A PESSOA IDOSA EM ESTADO CRÍTICO: BARREIRAS AO CUIDADO INTEGRAL
THE ELDERLY PERSON IN CRITICAL CONDITION: BARRIERS TO INTEGRAL CARE
LA PERSONA ANCIANA EN ESTADO CRÍTICO: BARRERAS AL CUIDADO INTEGRAL

Maria Júlia Carneiro Fernandes¹, Alcione Leite da Silva²

RESUMO

Objetivo: conhecer as barreiras ao desenvolvimento do cuidado integral à pessoa idosa internada em uma unidade de cuidados intensivos, na percepção de profissionais de saúde. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, do tipo pesquisa de terreno, realizado em uma UCI de um Hospital Público da Região Centro de Portugal. Utiliza-se a amostragem não probabilística intencional, por conveniência, com 24 profissionais de saúde. Os dados foram coletados através da observação participante e entrevista semiestruturada, e analisados com o apoio do referencial a hermenêutica-dialética de Minayo e do programa WebQDA. **Resultados:** emergiram cinco categorias intimamente interligadas: falta de qualificação para o cuidado gerontogeriatrico; normalização da prática de cuidado; ritmo de trabalho intenso e desgastante; desarticulações e conflitos no cuidado em equipe; e gestão distanciada da prática de cuidado em UCI. **Conclusão:** demonstrou-se que embora o desenvolvimento do cuidado integral à pessoa idosa seja um caminho permeado de incertezas, receios, limitações institucionais e pessoais, não é uma utopia. Novos padrões de ação, interação, vontade e pensamento podem ser construídos de forma a subsidiar a interdependência entre profissionais de saúde e orientar para uma prática diferenciada e comprometida com a dignidade humana em UCI. **Descritores:** Unidade de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos; Integralidade em Saúde; Pessoa Idosa; Equipe de Assistência ao Paciente; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

Objective: to know the barriers to the development of integral care for the elderly person hospitalized in an intensive care unit, in the perception of health professionals. **Method:** this is a qualitative, exploratory-descriptive study of the type of land survey performed in an ICU of a Public Hospital of the Central Region of Portugal. Intentional non-probabilistic sampling is used, for convenience, with 24 health professionals. The data were collected through participant observation and semi-structured interview and analyzed with the support of Minayo's hermeneutic-dialectic reference and the WebQDA program. **Results:** five intimately interrelated categories emerged: lack of qualification for gerontogeriatric care; normalization of care practice; intense and exhausting work pace; disarticulation and conflicts in teamwork; and distant management of the ICU care practice. **Conclusion:** It has been shown that although the developments of integral care for the elderly, it is a path permeated by uncertainties, fears, institutional and personal limitations, it is not a utopia. New patterns of action, interaction, will and thought can be constructed to subsidize the interdependence between health professionals and guide to a differentiated practice committed to human dignity in ICU. **Descriptors:** Intensive Care Unit; Critical care; Integrality in Health; Elderly Person; Patient Care Team; Interpersonal Relations.

RESUMEN

Objetivo: conocer las barreras al desarrollo del cuidado integral a la persona anciana internada en una unidad de cuidados intensivos, en la percepción de profesionales de salud. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, del tipo investigación de terreno. Fue realizado en una UCI de un Hospital Público de la Región Centro de Portugal. Se utiliza la muestra no probabilística intencional, por conveniencia, con 24 profesionales de salud. Los datos fueron recogidos a través de la observación participante y entrevista semi-estructurada, y analizados con el apoyo del referencial, la hermenéutica-dialéctica de Minayo y del programa WebQDA. **Resultados:** surgieron cinco categorías íntimamente ligadas: falta de calificación para el cuidado gerontogeriatrico; normalización de la práctica de cuidado; ritmo de trabajo intenso y desgastante; desarticulaciones y conflictos en el cuidado en equipo; y gestión distanciada de la práctica de cuidado en UCI. **Conclusión:** se demostró que aunque el desarrollo del cuidado integral a la persona anciana sea un camino permeado de incertezas, recelos, limitaciones institucionales y personales, no es una utopía. Nuevos padrones de acción, interacción, ganas y pensamiento pueden ser construidos de forma a subsidiar la interdependencia entre profesionales de salud y orientar para una práctica diferenciada y comprometida con la dignidad humana en UCI. **Descriptor:** Unidad de Cuidados Intensivos; Cuidados Críticos; Integralidad en Salud; Persona de Edad Avanzada; Grupo de Atención al Paciente; Relaciones Interpersonales.

¹Mestre (Doutoranda), Escola Superior de Saúde de Aveiro. Aveiro, Portugal. E-mail: juliafernandes@sapo.pt ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-9516-403X>; ²Doutora, Departamento de Saúde, Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal. E-mail: alsilva@ua.pt ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-5334-0047>

INTRODUÇÃO

Considera-se que nas últimas décadas, decorrente da evolução científica e tecnológica, a prática de cuidado em uma unidade de cuidados intensivos (UCI) parece evidenciar profundas transformações. Neste processo de mudança, o acolhimento, o cuidado e a humanização no contexto intensivo têm sido assuntos muito abordados na literatura. Efetivamente, esses conceitos estão interligados no cotidiano dos serviços de saúde e juntos constroem a integralidade da assistência.¹ O atendimento integral ou princípio da integralidade são termos que apresentam o mesmo significado e se constituem na atualidade um enorme desafio para o setor da saúde.^{2,3}

Com a integralidade procura-se uma assistência qualificada, ampliada, transformadora, centrada na pessoa como um todo, respeitando os seus valores e direitos, não aceitando a redução da mesma à doença e ao aspecto biológico.¹ A integralidade das ações em saúde favorece a atuação responsável dos profissionais envolvidos com o cuidar/tratar/curar.⁴ Constitui-se no alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação.¹

Em um serviço em que a tecnologia e o conhecimento técnico-biológico parecem ter supremacia, manter o foco na pessoa cuidada exige uma atitude de alerta interior constante.⁵ Quando essa pessoa é idosa, a atenção e o comprometimento dos profissionais de saúde com a sua objetividade e subjetividade devem ser maiores devido à probabilidade de intensificação da vulnerabilidade que a caracteriza.

