

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP
Faculdade Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

VIVIANE CANHIZARES EVANGELISTA

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O CUIDADO
HUMANIZADO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UM
HOSPITAL ESCOLA.**

Botucatu
2013

VIVIANE CANHIZARES EVANGELISTA

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O CUIDADO
HUMANIZADO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UM
HOSPITAL ESCOLA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista –UNESP como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliana Mara Braga

**Botucatu
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Evangelista, Viviane Canhizares.

Percepção da equipe multiprofissional sobre o cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva de um hospital escola / Viviane Canhizares Evangelista. – Botucatu : [s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Mara Braga

Capes: 40400000

1. Humanização na saúde. 2. Pessoal da área médica. 3. Unidade tratamento intensivo. 4. Hospitais de ensino. 5. Relações humanas. 6. Comunicação interpessoal.

Palavras-chave: Comunicação; Equipe multiprofissional; Humanização; Relações interpessoais; Unidade de Terapia Intensiva.

*COMISSÃO
EXAMINADORA*



COMISSÃO EXAMINADORA

Nome: Viviane Canhizares Evangelista

Título: Percepção da Equipe Multiprofissional sobre o Cuidado Humanizado nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Escola.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina “Julio Mesquita Filho” da Universidade Estadual Paulista ao Departamento de Enfermagem, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

Dedicatória



A Deus

Que me permitiu mais esta vitória, me capacitando, orientando, dando forças e me fazendo acreditar no meu potencial, ao senhor meu Deus, obrigada, reconheço cada vez mais em todos os meus momentos, que o senhor é o maior mestre, que uma pessoa pode conhecer e reconhecer.

À minha mãe D. Mercedes

Que sempre esteve e está ao meu lado, ao amor demonstrado e ensinado por ela, pelas orações realizadas, pelo incentivo e apoio. Enfim pela educação e dedicação em cuidar de mim sendo sempre minha Maior e Melhor companheira.

Orgulho-me de ser sua filha.

A memória do meu querido pai Luiz Rabelo e amável irmão Valdenir que não terão a oportunidade de viver este momento.

*Agradecimento
Especial*



À Professora Doutora Eliana Mara Braga

Por ter-me recebido com carinho, por sua paciência, e pela oportunidade de ampliar meu horizonte de conhecimentos, orientando e me conduzindo ao longo de toda esta pesquisa, tornando os meus sonhos em realidade.

Agradecimientos



Ao **meu namorado Marcos**, que sempre está ao meu lado, pelo amor, carinho, principalmente paciência e auxílio dedicados a mim até a conclusão deste trabalho.

À **minha tia Ilda**, pelas orações, por acreditar em mim, por todas as ligações e preocupações e às vezes sendo minha companhia de viagem para que eu não fosse só.

À **minha sobrinha Aline**, por todo apoio, ajuda e incentivo demonstrado mesmo estando longe.

A toda a minha família que pacientemente entendeu as minhas ausências, o meu cansaço, as angústias e sempre esteve orando por mim e, acima de tudo, por acreditar no meu potencial.

As minhas amigas de viagem **Fabiana e Nadia**, pela companhia nas longas viagens, apoio, e, acima de tudo, pela perseverança, companheirismo e momentos agradáveis de convívio.

A todos os trabalhadores da equipe multiprofissional das UTIs do HCI, que aceitaram em fazer parte deste estudo, pela paciência e colaboração meu carinho.

Ao **Professor Doutor Pedro Marco Karan Barbosa**, por motivar-me a buscar o crescimento profissional e, acima de tudo, pelo apoio em todos os momentos necessários, pelas correções e sugestões para a melhoria desta dissertação, e por sua valiosa contribuição, participando da qualificação e defesa.

Á enfermeira **Sandra**, que sempre demonstrou entendimento e paciência durante minhas ausências, pela forma como me acolheu no setor auxiliando a minha inclusão na equipe e sempre tendo uma palavra sábia para me dizer.

Às enfermeiras **Jussara e Maria Antonia**, pelo carinho, incentivo e, compreensão, em todos os momentos difíceis de minhas ausências, fazendo de forma tão íntegra a minha cobertura na ala, meu eterno agradecimento.

