que os valores humanos influenciados pelo naturalismo da era pré-socrática inauguraram uma nova tendência filosófica, tendo o homem como centro do universo e, o princípio humano como centro motor cultural e científico, denominado humanismo. Sob a influência do humanismo, Hipócrates desenvolveu a arte de curar numa época em que a relação médico-paciente fundamentava-se na amizade e na qual predominava a confiança do paciente na medicina e no médico.

O processo de massificação da sociedade industrial, com valorização da ciência e tecnologia em detrimento do homem e de seus valores, ocorreu de maneira inconsciente e sem propósito em vários setores da sociedade, inclusive no setor saúde. Com isso, torna-se imprescindível, no processo de humanização, uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos limites a serem transpostos.

A humanização pode ser um objeto de distintas interpretações, sendo que o cuidar está diretamente envolvido em suas singularidades. Segundo Zoboli (2003) pg 38:

(...) cuidar é mais do que um ato ou momento de atenção, zelo e desvelo. É uma atitude. E por atitude, nessa situação, entende-se a fonte geradora de muitos atos que expressam a preocupação, a responsabilização radical e a aproximação vincular com o outro. Cuidar, portanto, configura uma atitude que possibilita a sensibilidade para com a experiência humana, reconhecendo o outro como pessoa e sujeito (...)

Humanização, como espaço ético, requer, então, o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais. Nesse processo, o profissional de saúde, possivelmente, terá condições de compreender sua condição humana e sua condição de cuidador de outros seres humanos, respeitando sua condição de sujeito, sua individualidade, privacidade, história, sentimentos, direito de decidir quanto ao que deseja para si, para sua saúde e seu corpo. Pessini (1996) cita que a ética passa a ser o elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e profissionais, constituindo a base do processo de humanização.

O conceito de humanização pode ser traduzido ainda como uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, da família e da equipe. Então, humanizar é individualizar a assistência frente às necessidades de cada um. Sobre o mesmo tema, Rios (2003) escreve que é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e sócio culturais de pacientes e profissionais da área de saúde, importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento.

A humanização pode, então, ser traduzida como um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de saúde, através de interações mais simétricas entre todos envolvidos nesse processo e do estabelecimento de uma relação adequada entre profissionais e pacientes do setor saúde (HOGA; 2004). A partir daí, a humanização torna-se um desafio social nos aspectos da cultura organizacional, nas relações assimétricas entre profissional-paciente e na hegemonia de uma objetividade científica utilitarista (HOGA; 2004).

O processo de humanização é um movimento crescente e fundamental. É considerado campo estratégico de aplicação de conhecimentos voltados para a promoção da qualidade de vida dentro do sistema de saúde. Constatam-se algumas direções fundamentais dessa preocupação com a humanização e satisfação do paciente, aparecendo de diversas maneiras, focado, sobretudo, em uma crítica à tecnologia e como tentativa de criar um "capitalismo humanizado" através da busca de uma essência humana perdida. Existe ainda, como um movimento de restauração moral, através de um processo de organização institucional, que valoriza a escuta no ato assistencial e os direitos sociais (DESLANDES; 2004).

O movimento humanizador procura articular coerentemente, numa perspectiva transformadora, tudo o que haja de positivo em cada uma das inúmeras novas experiências e

contribuições, em diferentes atividades. Essa definição implica em uma conceituação preliminar da essência do homem anterior à sua existência prática, o que pode acarretar paradoxalmente a exclusão de certos seres humanos da humanidade. Por isso, em defesa do ser humano, o humanismo tradicional foi tão atacado por propostas filosóficas que "podem ser indiferentemente qualificadas de anti-humanismo - pelo fato de recusarem a situação à qual o homem chega historicamente - e de humanismo - pelo fato de proporem um dever mais digno para o ser humano" (DESLANDES; 2004).

Ainda para Deslandes (2005) a proposta da humanização também está inserida na perspectiva qualitativa onde há o respeito à diferença, a valorização do protagonismo dos sujeitos (profissionais e pacientes) e a centralidade da comunicação. Há um crescente debate relacionado com a qualidade da assistência prestada na saúde. Esta qualidade refere-se ao emprego da tecnologia e da ciência de forma adequada dentro de uma interação entre profissionais e pacientes. O conceito de humanização da assistência, apesar da polissemia, pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada e significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes, além de fazer surgir novas práticas cuidadoras (PUCCINI, CECILIO; 2004).

No contexto hospitalar, a humanização reflete em toda estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valorizando e respeitando pacientes e profissionais de saúde, de forma a garantir um atendimento de elevada qualidade. Quando se define a humanização hospitalar como expressão da ética, a filosofia da instituição necessita convergir para a construção de estratégias que contribuam para a humanização do/no trabalho. Tais estratégias devem contemplar o estímulo à participação e à comunicação efetiva, mantendo a qualidade na relação dos gestores com todas as categorias profissionais, dos profissionais entre si e desses com os pacientes. Por consequência, aumenta a necessidade de se manter as relações em um plano horizontal, diferentemente da realidade vertical originário no cenário da saúde. Essa alteração de plano deverá ser pautada na liberdade de ser, pensar, falar, divergir e propor, através do exercício da autonomia, ou seja, da relação sujeito-sujeito, valorizando tanto a pessoa que cuida quanto a que está sob cuidado profissional (BACKES, et al; 2006).

Neste prisma, direcionando a humanização para uma perspectiva filosófica, baseando-se na reconstrução de interpretações, linguagens, formas de ser e de interagir, a mesma pode ser considerada como uma interação entre uma construção livre das práticas de atenção à saúde e a manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização. Dessa forma, estará permitindo uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades (AYRES; 2005).

### **3.2 Humanização na agenda das políticas públicas de saúde**

No sentido de reforçar, ampliar e disseminar a humanização nos hospitais, o Ministério da Saúde criou, em 2000, o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL; 2002a).

O PNHAH surge como uma tentativa de enfrentar os problemas relativos à má qualidade nas várias áreas do atendimento hospitalar, voltando-se para as necessidades de pacientes e profissionais. Incentiva o acolhimento das pessoas, a promoção de uma cultura de respeito e valorização humana no cuidado aos pacientes e a ampliação da qualidade técnica da assistência (BRASIL; 2002a).

O Ministério da Saúde promoveu encontros em forma de oficinas regionais e nacionais que favoreceram o processo de mobilização de parte dos trabalhadores e pacientes em prol de uma política de humanização. Desse processo resultou o documento oficial da PNAH, que definiu a humanização como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL; 2002b). O documento evidencia a proposta da humanização do SUS pautada pelo princípio do direito à saúde com qualidade. A qualidade aqui não está reduzida ao bom atendimento e cordialidade, mas ao conjunto de condições que possibilitam ao paciente ter assegurado o acesso a serviços de saúde e ter seus problemas de saúde atendidos com grau satisfatórios de resolução.

Para o Ministério da Saúde, humanizar o atendimento não é somente chamar o paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, é ir, para, além disso, compreender seus medos, angústias, incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanente. Humanizar também é, além do amparo fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente, e valorizar, no sentido antropológico e emocional todos os elementos implicados no evento assistencial. Na realidade, “a humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre pessoas” (BRASIL; 2002b).

Na abordagem do manual do PNHAH humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de 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 o que nos desumanizamos reciprocamente. Sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nosso semelhante. (BRASIL; 2002b).



Em 2003, no primeiro ano do Governo Lula, o PNHAH foi extinto e substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH) - Humanizadas. Essa política faz parte do esforço para melhorar o sistema público de saúde e torna-se tributária do contexto da reforma sanitária, inaugurada na década de 80 e formalizada na Constituição de 1988, que visa assegurar o direito universal à saúde no país.

A preocupação em efetivar uma política de humanização nos serviços de saúde, em substituição ao programa até então vigente, ocorreu como forma de transcender a fragmentação das ações entre os diversos níveis de assistência, expandindo aquelas voltadas à humanização para todas as instâncias do SUS.

Tal iniciativa engloba ações integradas que viabilizam a melhoria na qualidade e eficácia dos serviços prestados, objetivando o aprimoramento das relações interpessoais. As ações humanizadas, nesse sentido, visam à integração da eficiência técnica científica, a ética, o respeito e as necessidades dos pacientes. Inicialmente, esse programa aborda a humanização como um todo, isto é, não há um direcionamento para atividades específicas como das unidades de cuidados intensivos. Seus princípios norteadores, resumidamente, constituem em: valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e de sujeitos; fortalecimento do trabalho em equipe; e atuação de modo cooperativo (BRASIL; 2004).

A criação de tal proposta partiu da iniciativa do Governo Federal ao identificar um número significativo de queixas dos pacientes referentes aos maus tratos nos hospitais; queixas estas mais valorizadas do que a falta de médicos, de espaço nos hospitais, de medicamentos, entre outras (BRASIL; 2004).

A singularidade de tal acontecimento constitui uma peça fundamental e estrutural na defesa dos princípios do direito à saúde. Integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo novo princípio, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde (DESLANDES; 2004).

A dimensão transversal da Política de Humanização em Saúde no SUS implica, necessariamente, para sua efetuação, um construir coletivo como afirmada por diversos autores. Mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes, articulá-los e, a partir daí, propor diretrizes, traçar objetivos e definir estratégias de ação na sua estruturação e composição. Há necessidade de constante comunicação com as especificidades da área de saúde para que tudo possa ocorrer de forma transversal em sua prática. Estas especificidades e o próprio significado da humanização há muitos anos vem sendo elaborado por diversos

autores, sempre as relacionando, de algum modo, a aspectos relacionais dos atores sociais envolvidos.

Para Collet e Rozendo (2003) os desafios do processo de humanização da assistência e das relações de trabalho a serem enfrentados pela profissão são, obviamente, inúmeros e, não raro, depara-se em problemas estruturais, financeiros, gerenciais e também relacionais, envolvendo, também, as relações e alterações promovidas por novas tecnologias.

Minayo (2004) salienta que a humanização do setor saúde significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações. Requer ainda um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo uma nova postura ética que permeia todo o processo de trabalho em saúde.

Segundo Oliveira, Collet e Viera (2006): o propósito de humanizar, no caso da saúde, implica aceitar e reconhecer que nessa área e nas suas práticas, em especial, subsistem sérios problemas e carências de muitas das condições exigidas pela definição da concepção, organização e implementação do cuidado da saúde.

Ainda para Minayo (2006), a humanização necessita do aporte indiscutível da ciência e da tecnologia, pressupõe investimentos financeiros, mas, acima de tudo, precisa contar com uma persistente proposta de sensibilização das pessoas. A sensibilização da intersubjetividade na relação é um desafio sofisticado, pois não pode ser contida nas normas (embora as pressuponha), uma vez que, em última instância, ela se dá no encontro singular de duas pessoas cujo nível de profundidade só poderia ser expresso por um poeta como Fernando Pessoa: “O que em mim sente está pensando”.

Tais desafios implicam em superação da relevância dada à competência tecnocientífica em detrimento da humanização; a superação dos padrões rotineiros, arraigados, cristalizados de produzir atos em saúde; a superação dos modelos convencionais de gestão; superação dos corporativismos das diferentes categorias profissionais em prol da interdependência e complementaridade nas ações em saúde; a construção da utopia da humanização como um processo coletivo possível de ser alcançado e implementado, construído, inclusive, nas ações corriqueiras do dia a dia.

### **3.3 Humanização do cuidado da enfermagem**

Na enfermagem, embora de forma indireta, a humanização do paciente foi enfocada no Século XIX por Florence Nightingale (1859). Em seu livro de título “Notas Sobre Enfermagem”, em vários momentos, ela sugere maneiras para o melhor restabelecimento dos pacientes através da adoção de medidas ambientais proporcionadas pelas enfermeiras. Através

dos seus escritos, percebemos que naquela época, ainda que o foco principal da assistência fosse o ambiente, a humanização já estava implícita na atuação da enfermagem (MATSUDA; 2003).

A enfermagem era considerada o centro da assistência humanizada, o que era encarado como algo natural, inerente à profissão, já que ela englobava atributos como amor, compaixão, tolerância, benevolência, dedicação, compreensão, respeito ao próximo, valorização do homem, de seus problemas e aspirações e, principalmente atenção ao elemento espiritual (OLIVEIRA, KRUSE; 2006).

Discutir "humanização" na enfermagem é falar de seu instrumento de trabalho: o cuidado, que "se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência constitui-se em uma atitude humanizada" (RIZZOTO; 2002), apoiando o cuidado numa relação inter-humana.

Segundo a teoria de Watson (TALENTO; 1993), o cuidado é apresentado como a essência de enfermagem, sendo o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade, conotando a sensibilidade entre o enfermeiro e a pessoa, devendo aquele co-participar com esta. Para esta teórica, o enfermeiro precisa explorar a necessidade de começar a sentir emoção quando se faz presente, pois, para ele, é através do desenvolvimento do próprio sentimento que alguém pode, realmente, e de modo sensível, interagir com os outros (TALENTO; 1993). Desta maneira, quando o enfermeiro tenta aumentar sua sensibilidade, torna-se, conseqüentemente, mais autêntico.

As palavras cuidar e cuidado originaram-se de cogitare (latim) e cogitar (português), cuja definição, segundo Boff (1999), é cuidar do outro. Etimologicamente, identificamos que até o século XIII, cogitare e curare tinham o mesmo significado. As palavras sinônimas referiam-se à inteligência, à vontade, ao pensar e ao sentir. Com o passar do tempo, o uso de cogitare foi sendo substituído por pensare, por ter um sentido mais categórico. Por outro aspecto, os significados de cogitare se expandiram, assumindo os sinônimos esperar, temer, estar preocupado ou ser solícito, vinculando-se a significações de caráter emocional. Outrossim, essa palavra passou a representar um sentido de atenção, carinho, angústia, ansiedade, paixão e preocupação.

De acordo com Heidegger (1989), o cuidado está enraizado no ser humano acompanhando todas as suas ações por intermédio dos sentimentos de querer e desejar, que são características humanas fundamentais. Porquanto, o cuidar engloba características do ser humano, de seu relacionamento, de sua existência e de sua evolução.

Boff (1999) contribuiu com várias publicações que enfatizam o cuidar e o descreve como um modo de ser, ou seja, a maneira como a pessoa humana se estrutura e se realiza no

mundo com os outros, demonstrando um valor maior que um simples ato único. Enfatiza as relações que se estabelecem entre os indivíduos, instituindo a existência e a convivência do ser, permitindo que esses indivíduos estruturem suas próprias consciências e identidades.

Nessa visão, segundo Souza et al. (2005), o ato de cuidar compreende agir com desvelo, solicitude, empenho, zelo e carinho. Tanto no âmbito pessoal como no social, o cuidado destaca-se pela ação de colocar-se no lugar do outro e na maneira de se relacionar com o outro em momentos específicos da vida em que se exigem atitudes pessoais em relação ao próximo, como ao nascer, adoecer e morrer.

O cuidado de enfermagem, na concepção de Watson (2002), pode ser, e é físico, processual e real, mas no mais alto nível da enfermagem, as respostas ao cuidado humano, suas transações e a presença dos enfermeiros na relação, transcendem o mundo físico e material, presos no tempo e no espaço, e fazem contato com um mundo emocional e subjetivo da pessoa. Esta concepção enseja algumas premissas básicas para a ciência do cuidado em enfermagem, quais sejam: o cuidado é demonstrado de maneira interpessoal; consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação das necessidades humanas; quando eficiente, promove saúde e crescimento individual; as respostas do cuidado aceitam as pessoas como elas são e como podem vir a ser; o ambiente do cuidado deve proporcionar o desenvolvimento do potencial humano, ao mesmo tempo em que deve permitir suas escolhas; o cuidado é mais gerador de saúde do que curativo; e a prática do cuidado é fundamental à enfermagem. Para ela, o cuidado deve proteger engrandecer e preservar a dignidade humana (TALENTO; 1993).

Ainda segundo Boff (1999), a prática de enfermagem abarca o amplo universo da subjetividade humana, tanto de quem cuida, quanto de quem participa e necessita de cuidado. Nesta dimensão é que se dão, fundamentalmente, as repercussões do agir interpessoal dos profissionais de enfermagem.

A acepção da palavra cuidado tem sido amplamente discutida nas disciplinas de filosofia e enfermagem, que buscam elementos para refletir acerca de um processo existente há muitos anos. Na enfermagem, o cuidar é concebido como altruísmo, tendo o sentido de cuidar do outro, diferenciando-se, assim, da medicina, que emprega o cuidar no sentido de curar. Nesse contexto, o cuidado de enfermagem se delinea por meio da busca primordial em promover e preservar a vida do ser humano, visando a ampará-lo na dor e no sofrimento diante da doença, assim como na procura do bem-estar e conforto, necessários à conservação da dignidade humana. Assim, “prestar cuidado, quer na dimensão pessoal quer na social, é uma virtude que integra os valores identificadores da profissão da enfermagem” (SOUZA et al; 2005). Waldow (1998) identifica como razão prioritária em enfermagem o alívio do

sofrimento humano, ao preservar atitudes que mantêm a dignidade, ao facilitar os meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer.

A hospitalização pode se tornar um processo difícil para o indivíduo, sendo o cuidado de enfermagem essencial, uma vez que permite estabelecer intervenções terapêuticas centradas no assistido. Dessa forma, torna-se possível a redução de ansiedades, medos e desconfortos vividos pelo ser cuidado, além da promoção e recuperação do seu estado de debilidade, por meio de uma relação interpessoal enfermeiro-assistido (GONZAGA, ARRUDA; 1998).

Assim sendo, cabe notar que o cuidar se constitui de forma direta ou indireta pelos profissionais. Waldow, Lopes e Meyer (1995) consideram que o *cuidado direto* engloba os comportamentos e ações empreendidos junto ao assistido. No Brasil, esse cuidado continua sendo realizado também pelos profissionais técnicos e auxiliares, embora a Lei nº 7.498/86 do Exercício Profissional de Enfermagem (1987) disponha, em seu artigo 11º, que ao enfermeiro incumbe privativamente cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida. O enfermeiro também se ocupa com o planejamento e coordenação das ações do cuidar, considerados aqui como cuidados indiretos. Diante disto, a realidade apresenta ações de cuidado direto realizado geralmente por parte dos técnicos e auxiliares e de cuidado indireto efetuado essencialmente por parte dos enfermeiros.

Tanto no cuidado direto como no indireto, o enfoque é sempre o assistido, o ser que necessita de cuidado, ou seja, o seu bem-estar. Destarte, nas atividades de administração, coordenação, planejamento, registro e assistência, a equipe de enfermagem se unifica, gerando um ambiente que proporciona o cuidado. O processo de cuidar ocorre independentemente da cura, e seus propósitos, dentro da enfermagem, são, conforme Waldow (1998), aliviar o sofrimento humano e manter a dignidade do ser cuidado. Consequentemente, o cuidado na área da enfermagem resulta da convergência entre as ações profissionais direcionadas ao bem-estar do indivíduo, efetivando-se por meio de atitudes intuitivas e cognitivas advindas até mesmo de outras ciências. Ou seja, ele se caracteriza pela interação terapêutica existente entre enfermeiro e assistido, com embasamento nos conhecimentos empíricos, pessoais, éticos, estéticos e políticos (SOUZA et al; 2005).

O cuidado humano prioriza o eu como ser existencial e a sua condição de estar inserido num contexto maior, pois o cuidar de si, dos outros e do universo está diretamente relacionado à preservação da vida e da dignidade humana. Assim, tendo essa atitude como compromisso, é que se chegará ao bem-estar geral, que permite uma construção sensível da história, do conhecimento e da vida (WALDOW; 1998).

Esse processo exige do enfermeiro habilidades e destrezas afetivas, cognitivas e motoras para observar, valorar, decidir, realizar e interagir com a equipe multiprofissional. Faz-se necessário o conhecimento das ciências biológicas, sociais e até mesmo das questões comportamentais.

Praticar o cuidado envolve respeitar a individualidade do Ser Humano e construir “um espaço concreto nas instituições de saúde, que legitime o humano das pessoas envolvidas”. Assim, para cuidar – “de forma humanizada” -, o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação. Neste contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante à prática do cuidado (BARBOSA, SILVA; 2007).

Assim, cuidar é usar da própria humanidade para assistir a do outro - como ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção, com um coração consciente, que com seu espírito intui e comunga. Falamos, portanto, de seres pensantes, dotados de dignidade, a serem cuidados em sua totalidade. A recíproca é verdadeira, quando o outro em sua humanidade cuida da minha. Logo, o cuidado está apoiado numa relação inter-humana. Nessa relação, conforme destaca BUBER (2004), a presença do ser deve ser autêntica. Nela há um encontro, único, atual, em reciprocidade. No mundo Eu-Isso há a atitude objetivante, e o termo usado para ele já não é relação, mas relacionamento, posto que, relação implica vinculação, caracterizando relação dialógica e relacionamento traz o sentido mais próximo de convivência, de comunicação caracterizando Eu-Isso. Essas duas atitudes são distintas, e o ser humano toma uma ou outra alternadamente (BUBER, 2004).