Esta constatação permite inferir que para um agir competente, coerente e responsável, os profissionais inseridos em um ambiente de sofisticada tecnologia precisam associar à competência técnico-científica uma competência humana e ética; precisam ter capacidade para perceber e acolher o ser humano na sua integralidade e compreender a forma como se constrói a sua identidade e a sua própria história de vida.⁶

Na atualidade, o grande desafio em um serviço como a UCI é encarar as pessoas idosas como uma população com necessidades diferenciadas, compreendendo a relação entre as suas doenças crônicas e os fatores promotores da descompensação clínica, de forma a permitir uma maior sobrevivência.⁷ No entanto, estudos demonstraram que, apesar do aumento de internamentos da

pessoa idosa, a prática do cuidado ainda é norteadada pelo paradigma positivista e continua a ser semelhante à de qualquer pessoa adulta.^{8,9} Destacaram que o planejamento e a realização de ações em saúde à pessoa idosa não consideram as suas peculiaridades e alterações inerentes a essa faixa etária: o envelhecimento dos órgãos e sistemas, o comprometimento funcional, a presença de comorbidades, as complicações potenciais às quais está sujeita, as alterações psicológicas e sociais.^{8,9}

Percebe-se que embora cada profissional de saúde realize uma parcela do cuidado para atender às necessidades da pessoa doente, existe uma interdependência na prática integral e suas ações devem ser articuladas em busca da mesma finalidade: cuidar do ser humano.¹⁰ Desse modo, a organização do sistema de cuidado deve sustentar-se na ação e no saber compartilhado dos vários profissionais e no trabalho em equipe, apontando para práticas interdisciplinares na intenção de alcançar a integralidade do ser humano.⁴

Contudo, apesar de os profissionais de saúde se esforçarem e reconhecerem a importância de se desenvolver um cuidado integral, ainda convivem no seu cotidiano de trabalho com inúmeras dificuldades para o efetivar. Entre as barreiras às propostas de integralidade nas práticas e políticas de saúde, um estudo destacou o modelo teórico-conceitual da biomedicina com ênfase nos aspectos biológicos; a perspectiva fragmentada e fragmentadora; a hierarquização de saberes; e as políticas setoriais, que não atendem à complexidade e multidimensionalidade do cuidado em saúde.⁴

Com frequência, os profissionais realizam suas ações de forma isolada e fragmentada, em torno das partes do corpo humano, e não da singularidade da pessoa, o que pode resultar no desconhecimento do processo por inteiro.¹⁰ A visão tecnicista favorece o distanciamento, a indiferença, a incompreensão e a insensibilidade das relações humanas, conduzindo ao predomínio de uma forma racional de cuidar.¹¹ Uma postura mecanicista, de autocontrole e de certezas constitui-se em uma barreira ao processo de cuidado, considerando que os acontecimentos são únicos, particulares e singulares, não podendo ser estruturados de forma rígida, e com resultados previsíveis.¹²

O desafio para que as práticas assistenciais atendam à integralidade é grande, uma vez que no espaço da UCI determinadas formas de relações como as do saber-poder são privilegiadas, constituindo-se um obstáculo à

perspectiva de mudança nas formas de atenção em saúde.² Essas relações de saber-poder estão presentes, podem ser visualizadas de forma sutil ou expressa e permeiam todos os espaços, gerando relações assimétricas entre os diferentes atores envolvidos no processo de cuidado.² Normalmente, a pessoa idosa tem dificuldade em exercer os seus direitos ou tomar decisões esclarecidas, assistindo-se a uma subvalorização dos seus direitos.¹⁴ Como o seu saber sobre a clínica é limitado, prevalece o domínio do discurso profissional sustentado pela ciência médica, conformando como verdade tudo o que diz.²

Quando o internamento em UCI é inevitável, um estudo destacou que a pessoa idosa precisa sentir que, para além da técnica, existe a compaixão, o companheirismo, a sabedoria e respeito pela sua condição humana.⁹ Todas as mudanças que ocorreram no percurso da sua existência tornam-na única, diferente e significativa para si e para os outros.¹⁴ Consequentemente, a reação da pessoa idosa ao vivido é particular e dependente da sua visão de mundo e das suas experiências prévias.

Nessa perspectiva, a integralidade deve ser percebida como um compromisso profissional que considera os aspetos que se relacionam e influenciam as dimensões da pessoa doente, ou seja, de um agir ético, tendo como proposição a emancipação dos sujeitos profissionais e utentes em busca da qualificação de suas vidas.² Atendendo às constantes mudanças que ocorrem no campo da saúde, espera-se que este estudo possa contribuir para a conscientização da necessidade da construção de abordagens integradoras, dignificantes e humanizadas no cuidado à pessoa idosa em um ambiente altamente tecnológico, como é a UCI.

OBJETIVO

◆ Conhecer as barreiras ao desenvolvimento do cuidado integral à pessoa idosa internada em uma unidade de cuidados intensivos, na percepção de profissionais de saúde.

MÉTODO

Estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, utilizando como método a pesquisa de terreno. Realizado em uma UCI de um Hospital Público da Região Centro de Portugal. Constituiu-se uma amostra não probabilística intencional, por conveniência, com 24 profissionais de saúde: catorze enfermeiros, seis assistentes operacionais e quatro médicos a tempo inteiro. Os seguintes critérios foram adotados para a seleção dos participantes:

experiência profissional em UCI superior a dois anos; dedicação total do tempo de exercício profissional à UCI; participação ativa no cuidado à pessoa idosa na UCI. A observação participante e a entrevista semiestruturada foram consideradas as técnicas indicadas para a coleta de dados, que decorreu de janeiro de 2015 a dezembro de 2015.

A observação participante abarcou os aspectos subjetivos da vida social em UCI, de modo a proporcionar uma aproximação ao seu cotidiano e a apreensão da sua dimensão histórica e sociocultural. Para uma melhor sistematização das anotações, foi usado um diário de campo. Em uma fase posterior, realizou-se a entrevista semiestruturada, a qual permite convidar os participantes a falarem livremente sobre um tema, e as perguntas, quando formuladas, buscam aumentar a profundidade das reflexões e abrir o campo de explanação do entrevistado.¹³ Para as entrevistas dirigidas aos profissionais de saúde, elaborou-se um roteiro, constituído por duas partes diferenciadas. A primeira parte referiu-se à caracterização das pessoas participantes e teve como objetivo recolher informações sobre os dados sociodemográficos. A segunda parte foi constituída por questões gerais com itens predefinidos norteados pelo objetivo geral do estudo.

As entrevistas foram marcadas de acordo com a disposição e disponibilidade dos profissionais de saúde e decorreram no gabinete de enfermagem. Tiveram uma duração média de sessenta a noventa minutos. Para manter o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados, as entrevistas foram codificadas de acordo com a classe profissional à qual os participantes pertenciam, pelo sexo e pela ordem da sua realização. Assim, para a classe médica, utilizou-se a codificação M, para os enfermeiros E e para as assistentes operacionais AO, seguida de M ou F, correspondente ao sexo masculino ou feminino e do número correspondente à ordem de realização da entrevista. Os dados foram registrados por meio de um gravador e fazendo anotações.

Para concretizar uma análise de dados qualitativa séria, criativa, flexível e comprometida com a realidade que se pretendia investigar, recorreu-se ao *software* específico WebQDA e ao quadro referencial da hermenêutica-dialética proposto por Minayo.¹³ Para empreender esta análise dos dados, foi preciso ter presentes dois níveis de interpretação: *o campo das determinações fundamentais* e *o encontro com os factos*

empíricos. O campo das determinações fundamentais significa situar no tempo e no espaço o objeto de estudo (contexto socio-histórico), constituindo um marco teórico fundamental para a análise de dados obtidos na pesquisa de campo.¹³

Tendo presente o primeiro nível, procurou-se analisar a trajetória histórica da UCI como um contexto específico. Diversos profissionais de saúde partilham o mesmo ambiente de cuidado e são condicionados por um momento histórico, podem ter simultaneamente interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e contrapõem. *O encontro com os fatos empíricos, ou seja, o segundo nível de interpretação*, constituiu o maior desafio da fase de análise, pelo que Minayo sugere três fases para a sua operacionalização: 1) ordenação dos dados; 2) classificação de dados; e 3) análise final.¹³

Os participantes receberam informações sobre o projeto de investigação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a sua participação no estudo. O projeto de investigação foi autorizado pela comissão de ética da instituição com o nº 021846.