A todas as enfermeiras, enfermeiros e colegas de trabalho, pela colaboração e companheirismo, vocês fazem parte desta conquista.

À minha coordenadora **Professora Doutora Thereza Laís Menegucci Zutin** e **Universidade de Marília**, pela compreensão e por permitirem as minhas ausências para o mestrado.

Às **Professoras Flavia e Ligia** da Universidade de Marília, em especial que sempre acreditaram em mim, e nunca desistiram de me apoiar, e fizeram de forma íntegra e responsável minhas coberturas, meu eterno agradecimento.

À **Professora Doutora Carmen Maria Casquel Monti Juliani**, pelo carinho com que me recebeu, pelo aprendizado durante as suas aulas e sua valiosa contribuição participando da minha qualificação.

Aos professores do curso de Mestrado do Departamento de Enfermagem da UNESP, que ajudaram no meu crescimento profissional.

À secretária **Manuela Botari** da Pós-Graduação em Enfermagem da UNESP, pela paciência e facilitação das demandas burocráticas.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram, e, que porventura, eu tenha me esquecido de citar o nome, minhas desculpas e meus sinceros agradecimentos a todos vocês. Com certeza, também fizeram parte da minha história.

Meu muito obrigada a todos!

Epigrafe



“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

Resumo



Evangelista VC. Percepção da Equipe Multiprofissional sobre o Cuidado Humanizado nas Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Escola. [dissertação] Botucatu: Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista; 2013.

A experiência adquirida em contextos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) desperta questionamentos sobre temas relacionados a ações humanizadas. As UTIs são locais destinados a cuidados críticos, assistidos por uma equipe multiprofissional qualificada, sob as melhores condições possíveis. A responsabilidade da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente, inclui avaliação das necessidades dos familiares, grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados, além da preservação da integridade do paciente, acreditando-se que a humanização da assistência auxilia a diminuir os traumas do paciente, da família e norteia os profissionais envolvidos para uma assistência menos mecanizada. O objetivo deste estudo foi compreender o significado do cuidado humanizado para profissionais das Unidades de Terapia Intensiva, a partir da vivência em equipe multiprofissional de um hospital escola. Foi um estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa; utilizou como base teórica a Política Nacional de Humanização (PNH) e metodológica, a Análise de Conteúdo. Os sujeitos foram 24 profissionais da equipe multiprofissional (enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, médicos e assistente social) atuantes em UTIs Adulto. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, tendo como foco principal a questão norteadora: Como é a sua experiência no desenvolvimento do cuidar humanizado junto a pacientes internados na UTI, atuando em equipe multiprofissional?. Nos resultados deste estudo, os 24 profissionais da equipe multiprofissional, com idade média de 35 anos, sendo a maioria do sexo feminino e religião católica. O tempo médio de formação destes profissionais é de 10 anos, sendo 6 anos o tempo de atuação em unidade crítica e, 15 dos entrevistados, atuam em um único emprego. Na análise das entrevistas, emergiram temas e núcleos de sentido. Tema 1- Equipe Multiprofissional e o que facilita o cuidado humanizado: ter um olhar individualizado na prática do cuidado; compreender e contextualizar a experiência do outro; incluir a família no planejamento do cuidado; atuar efetivamente em equipe; investir no autoconhecimento. Tema 2- Equipe Multiprofissional e o que dificulta o cuidado

humanizado: assistir de forma fragmentada e protocolar; encontrar barreiras nos relacionamentos interpessoais; excluir a família do processo de cuidado; exercer as funções profissionais com carências de recursos humanos e materiais; ter déficits no processo de formação profissional. Os resultados deste estudo nos permitem inferir que os profissionais da equipe multiprofissional das UTIs têm habilidades construídas para atuar na complexidade destes ambientes, o que os possibilita identificar fatores que colaboram para a competência no cuidar e, ainda, que a humanização em UTI precisa ser um processo de vivência entre pacientes, profissionais e familiares, sempre considerando os direitos e a valorização dos seres humanos.