Há quatro aspectos essenciais para a relação Eu-Tu (BUBER; 2004) e, portanto, essenciais à prática do cuidado: reciprocidade, presença, imediatez e responsabilidade. A reciprocidade é a dupla ação mútua, quando a palavra da invocação recebe a resposta. Ela vem do e no encontro face a face, quando nenhum meio se interpõe entre os parceiros, idéias prévias, fins ou antecipações. A relação é imediata, direta; portanto na presença e não na representação.

Podemos, enfim, sintetizar o conceito de cuidado em enfermagem através das considerações realizadas por Souza et al (2005): “O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser”.

A partir da análise dos conceitos abordados, é possível afirmar que o cuidado de enfermagem é um processo vivencial que, permeando todas as ações do profissional, está alicerçado nas suas experiências enquanto ser-no-mundo que existe acontecendo com e para o outro. É o envolvimento existencial do cuidador com o ser cuidado, onde ambos vivenciam e compartilham o encontro de cuidado, reconhecendo suas singularidades. A enfermagem vem buscando progressivamente constituir-se em uma profissão humanística, centrando o foco da atenção no cuidado ao ser humano, em toda a sua dimensão.

Assim, da interpretação dos discursos, neste estudo, e a partir do proposto por Waldow (2007; 2011) e Celich (2003) poderíamos resumir que uma assistência de enfermagem humanizada estaria embasada nas seguintes dimensões: 1) Cognitiva (conhecer e compreender as dimensões e implicações do cuidado humanizado); 2) Ético profissional (agir profissionalmente na presença do outro; mostrar afeição; tentar despertar a confiança; manter postura ética; promover segurança; garantir sinceridade e reciprocidade); 3) Respeito ao paciente na sua singularidade (compartilhar vivências; dar espaço à intersubjetividade no cuidado; garantir a afirmação da identidade do ser; preservar a autonomia do paciente; respeitar suas singularidades; estimular a autopercepção; respeitar crenças, valores e cultura) e 4) Relacional dialógica (praticar o toque afetivo e terapêutico; sentir e reconhecer o outro; dialogar; escutar; observar atentamente).

A concepção do termo “cuidado”, como vista, está intimamente relacionada com a abordagem humana, de forma holística e transpessoal, e alguns autores, inclusive, fazem a sua equiparação ao termo “humanização da assistência de enfermagem”. É impossível dissociar o cuidado da interação com o outro, do olhar acurado, do ouvir atento, do toque humano... As deturpações e assimetrias relacionadas ao tema, dentro de um contexto de “desumanização da assistência” poderiam também ser denominadas como “não cuidado” ou “descuidado” (ABEN; 1987). Esta “desumanização do cuidado” tem como um dos seus principais atributos o desinteresse do profissional ao executar procedimentos sem a devida atenção e respeito ao ser humano. (GONZAGA, ARRUDA; 1998).

Atitudes de “desumanização do cuidado”, dentro desta lógica, poderiam corresponder a atitudes rudes, impessoais, desatentas, pobres em afetividade e relação profissional/paciente, com a minimização ou exclusão de espaços de afetividade e vínculo entre o profissional e o ser cuidado (CORBANI, 2009). Percebemos, pelo discurso, que a incorporação das novas tecnologias, quando realizada sem critério e de forma a não fomentar espaços de discussão e raciocínio acerca desta tecnologia, pode imprimir mudanças gradativas nos cuidados prestados pelo enfermeiro. Isso, por vezes, pode gerar condutas ambivalentes de

maior proximidade ou afastamento do paciente, configurando, portanto, a desumanização da assistência prestada.

Compartilhando da opinião que a tecnologia desenvolvida deve estar a serviço do homem e, especialmente presente no contexto hospitalar, é imprescindível que ela seja dominada pelos profissionais, como garantia de uso seguro e eficaz, sem gerar estresse para quem a utiliza ou a opera, possibilitando que valores humanitários prevaleçam na assistência prestada.

Assim, a incorporação das tecnologias de ponta nos cenários de assistência pode implicar num redimensionamento do espaço do cuidado, com repercussões diretas no trabalho dos enfermeiros, na medida em que traz mais uma atribuição para estes que, além de cuidarem do paciente, devem controlar a(s) máquina(s) e todo o arsenal de equipamentos e artefatos inerentes a determinadas terapias. E embora pensemos que a tecnologia deva ser utilizada na prática hospitalar como uma ferramenta auxiliar no cuidado de enfermagem, que supre as necessidades crescentes do aumento da complexidade do cuidado oferecido pelos enfermeiros e possibilita a prestação de um cuidado de qualidade, com obtenção de maior eficácia, minimizando o tempo gasto na realização dos procedimentos, por outro lado, é preciso pensar sobre os efeitos que o avanço tecnológico remete (SILVA, FERREIRA; 2009).

Enfim, o fenômeno tecnologia em saúde, pela complexidade e demandas diferenciadas que por vezes traz no manejo do cuidado ao paciente, faz com que haja necessidade de que os profissionais pensem, reflitam, discutam e troquem experiências sobre o cuidado ao paciente em um ambiente tecnológico, buscando-se evitar o cuidado desumanizado.

Torna-se necessário, portanto, que reflitamos seriamente acerca de nossas ações e interações no contexto dos serviços de saúde: o que, como e quando falar; o que, como e quando olhar; como se posicionar; o ato de tocar, não apenas manusear o outro; procurar compreender atentamente a mensagem que o outro tenta transmitir. Esta é, em nosso entendimento, a contribuição maior que a tecnologia, a serviço da saúde, poderia, aliada ao cuidado, nos trazer: o resgate necessário do humano no dia-a-dia.

### **3.4 Tecnologias em saúde: implicações do cuidado humanizado**

Em sua totalidade, a tecnologia abrange não somente os produtos artificiais fabricados pela humanidade, como também os processos de produção, envolvendo máquinas e recursos necessários em um sistema sócio-técnico. Além disso, engloba as metodologias, as



competências, as capacidades e os conhecimentos necessários para realizar tarefas produtivas e os produtos colocados dentro do contexto sócio-cultural (ACEVEDO DÍAZ; 1996).

Ciência e tecnologia incluem, portanto, valores, e não apenas coisas e artefatos, ou mesmo saberes. São tudo isto em complementaridade com o mundo vital, num movimento que só pode adquirir significado na sua dimensão ética e política (ERDMANN et al; 2004).

Também se manifestam na forma de conhecimentos e habilidades, associadas com o uso e a aplicação dos recursos e objetos que os profissionais mantêm e acessam sob uma base diária e progressiva. (MARTINS, DAL SASSO; 2008).

Os conceitos acima apontam uma definição mais abrangente de tecnologia, que pode ser entendida e utilizada de diversas maneiras. Assim, há os que abordam a tecnologia como ciência aplicada, no sentido de técnica em geral e outros que não diferenciam claramente técnica de tecnologia, por exemplo. Por sua vez, a tecnologia ganhou força com a ciência moderna, em cujo sistema teórico coerente e lógico, as conclusões necessitavam de comprovação experimental (ARONE, CUNHA; 2007).

No campo da saúde, as tecnologias são o principal produto do Complexo Industrial da Saúde que envolve um conjunto de indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados para a área (indústrias de base química e biotecnológica e de base mecânica, eletrônica e de materiais) e um conjunto de organizações prestadoras de serviços em saúde (hospitais, ambulatórios e serviços de diagnóstico e tratamento) que são as consumidoras dos produtos manufaturados pelo primeiro grupo, caracterizando uma clara relação de interdependência setorial (GADELHA; 2003).

O conceito Complexo Industrial da Saúde surge ao se pensar à saúde como um espaço de desenvolvimento e não apenas de gasto e alocação de recursos escassos. A saúde é uma fonte de geração de renda, de investimento, de emprego, de inovação e de conhecimento estratégico no contexto de uma globalização assimétrica. Dessa maneira, o Complexo Industrial da Saúde pode ser delimitado como um complexo econômico, a partir de um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços e/ou de conhecimentos e criação de tecnologias (GADELHA; 2003).

A criação de novas tecnologias insere-se no que Mendes Gonçalves (1994) define como desenvolvimento tecnológico, que vem a ser o processo por meio do qual, novos meios de trabalho, mais produtivos (que levam à produção de maior número de produtos em menor espaço de tempo) e ou mais eficazes (que proporcionem resultados capazes de permitir um maior grau de controle do homem sobre a natureza) são criados através do conhecimento científico, e, sobretudo, do novo conhecimento científico sobre as técnicas de produção.

O conceito de tecnologia em saúde abrange qualquer intervenção que pode ser utilizada para promover a saúde. Esse conceito não inclui somente as tecnologias que interagem diretamente com os pacientes, tais como medicamentos e equipamentos (tecnologias biomédicas) e procedimentos médicos como anamnese, técnicas cirúrgicas e normas técnicas de uso de equipamentos (que em conjunto com as tecnologias biomédicas são chamadas de tecnologias médicas), mas também os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com saúde são oferecidos (BRASIL, 2009).

No contexto da Portaria Nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005, considera-se tecnologias em saúde: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2010).

As tecnologias em saúde são diferenciadas das outras, pois após a invenção, para que esta se torne uma inovação e tenha potencial para entrar no mercado, é necessário maior aproximação entre pesquisadores, profissionais de saúde e empresas para conseguir produzir a tecnologia em questão (NOVAES; 2006).

Esta peculiaridade deve ser contemplada constantemente no cotidiano dos estabelecimentos de saúde no sentido da busca de resultados mais efetivos das ações, de forma a evitar a estagnação dos profissionais ou a prática de ações de saúde vazias de significado ou insuficientes para a satisfação dos pacientes.

Merhy (2002) classifica as tecnologias envolvidas em saúde como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Em sentido ampliado, o Office of Technology Assessment dos Estados Unidos da América (OTA - Escritório de Avaliação de Tecnologia), classifica as tecnologias médicas ou de saúde em drogas, equipamentos médicos e demais dispositivos (chamadas por Merhy de tecnologias duras), procedimentos médicos e cirúrgicos usados no cuidado médico (tecnologias leves-duras ou “densas”) e os sistemas organizacionais de atenção médica e de apoio mediante os quais este cuidado é dispensado (tecnologias leves) (BRASIL; 2007).

No Brasil, a entrada maciça de novas tecnologias em saúde se deu principalmente a partir da década de 1990 e foi amplamente estimulada pela redemocratização do País, pelo

crescimento dos nossos índices de desenvolvimento econômico e social, bem como pela existência de um sistema de saúde público e universal que assiste a mais de 190 milhões de habitantes, o que oferece escala importante para o mercado. Alia-se a isso um ambiente regulatório estável, com algumas normatizações definidas que permite o desenvolvimento dos negócios (BRAZIL; 2011).

Merhy (2002) destaca que a reestruturação produtiva na área da saúde, no Brasil, acompanhou as interações que o modelo médico hegemônico vem sofrendo pelas mudanças operadas pela introdução de novos equipamentos. Essa entrada de equipamentos não anula momentos singulares do trabalho em saúde, insubstituíveis como as dimensões típicas da produção do ato cuidador e das interações gerenciais.

O autor salienta que é necessária uma mudança substancial nas configurações tecnológicas, que sustente os processos produtivos e que alterem não periféricamente a composição dos profissionais, mas sim centralmente, visto que levam à produção de novos produtos. A essa configuração ele denomina de “tecnologias não-equipamentos” que compreendem o universo das tecnologias leves e das tecnologias leve-duras. As tecnologias leves permitem operar os processos relacionais entre os profissionais e o paciente e as tecnologias leve-duras dizem respeito aos saberes estruturados que operam nos processos.

O acréscimo na produção e incorporação de novas tecnologias em saúde está associado à melhora da prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, o que repercute no aumento da qualidade de vida e na queda da mortalidade em geral. Todavia, essa situação tem gerado um forte questionamento do ponto de vista ético e psicossociológico, vez que a incorporação de novas tecnologias – influenciada não só pelo avanço técnico-científico, mas também pela lógica capitalista - acarreta, junto consigo, mudanças deletérias na forma de condução do trabalho e das relações entre os indivíduos.

No contexto hospitalar, o ambiente tecnológico apresenta grande expressão e uso, devido, principalmente, à complexidade muito grande tanto de profissionais como também da sua própria estrutura organizacional. Unidades como a UTI são espaços onde existe maior densidade de tecnologias diagnósticas e terapêuticas, que possibilitam às equipes de enfermagem, medicina e fisioterapia, intervir prontamente junto aos pacientes. Aparelhos como monitores multiparamétricos, ventiladores, bombas de infusão e oxímetros são recursos imprescindíveis para o processo de trabalho, pois alertam sobre as alterações clínicas do paciente (OLIVEIRA; LISBOA, 2009).

Não obstante a construção social imaginária que associa qualidade da assistência e produção de vida com densidade tecnológica dura, subliminarmente operando a partir dos

diferentes agentes que atuam no campo da saúde: gestores, empresários, operadoras, prestadores, trabalhadores e até mesmo dos que são assistidos pelos serviços assistenciais, há um crescente debate relacionado com a qualidade da assistência prestada na saúde. Esta qualidade refere-se ao emprego da tecnologia e da ciência de forma adequada dentro de uma interação entre profissionais e pacientes (DESLANDES, AYRES; 2005).

O conceito de humanização da assistência, apesar de polissêmico, pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada e significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes, além de fazer surgir novas práticas cuidadoras (PUCCINI, CECILIO; 2004).

Nessa nova compreensão de tecnologias destaca-se, conforme relatado, a tecnologia leve, conceituada como sendo a tecnologia de (e das) relações – dos intercessores, no interior dos processos que podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde sob uma ótica analisadora pautada pela ética do compromisso com a vida e expressa em ato nas dimensões assistenciais do ‘trabalho vivo’ em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem na vida (MERHY; 1997).

As tecnologias têm sempre como referência o trabalho que se revela como ação intencional sobre a realidade na busca de produção de bens/produtos que, necessariamente, não são materiais, duros, palpáveis, mas podem ser simbólicos. A idéia de tecnologia não está, assim, ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao ‘saber fazer’ e a um ‘ir fazendo’. No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer à lógica do ‘trabalho morto’, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados. O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, (tecnologias leves) (PEIXOTO; 1994).

O ‘trabalho vivo’, devidamente reconhecido, é, e pode ser ainda de forma mais efetiva, fonte de quebra, de evasão e esvaziamento dos processos instituídos e reducionistas existentes nos processos de trabalho em saúde, podendo conduzir a um modelo de assistência verdadeiramente centrado no paciente. Nesse contexto, as tecnologias leves merecem ênfase especial pelo fato de não serem dissociadas do ‘trabalho vivo’ em ato e, especificamente por esse motivo, serem tecnologias potentes para a concretização e sustentação de um novo modelo de assistência que venha a contemplar um cuidado humanizado.

Emerson Merhy em 1997 já afirmava que seria possível conseguir através da análise das interfaces dos sujeitos instituídos nos processos de trabalho, de seus métodos de ação e do

seu modo de se interseccionarem, uma nova compreensão das tecnologias em saúde, que poderiam ser construídas na ação propriamente dita do ‘trabalho vivo’ em ato e mesmo de gestão desse trabalho (MERHY; 1997).

Essa contextualização faz emergir o fato de que para abordar tecnologias em saúde alinhadas às necessidades atuais dos pacientes e dos próprios serviços de saúde é necessário ir além da dimensão das máquinas e equipamentos, cujo impacto da sua utilização na área da saúde auxilia na garantia e manutenção da vida – bem maior – contemplado por todos os indivíduos, quer sejam pacientes ou trabalhadores de saúde, porém não substitui e nem supera outras interações tecnológicas também vitais para a busca da inteireza dos indivíduos participantes do processo.

Neste sentido, a responsabilidade da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente. Inclui a avaliação de suas necessidades, o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados, além da preservação da integridade do paciente como ser humano. Com a internação, o paciente pode apresentar-se desesperançado, deprimido, o que contribui para a sua desestruturação sob o ponto de vista emocional. Cada indivíduo deve ser considerado único, tendo necessidades, valores e crenças específicos. Manter e preservar a sua dignidade significa respeitar os princípios da moral e do código de ética em saúde.

Os pacientes internados estão, na maioria das vezes, dependentes e podem sentir-se impotentes com a falta de autonomia e o controle de si mesmos. Além disso, estão cercados de pessoas ativas e ocupadas, o que frequentemente pode ser um coadjuvante para a instalação da ansiedade e de sentimentos de isolamento. A equipe de saúde que ignora a presença de um paciente (muitas vezes envolvida com a rotina da unidade e a intensa presença de aparatos tecnológicos que, embora frequentemente estejam instalados à beira do leito, contribuem para o distanciamento da relação profissional-paciente), independentemente do seu estado de vigilância, contribui para que ele se sinta isolado.

Embora exista o reconhecimento do forte componente de centralização na figura do médico nas práticas da equipe de saúde, ao fazer a observação das relações internas dessas práticas é constatada também a captura de determinadas tecnologias por outros profissionais que não o médico. A própria enfermagem vivencia essa situação nas diferentes especialidades de atuação, assim como nas questões que privilegiam aspectos organizacionais e dentro das próprias equipes, onde é evidenciada na prática, a relação direta dos diferentes status profissionais, mesmo que não explícitos, com a complexidade das tecnologias apreendidas e utilizadas. Como exemplo dessa realidade temos o grande interesse da maioria dos

acadêmicos de enfermagem pela alta complexidade clínica e dos equipamentos existentes nos centros de terapia intensiva, assim como a auto-imagem e o reconhecimento elevados dos profissionais que atuam em intensivismo, também pelo domínio clínico e pelo manuseio de equipamentos sofisticados, como se esses fossem os únicos arsenais tecnológicos capazes de responderem às necessidades dos pacientes (ROSSIL, LIMA; 2005).

As relações enfermeiro/paciente e enfermeiro/equipe também ficam prejudicadas, pois essas relações, além de serem intermediadas pelos equipamentos, também o são pela engrenagem organizacional normativa e estruturada.

É oportuno reforçar que é imprescindível o contato e a permeabilidade constantes dos diferentes saberes utilizados pelos profissionais da saúde na sua prática específica, assim como os pertinentes à organização dos serviços de saúde, com o tecido social. Esse contato incentiva a utilização e a criação de tecnologias mais contextualizadas, que venham responder de forma mais efetiva às necessidades integrais dos indivíduos inseridos nos processos de trabalho - pacientes e trabalhadores, repercutindo nos próprios estabelecimentos, na organização da saúde e conseqüentemente na sociedade como um todo (ROSSIL, LIMA; 2005).

Considerando as vertentes apresentadas ao longo desta revisão, a utilização de tecnologias em saúde deve ser direcionada de tal forma que permita conciliar os cuidados em saúde à melhor tecnologia disponível. Tal finalidade objetiva promover maior acolhimento ao paciente e espaços de trabalho favoráveis para uma adequada assistência, satisfazendo o profissional e o paciente. Desta forma, a tecnologia será utilizada adequadamente, respeitando a individualidade e de forma que não substitua ou impeça a relação profissional e paciente.

Tem-se como princípio que o profissional não pode se tornar escravo da tecnologia, ficar reduzido a objeto de sua própria técnica, o que implica em uma investigação fria e objetiva, despersonalizando o ser humano que está sob seus cuidados. Desta forma, a tecnologia e a ciência passam para uma dimensão desumanizante. Ao mesmo tempo, a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, faz com que o atendimento ao paciente se torne desumanizante pela baixa qualidade e baixa resolutividade.

Hayasmi e Gisi (2000) afirmam que a tecnologia possibilita o atendimento imediato, um diagnóstico preciso, dá segurança aos profissionais, porém, pode favorecer o processo de desumanização, tornando as relações humanas, frias e distantes.

Ofertar uma assistência que provenha à melhor tecnologia de saberes, procedimentos e equipamentos, conjugada ao acolhimento das necessidades intersubjetivas dos pacientes e

profissionais e ao reconhecimento das lógicas culturais dos familiares, é um dos grandes desafios para a realização de uma assistência humanizada.

É essencial, portanto, a apreensão dessas tecnologias em nível individual pelos diferentes profissionais de saúde, porém as mesmas podem se tornar diluídas, solitárias e não eficientes se não forem agregadas ao contexto humanizado do cuidado assistencial, a uma atividade gerencial partícipe dos mesmos princípios e nessa instância é inquestionável a atuação do enfermeiro para a construção desse caminho.

A tecnologia, como visto, é um termo que envolve diferentes dimensões, do qual resulta um produto, que pode ser um bem durável, uma teoria, um novo modo de fazer algo, em bens ou produtos simbólicos. Desse modo, tecnologia envolve saberes e habilidades e precisa ser distinguida de equipamento ou aparelho tecnológico, o qual se configura como expressão de uma tecnologia, resultante desses saberes que possibilitaram esse produto, convertido, então em equipamento (PRADO, MARTINS; 2002).

A enfermagem, enquanto profissão tem seu núcleo de atuação estruturado na expressão tecnológica do cuidado, tanto como processo, quanto como produto. Assim, percebemos que na atuação de enfermagem o cuidado enquanto tecnologia deve permear a relação profissional em todos os seus aspectos e está fortemente relacionado ao modo como se relaciona com as tecnologias duras e leve-duras no processo de prestação efetiva e eficaz de assistência ao indivíduo.