RESULTADOS

Do total de 31 profissionais de saúde que constituem a equipa da UCI, participaram no estudo catorze enfermeiros, seis assistentes operacionais e quatro médicos a tempo inteiro. Considerando que um dos critérios de seleção dos profissionais de saúde foi a dedicação total do tempo de exercício profissional à UCI, o universo dos médicos e das assistentes operacionais foi contemplado. O mesmo não aconteceu em relação ao universo dos profissionais de enfermagem. Na distribuição dos profissionais de saúde segundo a idade, não houve uma variação muito significativa, sendo a idade mínima de 33 anos e a máxima de 59 anos. Quanto ao Sexo, em todas as categorias profissionais predominou o sexo feminino, comparativamente com cinco elementos do sexo masculino, sendo quatro enfermeiros e um médico. Em relação ao Estado Civil, salientaram-se os casados com dezoito participantes, seguindo-se de três solteiros (um de cada categoria profissional), duas divorciadas (uma médica e uma enfermeira) e uma viúva (assistente operacional). Relativamente à *formação académica*, observou-se um número pequeno de enfermeiros com pós-licenciaturas de especialização e apenas um mestrado na área de Gerontologia. Todos os médicos possuíam uma especialização. Destacou-se o baixo nível

de escolaridade na categoria de assistentes operacionais. Como tipo de *Vínculo Institucional*, vinte profissionais de saúde exerciam funções na modalidade de Contrato de Trabalho da Função Pública (CTFP) por tempo indeterminado e quatro na modalidade de Contrato Individual de Trabalho (CIT). A maioria tinha um Horário de Trabalho rotativo de 40h semanais, exceto quatro profissionais que realizavam 35h e dois que possuíam horário fixo. O Tempo de Exercício Profissional variou de 7 a 36 anos, sendo o tempo médio de 21 anos. No entanto, relativamente ao Tempo de Exercício na UCI, não houve uma grande variabilidade. Catorze participantes, sendo nove enfermeiros, 3 assistentes operacionais e dois médicos, exerciam atividade na UCI há 15 anos, o que correspondeu ao número de anos que o serviço foi fundado. Todos os participantes confirmaram a *passagem por outros serviços* antes de iniciarem a atividade na UCI. O *duplo emprego* foi referido por nove enfermeiros e um médico.

As categorias temáticas que emergiram neste estudo foram: falta de qualificação para o cuidado gerontogeriatrico; normalização da prática de cuidado; ritmo de trabalho intenso e desgastante; desarticulações e conflitos no cuidado em equipe; e gestão distanciada da prática de cuidado em UCI. Essas categorias resultaram de um processo de estruturação dinâmico e interativo e são apresentadas a seguir.

♦ Falta de qualificação para o cuidado gerontogeriatrico

O cuidado em UCI, além de ser um fator constitutivo da prática quotidiana, também está inscrito nos corpos dos diferentes profissionais, delineando relações e visões de mundo. Cada profissão utiliza o seu conhecimento e saber específico para desenvolver esse cuidado, que culmina em uma multiplicidade de manifestações. Sendo o cuidado à pessoa idosa uma realidade presente no percurso profissional de todos os profissionais de saúde deste estudo, treze enfermeiros, seis assistentes operacionais e quatro médicos revelaram que *não possuíam formação específica neste âmbito*.

No entanto, a experiência da vida e o contato com essas pessoas na prática clínica fizeram com que estes participantes adquirissem conhecimento e descobrissem muitas características específicas desta população, constituindo, desta forma, *“uma grande escola” (EF3)*. Assim, o processo de aquisição de competência para o cuidado à pessoa idosa em UCI não foi resultado de uma formação específica, mas, sim, de um

Fernandes MJC, Silva AL da.

A pessoa idosa em estado crítico: barreiras...

percurso profissional que conciliou as experiências e vivências que estes profissionais tiveram desde o passado até o momento presente, conforme exemplifica o depoimento abaixo.

Não tenho formação específica, mas não posso esquecer que o passado influencia o momento presente. Somos resultado do que vamos vivendo e das experiências que vamos tendo. Fui aprendendo a cuidar de idosos, umas vezes sozinha, outras com o apoio dos meus colegas. (EF8)

♦ Normalização da prática de cuidado

Observou-se que os profissionais de saúde estavam despertos para a carência afetiva apresentada pela maioria das pessoas idosas, a sua “*debilidade física, psicológica e social*” (MF1), a necessidade de “*conforto e de atenção*” (EF2), o “*respeito pelo seu ritmo*” (EM10) e pelas limitações inerentes à idade. Contudo, também foi perceptível que algumas das suas atividades diárias eram organizadas de uma forma padronizada e programadas dentro de horários burocraticamente estabelecidos visando, essencialmente, à eficiência e às exigências dos diversos profissionais de saúde.

O problema não esteve no cumprimento da rotina em si, mas no não reconhecimento de que existem outras possibilidades de se estar na prática de cuidado. Como exemplo, transcreve-se um excerto de uma observação participante que demonstra como os profissionais de saúde apesar de terem recebido a informação de que uma pessoa idosa se encontrava exausta por não ter conseguido descansar durante o turno da noite tomaram a decisão de realizar o cuidado de higiene. Estes profissionais não questionaram o sentido do seu ato para o bem-estar e conforto daquela pessoa. Pelo contrário, a realização do cuidado de higiene em um determinado período de tempo está de tal forma incorporada que não existiu sensibilidade dos profissionais de saúde para quebrar esta rotina.

Na passagem de turno da manhã foi relatado que o Sr. H. não tinha conseguido descansar nada durante a noite. Qualquer aproximação ao seu leito era sentida, qualquer alarme, qualquer ruído. Um dos elementos da noite comentou “até metia pena, aqueles olhos sempre tão abertos, parecia assustado apesar de lhe dizermos que estávamos sempre aqui”. São 9h e o seu fôlego revela exaustão e desejo de adormecer. Porém, os estores da sala de internamento foram levantados e cada categoria profissional se organizou de forma a dar início às atividades da manhã. Uma dessas atividades era a higiene corporal, que independentemente da vontade do Sr. H. em

querer repousar foi realizada. (Observação participante)

Atendendo à necessidade de realizar diversas atividades que estão interligadas entre os diversos profissionais, constatou-se que no ambiente da UCI é impossível que cada doente adormeça ou desperte da noite ao seu ritmo. Esta relação de poder desigual acontece de uma forma subtil e transfigurada, através das leis, normas, regras, hábitos, costumes, rotinas que são fixadas e reproduzidas pelos profissionais no seu cotidiano. No entanto, alguns discursos demonstraram a subjetividade e a mudança de postura dos profissionais de saúde relativamente à normalização de procedimentos e atitudes.