Descritores: humanização; equipe multiprofissional; Unidade de Terapia Intensiva; comunicação; relações interpessoais.

Abstract



Evangelista VC. Perception of multiprofessional team care about humanized in the Intensive Care Unit of a Teaching Hospital. (thesis) Botucatu: Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista; 2013.

The experience gained in the context of Intensive Care Units (ICUs) awakens questions to topics related to humanized actions. ICUs are places for critical care, assisted by a skilled multidisciplinary team, under the best possible conditions. The team's responsibility extends beyond the technological and pharmacological interventions focused on the patient. It includes assessing the patient's family needs, their degree of satisfaction on the offered care, preserving the integrity of the patient, believing that the humanization of care helps reduce the patient's and family's trauma, and guides the professionals involved to a less mechanized assistance. The aim of this study was to understand the meaning of humanized care among professionals in the Intensive Care Units of a teaching hospital, from the working experience of a multidisciplinary team. This is a field study, with an exploratory and descriptive qualitative approach; the National Humanization Policy (NHP) was used as theoretical framework, and the Content Analysis as methodological framework. The subjects were 24 multidisciplinary team professionals (nurses, physiotherapists, psychologists, nutritionists, doctors and social workers) working in Adult ICUs. Data collection occurred through semi-structured interviews, focusing on the main question: "What is your experience in the development of humanized care with patients admitted to an ICU, working in multidisciplinary team?". In this study, the multidisciplinary team of 24 professionals had average age of 35 years, the majority being female and Catholic. These professionals had an average of 10 years from graduation, 6 years of working in the ICU, and 15 professionals worked in a single job. In the interviews, themes and units of meaning emerged. Theme 1 - Multidisciplinary Team and what facilitates humanized care: focusing in the practice of individualized care; understanding and contextualizing the experience of the patient, including family when planning care, acting effectively in team; investing in patient self-knowledge. Theme 2 - Multidisciplinary Team and what hinders humanized care: providing assistance in a fragmented and protocolled manner; barriers in interpersonal relationships; excluding family from the care process; performing professional tasks when lacking human and material resources; professionals possessing gaps in their graduation process. The results of this study

allow us to conclude that the professionals of the multidisciplinary team acting in the ICUs have built skills to work in these complex environments, which enables them to identify factors that contribute to competence in humanized care, and that the humanization in the ICUs needs to be a process experienced between patients, professionals and family, always considering the rights and the value of human beings.

Descriptors: Humanization; Multiprofessional Team; Intensive Care Unit; Communication; Interpersonal Relations.

*Lista de Siglas
e
Abreviaturas*



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DRS IX	Departamento Regional de Saúde IX
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
MEC	Ministério da Educação e Cultura
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNIMAR	Universidade de Marília
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

*Lista de
Quadro*



LISTA DE QUADRO

Quadro 1- SÍNTESE DOS TEMAS E NÚCLEOS DE SENTIDO OBTIDOS. MARÍLIA, 2013.....	51
---	-----------

Sumário



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	27
1 INTRODUÇÃO	29
1.1 O CONTEXTO DA HUMANIZAÇÃO	30
1.2 A COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	33
1.3 AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS)	35
1.4 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DAS UTIs	37
2 OBJETIVO	41
3 MÉTODO	43
3.1 TIPO DE ESTUDO	44
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	44
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	45
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	50
4.2 ANÁLISE CATEGORIAL TEMÁTICA.....	50
4.3 TEMA 1- EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O QUE FACILITA O CUIDADO HUMANIZADO.....	52
4.3.1 CATEGORIA 1: TER UM OLHAR INDIVIDUALIZADO NA PRÁTICA DO CUIDADO	52
4.3.2 CATEGORIA 2: COMPREENDER E CONTEXTUALIZAR A EXPERIÊNCIA DO OUTRO.....	54
4.3.3 CATEGORIA 3: INCLUIR A FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DO CUIDADO.....	55
4.3.4 CATEGORIA 4: ATUAR EFETIVAMENTE EM EQUIPE	
4.3.5 CATEGORIA 5: INVESTIR NO AUTOCONHECIMENTO	57
4.4 TEMA 2- EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O QUE DIFICULTA O CUIDADO HUMANIZADO	60