Com o advento de novas tecnologias, notadamente os equipamentos médico hospitalares (tecnologias duras) as relações e implementações do cuidado no fazer de enfermagem sofrem mudanças inegáveis, podendo provocar paradigmas de atenção à saúde do paciente - identificado enquanto objeto central do cuidar - nos aspectos relacionados à sua individualização enquanto pessoa e que tem necessidades específicas de atenção, conforto, comunicação, expressão.

Perante este quadro, espera-se que o cuidado se adeque às novas tecnologias duras e procedimentos no atendimento em saúde, porém sem nunca perder de vista o seu foco de atuação que é o cuidado ao ser humano.

No tocante a assistência de enfermagem intra-hospitalar em setores de alta complexidade, aqueles que fazem uso constante de tecnologias duras, tais quais respiradores, monitores multiparamétricos, bombas infusoras entre outros, são aqueles que mais sofrem com estes constantes avanços tecnológicos, pois exigem atualização constante e atenção incessante por parte do profissional prestador da assistência.

A temática necessita, portanto, de revisão e questionamento acerca da utilização destas tecnologias que, na contemporaneidade, parecem conduzir a reflexão para uma conotação contraditória e dicotômica, quando associada ao termo “cuidado”.

A expressão mais óbvia desta afirmação nos remete frequentemente, ao aspecto trabalho-intervenção-produção-máquina, logo, nos mantêm reféns do mundo das máquinas produtivas, escravos de uma lógica reducionista e dissociada das interações entre cuidado e trabalho. Este tema também está relacionado aos centros especializados tais como os de terapia intensiva e emergência, nos quais o ser humano permanece exposto a todo um aparato tecnológico, ou seja, a uma multiplicidade de equipamentos médico hospitalares sofisticados e complexos que podem determinar, por exemplo: os padrões ventilatórios, identificar os sinais vitais e controlar os valores hemodinâmicos (KOERICH et al; 2006), desubjetivando o sujeito e tornando-o parte da máquina, que parece, muitas vezes, assumir o seu posto de objeto de atenção do cuidado por parte dos profissionais de enfermagem.

#### 3.4.1 Equipamentos Médico Hospitalares

A multiplicidade e variedade dos equipamentos médico hospitalares (tecnologias duras) nos ambientes de saúde nos remetem à necessidade de reflexão acerca da definição e classificação dos mesmos, para uma maior compreensão do mecanismo de interação e influência na assistência prestada aos pacientes.

A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologia de saúde em estabelecimentos de saúde, define (pag. 1 a 2):

“ (...) IV - equipamento de saúde: conjunto de aparelhos e máquinas, suas partes e acessórios utilizados por um estabelecimento de saúde onde são desenvolvidas ações de diagnose, terapia e monitoramento. São considerados equipamentos de saúde os equipamentos de apoio, os de infraestrutura, os gerais e os médico assistenciais;  
V - equipamento de apoio: equipamento ou sistema inclusive acessório e periférico que compõe uma unidade funcional, com características de apoio à área assistencial. São considerados equipamentos de apoio: cabine de segurança biológica, destilador, deionizador, liquidificador, batedeira, banho-maria, balanças, refrigerador, autoclave, dentre outros;  
VI - equipamento de infraestrutura: equipamento ou sistema inclusive acessório e periférico que compõe as instalações elétrica, eletrônica, hidráulica, fluido-mecânica ou de climatização, de circulação vertical destinadas a dar suporte ao funcionamento adequado das unidades assistenciais e aos setores de apoio;



VII - equipamentos gerais: conjunto de móveis e utensílios com características de uso geral, e não específico, da área hospitalar.

São considerados equipamentos gerais: mobiliário, máquinas de escritório, sistema de processamento de dados, sistema de telefonia, sistema de prevenção contra incêndio, dentre outros;

VIII - equipamento médico-assistencial: equipamento ou sistema, inclusive seus acessórios e partes, de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, utilizado direta ou indiretamente para diagnóstico, terapia e monitoração na assistência à saúde da população, e que não utiliza meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar sua principal função em seres humanos, podendo, entretanto ser auxiliado em suas funções por tais meios; (...).”.

A Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratório ABIMO (2007) define que equipamento médico-hospitalar compreende mobiliário, eletromédicos, instrumental cirúrgico, equipamentos fisioterápicos e para hotelaria, utilizados em hospitais e clínicas médicas, cujos principais elementos são (GUTIERREZ, ALEXANDRE; 2004):

- a) mobiliário: camas, carros, mesas, estantes, poltronas, armários etc.;
- b) eletromédicos: mesas cirúrgicas, camas de parto, bisturis elétricos, incubadoras para bebês, aparelhos de anestesia, ventiladores, monitores, eletrocardiógrafos, lâmpadas cirúrgicas, bombas de infusão, equipamentos para hemodiálise, endoscópios, aparelhos para tomografia computadorizada e para diagnóstico por ressonância magnética etc.;
- c) instrumental cirúrgico: pinças, tesouras, fórceps, afastadores, etc.;
- d) equipamentos fisioterápicos: barras, andadores, aparelhos de ultra-som e de ondas curtas, turbilhão, banho de parafina etc.; e
- e) hotelaria: máquinas de lavar e centrifugadoras de roupas, calandras, esterilizadores etc.

As características dos equipamentos médico hospitalares, portanto, denotam acentuada complexidade, principalmente devido ao grande número de atores e a forma com que os irão operar, a relação destes com o paciente – objeto do cuidado - e as interações existentes entre os diversos equipamentos e demais tecnologias, que remonta a uma estrutura de acentuada fragmentação e departamentalização das ações desenvolvidas em saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso múltiplo. A escolha por essa abordagem se deu pela possibilidade que ela oferece de responder a questões muito particulares, pois ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO 2008).

O estudo de caso múltiplo é a seleção de dois ou mais casos de forma a investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especificamente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN; 2005), podendo, assim, proporcionar evidências de contextos diferentes, auxiliar na elaboração de uma pesquisa de melhor qualidade (GIL, 2009) e aumentar substancialmente os benefícios analíticos e suas evidências. (YIN, 2005).

### 4.2 Caracterização dos casos

A pesquisa foi realizada nos municípios de Inhambupe e Salvador, respectivamente em duas unidades hospitalares, que foram definidas como casos deste estudo. A opção por esses hospitais foi baseada nos critérios de melhor acesso e adequação aos parâmetros avaliados. Um critério básico para tipificar a densidade tecnológica das duas instituições selecionadas foi a existência ou não de monitores multiparamétricos na unidade. A descrição geral dos casos é trazida a seguir:

Caso 1 – O Hospital Antônio Carlos Magalhães (HACM), hospital com baixa densidade tecnológica. Instituição filantrópica desde 1971 e que, em 2009, passou à esfera pública. Possui atendimento nas áreas de obstetrícia, centro cirúrgico e patologia clínica. É um hospital de pequeno porte, que conta com 4 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem, tendo 13 leitos de observação e 50 leitos de internação, com estrutura mínima para atendimentos a urgências e emergências. Realiza ainda partos, pequenas cirurgias e internamentos de menor complexidade nas clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica (SESAB; s.d.).

Caso 2 – O Hospital do Subúrbio (HS), hospital com alta densidade tecnológica. Inaugurado em 13 de setembro de 2010, com 268 leitos. Na terapia intensiva são disponibilizados dez

leitos de UTI pediátrica e 50 leitos para adultos, com quadro geral de 22 enfermeiros e 44 técnicos de enfermagem. O hospital conta com centro de bioimagem, raios X, tomógrafo, ultrassonografia, ressonância magnética, endoscopia e eletrocardiograma. Além de laboratório, central de material esterilizado, farmácia centralizada, serviço de engenharia clínica, fisioterapia, nutrição, dietética e apoio logístico (SESAB; s.d.).

### **4.3 Sujeitos do estudo**

Foram os profissionais de enfermagem – técnicos e enfermeiros – que atuam nas unidades assistenciais (Caso 1) e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (Caso 2), objetivando alcançar depoimentos que conduzam ao esclarecimento e tomada de consciência da situação problema da pesquisa.

O número de entrevistados não foi definido previamente, uma vez que, por ser um estudo qualitativo, a “amostragem” estava subordinada à saturação das respostas dos entrevistados, pois segundo Minayo (2008), “nesse tipo de estudo a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. Seguindo este critério, e buscando a maior abrangência e representatividade dos depoimentos, foram entrevistados três enfermeiros e quinze técnicos de enfermagem no Caso 1 e onze enfermeiros e vinte e dois técnicos de enfermagem no Caso 2, obtendo-se a seguinte caracterização:

- Caso 1: A idade dos profissionais da enfermagem denotou uma equipe jovem, pois variou de 26 a 40 anos; o gênero feminino prevaleceu; quanto ao nível profissional, quinze são técnicos, dos quais três estão em fase inicial do curso da graduação em enfermagem e um iniciou a graduação em serviço social; dos três enfermeiros, dois concluíram cursos de pós-graduação ou especialização (urgência e emergência e obstetrícia). O tempo de profissão variou de dez meses a onze anos. O tempo de trabalho na instituição ficou entre dez meses a oito anos. A carga horária de trabalho, em média, é de seis a sete plantões mensais de vinte e quatro horas cada.

- Caso 2: Equipe ainda mais jovem, com idade dos profissionais variando entre 21 a 40 anos; em sua maioria do sexo feminino. Vinte e dois são técnicos de enfermagem, dos quais um está em fase final do curso da graduação em enfermagem; todos os onze enfermeiros concluíram cursos de pós-graduação ou especialização (urgência e emergência; obstetrícia; centro cirúrgico e UTI). O tempo de profissão variou de um a doze anos. O tempo de trabalho na instituição ficou entre um mês a dois anos. A carga horária de trabalho, em média, é quatro a cinco plantões de vinte e quatro horas cada.

#### 4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de duas técnicas: entrevista semi-estruturada e observação direta.

A entrevista semi-estruturada, segundo Minayo (2008), é aquela que contém como técnica de coleta de dados perguntas norteadoras previamente formuladas, permitindo que o informante aborde o tema livremente segundo um recorte feito pelo entrevistador. Pela possibilidade de alcançar a máxima abrangência na descrição, explicação e análise do problema em estudo, proporciona aos entrevistados todas as perspectivas possíveis de responder aos questionamentos básicos com liberdade e espontaneidade, no sentido de obter dados subjetivos, colocando-se em relação aos valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados (TRIVIÑOS; 1987).

Na observação direta, o investigador não interage com o objeto do estudo no momento em que realiza a observação, logo não poderá ser considerado participante. Este tipo de técnica reduz substancialmente a interferência do observador no observado e permite o uso de instrumentos de registo sem influenciar o objeto do estudo. (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Antes da aplicação definitiva do questionário, foi realizado um pré-teste do instrumento de coleta de dados, com o objetivo de validá-lo e/ou aperfeiçoá-lo. Os respondentes foram questionados acerca das dificuldades, dúvidas ou constrangimentos encontrados durante o preenchimento. Assim, buscou-se verificar, no pré-teste, a percepção dos respondentes quanto à forma e extensão do questionário, bem como quanto à interpretação das questões, a fim de se certificar de que havia um entendimento comum e correto dos fatores investigados entre os pesquisados e, ainda, buscou-se averiguar a opinião dos respondentes quanto à importância dos critérios avaliados e sua abrangência.

O pré-teste foi realizado com 06 colaboradores da Unidade de Saúde Central da cidade de Acajutiba-BA, no período de 01 a 04 de outubro de 2012. Foram selecionados, para a testagem do instrumento de pesquisa, enfermeiros e técnicos de enfermagem da unidade, buscando o público alvo do estudo.

A coleta de dados aconteceu no período de 09 a 20 de outubro (Caso 1) e 19 de novembro a 04 de dezembro (Caso 2) de 2012. Como instrumento, utilizamos o apêndice A (A1 e A2) - Roteiro entrevista semi-estruturada, em que constam aspectos ligados à caracterização dos entrevistados (idade, escolaridade, etc), além das questões norteadoras sobre o estudo em questão.

O tempo estipulado para a aplicação do instrumento foi de, no máximo, vinte minutos, em períodos de até doze horas em campo, período este em que a observação foi realizada. O intervalo de tempo para coleta e saída do pesquisador de cada campo foi de aproximadamente duas semanas.

Para a realização do trabalho de campo, utilizou-se observação direta (Apêndice B – Roteiro de observação). Foi utilizado também um diário de campo para anotações específicas do pesquisador, que registrou as suas observações e intercorrências após cada entrevista ou ao término de cada turno. Minayo (2008) relata que o diário de campo é um instrumento ao qual se recorre em qualquer momento da rotina do trabalho. Ele, na verdade, é um "amigo silencioso" em que, diariamente, se anota as percepções, as angústias, os questionamentos e as informações que não são obtidas na utilização de outras técnicas. Acrescenta ainda, "o diário de campo é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que, no seu somatório, vão congregam os diferentes momentos da pesquisa".

#### **4.5 Análise e categorização dos dados**

Os dados foram submetidos a uma análise de conteúdo para que fosse possível compreender o que foi dito ou escrito sobre o tema estudado. A análise de conteúdo, segundo Bardin (2004) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. É usada quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real. Aplica-se a tudo que é dito em entrevistas ou depoimentos ou escrito em jornais, livros e textos. A técnica utilizada constou das seguintes fases propostas pelo autor: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados.

As entrevistas foram gravadas e, após a coleta de dados, transcritas pelo próprio pesquisador - terminando-se um mês e meio depois de encerrado o trabalho de campo -, permitindo, assim, uma leitura mais fluente. Nesse processo de escutar e escrever, foi possível identificar algumas ideias relevantes que surgiram a partir das falas dos entrevistados. Após a transcrição literal dos dados, passamos à primeira fase descrita como pré-análise. Nesta etapa, organizamos o material coletado e prosseguimos com a leitura flutuante.

A segunda fase, definida como exploração do material, consistiu na análise detalhada do material selecionado e da codificação dos dados com base nas unidades temáticas, possibilitando uma descrição das características pertinentes ao conteúdo. Organizamos os

dados segundo os temas tratados no roteiro da entrevista e segundo as categorias profissionais de ambos os casos.

Após esta segunda leitura das entrevistas, elaboramos uma classificação dos dados, buscando apreender as estruturas de relevância e as ideias centrais que os sujeitos da pesquisa tentavam transmitir. Desta forma, delineamos algumas categorias empíricas que foram construídas a partir da confrontação permanente com as categorias analíticas estabelecidas como balizas da investigação (Quadro 1).

Quadro 1: Dimensões do cuidado humanizado avaliadas.

Dimensão	Ação	Aplica	Não aplica	Importância		
				Pouca	Média	Muita
Cognitiva	Conhece o significado do cuidado humanizado					
	Compreende as dimensões e implicações do cuidado humanizado					
Ético profissional	Age profissionalmente na presença do outro					
	Mostra afeição					
	Tenta despertar a confiança					
	Mantem postura ética					
	Promove segurança					
Respeito ao paciente na sua singularidade	Garante sinceridade e reciprocidade no cuidado					
	Compartilha vivências					
	Dá espaço à intersubjetividade no cuidado					
	Garante a afirmação da identidade do ser					
	Preserva a autonomia do paciente					
	Respeita suas singularidades					
Relacional dialógica	Estimula a autopercepção					
	Respeita crenças, valores e cultura					
	Prática o toque afetivo e terapêutico					
	Sente e reconhece o paciente					
	Dialoga com o paciente					
Outra(s) Qual(is)?	Escuta o paciente					
	Observa atentamente o paciente					

Adaptado de Waldow (2007; 2011) e Celich (2003).

Na terceira fase, de tratamento e interpretação, realizamos o agrupamento dos dados em categorias temáticas, tomando como referência a similaridade semântica dos conteúdos proferidos nos discursos.

O processo de categorização consistiu na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenciações, e o reagrupamento em função das características comuns. Analiticamente, as representações que se pretenderam captar puderam ser desdobradas em 3 categorias: percepções de enfermagem acerca do cuidado humanizado; práticas do cuidado e humanização da assistência e fatores que favorecem ou que limitam o cuidado humanizado de enfermagem.

Durante a classificação dos dados percebemos que os sujeitos do estudo elaboram e constroem os significados e as explicações através da referência permanente às suas práticas; às responsabilidades deles como profissionais de saúde e à organização de serviços no qual estão inseridos.

#### **4.5 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e dos hospitais pesquisados, prerrogativa de garantia das normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo a resolução CNS n° 196/96.

A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos, como por exemplo, o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), além das disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e das legislações brasileiras correlatas, tais como Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 entre outros.

Isso inclui a elaboração de instrumentos específicos para a produção de dados e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, dos indivíduos-alvo; a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; a garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); e a relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis (justiça e equidade).

Portanto, antes da realização da entrevista, foram apresentadas aos entrevistados, numa conversa informal, explicações sobre o estudo a ser realizado, informando-os sobre o seu conteúdo, justificativa, objetivos, riscos e benefícios, além de assegurar o anonimato, a privacidade e o uso dos dados fornecidos somente para fins científicos, conforme a Portaria n° 196/9672, que trata das pesquisas com seres humanos. Após esses esclarecimentos, os sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C), autorizando o pesquisador a entrevistá-los.

Para garantir o sigilo dos participantes, optou-se por identificá-los por letras, conforme a cronologia de entrevistas, repetindo-se as letras em séries binárias quando

esgotadas as letras do alfabeto e com números “1” e “2” que indicavam, respectivamente, se tratar do “Caso 1” ou “Caso 2”. Assim, foram identificados como: “A1, B1... S1”, no Caso 1 e “A2, B2... Z2, AA2, BA2, CA2... IA2”, no Caso 2, profissionais da enfermagem, independentemente se fossem enfermeiros ou técnicos de enfermagem.

O benefício deste estudo foi buscar informações para melhorar a humanização dos serviços prestados aos pacientes, e proporcionar ao trabalhador de enfermagem condições e conhecimento sobre o tema humanização e suas correlações com as tecnologias duras, bem como refletir sobre a sua própria prática profissional.

Será entregue uma cópia do trabalho final no HACM e HS, para a Direção Geral e Direção de Enfermagem, no sentido de repassar os resultados. Se for possível, será fomentada uma apresentação aos trabalhadores dos hospitais, a fim de socializar a pesquisa e também buscar soluções para os dilemas identificados.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Percepções de enfermagem acerca do cuidado humanizado

#### 5.1.1 Instituição 1

O cuidado, entre os enfermeiros da Instituição 1, está bastante associada a concepções ligadas a “agir profissionalmente na presença do outro”, ao saber técnico científico e visão do paciente enquanto ser holístico, conforme podemos observar nas falas:

*“O cuidado de enfermagem é aquela questão de olhar o paciente como um todo, não só aqueles pacientes por partes, aquela visão holística. É cuidar do paciente como um todo” (E1).*

*“O cuidado de enfermagem é você ter uma visão de manter o paciente, a sobrevivência do paciente. O médico tem o poder da cura e o enfermeiro tem o poder de acompanhar o paciente, que pode intervir com a sistematização do cuidado (...)” (B1).*

Esse “agir profissionalmente” pode estar ligado à ideia da conquista de segurança, de passar confiança ao paciente, de forma tal a estabelecer uma relação dialógica. Entretanto, a maior ênfase dada a aspectos técnicos poderá acarretar problemas como o observado em campo, em que a opinião do enfermeiro B1 prevalecia, era ordem absoluta, mesmo quando o paciente gostaria de contestar...

A visão holística, por outro lado, corrobora o que diz Leite e Strong (2006) quando menciona que a influência da visão holística sobre a humanização da assistência hospitalar, está assegurada no desenvolvimento de uma visão do ser humano inserido num contexto biopsicossocial, como um ser singular que traz consigo uma história de vida impregnada de valores culturais, vivenciando um momento em que, normalmente, se encontra fragilizado pelo seu problema de saúde e pela própria situação imposta pela internação. Favorece, portanto, o processo de humanização, influenciando os profissionais, os pacientes e as relações entre eles.

Os conceitos de “agir profissionalmente” e visão holística do paciente, também permeiam o julgamento de como o cuidado humanizado é aplicado na prática diária dos profissionais enfermeiros:

*“Eu procuro sempre acolher o paciente (...) não como se aquela pessoa que está ali só uma máquina, só se atentar ao diagnóstico, eu não vejo só isso, vejo muito a questão emocional.” (M1)*

*“Esse conceito eu aplico a fim de erradicar ou diminuir danos futuros nesse paciente, (...) para que esse paciente não tenha uma interação medicamentosa, uma flebite (...)” (B1)*

Quando questionados acerca do uso de tecnologias e seu impacto no cuidado humanizado, os enfermeiros da Instituição 1 são unânimes em dizer que sim, que poderá haver substancial perda do cuidado humanizado, devido, principalmente, à falta de contato físico e verbal com os pacientes, como evidenciado na fala de E1:

*“É justamente aquela questão (...) com a máquina, a gente dá só aquela olhadinha, dificilmente a gente vai ali pegar, ter aquele contato com o paciente.”*

O contato físico ou, para efeitos deste estudo, a “prática do toque afetivo e terapêutico”, embora não tenha prevalecido nos conceitos dos entrevistados, aparece como preocupação quando o assunto é a perda do cuidado humanizado. Na prática, foi observado que, muito embora a “prática do toque afetivo e terapêutico” não tivesse feito parte do que os profissionais enfermeiros julgavam fazer enquanto cuidado humanizado no dia a dia da profissão, este era praticado reiteradas vezes, traduzido de diversas maneiras: como um aperto de mão, a mão no ombro ao comunicar algo ou chamar a atenção ou mesmo o toque rápido dos dedos sobre a mão ou carinho na cabeça do paciente... Este simples ato poderá ter, para o paciente, um grande peso na sua recuperação, vez que, conforme Cintra et al (2001), traz ao paciente a noção de cuidado, de desvelo, de não sentir-se tão desabrigado em ambiente alheio à sua vida.