Reconheço que cresci na forma como respondo às necessidades dos nossos doentes. Questiono em que posição gostariam de dormir. Quando iniciam dieta, procuro saber os alimentos da sua preferência. Já aconteceu oferecer alguma iguaria que existia no serviço a um idoso e ficar com a sensação de que foi o melhor que fiz ao observar o seu sorriso de agradecimento no meio de todo o suporte tecnológico. (EM11)

♦ Ritmo de trabalho intenso e desgastante

Embora os discursos dos profissionais de saúde tenham demonstrado capacidade para desenvolverem um cuidado humano e atento às diversas dimensões da pessoa idosa, também reconheceram que em determinados momentos isso não acontecia ou não era possível. Nesse sentido, os resultados provenientes da análise dos dados conduziram para que a categoria temática “*ritmo de trabalho intenso e desgastante*” fosse constituída por duas subcategorias: as *situações clínicas de extrema gravidade* e a *limitação do tempo para o cuidado*.

A primeira subcategoria, as *situações clínicas de extrema gravidade*, foi destacada por dez enfermeiros, três médicos e três assistentes operacionais para justificar o foco na doença e indisponibilidade para atender aos apelos da pessoa idosa, que não eram considerados importantes em um determinado momento. Consequentemente, como salientou uma médica, “*são adiados os pedidos de água, de colocar uma arrastadeira ou simplesmente dar a mão a um idoso mais carente*” (MF1). Situações como a admissão de doentes de elevado risco, a realização de exames auxiliares de diagnóstico no exterior ou a lotação da unidade, com doentes instáveis sujeitos a variadas técnicas de suporte de órgão, exigem respostas prioritárias.

Em situações de extrema gravidade, que exigem total foco na doença, a atenção à pessoa idosa fica comprometida. São esquecidas as suas necessidades, as suas limitações e por vezes queremos respostas imediatas quando a pessoa idosa não as pode dar, fruto da sua condição de vida. Mas existe sempre alguém que lembra estas limitações. (EF3)

Os discursos dos profissionais de saúde revelaram que a impossibilidade de a pessoa idosa comunicar pela alteração do seu estado de consciência devido à necessidade de sedação e à falta de conhecimento sobre o seu percurso de vida são condições que, por vezes, favorecem o tratamento da doença. Privilegia-se o saber clínico em torno do tratamento da doença instalada em um corpo, e não o cuidado de uma pessoa na perspectiva integral.

Temos limitações pela alteração da comunicação que a pessoa idosa tem conosco e pelo conhecimento que temos dela. Muitas vezes nos restringimos à sua condição de doente e não ao que é como pessoa. Só posteriormente com a melhoria do quadro clínico e com a convivência com os familiares é que aquela pessoa se começa a revelar. (EF8)

A sobrecarga do processo de trabalho na UCI associada às atividades indiretas foi mencionada no discurso de nove profissionais de enfermagem que assumiram ter um papel determinante na articulação da equipe multidisciplinar e preservação da organização do ambiente da UCI. Embora a identificação dos problemas envolvesse todos os profissionais de saúde, eram os enfermeiros que tomavam as medidas necessárias para a sua resolução.

São os enfermeiros que têm de dar resposta a todos os problemas que surgem com os equipamentos. Temos de acompanhar o progresso e saber manusear todos os equipamentos novos que surgem. Se o enfermeiro não existisse, poucos médicos saberiam dar resposta a algumas situações. Nós sabemos tudo isto, mas ainda temos tempo para dar atenção à pessoa que cuidamos. (EF6)

A segunda subcategoria, *limitação do tempo para o cuidado*, foi o argumento referido por todos os profissionais de saúde para a não satisfação imediata da vontade do doente e desvalorização de situações menos urgentes. Contudo, uma enfermeira realçou que “por vezes a falta de tempo num determinado momento se transforma em esquecimento de longos minutos” (EF4). Esta falta de tempo também se estendeu à falta de paciência para tentar compreender a mensagem que uma pessoa idosa pretendia

transmitir de uma forma insistente entre tubos e delírio. Após várias tentativas infrutíferas, desistiam porque “*existem atividades que não podem esperar*” (AOF3). Os discursos anteriores comprovam que o tempo foi considerado um fator limitador de uma comunicação eficiente. Um médico enfatizou que “*é notório o declínio da medicina à cabeça do doente. Se em todos os doentes isto é importante, na prestação de cuidados à pessoa idosa, é fundamental*” (MM2).

♦ **Desarticulações e conflitos no processo de cuidado em equipe**

Perante a complexidade do cuidado desenvolvido na UCI, nenhum profissional pode superar o modelo biológico, trabalhando de forma isolada, o que torna imperioso reconhecer a complementaridade das ações dos diferentes elementos que integram a equipe. No presente estudo, destacou-se como positivo o sentimento de alegria e de satisfação de todos os profissionais de saúde por fazerem parte de uma equipe que persegue o objetivo de cuidar de uma forma científica, criativa e humana. Tinham implícita a ideia de que cada classe tem as suas próprias funções, com ações autônomas e outras interdependentes, que se complementam de forma a considerar as diversas necessidades da pessoa idosa.

Contudo, percebeu-se que embora os profissionais de saúde reconhecessem o esforço e valor da equipe, também evidenciavam aspectos limitadores que conduziam à fragmentação do cuidado e comprometiam o cuidado integral. Alguns relatos denotaram a prática individual em detrimento do fazer coletivo, e isso foi perceptível mediante as declarações que concordavam existir falhas no diálogo interdisciplinar, na passagem da informação e clareza nos objetivos traçados para a pessoa idosa.

Considero serem obstáculos à prestação de cuidados adequados a falta de diálogo interdisciplinar, o não ser claro nos objetivos traçados para o doente, o cansaço, a desmotivação, o não reconhecimento do bom desempenho de um determinado profissional. (MF1)

Os discursos de três enfermeiros, dois médicos e dois assistentes operacionais permitiram apreender que o desempenho de alguns profissionais podia ser sensivelmente alterado dependendo dos profissionais que compunham a equipe em um determinado turno. Demonstraram que quando a coesão e o entendimento entre os profissionais eram mais fortes, as dificuldades e as exigências das

situações clínicas mais complexas eram ultrapassadas quase de imediato por uma comunicação mais fluida e por um relacionamento mais equitativo. No entanto, para alguns deles, também existiram momentos em que a colaboração no processo de cuidado e a interação entre profissionais não correram tão bem, pelo que foram considerados aspectos desarticuladores de uma prática de cuidado integral. Assim, dependendo da equipe que estava de serviço, o processo de cuidado podia não ser facilitado. Alguns elementos exaltavam-se com mais facilidade, eram mais estressados, impacientes e inflexíveis à mudança ou a determinadas situações.

Existem dias em que a colaboração entre os diferentes profissionais resulta melhor que outros. Pode ser um turno mais leve, mas quando um ou outro elemento não está em sintonia, saímos exaustos. (AOF3)

Os profissionais de saúde ao serem questionados sobre o tipo de interação que estabeleciam entre si, nove enfermeiros, quatro assistentes operacionais e três médicos responderam “somos uma família profissional”. Contudo, a UCI também foi compreendida como um espaço em que, devido à “*personalidade dominadora de alguns profissionais, os desentendimentos acontecem*” (EM10), interferindo na dinâmica do serviço. Consequentemente, surgiam as dificuldades de relacionamento e os conflitos como elementos incorporados na prática cotidiana de cuidado, com os quais necessitavam conviver e interagir.