4.4.1	CATEGORIA.1: ASSISTIR DE FORMA FRAGMENTADA E PROTOCOLAR	60
4.4.2	CATEGORIA 2: ENCONTRAR BARREIRAS NOS RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS.....	63
4.4.3	CATEGORIA 3: EXCLUIR A FAMÍLIA DO PROCESSO DE CUIDADO	65
4.4.4	CATEGORIA 4: EXERCER AS FUNÇÕES PROFISSIONAIS COM CARÊNCIAS DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	66
4.4.5	CATEGORIA 5: TER DÉFICITS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	67
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
6	REFERÊNCIAS	72
	ANEXOS	78
	APÊNDICE	81

Apresentação



APRESENTAÇÃO

No ano de 1996, ingressei no curso de enfermagem na Universidade de Marília-UNIMAR, concluindo o curso em 1999. Logo em seguida, já iniciei minha carreira profissional nas áreas de Urgência e Emergência, Unidade de Internação Clínica, Cirúrgica e Unidades de Terapia Intensiva; juntamente com minhas atividades de enfermeira assistencial associei a docência. Em 2002 após ser aprovada em concurso no Hospital das Clínicas de Marília, inicio como enfermeira assistencial no Pronto-Socorro e, a seguir, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Neste setor, foi possível trabalhar e ter experiências com pessoas de variadas áreas da saúde, meus primeiros contatos com uma equipe multiprofissional atuante, propiciando reflexões sobre o relacionamento em equipe, incluindo pacientes e seus familiares, especialmente, em situações críticas de saúde.

A experiência adquirida no ambiente da UTI me leva a pesquisar, em especial, temas relacionados a ações humanizadas, considerando o processo de trabalho em equipe multiprofissional, por acreditar que a união dos conhecimentos de várias categorias profissionais é o que proporciona a toda equipe maior segurança e confiabilidade nas atitudes com paciente.

Diante desta preocupação, fui buscar a possibilidade do desenvolvimento da construção de um trabalho que pudesse ter consistência metodológica para melhor fundamentação científica.

Neste sentido, procurei o ingresso em uma Pós-Graduação, assim, ao final de 2010 me matriculei no curso de Pós Graduação – Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – UNESP, tendo a oportunidade de pesquisar sobre a minha inquietação, ou seja: ações humanizadas desenvolvidas por uma equipe multiprofissional das UTIs de um Hospital Escola.

1. Introdução



1.1 O CONTEXTO DA HUMANIZAÇÃO

O processo de humanização na área de saúde revela aspectos da nossa cultura e do aprendizado sobre o ser humano, especialmente, no cotidiano do trabalho em grupo.

As iniciativas de humanização da assistência vêm trazendo para discussão a importância de ajustar a qualidade técnica da atenção dispensada com as tecnologias de acolhimento e suporte ao paciente ¹. Estas iniciativas têm se apresentado em diversos campos da atenção apoiadas no conceito de que humanizar é cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social, incorporando e respeitando seus valores, esperanças, aspectos culturais e as preocupações individuais, supondo troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre profissionais e modos de trabalhar em equipe ^{2,3}.

Assim, o modelo assistencial humanizado passou a ocupar maior dimensão no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo necessário o desenvolvimento de políticas de saúde para que a pessoa que vivencia um comprometimento de suas funções normais e vitais de saúde, tivesse suas necessidades individuais, físicas, psíquicas e espirituais levadas em consideração ⁴. Diante disso, a partir de 2004, o Ministério da Saúde dissemina em todo o Brasil a Política Nacional de Humanização (PNH) ³.

Deste modo, nos apoiamos nas diretrizes da PNH, onde a humanização significa uma aposta ética, estética e política. Ética, porque implica atitude de usuários, gestores e trabalhadores da saúde; estética, porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; e política, por se referir à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do Serviço Único de Saúde (SUS), traduzindo princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e instâncias que constituem o SUS ³.