Ainda no quesito perda do cuidado humanizado devido ao uso de tecnologias em saúde, é importante notar que B1 destaca o ruído provocado pelas máquinas e aparelhos como um problema à humanização:

*“(...) porque tem aqueles alarmes, que acabam estressando, mantendo um ambiente estressante (...) principalmente em UTI e emergência, onde mais se usa.”*

Para M1, entretanto, a questão está muito mais ligada ao preparo profissional. Destaca que:

*“Vai depender do profissional, da qualificação do profissional, porque o aparelho (...) é muito importante para a recuperação e até para o desenvolvimento do trabalho da equipe toda”.*

A questão da qualificação, inclusive, é discutida por Arone e Cunha (2007), quando comentam que a maior capacidade de absorção de novas tecnologias, o não retrabalho no campo da enfermagem e, portanto, a qualidade significativa da assistência prestada, aspectos que permeiam diretamente as relações de humanização do cuidado, estão associados à capacidade do profissional operar, entender e estar preparado para o uso da tecnologia, enquanto indivíduo e representante de um grupo específico de trabalhadores.

Quando a questão são os cuidados provenientes de procedimentos protocolados e repetitivos, como a monitorização de sinais vitais, todos os enfermeiros são unânimes em dizer que, muito embora realizem o trabalho de forma automática, tentam estabelecer diálogo cordial com o paciente.

Tentam, ao aferir sinais vitais, por exemplo, manter o rigor técnico e o “agir profissionalmente na presença do outro” - exemplificado, inclusive, na fala de B1 quando diz que *“(...) o programa de humanização pede isso, pessoas extremamente profissionais e especialistas trabalhando para melhorar a questão do atendimento (...)”* -, bem como o “respeito às singularidades do paciente” e “garantia de afirmação da identidade do ser”, olhando-o de forma holística e correlacionando seu estado geral não só à sua patologia, mas à história pessoal e de vida que carrega consigo.

Na prática, embora o comportamento de B1 muitas vezes beirasse o ditatorialismo pelo apego ao rigor técnico, foi notada coerência com os conceitos relatados em entrevista e o cuidado prestado pelos enfermeiros, prevalecendo concepções e ações ligadas à “prática do toque afetivo e terapêutico”, ao “diálogo com o paciente” (da dimensão “relacional dialógica”), ao “compartilhamento de vivências” (da dimensão “respeito ao paciente na sua singularidade”) para com os pacientes assistidos.

Para os técnicos de enfermagem, o cuidado humanizado perpassa por noções mais subjetivas que as apontadas pelos enfermeiros. Noções ligadas a acolhimento, a intimidade, amor, a “sentir e reconhecer o paciente”, a “dialogar com paciente” (da dimensão “relacional dialógica”), “manter respeito mútuo”, “garantir sinceridade e reciprocidade no cuidado” (da

dimensão “ético profissional”) e “garantia da identidade do ser” e “respeito às singularidades” (da dimensão “respeitar o paciente nas suas singularidades”) aparecem nas falas:

*“(...) [ter] respeito ao paciente, tentando ouvi-lo mais, conhecê-lo melhor, conhecer sua história.” (R1)*

*“Você tratar o paciente ‘igualitário’, você tratar todo mundo de igual para igual (...) chamar a pessoa pelo nome, tratar com carinho, com respeito, com dedicação, fazer a coisa com amor (...)” (S1)*

*“(...) se colocar no lugar do paciente e prestar toda a assistência que ele necessita.” (L1)*

*“(...) tratar como se fosse um familiar da gente (...)” (I1)*

*“Não tratar o paciente por números e sim pelo nome, que até a gente ama ser chamada pelo nome (...)” (H1)*

As noções ligadas ao aperfeiçoamento técnico, ao apuro formal, ao “agir profissionalmente na presença do outro” e “tentar despertar a confiança”, da dimensão “ético profissional” também aparecem em duas falas, mais de acordo com as noções predominantes entre os enfermeiros que os técnicos de enfermagem da Instituição 1:

*“(...) é você passar segurança, ser profissional.” (G1)*

*“(...) É ter a ética profissional naquele momento [de prestar o cuidado] (...)” (F1)*

Já quando o assunto é de como estes conceitos de cuidado humanizado são aplicados, prevalecem as atitudes associadas a “dialogar com o paciente”, “escutar o paciente” (dimensão “relacional dialógica”), “respeito às singularidades”, “garantia da afirmação da identidade do ser”, “dar espaço à intersubjetividade do cuidado” (dimensão “respeito ao paciente na sua singularidade”), “garantia de sinceridade e reciprocidade no cuidado”, “tentativa de despertar a confiança”, “manter respeito mútuo” (dimensão “Ético profissional”) e também a prática da visão holística para com o paciente:

*“(...) se sentir íntimo do paciente (...)” (O1)*

*“Primeiro quebrar o gelo, tentar ser amigo dele, para ter a confiança na gente (...)” (P1)*

*“Cuidando, ouvindo, ‘saber’ fazer as coisas com amor (...)” (Q1)*

*“(...) [durante os procedimentos] conversar com eles, saber como eles estão, por que eles estão aqui, suas histórias (...)” (R1)*

*“(...) eu trato todo mundo como se fosse da minha família, com respeito, com dedicação no que eu faço (...)” (S1)*

Essa visão de cuidado humanizado enquanto algo que engloba múltiplos e diferentes aspectos está de acordo com o que Sgreccia (2002) afirma ao dizer que, aqui, residem múltiplos conceitos: alguns autores o entendem como sendo a importância da relação intersubjetiva entre profissional e paciente durante a invasão da tecnologia e massificação dos hospitais; outros estudiosos o entendem como a introdução de estudos humanísticos, em especial a Psicologia, nos planos de estudos dos cursos biomédicos; mas o significado mais profundo consiste, primordialmente, no reconhecimento da dignidade de pessoa em todo ser humano, que vai desde o nascer até o morrer.

Para Corbani (2009), estes aspectos múltiplos estão ligados justamente à reciprocidade, presença, imediatez e responsabilidade.

O atendimento dos técnicos de enfermagem, como regra geral, era compatível com as falas. As relações mantidas com os pacientes beiravam, de fato, a relações familiares, tendo, muitas vezes, os pacientes depositado sobre os técnicos confiança quase cega. A modificação dos semblantes dos pacientes, após a visita dos técnicos, mesmo quando esta visita estava associada a algum procedimento que pudesse causar algum desconforto para o paciente, era visível.

A ação da “garantia de sinceridade e reciprocidade no cuidado”, de “prática do toque afetivo e terapêutico”, do “diálogo com o paciente”, mesmo quando informal, aproxima, de fato, os profissionais dos pacientes, mesmo quando imersos em ambientes que, para estes, sejam completamente estranhos e estéreis de emoções e identidades (CINTRA et al, 2001).

No entanto, tal característica, obviamente, era radicalmente alterada com a iminência de grande fluxo de pacientes... Embora o cuidado fosse praticado com traços da costumeira familiaridade existente entre técnicos e pacientes, nos momentos de grande fluxo estas características quase sumiam, engolidas nos afazeres e constantes “vai e vem” dos profissionais. As falas de C1 e P1, respectivamente, traduzem fielmente a visão dos técnicos acerca desta mudança no perfil do cuidado provocado pelo excesso de trabalho, quando afirmam:

*“Cuidado [humanizado] de enfermagem é o que a gente faz, ao menos tem de fazer, todos os dias, apesar de, no SUS, na rede pública, não funcionar como é pra funcionar, porque a demanda é grande (...)”*

*“(...) mas a realidade nossa é diferente, principalmente quando tem muito volume de pessoas, não tem tempo de conversar com todo mundo como deveria (...)”*

Talvez os conceitos mais subjetivos ligados ao cuidado humanizado e a ausência de maior densidade tecnológica na instituição tenham levado à grande maioria dos técnicos de enfermagem entrevistados a acreditar que o uso de equipamentos médico hospitalares pode, sim afetar a qualidade do cuidado humanizado. Alegam que a falta de “toque afetivo e terapêutico”, de contato, podem interferir significativamente na abordagem humanística da profissão. Sugerem ainda que o objeto do cuidar possa ser modificado do paciente para a máquina, passando esta a ser o centro da atenção dos profissionais:

*“Pode [diminuir a humanização], porque o técnico muitas vezes se preocupa em olhar só o aparelho (...) e do paciente acaba esquecendo (...)* (PI)”

*“Porque o ser humano, o doente propriamente dito, ele precisa não só da tecnologia, dos avanços médicos, mas sim do toque humano, do calor humano, principalmente em pacientes que estão na UTI, ele está todo monitorado, mas um simples toque você vê a mudança, ele já responde, com um piscar de olhos, um movimento de um membro (...)* (II)”

*“(...) a gente entra com nossos cuidados, nosso carinho, a máquina está ali, mas a gente chegar, falar, pegar na mão, nosso contato, isso também é muito importante.* (H1)”

Com o cuidado focado na construção de relação dialógica com o paciente, os conceitos (e práticas) associados com a humanização parecem gerar, na cabeça dos técnicos de enfermagem, limitações no cuidado humanizado de seus pacientes quando em uso de grandes aparatos tecnológicos, dificultando-lhes ou mesmo tornando nulos seus esforços de humanização.

No entanto, há que se atentar que opiniões sobre a melhoria no cuidado humanizado e sua correlação com o uso de tecnologias também apareceu entre as falas. Interessante notar que, justamente nos indivíduos cujas falas deixavam transparecer a preocupação com o excessivo fluxo de pacientes e de atividades, e da conflitante relação tempo versus procedimentos e cuidados humanizados, surgiram as opiniões de que a utilização de

tecnologias poderiam favorecer o cuidado humanizado, justamente de forma tal a conceder-lhes mais tempo para a realização de atividades mais complexas de modo menos mecânico e automatizado, menos preocupado com “produção” e volume de coisas ainda a fazer. Talvez a ideia de economia de tempo com procedimentos de menor complexidade - as atividades rotineiras -, como a aferição intermitente de sinais vitais, possa ter sido a base de depoimentos como os que seguem:

*“(...) a demanda de pacientes é grande e o número de profissionais é reduzido, e com os aparelhos ele (o paciente) vai estar monitorado o tempo todo e você tem como estar vendo e observando no decorrer do plantão (...)” (J1)*

*“Eu acho que melhora, até porque muitas coisas que a gente perde tempo manualmente ali já tem uma máquina para fazer, a gente tem mais tempo para cuidar do paciente.” (C1)*

Os cuidados cotidianos, como a aferição de sinais vitais, inclusive, é feito de forma sistemática, com horário marcado, na tentativa de dinamizar o tempo de realização dos mesmos. Como os procedimentos e aferições são realizados manualmente, não há a associação destas tarefas com procedimentos de maior complexidade, tendo estas horários específicos que diferem daquelas.

Novamente ações como o “dialogar com o paciente”, “escutá-lo” (da dimensão “Relacional dialógica”) e a “garantia de sinceridade e reciprocidade no cuidado” (da dimensão “Ético profissional”), a “prática do toque afetivo e terapêutico” (dimensão “Relacional dialógica”), são colocados como de grande importância para a realização destes procedimentos, gerando sentimentos de assistência amparada no “amor ao próximo”, quase como vocação e doação, conceitos, inclusive, ligados intimamente à história da profissão e dos estigmas que carrega (BIZARRO; CHAMMA, 2005):

*“(...) sempre estamos ali do lado, conversando com o paciente (...) procurando saber, conhecer a história do paciente, aí é onde entra minha humanização, você entra de uma certa forma carinhosamente conversando com o paciente (...)” (O1)*

*“(...) [tento fazer] com que o próprio paciente sinta aquele cuidado, atenção... tenho certeza que o paciente se sente bem, em saber que você sabe ouvir, conversar, dar atenção...” (D1)*

Embora a falta de tempo e o grande fluxo de pacientes, conforme relatado nas falas dos técnicos de enfermagem, de fato muitas vezes tenha contribuído de forma significativa para a diminuição do cuidado humanizado prestado, a forma de cuidado praticado pelos técnicos, na Instituição 1, poderia muito bem ser traduzido com a fala de D1, quando afirma:

*“Procuro ouvir o paciente, tocar, cuidar, investigar sua história, me tornar como um parente dele (...)”*

### 5.1.2 Instituição 2

Na Instituição 2, as concepções do cuidado trazidas pelos enfermeiros estão bastante relacionadas ao cuidado holístico, à “garantia de sinceridade e reciprocidade no cuidado”. As informações percebidas através da linguagem não verbal (“sentir e reconhecer o outro”) e, principalmente, do contato visual (“observar atentamente o paciente”) são bastante valorizadas e têm grande frequência de citações nas falas:

*“Eu acho que a humanização é olhar o paciente como um todo, de forma holística e não só a questão de ele estar com um dispositivo ou não (...)” (T2)*

*“É um cuidado que vai além do cuidado físico, além de você medicar, de você dar um banho, passar uma sonda. Esse cuidado para mim tem que ser um cuidado holístico (...)” (M2)*

*“É você ver o paciente como um todo (...)” (B2)*

*“É você acima de tudo se colocar no lugar do paciente, como você deveria ser tratada no lugar do paciente (...)” (A2)*

*“O cuidado de enfermagem tem de ser como um todo (...)” (BA2)*

*“É você tentar ver a expressão de cada paciente entubado, porque tem muito monitor aqui na UTI, olhar o paciente no leito (...) tentando entender o que ele está lhe passando, seja verbalmente ou pela expressão facial.” (DA2)*

No entanto, concepções ligadas ao cuidado humanizado enquanto “obrigação”, o que pode denotar, inclusive, a incredulidade de cuidados humanizados em setores altamente tecnológicos também aparece na fala dos entrevistados, reflexo, talvez, da rotina agitada e alta densidade tecnológica encontrada nestes ambientes:



*“Eu acho que hoje em dia não há humanização da assistência, as pessoas estão muito mecânicas, os profissionais hoje em dia... são poucos profissionais que trabalham com assistência humanizada, acho que é mais o fazer, o ter que fazer, a obrigação, poucos profissionais trabalham com aquele amor, com aquele carinho.” (CA2)*

É importante notar que concepções que foram prevalentes na Instituição 1, como aquelas ligadas à “prática do toque afetivo e terapêutico”, o “dar espaço à intersubjetividade no cuidado” e o “diálogo e escuta com o paciente” foram muito pouco presentes nas falas dos entrevistados. O contato verbal, ou a falta deste, pode ser explicado pelo próprio estado clínico dos pacientes, dado à sua maior complexidade. No entanto, seria esperado que aspectos como o “toque afetivo e terapêutico” e a “familiaridade” com o paciente (presentes na Instituição 1), dado ao seu elevado tempo de internação, estivessem também presentes nas falas dos entrevistados, o que não ocorreu.

Quando questionados acerca de como praticavam este cuidado humanizado, a maioria dos enfermeiros relatou que se colocavam no lugar do paciente (“garantia da sinceridade e reciprocidade no cuidado”). Poucos foram aqueles que disseram estabelecer contato visual (“observa atentamente o paciente”), ou através de toque (“prática do toque afetivo e terapêutico”). Ainda aparecem nas falas cuidados julgados como humanizados devido à “postura ética”, à tentativa de “manter o respeito mútuo” e o “agir profissionalmente na presença do outro”:

*“(...) nunca faço nada de forma seca, de forma crua.” (M2)*

*“(...) Tento dar o meu melhor, enquanto profissional (...) escutando o paciente, conversando com ele na medida do possível.” (H2)*

*“(...) penso no que eu queria que fizessem comigo (...)” (E2)*

A questão da falta de tempo como impeditiva do cuidado humanizado, a exemplo do que ocorreu na Instituição 1, também aparece na fala de Z2 quando comenta:

*“Eu não vou dizer que é fácil, é difícil o trabalho, é estressante, é corriqueiro, tem dias que a gente tenta dar uma assistência melhor, mais adequada, mas tem dias que não tem como”.*

Novamente, o sentido de “obrigatoriedade” do cuidado transparece nas falas, estigma histórico da profissão enquanto doadora de cuidado, de “si mesmo”, fatos atrelados às raízes da enfermagem e de sua fundação:

*“É obrigatório na minha profissão colocar o paciente sempre em primeiro lugar”.*  
(P2)

Quando a questão é sobre o uso de tecnologias *versus* cuidado humanizado, o quesito divide os entrevistados que, ora se posicionam a favor da tecnologia, vez que esta é complementar ao cuidado:

*“Ao contrário, é um complemento [da humanização].”* (T2)

*“Porque a humanização vem do meu cuidado em relação ao paciente, os monitores servem apenas como acessórios para que eu possa melhorar a assistência (...)”* (BA2)

*“Acho que a tecnologia está ali para ajudar. Agora cabe ao profissional fazer o bom uso dele durante sua assistência (...)”* (H2)

Ora se posicionam de forma contrária, vez que o paciente pode ser esquecido e pode ser dada maior ênfase à máquina:

*“Porque as pessoas ficam muito olhando pro monitor, pra os sinais vitais, não vê o clínico, o paciente com forma clínica, só números e não olha o paciente.”* (B2)

*“Porque alguns se prendem muito a números, está vendo ali que está tudo bem, mas nem encosta no paciente e fica por isso mesmo, e às vezes o que está no monitor não condiz com o paciente. Às vezes é uma dor e o monitor não mostra esta dor.”* (DA2)

*“(...) os equipamentos podem favorecer o paciente, como podem ser uma arma contra a gente, se a gente não manipula certo (...)”* (A2)

*“Infelizmente [interferem] de forma negativa (...) a gente se esquece que esse paciente pode estar estressado, porque a gente está tocando este paciente mais de duas horas, esses alarmes, a rotina do paciente fica prejudicada, fica abalada.”* (M2)

A questão do incômodo sonoro também é, inclusive, citada na fala de um dos enfermeiros da Instituição 1, como justificativa dada à opinião de que o uso de tecnologias pode afetar negativamente o cuidado prestado.

A necessidade de preparo profissional, relatado por A2, é citado por Arone e Cunha (2007) quando afirmam que enfermeiros despreparados podem apresentar maior índice de retrabalho e, portanto, maior possibilidade de erro e desumanização da assistência.

É interessante notar a preocupação dos enfermeiros com o objeto do cuidar. Como citado por Amestoy et al (2006) e Arone e Cunha (2007), muitas vezes o foco do cuidar é modificado, passando do paciente para a máquina, diminuindo a valorização do paciente enquanto ser biopsicosociológico e centro máximo do cuidar.