Frequentemente, as diferentes perspectivas de atuação e decisão na prática de cuidado eram geradoras de dificuldades no relacionamento e conflitos entre elementos da mesma classe profissional ou elementos de classes distintas. Onze enfermeiros destacaram a atitude de supremacia de alguns colegas e admitiram que, por vezes, não existia consenso na equipe de enfermagem, relativamente aos aspectos que deviam ser valorizados no cuidado ao doente. Embora não especificassem a classe profissional, seis assistentes operacionais mencionaram - “*existem pessoas que gostam de mandar, de serem maiores que os outros*” (AOF3).

Entre os elementos da equipe médica, também existiam conflitos internos, quer no que respeita à elaboração e cumprimento da escala de trabalho, quer devido às diferentes perspectivas de atuação. Surgiam algumas situações de desacordo, latente ou manifesto, “*relativamente às decisões terapêuticas, aos critérios e momento de admissão de alguns doentes, assim como ao grau de investimento*

a fazer” (MF1), perante quadros clínicos de mau prognóstico. Foi possível perceber que a equipe médica nem sempre discutia entre si as diferentes opções terapêuticas que determinadas condições clínicas dos doentes exigiam.

No conflito respeitante às diferentes perspectivas de atuação na prática de cuidado, destacou-se o que ocorria entre o profissional enfermeiro e o profissional médico. Como assinalou uma assistente operacional, “*o conflito mais visível acontece quando a equipe médica e a equipe de enfermagem não se entendem*” (AOF4). Este tipo de conflito transitava livremente no subterrâneo das relações entre os profissionais em questão. Mesmo não sendo expresso ou percebido pela sua sutileza, estava relacionado com o poder e revelava-se como uma ameaça à posição que estes profissionais ocupavam no espaço da UCI.

Quatro médicos evidenciaram que as relações de tensão e conflito que existiram em determinadas ocasiões eram causadas pelo estresse, sobrecarga de trabalho e pela diferença de opinião entre a equipe de enfermagem e a equipe médica, relativamente ao estabelecimento de prioridades. Contudo, para sete profissionais de enfermagem, as dificuldades de relacionamento e os conflitos resultavam de duas situações. A primeira prendeu-se com a falta de comunicação para o planeamento das diferentes atividades ou procedimentos a realizar em um turno de trabalho: a realização de um exame ao exterior; a admissão de um doente na UCI; a redução da sedação em uma pessoa idosa que habitualmente fica muito agitada; ou a realização de um procedimento invasivo como uma traqueostomia ou mudança de um cateter venoso central. Atendendo a que estes procedimentos implicavam alterações na organização habitual do trabalho, requeriam um planeamento conjunto para uma melhor articulação das atividades dos profissionais envolvidos. A segunda situação ocorria pelo fato de alguns médicos não aceitarem as suas sugestões, opiniões ou questionamentos. Estas afirmações foram enfatizadas principalmente na continuidade de procedimentos invasivos e terapêuticos em pessoas idosas com pouca ou nenhuma probabilidade de sobrevivência.

Embora nesta UCI o distanciamento entre as diferentes classes profissionais não fosse tão evidente, na opinião de uma enfermeira, a superioridade da classe médica ainda está culturalmente muito presente na nossa sociedade pelo que se impõe a necessidade de “*crescer e evoluir de maneira a entender que*

todas as profissões são importantes, têm os seus direitos e deveres, e são merecedoras do mesmo respeito e gratidão” (EF9).

♦ Gestão distanciada da prática de cuidado em UCI

Os discursos dos profissionais de saúde apontaram para uma gestão cada vez mais distanciada da realidade da prática de cuidado e das dificuldades sentidas, que não facilitava a resolução dos problemas com maior rapidez e eficácia. Geralmente eram feitas correções e exigências completamente desajustadas que revelavam incompreensão e desvalorização pelo trabalho desenvolvido.

Sinto que as chefias estão cada vez mais distantes dos doentes, do trabalho das equipas e mais centradas em números e computadores, criando uma falsa ilusão de presença. (EF4)

Quando os profissionais de saúde foram questionados sobre as transformações relacionadas com a organização e gestão hospitalar desde o início da implantação da UCI, os médicos intensivistas sublinharam o fato de não terem sido criadas condições para existir uma sinalização precoce dos doentes críticos no serviço de urgência ou em outros serviços da instituição. Este problema continua presente na prática cotidiana e tem repercussões nos resultados em UCI, no prognóstico vital e funcional dos doentes. Na perspectiva médica, a melhoria da resposta ao doente crítico e o desenvolvimento de um cuidado integrado e atempado exige:

Um maior conhecimento da fisiopatologia e equipas dedicadas e treinadas para este tipo de abordagem, prevenindo disfunções e deterioração que comprometem a sua recuperação. (MF1)

Chefias presentes por inteiro. Temos chefias que não estão, nem nunca estiveram e parece que não querem estar integradas a 100% nesta realidade, que é o cuidado ao doente crítico em UCI. (MM2)

Nesse contexto, a ausência constante da chefia de enfermagem e sua forma de gestão inefetiva e ineficaz foram destacadas como barreiras à integralidade do cuidado em equipe, uma vez que afetou a dinâmica e a ligação entre as diferentes classes profissionais. Transpareceu nos depoimentos dos profissionais de saúde que não havia da parte desta chefe *“a preocupação em conhecer a forma de trabalhar já interiorizada pela equipa” (AOF5)*. Ao impor mudanças de uma forma brusca, sem o envolvimento e participação da equipe, revelou desconhecimento sobre a dinâmica e

funcionamento de um serviço com características tão específicas. Assumiu uma postura vertical na relação estabelecida com os profissionais, *“apenas transmite ordens, não há espaço para o diálogo” (AOF6)*, *nem interesse em ouvir outras opiniões para a construção de um novo caminho (EF6)*. Na maior parte das vezes, não teve percepção *“dos problemas e dificuldades que as suas decisões causam na prática de cuidado” (EM11)*.

Particularmente, os enfermeiros e assistentes operacionais estavam sujeitos à rigidez hierárquica e a um modelo de gestão de enfermagem vertical, pois as decisões eram tomadas com base na autoridade do cargo, sem a efetiva participação dos demais profissionais. Esta postura desmotivou, teve uma ação redutora, gerou insegurança e medo, conduziu ao retrocesso da criatividade e da capacidade de inovar, comprometendo o desenvolvimento de um cuidado intensivo de qualidade.

A presença desta chefia era unicamente marcada por *“chamadas de atenção, críticas, conversas sobre cumprimento de normas, realização de protocolos, trabalhos formativos, interesses da instituição e departamento (EM7)*. Mostrava-se, assim, completamente indiferente às condições exigentes de trabalho e à sobrecarga horária resultante do aumento do número de horas semanais e redução do número de elementos da equipe de enfermagem, bem como às situações difíceis da vida pessoal desses profissionais. Raramente fazia um elogio, agradecimento ou reforçava positivamente a atuação da equipe. Estas atitudes foram destacadas por doze enfermeiros, seis assistentes operacionais e dois médicos, revelando falta de reconhecimento e motivação da chefia de enfermagem.