As diretrizes que norteiam o PNH são:

- Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a

administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;

- Implantar, estimular e fortalecer os Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas de Humanização com plano de trabalho definido;
- Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente a violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso), a violência realizada por agentes do Estado (populações pobres e marginalizadas), a violência urbana e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) nos processos de recepção/acolhida e encaminhamentos;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e de tomada de decisão;
- Implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;

- Promover ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS;

De acordo com Associação de Medicina Intensiva AMIB: Humanizar não é uma técnica, uma arte e muito menos um artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando realizá-lo, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra no momento de sua internação⁵.

Neste sentido, conseguir compreender e ser compreendido pelo paciente institucionalizado é parte da ação da equipe envolvida no processo de cuidar e, como instrumento para esta prática destaca-se a busca da comunicação competente, o que nos permite ver o outro de forma integral, possibilitando, assim, um cuidar humanizado e transformador⁶.

A comunicação é um processo de compreender e compartilhar informações enviadas e recebidas, e estas informações exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, confirmando o fato de as pessoas estarem constantemente envolvidas por um campo interacional⁷.

No decorrer da vida, o ser humano pode passar por experiências na qual o processo de comunicação verbal está debilitado, nestes casos, o uso do toque e a comunicação não verbal de si e do paciente são instrumentos eficazes nas interações interpessoais⁸.

Os profissionais de enfermagem utilizam a comunicação como estratégia para humanizar o cuidado, conversando com os pacientes e familiares visando reduzir a ansiedade dos mesmos, causada pelo ambiente fechado, com ruído e muito estressante⁹. Cabe também a estes profissionais compreender que o poder do toque nas interações entre profissional, paciente e família permite desenvolver alternativas na assistência de forma expressiva e sincera com melhora das habilidades de comunicação⁸.

1.2 A COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

A comunicação é a base fundamental das relações interpessoais, inclusive na área da saúde, onde lidamos com pessoas da nossa equipe de trabalho ou os pacientes que necessitam dos nossos cuidados. Ao estabelecer uma boa comunicação com o outro, contribuímos para a diminuição de conflitos e mal-entendidos, tornando as relações mais harmônicas e alcançando nossos objetivos com mais eficiência e satisfação ¹⁰.

A postura, os gestos, o olhar, o tom de voz e a maneira de tocar o outro são algumas das muitas maneiras que temos de transmitir e receber informações, confirmando que a comunicação vai muito além das palavras, sejam elas escritas ou faladas ¹⁰.

A origem da palavra comunicar está no latim *comunicare*, que tem pôr significado por em comum. Ela pressupõe o entendimento das partes envolvidas, e nós sabemos que não existe entendimento se não houver, anteriormente, a compreensão ¹⁰.

Toda comunicação, portanto, tem duas partes: a primeira é o conteúdo, o fato, a informação que queremos transmitir; a segunda, o que estamos sentindo quando nos comunicamos com a pessoa. O conteúdo da nossa comunicação está intimamente ligado ao nosso referencial de cultura, e o profissional de saúde tem uma cultura própria, diferente do leigo, por isso é importante saber que quanto mais informações possuímos sobre aquela pessoa e quanto maior a nossa habilidade em correlacionar esse saber do outro com o nosso, melhor será o nosso desempenho no aspecto da informação e do conteúdo ¹⁰.

A comunicação objetiva diminuir possíveis conflitos gerados e sanar dúvidas, além de ser o instrumento básico da assistência efetiva da equipe de saúde, pois apenas através dela é que podemos compreender o doente como um todo e identificar o significado que o problema tem para ele. O enfermeiro, conhecendo as técnicas de comunicação terapêuticas adequadas, tem mais um recurso a seu favor, dando um enfoque mais humanístico à comunicação e às relações interpessoais que mantém ¹⁰.

A percepção da comunicação e seu entendimento ocorrem através dos órgãos dos sentidos, acrescidos de associações individuais que produzem significados para quem percebe. Essas associações e significados dependem diretamente do repertório de conhecimento individual, entendendo por isso, experiências vividas, crenças, valores, expectativas, enfim, sentimentos e pensamentos em que se envolve o indivíduo que está percebendo ¹⁰.