Aspectos mais sutis que não podem ser mensurados pelo monitor, por exemplo, bem como a não correlação com o estado clínico do paciente com o que está sendo apresentado pelos equipamentos podem, na opinião dos enfermeiros da Instituição 2, trazer sérios danos à humanização do cuidado. Esta opinião se harmoniza com o que diz Martins e Dal Sasso (2008), ao afirmarem que as tecnologias devem sempre servir de complemento ao cuidado prestado, cabendo ao enfermeiro o senso crítico e a ação profissional de cruzamento dos dados obtidos e as reais necessidades do paciente assistido, na busca da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Os cuidados contínuos, como a aferição – ou, na Instituição 2, a coleta de dados vitais no monitor multiparamétrico – são também, como na Instituição 1, feitos de forma rotineira e sistemática pelos profissionais. De forma geral, possuem a preocupação de tentar passar humanização mesmo nestas pequenas tarefas, embora falte, como falado anteriormente, a atenção dada a outros aspectos da humanização, como a “prática do toque afetivo e terapêutico”, a tentativa de “dar espaço à intersubjetividade no cuidado” e o “diálogo com o paciente” (o último sentido que perdemos é a audição). A fala comum, em sentido geral, é a da vigilância e estabelecimento de prioridades, a partir da correlação com o estado clínico do paciente:

*“Vigilância redobrada (...) aqui na UTI essa vigilância é contínua (...)” (L2)*

*“(...) avaliar o nível de gravidade de cada paciente, qual deles é sua prioridade, a gente foca a vigilância no mais crítico.” (CA2)*

No entanto, a forma de aferição ou coleta destes dados, em duas falas, deixa transparecer a mudança de foco no cuidado, como é possível perceber abaixo:

*“Sempre mantendo os equipamentos habilitados, sempre verificando os parâmetros, sempre verificando a sinalização, manter os equipamentos à vista (...) checar manutenção, cabo.” (A2)*

*“Checo os sinais vitais, avalio se os parâmetros estão ajustados, se está tudo funcionando bem (...).”(B2)*

Quando questionados se se preocupavam com a humanização em cuidados rotineiros, como a aferição – ou coleta nos monitores – dos sinais vitais, a maior parte dos enfermeiros relatou que esta preocupação fazia parte de suas ações. Porém, não houve falas que atribuíssem valor ao contato (“toque afetivo e terapêutico”) que poderia ocorrer durante este cuidado. As preocupações trazidas estavam muito mais atreladas ao estabelecimento de relação verbal (“dialoga com o paciente”) e também a correlação entre o estado físico do paciente e os valores encontrados nos monitores:

*“A gente vê o paciente como indivíduo, você não somente vai aferir os sinais vitais, mas explicar o que você está fazendo, passo a passo (...) eu preciso estar vendo monitor – paciente e correlacionar a patologia do paciente com o que o monitor me diz naquele momento.” (P2)*

A preocupação em passar informação aos familiares dos pacientes, quando estes se fazem presentes, foi percebida, o que indica, inclusive, um olhar mais abrangente do cuidador no sentido da humanização:

*“(...) às vezes tem alguém ali do lado, olhando o monitor e já quer saber. [Devo] informar, pra tirar muitas vezes até a ansiedade.” (M2)*

Entretanto, contradizendo as falas acima, uma parcela considerável dos entrevistados (três) não conseguiu correlacionar humanização e a atividade de coleta dos sinais vitais no monitor ou não atribuiu importância à humanização durante esta atividade, esquecendo-se de ações mais subjetivas, como “observar atentamente o paciente”, “mostrar afeição”, etc, que poderiam ser praticadas neste momento aparentemente árido, mas propício à humanização:

*“Não. Assim: quando eu tenho tempo eu olho, vejo se está compatível o monitor com o paciente. Mas normalmente pra ser sincero não.” (B2)*

“Não está muito interligado não, a questão de coletar informações com humanização. Acho que não, a gente coleta as informações referentes aos parâmetros do monitor por conta da gente ter que estar fazendo aquilo e não por questão de humanização, tem que ser feito mesmo.” (CA2)

*“Eu não vejo como coletar as informações dos monitores com humanização não. (...) Eu acho que não se enquadra em relação à humanização.” (T2)*

No entanto, a fala de “Z2” consegue traduzir bem a ampla nuance de aspectos ligados à humanização desta atividade que, de tão mecânica, passa despercebida e mesmo desprezada por uma parte considerável dos profissionais de enfermagem, possibilitando antever as possibilidades de humanização em ambientes altamente tecnológicos e, por vezes, estéreis de afeição e sentimento:

*“(...) eu procuro conversar, brincar, trazer ele para a realidade, perguntar onde ele está, que dia é hoje (...) a gente pode não ter o contato da conversa, do olhar no olho, mas tem o cuidado principal que é o carinho, com o gesto e com os familiares também (...) A gente sempre demonstra sinceridade e carinho.”*

As falas dos técnicos de enfermagem da Instituição 2 apresentam as mesmas preocupações referidas pelos enfermeiros, com abordagens e noções de cuidado humanizado ligados diretamente à visão holística e interpessoal dos pacientes assistidos (estando diretamente ligados às dimensões “Ético profissional” e “Respeito ao paciente na sua singularidade”):

*“É cuidar de um todo...” (I2)*

*“(...) abrange os cuidados (...) [de] todo o conteúdo, não só humano, ético, social; tudo que é o paciente e a gente tem que cuidar (...)” (V2)*

*“(...) Significa que a gente tem que observar todo o corpo, todo o psicológico do paciente.” (X2)*

Há que se notar, todavia, que a noção que mais prevalece em relação ao cuidado humanizado é a ligada à ação “garantir sinceridade e reciprocidade no cuidado”:

*“(...) você às vezes tem de se colocar no lugar dele, prestar os cuidados como você gostaria que fizessem com você.” (E2)*

*“(...) tratar esse paciente como você gostaria de ser tratado, ou um parente seu fosse tratado.” (J2)*

*“(...) se colocar no lugar do outro, pra poder dar uma assistência melhor, sempre pensar que ali poderia ser um familiar nosso (...)” (L2)*

*“(...) fazer as coisas para ele, pensando que um dia você pode estar naquele lugar e que você gostaria de ser bem tratado.” (N2)*

Concepções menos valorizadas estão associadas à “manter postura ética”, “mostrar afeição”, à “dialogar e escutar o paciente”:

*“(...) é ser atento ao paciente, carinhoso.” (F2)*

*“(...) mesmo quando não está sendo observado pelos seus superiores, é você realizar os procedimentos certos, mesmo que ninguém esteja vendo, [agir com] ética.” (G3)*

*“(...) se ele verbaliza, saber o que aconteceu, o que ele teve, é tratar dele...” (K2)*

*“(...) é você se doar para aquele paciente (...) dar atenção às falas do paciente, às queixas dele, ver como ele está (...)” (EA2)*

Assim como o perfil dos enfermeiros, os técnicos de enfermagem não deram tanta importância a aspectos mais sutis como “Compartilha vivências”, “dar espaço à intersubjetividade do cuidado” e, principalmente, ao “toque afetivo e terapêutico”.

Interessante notar ainda que, como na Instituição 1 e embora houvesse uma melhor distribuição equitativa do trabalho, sem o grande contingente de pacientes lá observado, a preocupação com a humanização do cuidado prestado em ambientes com grande carga de trabalho foi citada:

*“(...) é você ter como prestar uma boa assistência (...). Antes (...) eram esses 20 pacientes para 4 técnicos, então a gente não tinha como prestar essa assistência. Agora melhorou bastante, a gente tem como fazer uma mudança de decúbito, uma descompressão. Você com uma quantidade certa de paciente melhora a qualidade do serviço.” (R2)*

*“(...) nessa correria do dia a dia a gente acaba ficando muito mecânico (...)” (E2)*

A aplicação destes conceitos com o dia a dia dos profissionais técnicos está intimamente ligada ao colocar-se no lugar do outro e prestar-lhes serviços que gostaria que realizasse (“garantia de sinceridade e reciprocidade no cuidado”). As falas ligadas ao conceito de reciprocidade, mostrada pelos técnicos, demonstra claramente consciência da dimensão “estar como ser cuidado no mundo do cuidado”, que, conforme citado por Celich (2003), é um encontro compartilhado que permite o estabelecer de uma relação com base do estado de afetividade, em que os sentimentos vivenciados e experienciados pelo ser no mundo estão presentes, possibilitando a construção de um cuidado autêntico e, portanto, humano.

As seguintes falas demonstram bem esta preocupação, quando afirmam:

*“(...) Então você passa a observar... será que eu queria que fizesse isso comigo? (...)” (E2)*

*“(...) trabalhar (...) prestando toda a solidariedade ao mesmo e se colocando até no lugar dele (...)” (FA2)*

O que prevaleceu, nas ações realizadas, foi o olhar atento (“observar atentamente”), a conversa (“diálogo com o paciente”), mesmo com pacientes que estavam sedados ou em coma. Essa observação reflete uma importante preocupação com o humanizar, vez que mostram atenção com o paciente, ainda que este não possa interagir, como bem representado pelas falas:

*“(...) na medida do possível ouvir, prestar os cuidados de enfermagem, fazer com que ele fique confortável.” (F2)*

*“Explicando os procedimentos, falando os valores dos sinais vitais, fazendo os cuidados de enfermagem que são necessários mesmo quando ele não fala (...)” (G2)*

*“(...) porque às vezes tem alguma coisa incomodando. Um paciente entubado só faz expressão de dor e você tem que conhecer o que é aquilo que ele está sinalizando.” (K2)*

*“Sempre antes de entrar no box do paciente eu tenho o costume de olhar no prontuário o que aconteceu, dizer sempre para ele o que vou fazer (...) esclarecer os cuidados, sempre pedir licença porque estamos invadindo o espaço dele.” (L2)*

*“(...) conversar um pouco, na hora que está fazendo algum procedimento procurar interagir, mesmo sedado.” (N2)*

Acreditam, como os enfermeiros, que as tecnologias facilitam o cuidado humanizado, de forma a complementar e, ao mesmo tempo, dinamizar as atividades assistenciais, proporcionando-lhes mais tempo ao lado do paciente:

*“Porque ajuda a ver os sinais vitais mais rápido.” (F2)*

*“Eu acho que fica mais fácil, pra gente poder estar observando o quadro do paciente, eu acho que fica mais fácil.” (L2)*

Mostram-se, contudo, receosos quanto ao afastamento que a tecnologia pode proporcionar. Destacam a falta de contato, a mudança do foco do cuidar e, também, a excessiva confiança atribuída à máquina, que vem substituindo as relações estabelecidas com o paciente, transformando-o em produto, em item de uma engrenagem ou máquina, impossibilitando, desta forma, a individualização do atendimento prestado, premissa básica da humanização em enfermagem (RIOS; 2009):

*“(...) porque eu estou vendo a pressão ali, se não tivesse o monitor e tivesse que aferir a pressão toda hora eu teria mais contato com o paciente, do que eu estar só olhando e anotando.” (I2)*

*“Porque a gente às vezes acha que a máquina vai dar jeito em tudo, mas na realidade o toque humano não pode faltar, é necessário.” (J2)*

*“Eu acho que às vezes a gente fica confiando muito nesses aparelhos, acaba que não presta um bom serviço, não vai lá olhar, examinar, fazer uma avaliação de perto. Olha nos equipamentos, vê que está tudo bem e às vezes os equipamentos falham também.” (S2)*

*“(...) também a gente pode ignorar o paciente.” (X2)*

*“Porque com o avanço da tecnologia podemos perceber que as pessoas perdem o contato maior com esse paciente, a gente termina se afastando e ficando só mecanizado, chega lá e faz o que tem de fazer e termina saindo, não dando atenção, não consegue ver o paciente como um todo. (EA2)*

Novamente, assim como apareceu entre os enfermeiros das Instituições 1 e 2, é citado o barulho como um fator importante na quebra da humanização do cuidado:

*“(...) eu acredito que deveria ter mais humanização, por ter muito barulho, a gente devia ter mais cuidado com o paciente.” (G2)*



*“Porque a gente sabe que esses ‘bip bip’ aí são stressantes, o manguito apertando de dez em dez minutos, incomoda (...)” (C2)*

Os cuidados rotineiros, como a aferição – ou coleta - de sinais vitais, perpassam pelos mesmos conceitos que os enfermeiros, sendo feitos de forma rotineira e protocolada. Destaca-se aqui, entretanto, muito mais que na fala dos enfermeiros, a preocupação em estabelecer contato verbal (“dialogar com o paciente”):

*“Eu tento falar com ele, porque tem muita gente que pensa que porque está aqui na UTI vai morrer (...)” (K2)*

*“A gente toda vez que vai colher os sinais vitais dizer, porque muitos querem saber, se tiver alguma coisa fora do normal a gente conversar. (...)” (L2)*

*“(...) Então é você explicar os procedimentos que está fazendo mesmo com o paciente inconsciente.” (G2)*

Aspectos como manter a segurança e a calma do paciente (“promover segurança”) também são colocados em destaque na fala:

*“(...) fazendo com que ele fique com mais calma, fique bem, não fique preocupado (...)” (F2)*

Importante destacar, como relatado nos aspectos observacionais, que há, rotineiramente, a associação de procedimentos de menos complexidade, como a coleta dos sinais vitais no monitor multiparamétrico, por exemplo, e atividades que requerem maior complexidade e contato físico. Um exemplo disto é a associação realizada entre a tomada de sinais vitais e a mudança de decúbito, estratégia que pareceu bastante eficiente para suprir a perda da “prática do toque afetivo e terapêutico” que o uso de equipamentos como o monitor multiparamétrico pode proporcionar, em comparação com a aferição manual dos sinais vitais:

*“Porque normalmente quando a gente afere, a gente faz as mudanças de decúbito, vê se o paciente está confortável (...)” (Q2)*

*“Aqui na unidade a gente afere e troca decúbito. Acho importante porque a gente pode sentir um pouco o paciente (...)” (G2)*

Todos os técnicos de enfermagem, diferentemente dos enfermeiros, se importam com a humanização do cuidar em atividades praticadas diretamente com equipamentos, a exemplo da coleta de sinais vitais nos monitores multiparamétricos.

A observação dos técnicos de enfermagem pôde demonstrar, inclusive, que este cuidado de fato é praticado pela grande maioria, com atenção ao paciente durante a verificação dos parâmetros fornecidos pelos equipamentos de monitorização. Como falado anteriormente, o fato de haver atividades intercaladas com a tomada dos sinais vitais favorece a prática do cuidado humanizado, vez que procedimentos menos complexos são complementados com atividades mais complexas e que exigem maior interação e atenção entre profissional e paciente.

A preocupação com a postura profissional (“agir profissionalmente na presença do outro”), de forma a que a coleta de sinais vitais não seja apenas uma simples tomada de informações, mas uma base de dados para ser correlacionada com o estado físico e de saúde do paciente também aparece nas falas, uma clara tentativa de individualização do paciente, mesmo em um ambiente que, à primeira vista, parece estéril à humanização, como o são os ambientes com alto grau de densidade tecnológica, como as UTIs:

*“Me preocupo com a humanização porque é um ciclo fechado: você pode fazer a humanização de forma a que o paciente se sinta mais calmo e aceite sua presença, se sinta mais ou menos como se estivesse em casa.” (G2)*

*“Sim, porque é através dos sinais vitais que estão ali no monitor que você vai ver o estado do paciente. Se ele está tendo uma melhora com o tratamento, se o cuidado está sendo prestado mesmo.” (I2)*

*“Sim porque nós devemos isso ao paciente. Muitas vezes o paciente é leigo no sentido de conhecer os cuidados de enfermagem, então a gente tem de explicar o que ele tem, o que a gente vai fazer, o que ele vai tomar. Porque ele ser leigo ele tem medo de tudo, ele vê lá fora as coisas e pensa que vai acontecer aqui também e ele entendendo melhor facilita o tratamento.” (O2)*

O cuidado de informar ao paciente o procedimento a ser realizado, mesmo quando da tomada dos sinais vitais em monitor, de fato foi constatado pela equipe de técnicos de enfermagem, corroborando os depoimentos acima.

Falas mais acuradas, que indicam, inclusive, percepções mais refinadas acerca do cuidado humanizado e suas facetas também aparecem. É notório, por exemplo, o

reconhecimento de que, Instituição o trabalho seja bem executado e com humanização, irá refletir no futuro profissional, quase como uma propaganda que os pacientes que receberam tal cuidado irão realizar:

*“Sim, porque ali vai ser meu passaporte para continuar trabalhando bem naquela empresa e em qualquer outra que eu vá trabalhar, cuidar bem do paciente com certeza ele vai passar isso adiante do meu cuidado diferenciado.” (J2)*

A preocupação com o entendimento do paciente e a necessidade de estabelecer comunicação verbal acerca dos procedimentos a serem realizados (“dialogar com o paciente” e “agir profissionalmente na presença do outro”) durante a coleta dos sinais vitais no monitor, mesmo quando este está em coma ou sedado, também aparece nas falas, indicando uma atenção com o seu bem estar, mesmo quando não consegue verbalizar:

*“Sim, porque eu chego lá converso (...) agora assim, o paciente que está entubado a gente conversa porque a gente sabe que o último sentido que a gente perde é a audição, então eu até evito falar certas coisas ali.” (R2)*

Entretanto, a mudança de foco do cuidador, de paciente para a máquina, dando a falsa sensação de segurança ao profissional, pôde ser notada na fala de Q2:

*“Sim, sendo que a gente vai aferir no monitor, você se sente até mais um pouco segura, quando a gente vai aferir manualmente a gente fica mais insegura.”*

Tal mudança de foco é explanada por Bastos (2002) e Bettinelli (1998) quando afirmam que uma questão inquietante no impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem é o constante e indiscriminado uso da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico de pacientes, onde há uma intermediação, de forma significativa, entre a relação profissional/paciente. Essa tecnologia, cada vez mais utilizada na assistência ao paciente crítico, tem influenciado não só o significado do trabalho dos profissionais de saúde, como também é encarada como a solução para todos os problemas do paciente. A visão tecnicista levaria, destarte, à inversão de valores: preocupação excessiva com a máquina e pouca preocupação com o ser humano internado.

Apenas dois profissionais, de um universo de 19, relataram não se preocupar com a humanização do cuidado de enfermagem na coleta de dados dos monitores, de forma a não estabelecer contato de qualquer natureza com o paciente:

*“Não, apenas [me preocupo] com os valores que eles que vão me dizer se realmente o paciente está precisando de cuidados mais específicos ou não.” (X2)*

*“Não, porque eu acredito que o monitor é uma coisa de urgência e emergência e a humanização e o monitor não tem muita ligação, eu me preocupo mais com as informações do monitor.” (AA2)*

Estas concepções vão de encontro ao que afirma Regis; Porto (2006), quando sinalizam que a profissão de enfermagem se configura basicamente como prestação de cuidados ao ser humano. Tal cuidado é, antes de tudo, um exercício e uma arte de observação, de saber e de fazer, dinâmica que envolve quem cuida e quem é cuidado (seus pacientes). As atividades do enfermeiro não deveriam, assim, se limitar a uma ação técnica a ser estudada, desenvolvida, anotada ou calculada, tal como uma função braçal. A profissão está fortemente pautada nas relações humanas, sociais e nas implicações que definem sua prática, de tudo e todos à sua volta.

## **5.2 Práticas do cuidado e humanização da assistência**

### **5.2.1 Instituição 1**

Notou-se que, muito embora houvesse, na maioria das vezes, grande número de pacientes a atender (a média diária de atendimento chegava a circular entre 80 a 100), a ação de “dialogar com o paciente”, da dimensão “Relacional dialógica” era, de modo geral, bastante praticada e a ela atribuída grande importância para a humanização do cuidado prestado.

Outros aspectos do humanizar, ligados a “mostrar afeição” e “Compartilhar vivências” (da dimensão “Ético profissional”) estiveram também bastante presentes no dia a dia dos profissionais de enfermagem. Notável a aproximação que existia entre técnicos de enfermagem e os pacientes.

Os enfermeiros, por sua vez, estavam muito mais ligados ao gerenciamento e decisões burocráticas ligados à equipe de enfermagem, sendo raro o contato direto entre

paciente e enfermeiro. Apenas os casos de maior gravidade apresentavam assistência dos mesmos e, nestes casos, o cuidado prestado (embora demonstrasse um maior domínio do saber técnico científico, com destaque para ações ligadas ao “agir profissionalmente na presença do outro” e “manter a postura ética”, da dimensão “Ético profissional”), era muito mais burocrático e profissionalizado, percebendo-se, inclusive, a intenção constante em captar apenas dados que fossem essenciais ao diagnóstico clínico do paciente.

Na Instituição 1, os enfermeiros, deram pouca ou média importância a categorias cruciais do cuidado humanizado, a exemplo das dimensões ligadas a “respeito ao indivíduo na sua singularidade” (menor importância foi atribuída às ações “Compartilha vivências”; “dar espaço à intersubjetividade no cuidado”; “respeitar suas singularidades”; “estimular a auto percepção”; “respeitar crenças, valores e cultura”) e “conhecimento do cuidado humanizado” (menor importância atribuída às duas ações desta dimensão) (Quadro 2):

**Quadro 2: Importância atribuída pelos enfermeiros da Instituição 1 às dimensões do cuidado humanizado**

Dimensão	Ação	Aplica	Não aplica	Importância		
				Pouca	Média	Muita
Número de respostas atribuídas						
<b>Cognitiva</b>	Conhece o significado do cuidado humanizado	3	0	1	1	1
	Compreende as dimensões e implicações do cuidado humanizado	3	0	1	1	1
<b>Ético profissional</b>	Age profissionalmente na presença do outro	3	0	0		3
	Mostra afeição	3	0	0	1	2
	Tenta despertar a confiança	3	0	0	0	3
	Mantem postura ética	3	0	0	0	3
	Promove segurança	3	0	0	2	1
	Garante sinceridade e reciprocidade no cuidado	3	0	0	1	2
<b>Respeito ao paciente na sua singularidade</b>	Compartilha vivências	3	0	0	2	1
	Dá espaço à intersubjetividade no cuidado	3	0	0	2	1
	Garante a afirmação da identidade do ser	3	0	0	1	2
	Preserva a autonomia do paciente	3	0	0	2	1
	Respeita suas singularidades	3	0	0	2	1
	Estimula a autopercepção	3	0	0	2	1
<b>Relacional dialógica</b>	Respeita crenças, valores e cultura	3	0	0	2	1
	Pratica o toque afetivo e terapêutico	3	0	0	0	3
	Sente e reconhece o paciente	3	0	0	1	2
	Dialoga com o paciente	3	0	0	0	3
	Escuta o paciente	3	0	0	1	2
<b>Outras (Quais?)</b>	Observa atentamente o paciente	3	0	0	0	3
	-	0	0	0	0	0

Adaptado de Waldow (2007; 2011) e Celich (2003).

Embora as falas dos enfermeiros, em sua totalidade, classifiquem seus cuidados como humanizados, com justificativas que podem ser bem traduzidas na fala:

*“Porque eu cuido do paciente não só pela patologia em que ele está naquele momento, mas sim como um todo. Eu trato o paciente de acordo com a realidade dele, a convivência dele e as consequências pelas quais ele está ali, então a gente tem que respeitar também tudo isso.” (M1)*

Pareceu contraditório as afirmações dadas e o pouco valor atribuído pelos próprios enfermeiros às dimensões do cuidado humanizado citados anteriormente. O respeito ao indivíduo em sua singularidade, segundo Morais et al (2009), deve nortear todo e qualquer procedimento de enfermagem, de forma a individualizar o cuidado praticado e tornar o ambiente hospitalar menos alheio ao indivíduo e sua família.