DISCUSSÃO

Os discursos dos profissionais de saúde deste estudo demonstraram que o cuidado à pessoa idosa tem sido encarado como um processo de aprendizagem contínuo, evolutivo, dinâmico, simultaneamente individual e coletivo. Cuidar de pessoas idosas não é uma atribuição de segunda categoria e muito menos uma competência inata; pelo contrário, adquire-se através da formação, da experiência, da procura pessoal e de um desejo de criar, de se realizar, aceitando desafios.¹⁴ Exige também algumas aptidões singulares, nomeadamente: a maturidade e a capacidade de adaptação, a empatia e a sensibilidade, a objetividade e o espírito crítico, o sentido social e o sentido

comunitário, a flexibilidade, a polivalência e, principalmente, a criatividade.¹⁴ No entanto, estudos demonstraram que a instituição hospitalar tende a ter dificuldade em conceber uma intervenção específica e digna, tanto por parte dos serviços, como dos profissionais de saúde.^{5,6,8} Evidência preocupante, considerando que o número insuficiente de profissionais e a falta de competências geriátricas surgem associadas a um maior risco de eventos adversos e piores resultados de saúde para as pessoas idosas doentes.¹⁶

Verificou-se neste trabalho que o cuidado à pessoa idosa em UCI precisa ser diferenciado, uma vez que, associados ao processo de adoecimento, existem alterações orgânicas e psicossociais importantes.¹⁷ Contudo, em algumas situações, a organização singular da UCI e as exigências do ambiente nem sempre favoreceram a dignidade humana na prática de cuidado e conduziram à desconsideração da subjetividade da pessoa idosa durante o internamento. Esta realidade revelou que a estabilidade da pessoa em situação crítica, mediante a agilidade que a alta tecnologia proporciona, somada à qualificação profissional, é considerada uma prioridade, o que significa que muitas vezes a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, dando lugar a um cuidado centrado nos protocolos e procedimentos.¹⁰

Em alguns discursos, verificou-se que os profissionais de saúde tomavam a decisão de realizar uma determinada ação ou ato de cuidado em um horário estabelecido para o efeito. Esta decisão privilegia apenas o corpo que a pessoa tem, ou seja, o *corpo-objeto* porque o objetivo dos profissionais se limita à repetição de um ato que realizam no seu cotidiano.¹⁹ Pode-se assim afirmar que, nesta situação, o cuidado constitui um ato acessório.¹⁹ Uma abordagem diferente seria ver esse ato do ponto de vista do essencial, do corpo que a pessoa doente é ou o *corpo-sujeito* que precisa de uma ação portadora de sentido, de uma atenção particular, de um acompanhamento singular.¹⁹

Perante o exposto, constatou-se que ainda existe uma forte tendência dos profissionais de saúde nivelarem as suas ações e comportamentos na prática de cuidado, através das chamadas rotinas da assistência, assumindo que, do mesmo modo que se cuida de um, deve-se cuidar de todos.¹⁸ Estas rotinas são consideradas um modo de fazer quase automatizado e constituem um importante recurso para a organização do espaço da assistência.¹⁸ Todavia, é preciso não esquecer que embora as normalizações sejam

dispositivos que visam disciplinar procedimentos, dependem de vários elementos, nomeadamente os comportamentos, a formação e as subjetividades de cada profissional.² Dessa forma, alguns profissionais de saúde demonstraram uma mudança de postura relativamente à normalização das suas ações, sendo encarada como um avanço positivo. Efetivamente, a problemática não está na rotina em si, mas no modo como ela se vai realizando sob a forma de fechamento e desresponsabilização quando não refletida e questionada.¹⁸

Na UCI, o ritmo de trabalho intenso e desgastante vivenciado pelos profissionais participantes é uma realidade descrita em vários estudos que salientam: a especificidade da dinâmica do serviço; a complexidade do cuidado desenvolvido; a convivência constante com a gravidade e imprevisibilidade das situações clínicas; a dificuldade em lidar com a morte e o sofrimento do outro; a presença de doentes confusos e agitados com dificuldade em entenderem o que está a acontecer com eles; as particularidades do cuidado de doentes com infeções por microrganismos multirresistentes; a realização das diversas atividades com iniciativa, rapidez e sem qualquer erro.^{5,20}

As características mencionadas, acrescidas do elevado grau de responsabilidade e necessidade de atenção permanente por temor das consequências de um erro que pode comprometer a vida da pessoa doente, constituem uma sobrecarga física, mental e emocional para os profissionais de saúde que exercem a sua atividade neste contexto.^{2,26} A partir dos discursos, percebeu-se que a sobrecarga do processo de trabalho na UCI envolvia não apenas as atividades relacionadas com o cuidado direto ao doente crítico, mas também as atividades indiretas, particularmente destacadas pelos enfermeiros. Esta gama variada de atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem é designada em um estudo como o papel quase “silencioso” da prática da enfermagem para o sucesso da coordenação na lógica do cuidado.²¹

A gravidade das situações clínicas e a necessidade de proporcionar uma resposta rápida, realizando determinados procedimentos invasivos, exigem destes profissionais um controlo eficiente e rigoroso do tempo. Dessa forma, destacou-se que, nesses momentos, a criação de vínculo relacionado ao diálogo, à escuta e atenção para atender às necessidades físicas e não físicas com agilidade para que haja confiança

e credibilidade na equipa⁹ ficou comprometida. A realidade vivenciada por estes profissionais vai ao encontro da literatura que identifica as limitações de tempo como um aspecto crítico e como a principal razão para não proporcionar um cuidado de qualidade.²²

A abordagem integral na prática cotidiana do cuidado requer um trabalho em equipe, ou seja, o trabalho multidisciplinar compartilhado e dialogado entre os diversos atores envolvidos no cuidado à pessoa doente^{1,3}. Nessa perspectiva, a união, a partilha de experiências e conhecimentos, o espírito de interajuda e apoio foram qualidades proferidas pelos profissionais de saúde. Estes resultados são apoiados por um estudo, ao destacar que colaboração ou cooperação interprofissional se apresenta como uma estratégia do trabalho em equipe e está relacionada a uma ética do cuidado, aproximando-se de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os profissionais de saúde.¹⁰

Porém, foram identificadas algumas falhas no diálogo interdisciplinar, na passagem da informação e clareza nos objetivos traçados, que por vezes tinham fortes repercussões na dinâmica de trabalho e na eficácia do cuidado à pessoa idosa. A relevância desses aspetos é apoiada por um estudo exploratório-descritivo, que considerou fundamental a comunicação e a troca de informações entre os profissionais que integravam a equipe para permitir um conhecimento uniforme da condição clínica da pessoa doente, evitando a ocorrência de distorções e falhas no seu atendimento.²³