As informações são emitidas de maneira verbal (os sons emitidos pelo aparelho fonador que fazem parte de um código linguístico) e não verbal (tudo que pode ter significado para quem emite ou recebe a mensagem, exceto as palavras por elas mesmas) ¹⁰.

A comunicação verbal é aquela feita através de palavras expressas tanto por meio da linguagem escrita com falada, e deve ser clara a fim de que o outro compreenda o que estamos querendo dizer. Para que esta clareza seja atingida, o enfermeiro deve utilizar técnicas de comunicação, como verbalizar seu interesse ao que o paciente está dizendo, permanecer em silêncio quando ele fala, não interromper as frases, ouvir reflexivamente, bem como clarificar e validar as mensagens que recebe ¹⁰.

A comunicação não verbal ocorre quando interagimos com outro com ou sem a utilização de palavras, sendo que esta interação possui significados para o emissor e para o receptor ¹⁰.

O interessante é que nem sempre o profissional da área de saúde tem a consciência de que, ao falarmos em comunicação, não falamos apenas das palavras expressas para a outra pessoa que podem ser dimensionadas como comunicação verbal. Acontece que toda comunicação humana, face a face, interpessoal, também se faz através da comunicação não verbal, ou seja, de todas as formas de comunicação que não envolvem diretamente as palavras. Até podemos afirmar que quando falamos de relacionamento interpessoal a comunicação verbal, sozinha, não existe, pois além dela existe a maneira como falamos - que podemos chamar de paraverbal: os silêncios e grunhidos que utilizamos ao falar, as pausas que fazemos entre as frases e palavras, a ênfase que colocamos na voz. Além do paraverbal, temos as expressões faciais, as nossas posturas corporais diante do outro, a maneira como o tocamos, as distâncias interpessoais que mantemos com essa outra pessoa ¹⁰.

Neste contexto, um estudo¹⁰ refere que, para prestar atenção às pessoas e responder aos estímulos com habilidades no contato humano, é necessário ter paciência, persistência, auto-observação constante e treino contínuo.

A espiritualidade é outro aspecto relevante durante o processo de humanização, pois, para quem vivencia uma doença grave na UTI ou está próximo da morte, auxilia no enfrentamento e na aceitação da dor e do sofrimento, ao imprimir algum significado a eles. Independentemente da crença religiosa professada, um bom relacionamento com Deus ou um poder superior permite ao doente o entendimento e a aceitação do sofrimento humano. A religiosidade é parte da cultura da maioria dos pacientes que são internados em UTIs e compreender o significado do objeto sagrado, para o paciente, é um aspecto essencial da assistência humanizada. O reconhecimento e respeito às crenças e valores torna-se importante na interpretação que o paciente confere à situação de crise¹¹.

1.3 AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIs)

A UTI surgiu em face à necessidade de proporcionar melhores condições para o atendimento ao paciente de alto grau de complexidade. E como características importantes deste desenvolvimento, aconteceram os avanços da tecnologia hospitalar, novas formas de diagnóstico e tratamento, o que levou os profissionais envolvidos à necessidade de atualizações¹².

Ao ministério da saúde cabe a garantia da atenção à saúde da população de forma equitativa, integral e humanizada por meio de suas políticas, assim, a portaria n 3.432, de 12 de Agosto de 1998, resolve a incorporação de tecnologia, bem como especialização dos recursos humanos e disponibilização de área física, estabelecendo critérios de classificação das UTIs diante da importância de seus atendimentos prestados¹³.

Desta forma, a UTI é o local referência a prestar cuidados críticos, contando com uma equipe multiprofissional, tendo as melhores qualificações para a assistência¹⁴. Estas unidades são também descritas como “hospital do hospital”, ou seja, é o local que requer e se concentram os mais elevados recursos humanos, tecnológicos e de infraestrutura num hospital⁵.

Através da assistência ininterrupta a pacientes instáveis clinicamente, as UTIs objetivam o restabelecimento das funções vitais através do emprego de alta tecnologia que é capaz de reproduzir por meio de aparelhos as funções vitais, possibilitando a sobrevivência do paciente¹⁵.