O conhecimento acerca de humanização, por outro lado, permite ao profissional exercer de forma consciente a humanização do cuidado prestado, de forma a favorecer suas ações e melhorar a qualidade do atendimento. Humanizar significa acolher o paciente em sua essência, a partir de uma ação efetiva traduzida na solidariedade, na compreensão do ser doente em sua singularidade e na apreciação da vida. É abrir-se ao outro e acolher, solidária e legitimamente, a diversidade, tornando o ambiente mais agradável e menos tenso, de forma a proporcionar ao paciente um atendimento mais seguro, afetuoso e terno (BACKES et al; 2005).

No geral, não se percebeu nos enfermeiros, de forma tão clara quanto nos técnicos de enfermagem, o caráter “familiar” da assistência, configurado pelas ações de “promover a segurança” e “mostrar afeição”, da dimensão “Ético profissional”. Pelo contrário, as relações estabelecidas com o paciente eram mantidas mais por uma convenção profissional e, embora até demonstrassem atenção e algum tipo de afeição, também mostravam o traço inegavelmente presente de uma sensação de falta de tempo, de grande ocupação a ser feita e de posição hierárquica superior ocupada dentro da equipe de enfermagem. Estas características, aparentemente ligadas a uma subversão da ação “agir profissionalmente na presença do outro”, podem induzir o profissional a assumir o papel de onipotente, e o paciente, de subjugado (CORBANI, 2009).

Esta característica esteve inclusive, presente nas falas dos enfermeiros. Enquanto os técnicos de enfermagem falavam muito mais do cuidado humanizado de enfermagem em termos de ações como “dialogar com o paciente”, de “garantir sinceridade e reciprocidade”, as

concepções dos enfermeiros estavam muito mais ligadas a “agir profissionalmente na presença do outro” e a uma capacidade técnica de “intuir” e até mesmo “adivinhar” condições clínicas do paciente que pudessem, de alguma forma, contribuir para melhoria do seu quadro clínico.

A prática dos técnicos de enfermagem, embora desenvolvida de forma rápida, apresentava, em sua maioria, aspectos primordiais ligados ao humanizar... era praticada de forma a estabelecer o diálogo com o paciente, a troca de informações e, o mais surpreendente, a prática do “toque afetivo e terapêutico”. Na unidade em questão, o toque, aliás, parecia ser o elemento comum a todas as ações: quer fosse para chamar a atenção do paciente, para aplicar-lhe medicamentos, para aferir-lhe os sinais vitais ou simplesmente perguntar-lhe algo... esta aproximação do profissional e do paciente revelou-se familiar e muito positiva. Raros eram os pacientes que, após o contato com a equipe, não se mostravam com fâcies mais relaxadas, menos apreensivos. Nietzsche; Leopardi apud Kirchof (2003), inclusive, defendem que a intimidade ou familiaridade do cuidar promove a interação com o paciente, de forma a buscar conhecer quais são suas reais necessidades, para embasado nisso planejar uma assistência de enfermagem de melhor qualidade.

Os técnicos de enfermagem também atribuíram maior importância geral às dimensões do cuidado, tendo apresentado apenas a dimensão do “respeito ao paciente na sua singularidade” – “Compartilha vivências” e “dar espaço à intersubjetividade no cuidado” - apresentado menor importância atribuída (Quadro 3):

**Quadro 3: Importância atribuída pelos técnicos de enfermagem da Instituição 1 às dimensões do cuidado humanizado**

Dimensão	Ação	Aplica	Não aplica	Importância		
				Pouca	Média	Muita
Número de respostas atribuídas						
<b>Cognitiva</b>	Conhece o significado do cuidado humanizado	15	0	0	1	14
	Compreende as dimensões e implicações do cuidado humanizado	15	0	0	1	14
<b>Ético profissional</b>	Age profissionalmente na presença do outro	15	0	0	0	15
	Mostra afeição	15	0	0	3	12
	Tenta despertar a confiança	15	0	0	0	15
	Mantem postura ética	15	0	0	1	14
	Promove segurança	15	0	0	2	13
	Garante sinceridade e reciprocidade no cuidado	15	0	0	0	15
<b>Respeito ao paciente na sua singularidade e</b>	Compartilha vivências	13	2	3	4	8
	Dá espaço à intersubjetividade no cuidado	14	1	1	6	8
	Garante a afirmação da identidade do ser	15	0	0	2	13
	Preserva a autonomia do paciente	15	0	0	4	11
	Respeita suas singularidades	15	0	0	0	15

	Estimula a autopercepção	14	1	0	4	11
	Respeita crenças, valores e cultura	15	0	0	2	13
<b>Relacional dialógica</b>	Pratica o toque afetivo e terapêutico	15	0	0	2	13
	Sente e reconhece o paciente	15	0	0	1	14
	Dialoga com o paciente	15	0	0	0	15
	Escuta o paciente	15	0	0	1	14
	Observa atentamente o paciente	15	0	0	2	13
	<b>Outras (Quais?)</b>	-	0	0	0	0

Adaptado de Waldow (2007; 2011) e Celich (2003).

Curiosamente, a prática pôde mostrar que os técnicos de enfermagem mostravam-se extremamente abertos a “Compartilhar vivências” e “dar espaço à intersubjetividade no cuidado”, realizadas principalmente através das relações dialógicas estabelecidas e a troca de experiências e informações progressas pessoais, diferente da importância atribuída pela maioria dos profissionais. Mostraram, também, intensa empatia e familiaridade com os pacientes que necessitavam de seus cuidados.

Talvez o fato de que na instituição, por se tratar de ambiente de baixa densidade tecnológica e também de pequeno porte, o diálogo e a familiaridade para com os pacientes, por parte dos técnicos de enfermagem, seja algo tão corriqueiro e trivial, acaba por fazer com que os técnicos atribuam pouca ou média importância a estas ações tão singulares ao cuidado humanizado.

No tocante à auto classificação, apenas um técnico referiu não considerar seu cuidado humanizado, devido ao pouco tempo que este dispunha para a realização de suas atividades:

*“Não considero humanizado por não ter tempo, muitas vezes por estar sobrecarregada.” (X2)*

Vemos, portanto, novamente o quesito tempo como impeditivo à realização de cuidados humanizados. Tal fato deve ser levado em conta pelas instituições quando instituírem protocolos de atendimento, afinal, a humanização também perpassa por questões externas ao paciente, como a gratificação profissional, a adequação de horas de trabalho e de leitos/pacientes por profissional (BRASIL, 2004).

Os principais julgamentos ligados à auto classificação do trabalho como humanizado estavam ligados às ações “manter a postura ética”, “garantir sinceridade e reciprocidade no cuidado” e “mostrar afeição” com o paciente:



*“(...) eu creio que isso seja humanização, porque eu costumo tratar os pacientes como um parente meu, uma mãe, pois pelo que eu saiba ninguém trata mal mãe e pai.” (P1)*

*“Porque a enfermagem é isso, é mostrar amor, quando você trabalha com amor então você já está tendo este cuidado.” (Q1)*

*“(...) passo uma boa imagem, uma boa segurança e confiança.” (N1)*

As auto classificações e as importâncias dadas, como visto, são mais condizentes com os comportamentos adotados, na prática, pelos técnicos de enfermagem da Instituição 1 do que com enfermeiros. Os técnicos, de fato, mostravam-se o tempo todo preocupados em estabelecer o diálogo com o paciente e quase tratavam-lhes como membros da família, de forma a reforçar e fortalecer as opiniões dadas.

Porém, os extremos e exceções também ocorreram. Pôde-se notar a presença do autoritarismo e da falta de atenção em alguns profissionais, o que beirava, vez por outra, à falta de preparo ou desconhecimento da necessidade de humanização.

Além disso, as ações não eram sistemáticas e protocoladas, o que fazia, por exemplo, a equipe perder bastante tempo em atividades pouco complexas e, por consequência, realizar atividades mais complexas - e que necessitam, portanto, de maior atenção relativa à humanização - de forma rápida e pouco atenta. Como consequência, os profissionais podem se mostrar desmotivados ou em situação de sobrecarga de trabalho e não conseguir cumprir todas as tarefas, ou mesmo cumpri-las sem tempo para refletir o que estão realizando (PEIRÓ, 1993). O paciente pode sentir-se assim desprestigiado, sem identidade, chegando à conclusão que é apenas mais um num universo de vários.

A comunicação dos dados clínicos entre os profissionais, no tocante aos pacientes, se dá pelo nome e leito, o que traduz esforço, por outro lado, de manter a identidade pessoal dos mesmos.

Os profissionais acreditam, em sua maioria, que embora a ausência de aparato tecnológico mais denso, a exemplo de monitores multiparamétricos, ventiladores pulmonares, bombas de infusão, possa fazer falta no sentido de garantir a manutenção da vida do paciente de forma mais efetiva e mesmo de dinamizar o tempo do serviço de enfermagem, por outro lado caracteriza seu trabalho como algo mais humano, mais familiar e menos “mecanizado”.

Em relação ao tempo necessário para realização das tarefas, os técnicos de enfermagem (muito mais envolvidos na tarefa contínua do contato direto com o paciente), apresentaram, inclusive, vez por outra padrões dúbios: embora quisessem, por exemplo,

oferecer algum tipo de apoio ou aprofundar-se nas relações estabelecidas com o paciente, mostravam-se apreensivos devido ao tempo e ao grande volume de serviço a ser realizado, o que, em algumas vezes, contribuiu por transformar a forma de cuidado do paciente em algo superficial e incipiente.

Afinal, foi interessante notar a diferença de posicionamento dos profissionais, talvez fruto da própria menor ou maior aproximação com os pacientes: enquanto os técnicos de enfermagem pareciam mais “íntimos”, mais preocupados com dores e achaques de menor importância, exercendo ativamente o diálogo com o paciente, os enfermeiros se posicionavam de forma mais recuada, procurando agir de forma profissional, de forma tal a adquirir confiança e, ao que tudo indica, respeito.

O cuidado de enfermagem como uma prática assistencial humanizada, segundo Morais et al (2009), deve estar centrado na necessidade de diálogo e comunicação como estratégia de aproximar paciente-equipe, na reconstrução do relacionamento entre o profissional de enfermagem e o ser humano hospitalizado, repercutindo diretamente na qualidade do serviço prestado pelas instituições de saúde e no modo como este é percebido pelo paciente. Esta comunicação, tida como terapêutica, é consubstanciada na linguagem verbal e não verbal, contribuindo para a prática de um cuidado humano em enfermagem e propicia a espaço de aprendizagem para o paciente. Assim, possibilita maior aproximação entre paciente e enfermeiro, pautada em uma relação de confiança.

Parece ser que a busca da confiança do paciente está sendo praticada pelos enfermeiros, mais pelo “agir profissionalmente”, do que pelo “dialogar”. Obviamente, esta construção poderá contribuir para aumentar ainda mais a distância entre profissional e paciente, ao invés de aproximá-los.

### 5.2.2 Instituição 2

Neste caso, havia um apuro formal mais rígido, fruto da própria filosofia da instituição. Talvez por se tratar de ambiente mais denso tecnologicamente, a direção possuía normas e rotinas mais protocoladas e sistemáticas.

A atuação dos enfermeiros, embora estes parecessem mostrar uma preocupação muito grande com a abordagem holística dos pacientes - de forma tal a entender-lhes significados por vezes inaparentes e suas correlações com seu estado clínico - se fez notar muito mais nos aspectos gerenciais que assistenciais.

Os enfermeiros da Instituição 2, por outro lado, embora estivessem ainda mais envolvidos com as atividades burocráticas, como citado anteriormente, parecem se importar mais com a pluralidade de dimensões ligadas ao cuidado humanizado.

A partir do barema de avaliação, os enfermeiros do Instituição 2 atribuíram um peso maior às dimensões do cuidar humanizado. Apresentaram, entretanto, similaridades aos enfermeiros da Instituição 1, ao atribuir pouca ou média importância às ações “Compartilha vivências” e “dá espaço à intersubjetividade no cuidado”, da dimensão “respeito ao paciente na sua singularidade” (Quadro 4):

**Quadro 4: Importância atribuída pelos enfermeiros da Instituição 2 às dimensões do cuidado humanizado**

Dimensão	Ação	Aplica	Não aplica	Importância		
				Pouca	Média	Muita
Número de respostas atribuídas						
Cognitiva	Conhece o significado do cuidado humanizado	11	0	0	0	11
	Compreende as dimensões e implicações do cuidado humanizado	11	0	0	0	11
Ético profissional	Age profissionalmente na presença do outro	11	0	0	0	11
	Mostra afeição	11	0	0	4	7
	Tenta despertar a confiança	11	0	0	0	11
	Mantém postura ética	11	0	0	0	11
	Promove segurança	11	0	0	0	11
Respeito ao paciente na sua singularidade	Garante sinceridade e reciprocidade no cuidado	11	0	0	1	10
	Compartilha vivências	11	0	1	5	5
	Dá espaço à intersubjetividade no cuidado	11	0	0	3	8
	Garante a afirmação da identidade do ser	11	0	0	0	11
	Preserva a autonomia do paciente	11	0	0	2	9
	Respeita suas singularidades	11	0	0	2	9
	Estimula a autopercepção	11	0	1	3	7
Relacional dialógica	Respeita crenças, valores e cultura	11	0	1	3	7
	Pratica o toque afetivo e terapêutico	11	1	0	0	11
	Sente e reconhece o paciente	11	0	0	2	9
	Dialoga com o paciente	11	1	0	0	11
	Escuta o paciente	11	0	0	0	11
Outras (Quais?)	Observa atentamente o paciente	11	0	0	0	11
	-	0	0	0	0	0

Adaptado de Waldow (2007; 2011) e Celich (2003).

Todos os enfermeiros disseram, na autoclassificação, sem exceções, que os cuidados prestados pelos mesmos são humanizados, prevalecendo justificativas que se assemelham àquelas dadas pelos técnicos de enfermagem da Instituição 1, como o “respeito à singularidade do paciente” e a “garantia de sinceridade e reciprocidade no cuidado”:

*“Porque eu procuro individualizar o tratamento, procuro perceber as necessidades de cada paciente, independente da patologia: A, B, C. Mas eles têm diferença. Eu procuro ver o paciente além de um todo, eu procuro ver ele em particular.” (P2)*

*“Porque apesar de estar na UTI, com o paciente entubado, às vezes não fala, mesmo assim não identifico o paciente pelo leito, pela patologia, sem ter a preocupação com o paciente, se colocando no lugar dele.” (A2)*

O problema do tempo, também recorrente entre os técnicos de enfermagem do Instituição 1, aparece mais uma vez nas falas de T2, ao afirmar:

*“(...) É claro que muitas vezes você não consegue porque não tem tempo, chega um momento que foge do seu controle e depende também de terceiros e acaba que fica pra depois. Mas a gente tenta.”*

Como falado, os enfermeiros, embora estivessem muito mais envolvidos com atividades burocráticas do que na Instituição 1, demonstraram grande preocupação com os pacientes assistidos, podendo-se perceber maior fidedignidade das falas com a postura profissional adotada no dia a dia.

O contato dos enfermeiros da Instituição 2, assim como na Instituição 1, também se limitava a procedimentos de maior complexidade, deixando-lhes livres para o estabelecimento de protocolos que, indiretamente, complementavam o cuidado humanizado do paciente. Por exemplo, a atividade de associar a tomada dos sinais vitais do monitor multiparamétrico e, logo após, a realização da mudança de decúbito, acabava por suprir a falta de contato físico – “toque terapêutico e afetivo” – que a simples e rápida coleta dos dados no monitor multiparamétrico proporciona, em comparação com a tomada manual dos sinais vitais (na Instituição 1) que, obviamente, independente da vontade do profissional, acaba, minimamente, por induzir ao toque e ao contato verbal.

A associação de procedimentos como os relatados anteriormente pôde prover positivamente o déficit relativo ao diálogo e ao toque, muitas vezes encontrados e descritos em ambientes de alta densidade tecnológica (CINTRA, ET AL, 2001). Este esforço é altamente positivo, pois, segundo Godoi (2004), o toque, voluntário ou involuntário, proporciona ao profissional o fortalecimento do vínculo com o paciente. Cintra et al (2001) destaca ainda que tocar o paciente transmite-lhe segurança, entendimento, sinceridade,

respeito, concordância, interesse, empatia, conforto, encorajamento, podendo trazer diversas vantagens e favorecer a recuperação do paciente em estado crítico de saúde.

Obviamente esta era a regra geral, ocorrendo, entretanto, exceções, com alguns profissionais mostrando-se pouco interessados em interagir e mesmo em proporcionar algum tipo de contato e cuidado humanizado com o paciente... Mas a visão geral é a de que os profissionais têm um protocolo mais bem elaborado a ser seguido, com uma distribuição mais equitativa de tempo entre os procedimentos e as tarefas a serem cumpridas.

Os enfermeiros, como falado, passavam muito mais tempo em atividades gerenciais, muito embora, quando em atividades assistenciais, o fizessem com bastante zelo e, aparentemente, interesse com a humanização do cuidado prestado. A preocupação em não expor o paciente, em chamar-lhe pelo nome, mesmo quando este estava em coma, era bem expressiva e significativa, mostrando o esforço em “promover segurança” e “garantir a identidade do ser”, respectivamente das dimensões “Ético profissional” e “respeitar o paciente na sua singularidade”.

Os profissionais enfermeiros da Instituição 2 também procuravam “manter uma postura ética” e “agir profissionalmente na presença do outro” (da dimensão “Ético profissional”), assim como na Instituição 1, tendo, inclusive, muito mais rigor técnico científico no desenvolvimento de suas atividades.

A visão de cuidador para os profissionais enfermeiros parecia estar embasado num entendimento global. Havia, novamente, a interessante sensação de que os enfermeiros tentavam correlacionar o estado clínico dos pacientes e sua evolução, de forma a tentar adivinhar-lhes as necessidades... No tocante à relação da equipe, talvez a postura mais gerencial dos enfermeiros, ligada principalmente às atividades burocráticas, também tenha contribuído para certo distanciamento dos técnicos de enfermagem, que, aparentemente, enxergavam-nos como mais rígidos ou impositivos, em comparação com a visão geral percebida na Instituição 1.

Na Instituição 2, os técnicos de enfermagem revelaram-se mais contidos em termos afetivos do cuidado com os pacientes, predominando aqui ações ligadas ao “agir profissionalmente na presença do outro”, “manter a postura ética” e “manter o respeito mútuo”, da dimensão “Ético profissional” (aproximando-se, em partes, do perfil apresentado pelos enfermeiros na Instituição 1), aparentemente com maior preocupação com as características clínicas e técnicas das Instituições.

Embora à primeira vista, a característica apresentada acima possa parecer uma perda significativa do ponto de vista da humanização, contudo não pareceu contribuir, no dia a dia,

para a perda da qualidade do cuidado humanizado: apenas mudou-lhe a faceta ou dimensão de maior preocupação por parte dos técnicos de enfermagem... se havia, na Instituição 1, uma ênfase na dimensão “Relacional dialógica”, através do “diálogo com o paciente”, da “prática do toque afetivo e terapêutico”, quase como se o paciente fora um membro da família, na Instituição 2 temos, entre os técnicos de enfermagem, aspectos mais ligados à dimensão “Ético profissional”, com ações como o “agir profissionalmente”, o “manter a ética” e a postura frente ao paciente. Não da forma citada na Instituição 1, em que a preocupação parecia, muitas vezes, a de impor respeito, mas de forma a garantir a melhor assistência prestada ao paciente.

Os técnicos de enfermagem do Instituição 2 atribuíram valores semelhantes aos enfermeiros às dimensões do cuidado humanizado. De forma geral, atribuíram grande importância às dimensões “Ético profissional” e “Cognitiva”. As menores importâncias foram atribuídas às ações “Compartilha vivências” e “dá espaço à intersubjetividade do cuidado”, da dimensão “respeito ao paciente na sua singularidade”. Igual resultado foi apresentado pelos enfermeiros, o que pode demonstrar sintonia acerca da ideologia seguida e compartilhada pelos os membros da equipe de enfermagem (Quadro 5):

**Quadro 5: Importância atribuída pelos técnicos de enfermagem da Instituição 2 às dimensões do cuidado humanizado**

Dimensão	Ação	Aplica	Não aplica	Importância		
				Pouca	Média	Muita
Número de respostas atribuídas						
Cognitiva	Conhece o significado do cuidado humanizado	19	0	0	0	19
	Compreende as dimensões e implicações do cuidado humanizado	19	0	0	0	19
Ético profissional	Age profissionalmente na presença do outro	19	0	0	1	18
	Mostra afeição	19	1	2	1	16
	Tenta despertar a confiança	19	0	0	2	17
	Mantém postura ética	19	0	0	0	19
	Promove segurança	19	0	0	1	18
	Garante sinceridade e reciprocidade no cuidado	19	0	1	1	17
Respeito ao paciente na sua singularidade	Compartilhar vivências	19	0	1	4	14
	Dá espaço à intersubjetividade no cuidado	19	1	2	3	14
	Garante a afirmação da identidade do ser	19	0	0	2	17
	Preserva a autonomia do paciente	19	0	0	2	17
	Respeita suas singularidades	19	0	0	1	18
	Estimula a autopercepção	19	0	0	3	16
	Respeita crenças, valores e cultura	19	0	0	2	17
Relacional dialógica	Pratica o toque afetivo e terapêutico	19	0	0	0	19
	Sente e reconhece o paciente	19	0	0	1	18
	Dialoga com o paciente	19	0	0	3	16
	Escuta o paciente	19	0	0	0	19

	Observa atentamente o paciente	19	0	0	0	19
<b>Outras (Quais?)</b>	-	0	0	0	0	0

Adaptado de Waldow (2007; 2011) e Celich (2003).