Ao contrário do que se observa nos serviços de internamento, nesta UCI, destacou-se uma interdependência funcional entre o trabalho das diferentes classes profissionais. Quando há sintonia entre os diferentes agentes, quando enfatizam mais a cooperação do que a competição, quando trabalham orientados por normas flexíveis e de forma horizontal, a qualidade do cuidado desenvolvido é superior.¹² Observou-se, no entanto, que a relação de interdependência entre os profissionais de saúde era uma condição vivida com dualidade. Por um lado, existia um processo de cuidado à pessoa idosa permeado por relações de cooperação, complementaridade e diálogo permanente. Por outro, existiam diferentes perspectivas de atuação e decisão na prática de cuidado que eram geradoras de conflitos e dificuldades no relacionamento, principalmente entre a classe médica e a classe de enfermagem. Estudo aponta a sobrecarga de funções dos

profissionais de saúde, o ambiente estressante da UCI e o tipo de relações interpessoais como fatores impeditivos de uma comunicação aberta, clara e contínua entre os diferentes elementos da equipe.²³

Alguns profissionais de medicina não reconheciam o saber e o fazer dos profissionais de enfermagem como legítimo, mas, sim, subjugado e complementar ao saber médico.²⁴ Desvalorizavam as chamadas de atenção da enfermagem para determinadas falhas na prescrição de fármacos ou para a condição clínica de um doente evitando a ocorrência de complicações. Assim, alguns profissionais de medicina entendiam que as suas prescrições eram para serem cumpridas por uma classe profissional que lhes devia obediência, que lhes era subordinada no processo de trabalho. Nesse sentido, esses médicos sofrem influência marcante do modelo biomédico que se orienta quase exclusivamente por um agir técnico-científico, estruturado, regulado, linear, construído dentro de uma racionalidade objetiva.²⁴

No entanto, a prática cotidiana em UCI tem demonstrado que a presença assídua dos profissionais de enfermagem junto da pessoa idosa em estado crítico lhes confere o privilégio de tomar a decisão de comunicar qualquer anormalidade que esteja ocorrendo. Para tal tomada de decisão, é indubitável que o profissional de enfermagem tenha conhecimento científico, oriundo de uma base filosófica de sua formação.²⁴ Devido à instabilidade das pessoas doentes, a equipe médica sente necessidade da colaboração dos profissionais de enfermagem para a concretização dos seus objetivos de cuidado. O seu saber e o seu fazer de cura só têm êxito porque existe um outro profissional que dá continuidade à sua prática, que tem um caráter mais pontual, específico, e, porque não mais breve, que o diagnóstico médico, o cuidado.²⁴ Há evidências de que o cuidar/cuidado acontece sem a cura, mas a cura não acontece sem o cuidado, o que estabelece uma dependência da medicina em relação à enfermagem, por vezes negada pela comunidade médica.²⁴

Ressalta-se que embora tenham sido encontradas algumas divergências, a maturidade da equipe permitia gerir os conflitos de forma coletiva e responsável, através do diálogo, perseguindo o objetivo de melhorar a prática de cuidado à pessoa idosa. A palavra superação foi a que melhor definiu o propósito das lutas desses profissionais de saúde. Nesta perspectiva, os profissionais de enfermagem revelaram uma evolução e mudança de atitude ao procurarem marcar a

sua posição de uma forma construtiva, não ficando submissos às ordens médicas. Da mesma forma, alguns médicos já desenvolviam esforços em ouvir atentamente os argumentos dos enfermeiros e assistentes operacionais e de planejar em conjunto determinadas atividades. Esta conduta é validada por um estudo, ao salientar que o conflito gerado no processo de trabalho entre duas categorias profissionais pode ser solucionado com mudanças de posturas, de convivência e diálogo entre as equipes, entendendo que os objetivos de todos caminham na mesma direção, ou seja, para a qualidade de um cuidado, destacado pela humanização.³

O modo como se exerce a função de chefia e de liderança tem uma influência marcante para a operacionalização de novas competências pelos profissionais, na dinâmica que se gera, no incentivo mobilizador ou não para a formação, motivação e confiança necessárias.²⁵ Esta descrição não é congruente com os resultados deste estudo que evidenciam uma gestão inefetiva, distante da prática de cuidado e das dificuldades sentidas relativamente à melhoria da resposta ao doente crítico.

Verificou-se que o modelo de gestão vertical adotado pela enfermeira chefe se encontrava fundamentado nos princípios científicos e clássicos da administração, com práticas baseadas na centralização do poder, controle, impessoalidade das relações interpessoais, obediência, submissão às rotinas e ênfase no trabalho tecnoburocrático.²⁶ Essa enfermeira chefe não compreendia, nem respeitava a partilha de informações, decisões, bem como o relacionamento entre médicos e enfermeiros, construído ao longo do tempo de convivência. Desconsiderou que a melhor forma de gestão é aquela que valoriza, respeita, envolve e atende às necessidades dos diversos profissionais para que possam continuar a desenvolver um bom cuidado e dar o melhor de si. Em qualquer estratégia de coesão e sucesso na consecução dos objetivos da organização, é essencial compreender a reação das pessoas no contexto das organizações; promover a sua motivação; perceber as suas aspirações e problemas, proporcionando-lhes oportunidades e incentivando-as.²⁵ As pessoas interagem de um modo dinâmico e, portanto, necessitam de orientação, correção, de aplauso e reconhecimento, nomeadamente em momentos de reflexão sobre o seu desempenho e condicionantes do mesmo.²⁵

Os problemas de gestão mencionados demonstraram que o cuidado integral à pessoa doente necessita ser planejado coletivamente, de forma cooperativa e compartilhada entre a ação de todos os profissionais da equipe de saúde.²⁶ Para que tal aconteça, é fundamental encontrar um ponto de equilíbrio entre a boa prática gerencial (mais flexível e democrática) e a prática do cuidado (humana e integral).²⁶ O interesse em criar vínculos profissionais saudáveis foi destacado em um estudo como estratégia importante para tornar o ambiente de trabalho um local harmonioso e proporcionar um cuidado terapêutico de qualidade.²⁷ Diante do exposto, ficou evidente que a gestão enquanto parte do processo de trabalho é considerada dinâmica e interdisciplinar, visto que envolve não somente atividades de ordem técnica, mas também política, econômica e social.²⁶ Dessa forma, o diálogo e a interação entre os membros da equipe são elementos que também constituem a materialização da integralidade do cuidado.³

CONCLUSÃO

Permitiu-se desvelar com o percurso empreendido neste estudo que a prática de cuidado dos profissionais de saúde à pessoa idosa em UCI parece romper com o modelo biomédico e com o estereótipo da racionalidade técnica cujo objetivo é a cura, e não o cuidado do ser humano. Estes profissionais consideraram que o cuidado desenvolvido em UCI deve incluir a objetividade, mas transcendê-la para serem uma presença verdadeira, criando vínculos e respeitando os sentimentos, percepções e intersubjetividades que permeiam o viver da pessoa idosa.

Este estudo permitiu conhecer algumas barreiras ao desenvolvimento do cuidado integral, que foram configuradas em cinco categorias temáticas: falta de qualificação para o cuidado gerontogeriátrico; normalização da prática de cuidado; ritmo de trabalho intenso e desgastante; desarticulações e conflitos no cuidado em equipe; e gestão distanciada da prática de cuidado em UCI.