As UTIs vêm sendo palco de grandes avanços científicos por meio do uso de técnicas e tecnologias cada mais sofisticadas (artigo tecnologias leves em saúde), por esta razão são consideradas como lugares eficazes, porém inóspitos, impessoais e sem qualquer acolhimento¹⁶.

Na área hospitalar e, principalmente, nas UTIs, ocorre uma exagerada valorização da ciência e da tecnologia¹⁶, mas a humanização não é possível sem a tecnologia e vice-versa, ou seja, não se pode aplicar a tecnologia nas ações sem que a humanização esteja presente, sendo assim indispensável a utilização da “tecnologia do calor humano”¹⁷.

O recurso comum para resolver as tensões entre cuidado humano e da tecnologia tem, erroneamente, destacado a tecnologia como a razão para assistência impessoal sendo necessário o incentivo ao (re-) exame do relacionamento entre cuidados de tecnologia, humanos e práticas de cuidado¹⁸.

À medida que novas tecnologias vêm se incorporando às UTIs, é exigida maior qualificação dos profissionais para operá-las com precisão, segurança e eficácia, sem com isso velar os valores éticos, estéticos e humanísticos que norteiam a profissão, onde o processo de humanização não existe sem a tecnologia e vice-versa².

Segundo Boff, o cuidado significa diligência, zelo, atenção e bom trato. Retrata que o indivíduo sai de si e centra-se no outro, e surge quando a existência de alguém tem importância para o outro, tendo dedicação, disposição para participar do seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos, enfim de sua vida¹⁹.

O paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para a doença física²⁰; neste sentido, o saber cuidar tem dado vazão ao estreitamento dos vínculos interpessoais para minimizar as condições de sofrimento físico/mental²¹, onde um cuidado adequado e de qualidade é aquele que engloba técnica, conhecimento e o saber conviver. A ênfase dada às relações humanas e à

afetividade deve ser ressaltada para demonstrar a importância oferecida pela arte da comunicação ²¹.

Na experiência como enfermeira de UTI, percebe-se que o aparato tecnológico e o saber científico dificultam as relações interpessoais, pois a comodidade proporcionada pelas máquinas traz como contraponto a fragilidade do cuidado, aspectos exemplificados por Merhy quando discute o conhecimento das tecnologias duras, leve-duras e leves, considerando tecnologias leves, aquelas das relações, como o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a responsabilização, em contraponto com as leve-duras, representadas pelos saberes e práticas estruturadas e as duras, que são equipamentos tecnológicos e instrumentos, além das normas e estruturas organizacionais ²².

1.4 A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DAS UTIs

A equipe multiprofissional que trabalha em UTI, tem a necessidade de fomento para o aperfeiçoamento profissional e ter atuação efetiva na gestão, sendo valorizado e apoiado pela instituição.

Esta equipe é confrontada diariamente com causas geradoras de estresse, como a morte, as difíceis condições de trabalho (baixa remuneração, trabalho excessivo, insuficiência de recursos humanos e materiais), que interferem diretamente em seus sentimentos, emoções e defesas, onde esses fatores podem provocar a desumanização dos mesmos ²³. A harmonia emocional dos pacientes atendidos é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, assim, esta precisa estar em boas condições psicológicas para trabalhar com os pacientes, seus familiares e a comunidade ²⁴.

Ao nos reportarmos aos pacientes das UTIs, precisamos compreender que este indivíduo precisa ser respeitado e assistido em suas necessidades e seus direitos humanos, como por exemplo, no controle da dor, na privacidade, individualidade, no direito à informação, ser ouvido nas suas queixas e angústias, ter ambiente adequado para o sono e repouso, atenção especial ao seu pudor, nas suas crenças e valores, presença da família e direito aos cuidados paliativos, quando não houver mais a possibilidade terapêutica ⁵.

A responsabilidade da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente. Inclui avaliação das necessidades dos familiares, grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados, além da preservação da integridade do paciente acreditando-se que a humanização da assistência auxilia a diminuir os traumas do paciente, da família e norteia os profissionais envolvidos para uma assistência menos mecanizada ²⁵.