Todos os técnicos, a exceção de um, auto classificaram o cuidado prestado como humanizado, justificando, para isto, ações ligadas à “garantia da sinceridade e reciprocidade”, à “escuta”, ao “diálogo”, ao “sentir e reconhecer o paciente”, ao “agir profissionalmente na presença do outro”:

*“(...) eu trato o paciente como eu gostaria de ser tratado (...)” (E2)*

*“(...) Por ter o lado de ouvir e sentir o paciente, as necessidades do paciente, conversar com o paciente é o diferencial.” (J2)*

*“Porque eu faço o meu melhor, eu tento me colocar no lugar do outro.” (L2)*

*“Só em dar assistência de modo respeitoso e dentro dos limites entre paciente e profissional, já é grande importância.” (X2)*

A única resposta negativa à pergunta veio de AA2, que, por razões de entender que não há continuidade da assistência prestada, acaba por fragmentar as relações e cuidados prestados, de forma a não conseguir praticar a humanização:

*“Porque um cuidado humanizado é quando você pega ele (o paciente) do começo ao fim, com todas as suas patologias e fazendo com que ele saia daqui mais forte sobre seus problemas. E não pegando um hoje, um amanhã, não tendo aquela qualidade prestada.”*

A continuidade da assistência de enfermagem, de fato, é citada como fator que proporciona cuidado individualizado, implicando modificações no estilo de assistir e na forma de conceber a enfermagem, que passa do estilo funcional, para o estilo centrado no paciente, favorecendo uma relação pessoa a pessoa, na qual o paciente é participante na tomada de decisão (CASTILHO ET AL, 2009), fatores indispensáveis ao cuidado humanizado.

Outras características mais sutis se fizeram presentes, como a preocupação em “promover a segurança do paciente”, “mostrar afeição” em pequenas atitudes, traduzidas como um sorriso e o bom humor. Estas características, inclusive, estiveram até mais presentes entre os técnicos de enfermagem da Instituição 2. Araújo; Silva (2007) apontam que atitudes como esta, onde se pode notar o bom humor e o sorriso, proporcionam um modo de aliviar a

ansiedade, a tensão e a insegurança, além de servir como mecanismo de coping através do qual o indivíduo lida com questões opressivas. Utilizar o humor como estratégia de defesa ou coping permite ao indivíduo distanciar-se do estresse, mostrar sentimentos que geralmente são difíceis de expressar e lidar, como a impotência e o medo, esquecer as preocupações, evitar conflitos, aliviar a tensão e relaxar, promovendo expressivamente o cuidado humanizado.

Enquanto na Instituição 1 a ênfase recaiu no “praticar o toque afetivo e terapêutico” e “dialogar com o paciente”, na Instituição 2 prevaleceu o “agir profissionalmente na presença do outro”, o “despertar a confiança” muito mais marcadamente acentuados.

Os técnicos de enfermagem, em sua maioria, até se mostravam abertos ao diálogo, quando possível, embora mostrassem certo distanciamento, talvez fruto, inclusive, da própria complexidade clínica que os pacientes apresentavam.

Merece destaque o fato de que, por ser um ambiente altamente tecnológico, o tempo gasto com atividades mais habituais, como a aferição dos sinais vitais, era o mínimo possível, graças à presença, inclusive, do monitor multiparamétrico. Neste tocante, é importante citar que, embora a aferição de sinais vitais fosse algo muito mais mecanizado e automático que na Instituição 1, os técnicos de enfermagem mostravam respeito ao paciente, comunicando-lhes, não raro, os valores colhidos e também seu estado geral. E, faz-se mister dizer, o tempo não dispendido com o paciente em momentos de menor complexidade, como a própria aferição de sinais vitais, era dispendido de forma mais “fluida” e demorada em procedimentos de maior complexidade.

Embora houvesse bom diálogo geral entre a equipe, as relações e informações, passadas pelos profissionais acerca dos pacientes, limitavam-se a dados clínico-epidemiológicos e objetivos. Aspectos mais sutis, como a impressão pessoal dos membros da equipe, pareciam menos valorizadas nos diálogos entre enfermeiros e técnicos, o que pode contribuir para enfraquecer a humanização do atendimento prestado, devido à valorização do clínico e mensurável em detrimento do qualitativo e a concomitante pouca importância dada às relações interpessoais (BELLATO et al., 1997).

### **5.3 Fatores que limitam ou que favorecem o cuidado humanizado de enfermagem.**

Pela análise dos depoimentos, a partir da observação de campo e do referencial teórico adotado, é possível apontar fatores que possam limitar ou favorecer o cuidado humanizado de enfermagem. De imediato, é interessante ressaltar que tais fatores permaneceram constantes, a despeito da maior ou menor densidade tecnológica do ambiente estudado.



Os fatores limitantes parecem estar mais associados à forma com que o profissional está fazendo uso da tecnologia do que pela presença propriamente desta. O despreparo profissional para lidar com equipamentos aparece como primeira nuance a ser avaliada, vez que pode estimular a insatisfação profissional, a margem de erros e de retrabalho de enfermagem, expondo o paciente a riscos desnecessários e a tratamentos inadequados (BARRA ET AL, 2006).

Esta falta de “familiaridade” com o equipamento e a falta de capacitação oferecida, por parte da instituição, para os profissionais poderão propiciar o sentimento de trabalho enquanto “obrigação”, aspecto relatado nas falas e que pode, sem sombra de dúvidas, levar ao profissional níveis de insatisfação com suas atividades, desempenhando-as de forma mecanizada, desatenta, pouco afetiva, auto limitada. A insatisfação do profissional de enfermagem com seu trabalho pode fazê-lo sofrer, cansar em demasia ou ainda consumir-lhe todo o tempo que poderia ser usado para o que Castro et al (2010) chama de contato verdadeiro, encerrando em si sérias restrições ao exercício do cuidado humanizado, já que podem não reconhecer seu trabalho como um meio de exercício da sua identidade enquanto profissional. Poderá, também, prover meios para que o profissional acabe por privilegiar o equipamento, a técnica, em detrimento do paciente, de forma a inverter o objeto do cuidar e transformá-lo em variável secundária do cuidado, como se fora uma extensão da máquina e não a razão de seu funcionamento.

Em relação aos fatores gerenciais, pôde-se notar que rotinas rígidas, se adotadas pela instituição, poderão levar a sentimentos de inibição de formas humanizadas do cuidar, com significativa perda da capacidade de interação com o paciente, individualização do cuidado prestado, improvisação e estabelecimento de vínculo (CASTRO ET AL, 2010). Elementos ligados ao grande número de pacientes a atender e à sobrecarga de trabalho também devem ser observadas, pois apareceram constantemente nas falas como impeditivo ao exercício de atividades mais humanas, mais voltadas ao respeito à individualidade dos pacientes. A falta de tempo, também apontada e verificada nos casos, está diretamente relacionada à sobrecarga de trabalho, sendo-lhe efeito direto. A falta de tempo, aliás, foi apontada muitas vezes como justificativa para o não exercício do cuidado humanizado.

O excessivo envolvimento com a burocracia e com as atividades gerencias também parecem comprometer a humanização do cuidado em saúde, principalmente entre os profissionais enfermeiros. Fonseca e Soares (2006) reforçam esta ideia ao afirmar que as frustrações frequentes, a excessiva burocratização, a concentração das responsabilidades e a massificação hospitalar geram uma situação constante de ansiedade, falta de tempo para os

pacientes e desgaste ao qual o enfermeiro é submetido, comprometendo-lhe o cuidado prestado.

Aspectos diretamente relacionados à presença da tecnologia também puderam ser notados, como exemplo, a presença de ambientes em que os avisos sonoros dos equipamentos são necessários para alertar a equipe acerca de qualquer anormalidade encontrada. Este dispositivo sonoro poderia, segundo os entrevistados, causar estresse não só na equipe, mas, principalmente, nos pacientes, que já se encontram fragilizados em ambiente estranho e, muitas vezes, com perda de sua independência e capacidade de decisão, sendo, assim, levados a ouvir o constante barulho proporcionado por tais alarmes, quer queiram, quer não. Para Cheregatti e Amorin (2010), a existência de inúmeros equipamentos, avisos sonoros, controles rigorosos, aliados ao afastamento da pessoa de seu ambiente podem se constituir em fatores que favoreçam a desumanização do cuidado prestado. A meta da equipe de enfermagem deve ser, portanto e entre muitas outras, maximizar a adaptação do paciente ao ambiente, a partir do conhecimento de seus sentimentos sobre a invasão de sua privacidade, o que contribuirá para o alcance de maior contato humano nas situações em que a alta tecnologia possa, direta ou indiretamente, interferir no seu bem estar (LIMA ET AL, 2010).

Vimos até aqui que, se a exposição à alta densidade tecnológica até possa indiretamente favorecer a supervalorização dos aspectos técnicos em detrimento dos aspectos pessoais, algumas variáveis, como o preparo profissional para lidar com a tecnologia, podem ser mais importantes, do ponto de vista da humanização, que a própria presença do aparato tecnológico. Concordamos com Barnard & Sandelowski (2001), quando referem que o que determina se a tecnologia desumaniza, despersonaliza ou objetifica não é a tecnologia propriamente dita, mas sim como as tecnologias individuais operam em contextos específicos do usuário, os significados atribuídos a ela, como qualquer indivíduo ou grupo cultural define o que é humano e o potencial de técnica em enfatizar a eficiência e ordem racional.

A partir deste raciocínio, é possível estabelecer um conjunto de elementos que podem, de acordo com o estudado, apresentar significativa importância na melhoria da humanização. Em primeiro lugar, pôde-se apreender pelas falas que os equipamentos com alarmes acústicos podem transformar o ambiente num lugar estressante e barulhento, daí a importância de estabelecer um ambiente silencioso ou com som ambiente, de forma a evitar o estresse que o paciente possa ter com tais alarmes, barulhos muito altos, avisos sonoros, etc. Este parece, segundo Lima et al (2010), ser um primeiro passo na busca pela humanização em ambientes com alta densidade tecnológica, de forma a estabelecer um ambiente familiar e acolhedor ao paciente.

Pudemos notar também que a melhor distribuição do tempo entre as atividades de enfermagem, de forma a favorecer procedimentos de maior complexidade e não gastar tempo maior que o necessário para a realização de atividades de menor monta, podem trazer um retorno significativo do ponto de vista da humanização, tanto para pacientes quanto para profissionais.

Bedin et al (2005) afirmam acerca desta observação que rotinas não planejadas muitas vezes não permitem aos profissionais de enfermagem dedicar maior tempo ao paciente e sua família. Relata ainda que, desta forma, o atendimento dedicado ao paciente se distancia demasiadamente da teoria já que na prática a atenção individualizada é praticada de forma mecânica. Assim, a ética profissional que tanto deve ser conservada acaba sendo substituída por práticas adotadas devido à escassez de tempo ou mesmo por comodidade dos profissionais, tornando o ambiente desumano. Neste tocante, a tecnologia pareceu ser benéfica, vez que foi observado que, no Instituição 2, havia uma maior distribuição equitativa do tempo entre as atividades realizadas pela enfermagem e, com isso, uma maior consciência atribuída à menor ou maior complexidade e necessidade de interação com o paciente, o que parecia contribuir para menor sobrecarga dos profissionais e, conseqüentemente, melhor qualidade do cuidado prestado.

Também o estabelecimento de protocolos assistenciais, pela enfermagem, embora à primeira vista pareça atuar de forma antagônica ao cuidado, restringindo-o a uma série de ações pré definidas e estáticas, mostraram, na prática um efeito benéfico sobre a humanização, propiciando menor perda de tempo com o trabalho em si, menor número de retrabalhos e também a padronização de materiais e de atividades a serem realizadas, de forma a proporcionar aos profissionais o raciocínio necessário a realizar a atividade em menor tempo e, com isso, abrir espaço para a “personalização” das atividades necessárias, sem a mecanização das ações desenvolvidas.

Aspectos gerenciais foram também notados, como a possibilidade de instalação de programa de gratificação por desempenho, avaliado a partir das percepções dos pacientes e seus familiares, que poderia estimular significativamente a humanização, já que o profissional necessitaria de bom desempenho atribuído para fazer jus à gratificação. Esta concepção até aparece de forma incipiente nas falas dos entrevistados, quando relatam que o trabalho prestado acaba sendo a “propaganda” do profissional junto à instituição e ao mercado de trabalho.

Outro aspecto gerencial diz respeito à adequação de horas de trabalho de enfermagem e de pacientes/leito por profissional, de forma a não sobrecarregar os

profissionais e comprometer a capacidade laboral dos mesmos e, com isso, a humanização por eles praticada. Esta sobrecarga, imposta pelo cotidiano do trabalho, pode levar a enfermagem a prestar uma assistência mecanizada e tecnicista, não-reflexiva, “esquecendo-se de humanizar o cuidado”. Os aspectos quantitativos dos profissionais de enfermagem nas instituições de saúde são, portanto, enfatizados para que haja a garantia da segurança e da qualidade de assistência ao cliente e a continuidade da vigília perante a diversidade de atuação nos cuidados e na atenção da equipe de enfermagem (COLLET; ROZENDO, 2003).

A fim de nortear a adequação do quantitativo de enfermagem e de horas de trabalho por paciente por profissional, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu diretrizes que representam normas técnicas mínimas, por meio da Resolução COFEN n° 189/1996, onde foram regulamentadas as unidades de medida e as horas de enfermagem despendidas por leito ocupado. Esta Resolução foi revogada em 2004, com a promulgação da Resolução COFEN n° 293/2004, cuja mudança principal foi o aumento de número de horas de assistência de enfermagem por nível de complexidade e por leito. O artigo 2° da Resolução COFEN n° 293/2004 dispõe que o dimensionamento e a adequação quantiquantitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem basear-se em características relativas à instituição, ao serviço de enfermagem e à clientela.

O ajuste dos recursos humanos para suprir as demandas do trabalho de enfermagem e das tarefas a eles atribuídas deve considerar as atividades que deverão ser realizadas, a complexidade e a necessidade de qualificação técnica específica, a dependência de enfermagem da clientela, a tecnologia necessária, os recursos técnicos e materiais disponíveis e também, as características de ordem técnica, científica e pessoal dos trabalhadores que compõem o quadro funcional, ampliando o conhecimento acerca da clientela atendida, suas reais necessidades, bem como o desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais para assegurar a assistência e o gerenciamento de um modo mais seguro, inovador, autônomo e participativo, de forma a garantir a humanização e a qualidade do cuidado (CHENSO ET AL, 2004).

O estabelecimento de programas de educação continuada e de capacitações dos profissionais nas unidades também merece destaque, pois segundo Santo (2003) prepara os profissionais para lidarem com os equipamentos e podem, inclusive, prevenir o efeito da supervalorização da técnica e da máquina sobre o cuidado, já que profissionais que assimilam equipamentos (dos quais dependem diariamente para exercer suas atividades laborais) enquanto acessórios, tendem a reconhecer-se enquanto promotores do cuidado, que poderá ou não acontecer mediado pela tecnologia.

Desta forma, Barra et al (2006) comenta que através de métodos de educação continuada ou reciclagem, é possível manter os profissionais de enfermagem em constante interação com o meio do cuidar/cuidado, extraíndo elementos, contribuindo e melhorando a identificação de problemas, e solucionando-os, para o crescimento através do conhecimento, gerando assim, mais qualidade e humanização do cuidado prestado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não raro, a literatura especializada em ATS faz referência à perda, com a introdução de novas tecnologias, de várias ações ligadas ao cuidado humanizado e, entre elas, de uma ação que, de tão simples, passa despercebida pela maioria dos profissionais: “o toque afetivo e terapêutico”, da dimensão “Relacional dialógica”. Com a suposta “mecanização” e “tecnologização” de atividades corriqueiras, repetitivas e que dispendem muito tempo (e que, regra geral, é um dos grandes motivadores do desenvolvimento de novas tecnologias), haveria, portanto, a diminuição do toque, ainda que simples e tímido, que pode, mesmo involuntário, contribuir em muito para nos sentirmos mais humanos, mais queridos...

Este perda foi, inclusive, notado na pesquisa, muito mais pela valorização (ou falta desta) dada por alguns profissionais, que propriamente pela presença da tecnologia em si ou diferença significativa do cuidado prestado. É preciso alertar, contudo, que esta subvalorização atribuída à “prática do “toque afetivo e terapêutico”, embora satisfatoriamente praticada pelos profissionais, é um indicador que, de fato, a técnica pode estar suplantando aspectos mais sutis, que embora executados, não lhes são atribuídos importância.

Outros velhos problemas e paradigmas do cuidado humanizado ainda coexistem nas instituições, a exemplo do excessivo envolvimento dos enfermeiros com atividades gerenciais, o grande fluxo de pacientes e atividades e, até mesmo, os estigmas históricos que a profissão carrega.

Perceptível também foi a falta de preparo de alguns profissionais ao lidar com o paciente... a informação, aliada ao conhecimento do cuidado humanizado enquanto premissa salutar básica poderia evitar atitudes e comportamentos de autoritarismo e de visão de “obrigação” do cuidado, transparecida em algumas atitudes e falas observadas.

No geral, o que pôde ser percebido com este estudo, entretanto, é que os profissionais de enfermagem – e o próprio cuidado por estes ofertado – têm se adaptado e evoluído conforme a maior ou menor densidade tecnológica disponível e que, não raro, a humanização está muito mais ligada ao preparo profissional e à consciência da responsabilidade, por parte dos profissionais, de que em suas mãos está um ser vivo pleno de significados – medos, angústias, vivências, temores, crenças – do que propriamente à presença de equipamentos, de tecnologias mais densas.

Esta adaptação se revelou em ambos os contextos observados na preocupação em associar atividades menos e mais complexas, ou que exigissem menor e maior contato, por exemplo, de forma a oferecer mais intimidade e humanização da assistência. Se, por um lado, as tecnologias poderiam diminuir a prática de ações que poderiam levar à humanização em

procedimentos menos complexos, por outro economiza tempo e a disposição dos profissionais para que realizem de forma mais cuidadosa e prestativa procedimentos de maior monta e que necessitam de maior atenção do profissional.

Embora na Instituição 1 o diálogo seja praticado de forma mais ativa pelos profissionais, e ações como o toque afetivo e terapêutico, a familiaridade com o paciente, a capacidade de estabelecer relações dialógicas esteja mais presente, a Instituição 2 pôde demonstrar maior eficiência técnica, maior distribuição equitativa de tempo, maior capacidade de “manter a sinceridade e a reciprocidade no cuidado”, de forma a equilibrar a frágil equação tecnologia versus humanização da assistência.

Assim, o que se pôde perceber é que a tecnologia pode ser apropriada na Enfermagem, agregando valores éticos, estéticos e políticos, que a comprometem com o humano, em sua possibilidade emancipatória, de aprendizado permanente, para possibilitar a realização plena do sujeito e por seu compartilhamento social (COLLET, ROZENDO, 2003; MEYER, 2002).

Não houve, destarte, diferença significativa entre a prática, a importância atribuída às dimensões do cuidado humanizado e à auto classificação da assistência prestada nos dois casos, apenas mudanças de focos nesta ou naquela dimensão ou ação. Nesse sentido, as equipes de enfermagem, de modo geral, adotam olhares diferentes, porém considerados humanizados. Os limites à humanização do cuidado observados em ambas instituições residem muito mais em aspectos que estão além dos limites do uso da tecnologia, como a falta de tempo e de preparo profissional, o grande fluxo de pacientes, a pouca importância atribuída a aspectos mais sutis e corriqueiros do cuidado...

Faz-se necessário, portanto, que a equipe de enfermagem esteja preparada e qualificada para prestar um cuidado humanizado, inclusive na presença de grandes aparatos tecnológicos, de modo a reduzir a dor e os encaixes causados pelo internamento para o paciente e sua família.

É recomendada a leitura e discussão sobre o tema a todos os profissionais de enfermagem, bem como o estabelecimento de ações gerenciais e institucionais que privilegiem a humanização da assistência. Os programas de educação permanente, dentro deste contexto, merecem especial destaque, vez que possibilitam treinamento e capacitação do profissional para não só operar a tecnologia, mas também torná-la familiar e acessória ao cuidado, de forma a não perder o objeto máximo do cuidar, que é o paciente.

Trabalhar com o tema densidade tecnológica e assistência de enfermagem, tendo como pano de fundo a humanização, foi desafiante. Todavia, é preciso sinalizar que esta

proposta exige muito esforço para mudanças e comprometimento de todos os atores envolvidos, a fim de que a humanização nos serviços de saúde seja efetivamente implantada e implementada, em benefício dos pacientes, familiares e profissionais.