Percebeu-se que o processo de aquisição de competência para o cuidado à pessoa idosa em UCI não foi resultado de uma formação gerontogeriátrica específica, mas, sim, de um processo de aprendizagem contínuo, evolutivo, dinâmico, simultaneamente individual e coletivo. Apesar dos profissionais de saúde estarem sensibilizados para o acolhimento e necessidades específicas da

pessoa idosa, algumas atividades diárias eram normalizadas e programadas dentro de horários burocraticamente estabelecidos. Esta dinâmica de trabalho por vezes conduzia à desconsideração das condições particulares de cada pessoa idosa durante o internamento e nem sempre favoreciam a dignidade humana na prática de cuidado.

Evidenciou-se a capacidade dos profissionais de saúde para desenvolverem um cuidado humano e atento às diversas dimensões da pessoa idosa, mas também se realçou que em determinados momentos isso não acontecia devido ao ritmo de trabalho intenso e desgastante. As situações clínicas de extrema gravidade e a limitação do tempo para o cuidado foram consideradas condições que favoreciam o foco na doença instalada em um corpo, e não o cuidado de uma pessoa na perspectiva integral.

Ressalta-se que o processo de cuidado em equipe é constituído pela relação de interdependência e por momentos de solidariedade, companheirismo, cumplicidade e envolvimento nas diversas ações. No entanto, também foram expressos alguns aspetos limitadores da colaboração e interação entre profissionais que conduziram à fragmentação do cuidado, nomeadamente: a prática individual em detrimento do fazer coletivo; as falhas no diálogo interdisciplinar; na passagem da informação; e clareza nos objetivos traçados para a pessoa idosa.

Apesar do esforço, a relação de interdependência entre os profissionais era uma condição vivida com dualidade. Existiam circunstâncias em que a assimetria do saber e poder conduziam a relações de força e conflitos. As diferentes perspectivas de atuação, de estabelecimento de prioridades, de decisão e de planeamento das diferentes atividades ou procedimentos na prática de cuidado foram mencionadas como situações promotoras das principais divergências e conflitos entre elementos da mesma classe profissional ou elementos de distintas.

Finalmente, a gestão ineficaz, centrada no poder, no controlo e impessoalidade das relações interpessoais, distanciada da realidade da prática de cuidado, das necessidades e dificuldades sentidas, foi considerada uma barreira à integralidade do cuidado em equipe, uma vez que afetou a dinâmica e a ligação entre as diferentes classes profissionais.

Demonstrou-se que embora o desenvolvimento do cuidado integral à pessoa idosa seja um caminho permeado de incertezas, receios, limitações institucionais e pessoais, não é uma utopia. Novos padrões de

ação, interação, vontade e pensamento podem ser construídos de forma a subsidiar a interdependência entre profissionais da saúde e orientar para uma prática diferenciada e comprometida com a dignidade humana em UCI.

REFERÊNCIAS

1. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006 Aug [cited 2017 Mar 24]; 59(4): 532-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000400011&lng=en.
2. Oliveira R, Maruyama SAT. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [cited 2017 Sep 8]; 11(2):375-82. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a19.htm>.
3. Azar FS. A integralidade do cuidado em UTI: um estudo com foco no trabalho em equipa multiprofissional do Hospital Cemetron-RO [Dissertação]. Porto Velho-RO: Universidade Federal de Rondônia; 2014.
4. Santos KM, Backes DS, Sousa FGM, Erdmann AL. A emergência da integralidade e interdisciplinaridade no sistema de cuidados em saúde. Enfermería Global [Internet]. 2009 [cited 2017 Sep 8]; 17:1-11. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/75291/73151>
5. Fernandes MJC, Silva AL. Significados do Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa em Cuidados Intensivos. In: Silva AL, Gonçalves LHT. Cuidado à Pessoa Idosa: Estudos no Contexto Luso-Brasileiro. Porto Alegre: Editora Sulina; 2010. p. 49-109.
6. Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. Mundo da saúde [Internet]. 2003 [cited 2017 May 12]; 27(2): 231-9. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf)
7. Schein LEC, Cesar JA. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 12]; 13(2): 289-301. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/11.pdf>
8. Martins JJ, Nascimento ERP. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. ACM arq catarin med [Internet]. 2005 [cited 2017 Mar 23]; 34(2): 49-55. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/284.pdf>
9. Furuya RK, Birolim MM, Biazin DT, Rossi LA. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2011 [cited 2017 Mar

Fernandes MJC, Silva AL da.

A pessoa idosa em estado crítico: barreiras...

- 23]; 19 (1):158-62. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a26.pdf>
10. Pirolo SM. Atuação interprofissional na terapia intensiva: a integralidade do cuidado e o agir comunicativo de Habermas [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
11. Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, Schneider DG, Schweitzer G, Mattioli Neto H. O acolhimento à Família na unidade de terapia intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2008 [cited 2017 Sep 8]; 10(4): 1091-101. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a22.htm
12. Silva AL. Cuidado transdimensional: um novo paradigma para a saúde. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2007.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Berger L, Mailloux-Poirier D. Pessoas idosas: uma abordagem global. 2ª ed. Lisboa: Lusodidata, 2008.
15. Freitas EEC, Schramm FR. A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2009 [cited 2017 Sep 8]; 21(4): 432-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n4/v21n4a14.pdf>
16. Beeckman D, Defloor T, Schoonhoven L & Vanderwee K. Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: a Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. Worldviews Evid. Nurs [Internet]. 2011 Sep [cited 2017 Oct 8]; 8(3): 166-76. Available from: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x>
17. Leite MT, Schons VF, Silva LAA, Muller LA, Pinno C, Hildebrandt LM. A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. Estud interdiscipl envelhec [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 14]; 20 (2): 535-49. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/46060/35456>
18. Aneas TV, Ayres JRCM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 14]; 15 (38): 651-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/03.pdf>
19. Hesbeen W. Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar. Loures: Lusociência; 2000.
20. Ferrareze MVG, Ferreira V & Carvalho AMP. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. Acta paul. enferm [Internet]. 2006 Sep [cited 2017 Oct 24]; 19 (3):

- 310-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a09v19n3.pdf>
21. Cecilio, LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p.197-210.
22. Teng CI, Hsiao FJ, Chou TA. Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. J Nurs Manag [Internet]. 2010 Apr [cited 2017 Oct 24]; 18(3):275-84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1/j.1365-2834.2010.01073.x>
23. Araujo Neto JD, Silva ISP, Zanin LE, Andrade AP, Moraes KM. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 24]; 29 (1): 43-50. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4043/pdf>
24. Florentino FRA, Florentino JÁ. Relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. Revista Travessias [Internet]. 2009 [cited 2017 Oct 24]; 3 (2): 1-17. Available from: <http://saber.unioeste.br/index.php/travessias/article/viewFile/3354/2646>
25. Correia MCB. Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI [Tese]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa- Universidade de Lisboa; 2012.
26. Fernandes MC. Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressa nas articulações do campo e habitus [Tese]. Fortaleza - Ceará: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, 2016.
27. Gomes CB, Noguez PT, Thofhern MB, Amestoy SC. Competência gerencial para com conflitos na equipe de enfermagem. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 Mar 16]; 6(12):2911-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7697/7756>

Submissão: 07/03/2018

Aceito: 24/05/2018

Publicado: 01/07/2018

Correspondência

Maria Julia Carneiro Fernandes
Rua dos Bacalhoeiros N°12
3800-905 S. Jacinto - Portugal