Ao se refletir sobre o impacto da tecnologia na prática de enfermagem precisamos compreender que é crucial um equilíbrio entre a tecnologia e a presença em si do do profissional para assegurar o papel da enfermagem no sistema de cuidado em saúde. Ou seja, o que determina se uma tecnologia desumaniza ou despersonaliza ou objetifica o cuidado de enfermagem não é a tecnologia por si só, mas principalmente como as tecnologias operam nos contextos institucionais, gerenciais e pessoais; quais são os significados a elas atribuídos; como um indivíduo ou um grupo cultural define o que é humano; e o que o potencial da técnica enfatiza: a ordem racional ou a eficiência. Assim como a tecnologia, o cuidado humano é uma realidade construída socialmente. O poder que qualquer tecnologia exerce deriva de como ela atua em uma dada situação e de sua significância.



## REFERÊNCIAS

ABEN - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. A “nova” lei do exercício profissional da enfermagem. Brasília: ABEn, 1987. (Caderno de Legislação/Documentos).

ABIMO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE ARTIGOS E EQUIPAMENTOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS, HOSPITALARES E DE LABORATÓRIO. A importação geral do setor cresce 24,7% em 2006. **Informativo ABIMO/SINAEMO**, n. 4, p. 1, 2007. Disponível em: <[www.abimo.org.br/noticias/index\\_noticias.asp](http://www.abimo.org.br/noticias/index_noticias.asp)>. Acesso em: 15/05/2012.

ACEVEDO DÍAZ, J. A. **Cambiando la práctica docente en la enseñanza de las ciencias através de CTS**. Biblioteca Digital da OEI (Organização de Estados Iberoamericanos para a Educação, a Ciência e a Cultura), 1996. Disponível em: <<http://www.campusoei.org/salactsi/acevedo2.htm>>. Acesso em: 15/09/2012.

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20/02/2013.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Informativo de Tecnovigilância**, n. 1, p. 1-11, 2004.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 41, n. 4, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-6234200700400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-6234200700400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20/02/2013.

ARONE E. M., CUNHA I. C. K. O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.60 n.6 Brasília Nov./Dec. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600019>. Acesso em: 13 de dezembro de 2011.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e Humanização das práticas de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**. vol.10, nº.3. 2005.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, Sept. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22/02/2013 .

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 14, nº. 1. 2006.

BARBOSA I. A., SILVA M.J.P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Bras Enferm.** 2007 Set-Out; 60(5): 546-51.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARNARD, A.; SANDELOWSKI, M. Technology and humane nursing care: (in)reconcilable or invented difference? **Journal of Advanced Nursing**. v.34, n.3, p.367-375, 2001.

BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 422 - 430, 2006. Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm)>. Acesso em: 13 de dezembro de 2011.

BASTOS, M. A. R. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 10, n.2, p.131-136, 2002.

BATISTA, P. M. et al. Inovação tecnológica em saúde e suas interfaces com o processo de humanização. In: **Anais CBENF**. v. 15, n. 1, p. 101-109, 2010.

BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B. M.; BARRETO, R. A. S. S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 118 – 127, 2005. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 19 de março de 2013.

BELLATO, R.; PASTI, M. J. ; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. In: **Rev. Latino. am. enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 5. n. 1, jan. 1997, p. 75-81.

BETTINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

BETTINELLI L. A. **A solidariedade no cuidado**: dimensão e sentido da vida. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 2002.

BIZARRO, P. B.; CHAMMA, R. C. Reconhecimento profissional e social da enfermeira: visão da comunidade acadêmica, profissional e leiga em enfermagem. **Tratados de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n.3, p. 57-70, 2005.

BOFF, L. **Saber Cuidar – Ética do humano – Compaixão pela Terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília. 2002a.

BRASIL, **Política nacional de humanização**. (versão preliminar). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documentos base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta ao paciente da saúde**: ilustrada [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Série F. Comunicação e educação em saúde]. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios01.pdf>>. Acesso em: 01 de maio de 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Ciência e Tecnologia**, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24684](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24684)>. Acesso em: 19 de agosto de 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Proposta da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**, 2007b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/proposta\\_politica\\_nacional\\_gestao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/proposta_politica_nacional_gestao.pdf)>. Acesso em: 15 de janeiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde**: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde: Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Nova Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias de Saúde e impacto ao Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** vol.45 no.5 São Paulo out. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000500024>>. Acesso em: 15 de julho de 2012.

BUBER, M. **Eu e tu**. 9ª ed. São Paulo: Centauro; 2004.

CASATE J. C., CORRÊA A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2005; 13(1): 105-11.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, June 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000200011 lng=en &nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200011 lng=en &nrm=iso)>. Acesso em: 22/02/2013.

CASTRO, C. A.; GOMES, R. V. S.; BRASILEIRO, M. E.; Queiroz, I. L.; Coutinho T. M. Dificuldades enfrentadas pelo Enfermeiro na humanização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line] 2010 jan-jul 1(1) 1-16. Disponível em:

<[http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552\\_90.pdf?PHPSESSID=7eef29848fe34fab5bc508ac813dce1](http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_90.pdf?PHPSESSID=7eef29848fe34fab5bc508ac813dce1)>. Acesso em: 21/03/2013.

CELICH, K. L. S. **Dimensões do processo de cuidar na enfermagem**: um olhar da enfermeira. Dissertação de mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de mestrado em enfermagem. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle110183/4931/000417203.pdf?sequence=1>> Acesso em: 15 de agosto de 2012.

CHENSO, M. Z. B.; HADDAD, M. C. L.; SÊCCO, I. A. O.; DORIGÃO, A. M.; NISHIYAMA, M. N. **Cálculo de pessoal de enfermagem em hospital universitário do Paraná**: uma proposta de adequação. Semina. 2004.

CHEREGATTI A. L., AMORIN C. P. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 1ª edição. Martinari: São Paulo; 2010.

CINTRA, E. A. et al. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2º Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 189/1996**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121&sectionID=34>>. Acesso em: 15 de março de 2013.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 293/2004**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121&sectionID=34>>. Acesso em: 15 de março de 2013.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, mar. /abr. 2003.

CORBANI, N. M. S. et al. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev. Bras. Enferm.** vol.62 no.3 Brasília May/June 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>>. Acesso em: 03 de junho de 2012.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 9, nº. 1, 2004.

DESLANDES, S. F. AYRES, J. R. C. M. Humanização e cuidado em saúde. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro: v. 10, n. 3, 2005.

ERDMANN A. L., MELLO A. L. F., MEIRELLES B. H. S., MARINO S. R. A. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev Bras Enferm** 2004; 54(4): 467-71.

ERDMANN A. L., NASCIMENTO K. C. et al. As interfaces do cuidado pelo olhar da complexidade: um estudo com um grupo de pós-graduandos de enfermagem. **Esc. Anna Nery Revista de Enferm.** 2005 dez; 9 (3): 411 - 20. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/eann/v9n3/a09v9n3.pdf2>>. Acesso em: 25 de junho de 2012.

FERREIRA A.B. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. São Paulo; 2007.

FONSECA, A. M.; SOARES, E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam em ambiente de hospital. **Revista Rene**. [periódico da internet], 2006. Disponível em:<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/773/pdf>>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2013.

FURTADO, A. T.; SOUZA, J. H. J. **Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 1990**. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp, 2001.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2): 521-535, Rio de Janeiro: 2003.

GIL, A. C. **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOI, A. F. de. **Hotelaria Hospitalar e Humanização no Atendimento em Hospitais**. São Paulo: Ícone, 2004.

GONZAGA, M. L.de C.; ARRUDA, E. N. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 6, n. 5, p. 17-26, dez. 1998.

GUTIERREZ, R. M. V.; ALEXANDRE, P. V. R. Complexo Industrial da Saúde: uma introdução ao setor de insumos e equipamentos de uso médico. **BNDES Setorial**, n. 19, p. 119-155, mar, 2004

HAYASMI, A. A. M.; GISI, M. L. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. **Texto e contexto de enfermagem**. Florianópolis, v. 9, n. 2, 2000.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1989.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, vol.38. nº.1. 2004.

KIRCHOF, A.L.C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev. Bras. De Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n.6, p.669-673, nov./dez. 2003.

KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; SCORTEGAGNA, H. M.; WALL, M. L.; VERONESE, A. M.; ZEFERINO, M. T, et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 178-85.

LEITE, T. A. A. F.; STRONG, M. I. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O mundo da saúde**, São Paulo: 2006: abr/jun 30 (2): 203-214.

LIMA S. R., GUIMARÃES S. P. de S., BRASILEIRO M. E. Pesquisa científica relacionada a análise de fatores estressores para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line] 2010 jan-jul 1(1) 1-16. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2013.

MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. M. A.; CORREIA, M. M. A biotecnologia e os impactos bioéticos na saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [on-line] 2004.

MARTINS, G. de A. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, C. R., DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 11-2.

MATSUDA, L. M. et al. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com pacientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. *Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá*, v. 25, no. 2, 2003.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997, 385 p.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. de S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 9, nº 1. 2004.

MEYER D. E. Como Conciliar Humanização e Tecnologia na Formação de Enfermeiras/os? **Rev Bras Enferm**. 2002; 55(2): 189-95.

MINAYO, M. C. S; ALEKXANDROWICZL, A. M. C. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza e ética. **Ciênc. Saúde Coletiva** vol.10 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300002>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2012.

MINAYO, M. C. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, Junho de 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2013.

NHS – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE DA INGLATERRA, 2006. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/>>. Acesso em: 19 de agosto de 2012.

NIETSCHE E. A., DIAS L. P. M., LEOPARDI M. T. Tecnologias em Enfermagem: um saber prático? In: **Anais do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**; 1999 maio; Gramado (RS), Brasil. Gramado (RS): ABEn-RS; 1999.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. Trad. de Amália Corrêa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

NOVAES, H. M. D. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. **Revista de Saúde Pública**. 2006; 40 (N Esp): 133-140.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar. /abr. 2006.

OLIVEIRA, C. P.; KRUSE, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos - análise a partir da REBEn. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2006 jan-fev; 59(1): 78-83.

OLIVEIRA, E.; LISBOA, M. T. L. Exposição ao ruído tecnológico em CTI: estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2013.

PEIRÓ, J. M. **Desencadeantes del Estrés Laboral**. Salamanca: Endema, 1993.

PEIXOTO, M. R. B. O uso da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico: A ótica do enfermeiro e do paciente. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 28, n. 3, p. 53-62, 1994.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Bioética**. V. 4, n. 1, 1996

PRADO M. L., MARTINS C. R. Técnica, tecnologia e o cuidado de enfermagem: em busca de uma nova poética no trabalho de enfermagem. In: Prado M. L., Gelbcke, F. L., organizadores. **Fundamentos de Enfermagem**. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2002. p. 19-22.

PUCCINI, P. de T. CECILIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 20, n. 5, 2004.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in) satisfações no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol.59 n.4: Brasília. 2006.

RIOS, I. C. Humanização na área de saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**: Humanização da Saúde, nº.30, p. 6-7. 2003.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** vol.33 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2012.

RIZZOTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev Bras Enferm** 2002; 55(2): 196-9.

ROSSIL, F. R; LIMA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP** vol.39 no.4 São Paulo Dec. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400013>>. Acesso em: 01 de julho de 2012.

ROY, C, ANDREWS, H. A. **Teoria da enfermagem**: o modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.

SANTO F. H. E. Saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas sobre o cuidado de enfermagem no cenário hospitalar [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2003.

SANTOS A. L., LINHARES E. M. et al. A monitoração do paciente no período trans-operatório: a assistência de enfermagem sob a ótica da humanização. In: Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; **Enfermagem hoje**: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem>. ISBN 85-87582-23-2>. Acesso em: 25 de junho de 2012.

SASSO G. T. M. D.; MARTINS C. R. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 2008 Jan-Mar; 17(1):11-2.

SESAB - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO. **Hospitais.** s/d. Disponível em <[http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=182:hospitaisdacapital&catid=8:estruturadeatendimento&Itemid=49](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=182:hospitaisdacapital&catid=8:estruturadeatendimento&Itemid=49)>. Acesso em: 20 de julho de 2012.

SGRECCIA, E. A pessoa humana e seu corpo. **Manual de Bioética** – Fundamentos e ética biomédica. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2002. p. 111-138.

SILVA, M. J. P. **O amor é o caminho**: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente, 2001.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2009 jan-mar; 13 (1): 169-173. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a23.pdf>>. Acesso em: 13 de junho de 2011.

SOUZA, M. L.; SARTOR, B. V.; PADILHA, M. I. C. S.; PRADO, M. L. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto e Contexto em enfermagem**, v.14, n. 2, p. 66-270, abr. / jun. 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=455846&indexSearch=ID>> Acesso em: 19 novembro de 2011.

SOUZA, S. R. de O. e S. de et al. Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p.201-205, mar. 2006. Disponível em: <[http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000200015&lng=pt&nrm=iso](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 de dezembro de 2011.

TALENTO B. J. W. In: **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1993. p. 254-67.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1995.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.



WALDOW, V. R. **Cuidar expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis (RJ). Vozes; 2007.

WALDOW, V. R., BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul. Enferm.** 2011.

WATSON, J. **Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem.** Loures: Lusociência, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética do cuidado: a ênfase na dimensão relacional. **Rev Estima.** 2003;1(1): 38-40.

# Apêndices

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Título da pesquisa: Densidade tecnológica e o cuidado de enfermagem  
Pesquisador responsável: Adeânio Almeida Lima

**APÊNDICE A1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – BAIXA DENSIDADE  
TECNOLÓGICA**

Caso nº 1

Questionário

1. Tempo de atuação nesta instituição: \_\_\_\_\_

2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

3. Idade: \_\_\_\_\_ anos

4. Qualificação:

( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outros

Área: \_\_\_\_\_

5. Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Responda as questões seguintes, com clareza e descrevendo o que realmente acontece no seu cotidiano de trabalho:

6. Para você, qual o conceito de cuidado de enfermagem, sob a ótica da humanização da assistência?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Como você aplica este conceito na sua relação com o paciente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Acredita que o uso de tecnologias – notadamente os equipamentos médico hospitalares – podem interferir na humanização do cuidado?

( ) Sim

( ) Não

( ) Depende

( ) Não sabe dizer

Explique:

---



---



---

9. Como é feito, na sua prática diária, o cuidado a pacientes?

---



---



---



---

10. Normalmente, em atividades rotineiras, como ao aferir os SSVV de um paciente, preocupa-se com a humanização do cuidado prestado?

Sim                       Não                       Depende                       Não sabe dizer

Por que e como? (Exemplifique)

---



---



---



---

11. Dentre as dimensões do cuidar humanizado listadas abaixo, aponte aquelas que julga aplicar na assistência de enfermagem e a importância dada a cada uma delas:

Dimensão	Ação	Aplica	Não aplica	Importância		
				Pouca	Média	Muita
Cognitiva	Conhece o significado do cuidado humanizado					
	Compreende as dimensões e implicações do cuidado humanizado					
Ético profissional	Age profissionalmente na presença do outro					
	Mostra afeição					
	Tenta despertar a confiança					
	Mantém postura ética					
	Promove segurança					
Respeito ao paciente na sua singularidade	Garante sinceridade e reciprocidade no cuidado					
	Compartilha vivências					
	Dá espaço à intersubjetividade no cuidado					
	Garante a afirmação da identidade do ser					
	Preserva a autonomia do paciente					
	Respeita suas singularidades					
	Estimula a autopercepção					
Relacional dialógica	Respeita crenças, valores e cultura					
	Pratica o toque afetivo e terapêutico					
	Sente e reconhece o paciente					
	Dialoga com o paciente					
	Escuta o paciente					
Outra(s) Qual(is)?	Observa atentamente o paciente					

Adaptado de Waldow (2007; 2011) e Celich (2003).

12. Você classificaria o cuidado por você prestado ao paciente como humanizado?

Sim

Não

Depende

Não sabe dizer

Por quê?

---

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Título da pesquisa: Densidade tecnológica e o cuidado de enfermagem  
Pesquisador responsável: Adeânio Almeida Lima

**APÊNDICE A2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ALTA DENSIDADE  
TECNOLÓGICA**

Caso nº 2

Questionário

1. Tempo de atuação nesta instituição: \_\_\_\_\_

2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

3. Idade: \_\_\_\_\_ anos

4. Qualificação:

( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outros

Área: \_\_\_\_\_

5. Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Responda as questões seguintes, com clareza e descrevendo o que realmente acontece no seu cotidiano de trabalho:

6. Para você, qual o conceito de cuidado de enfermagem, sob a ótica da humanização da assistência?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Como você aplica este conceito na sua relação com o paciente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Acredita que o uso de tecnologias – notadamente os equipamentos médico hospitalares – podem interferir na humanização do cuidado?

( ) Sim

( ) Não

( ) Depende

( ) Não sabe dizer

Explique:

---

---

---

9. Como é feito, na sua prática diária, o cuidado a pacientes?

---

---

---

---

10. Normalmente, em atividades rotineiras, como ao aferir os SSVV de um paciente, preocupa-se com a humanização do cuidado prestado?

Sim                       Não                       Depende                       Não sabe dizer

Por que e como? (Exemplifique)

---

---

---

---

11. Ao coletar as informações do MMP de um paciente, por exemplo, preocupa-se também com a humanização do cuidado prestado? Por quê?

---

---

---

---

12. Dentre as dimensões do cuidar humanizado listadas abaixo, aponte aquelas que julga aplicar na assistência de enfermagem e a importância dada a cada uma delas:

Dimensão	Ação	Aplica	Não aplica	Importância		
				Pouca	Média	Muita
Cognitiva	Conhece o significado do cuidado humanizado					
	Compreende as dimensões e implicações do cuidado humanizado					
Ético profissional	Age profissionalmente na presença do outro					
	Mostra afeição					
	Tenta despertar a confiança					
	Mantem postura ética					
	Promove segurança					
Respeito ao paciente na sua singularidade	Garante sinceridade e reciprocidade no cuidado					
	Compartilha vivências					
	Dá espaço à intersubjetividade no cuidado					
	Garante a afirmação da identidade do ser					
	Preserva a autonomia do paciente					
	Respeita suas singularidades					
	Estimula a auto percepção					
	Respeita crenças, valores e cultura					

Relacional dialógica	Pratica o toque afetivo e terapêutico					
	Sente e reconhece o paciente					
	Dialoga com o paciente					
	Escuta o paciente					
	Observa atentamente o paciente					
<b>Outra(s) Qual(is)?</b>						

Adaptado de Waldow (2007; 2011) e Celich (2003).

13. Você classificaria o cuidado por você prestado ao paciente como humanizado?

Sim                       Não                       Depende                       Não sabe dizer

Por quê?

---



---



## APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. Pseudônimo de identificação:

---

2. Data e turno observado:

---

3. Hora de início da observação:

---

4. Hora de término da observação:

---

5. Observações pertinentes do contexto (número de profissionais trabalhando no turno, número de pacientes marcados, número de pacientes atendidos, proporção de profissionais por paciente, posição/função do enfermeiro no turno, entre outros)

---

---

---

---

---

6. Observações do cuidar:

OBSERVAÇÕES	ANOTAÇÕES				
	1º Paciente	2º Paciente	3º Paciente	4º Paciente	...
Ações relacionadas à assistência ao paciente: - ações do enfermeiro  - a interação verbal e não-verbal  - forma de relacionar-se entre e com o paciente - a comunicação no momento do cuidado					
Observações a serem focalizadas no prontuário: - anotações da assistência prestada ao paciente					
Observações a serem focalizadas na passagem do plantão: - as informações transmitidas a respeito dos pacientes e o tipo de informação					

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador responsável, pelo telefone (75) 9971-3990.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**Título do Projeto:** Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde.

**Pesquisadora responsável:** Adeânio Almeida Lima

**Orientador:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leny Alves Bomfim Trad

**E-mail para contato:** prestho@yahoo.com.br

A pesquisa visa comparar percepções e práticas do cuidado de enfermagem, sob a perspectiva da humanização em saúde, em duas realidades distintas: baixa e alta densidade tecnológica, utilizando metodologia qualitativa e descritiva.

**INFORMAÇÕES PARA PESSOA ENTREVISTADA:**

Esta pesquisa, como benefício, pode contribuir para o ensino, para a pesquisa e, sobretudo para a prática do cuidar em unidades hospitalares, uma vez que os dados apresentados podem tornar-se capazes de balizar novas estratégias e políticas assistenciais de enfermagem nessas unidades.. O sujeito da pesquisa tem a liberdade em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem penalidade alguma. Outrossim, a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, bem como a inexistência de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa.

---

**Adeânio Almeida Lima - Pesquisador**

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA ENTREVISTADA**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/ n.º de matrícula \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro ter ciência e haver concordado em participar do estudo “Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde.”, como sujeito a prestar fielmente as informações solicitadas. Fui devidamente informado e esclarecido pelo mestrando Adeânio Almeida Lima sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Fui cientificado da confidencialidade com que será tratada a minha participação e que os resultados da pesquisa serão tratados de forma a não colocar em risco a instituição envolvida. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo ou penalidade. Também fui informado que não existem ressarcimento de despesas ou outras formas de indenização.

Local e data, \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite em participar.**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_