Neste aspecto, a assistência à saúde demanda a participação de uma equipe multiprofissional, ou seja, de um trabalho coletivo que se configure na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, pois nenhuma categoria profissional consegue contemplar por si só, a totalidade humana na vivência do processo saúde-doença ^{26,27}.

A esta equipe cabe refletir sobre seus valores e seu conhecimento como ser humano e, assim, assumir a responsabilidade por desenvolver o cuidado integral ²⁸. Neste sentido, a relação com o paciente poderia deixar de ser tão verticalizada, despersonalizada, concentrada no saber científico e no uso do aparato tecnológico e no cumprimento de rotinas ²⁹.

Compreendendo a equipe multiprofissional sob a lente da humanização, percebe-se que o objetivo principal desta é desenvolver um trabalho comum em diferentes especialidades, focando todos os esforços no cuidado e no tratamento aos pacientes. Uma equipe que atua sob a óptica da humanização é a mesma que busca qualidade de vida no ambiente profissional ³⁰.

A equipe precisa ter uma percepção da efetividade da sua comunicação com pacientes e familiares, para que consiga perceber e identificar necessidades; para tanto, é necessário comprometimento emocional, coerência e credibilidade ³¹.

Um aspecto que pode significar a falha no diálogo entre o profissional e as pessoas envolvidas ao cuidado, é o fato de que estes profissionais se habitam à pressão da rotina de uma UTI e ao silêncio necessário neste setor; desta forma, ao se depararem com situações onde o familiar procura amparo, este não sabe como agir. Já a família interrompe a escuta das falas e passa a procurar significado na postura, gestos e comportamentos da equipe de saúde, ou seja, a forma como a

informação é passada e não no seu conteúdo, valorizando a comunicação não verbal³².

O compromisso emocional dos profissionais com aqueles que requerem ajuda é fundamental em processos interativos, ou seja, é necessário o reconhecimento das manifestações de sofrimento, medo, angústia, desespero, entre outros sentimentos, pois a humanização do cuidado não pode estar presente somente nos discursos dos profissionais que se dedicam a esta atividade, uma vez que todas as ações que compõem este cuidado necessitam estar impregnadas de humanização³³, e quando estes profissionais se propõem a prestar e divulgar uma assistência humanizada, esta deve estar presente em todas as etapas do cuidado³⁴.

Na tentativa de tornar a UTI um lugar que celebre melhores chances de recuperação, maior dedicação e investimento de tecnologia e saber, têm ocorrido grandes investimentos no resgate de conceitos e práticas humanizadas para toda a equipe multiprofissional³⁴, considerando que um ambiente agradável e acolhedor interfere de forma positiva nas necessidades individuais do paciente ajudando em sua recuperação e promoção da saúde³⁵.

Sabemos que quando uma pessoa está enferma não é somente o seu físico que está afetado, mas o seu eu, ou seja, a sua identidade, sendo assim o profissional de saúde precisa entender o indivíduo como um todo, os seus sentimentos e os pensamentos³⁶.

Partindo da escolha pessoal de seguir carreira na área da saúde, em especial ao cuidado a pacientes críticos, o profissional da saúde o realiza com sentimentos solidários, pois deve possuir empatia para com aqueles que necessitam do cuidado¹⁶. Desta forma, a humanização deve alcançar patamares além da atenção técnica e farmacológica, inserindo todos os profissionais que intervêm no processo de cura ao paciente crítico. Os familiares devem ser inseridos em todo o processo, da identificação de suas necessidades até a sua relevante avaliação do cuidado prestado ao seu ente hospitalizado, que possui sua própria identidade, crenças e valores, partindo dos princípios éticos e morais¹⁶.

Diante da alta especificidade do ambiente hospitalar, das práticas mecanicistas no cuidado aos pacientes e do distanciamento interpessoal entre paciente, família e equipe de saúde, a UTI requer um olhar especial frente ao

desenvolvimento das ações humanizadas por profissionais de saúde. Considerando a institucionalização da Política Nacional de Humanização e suas diretrizes, neste estudo, buscamos compreender como a equipe multiprofissional que atua nas UTIs de um hospital escola identifica e desenvolve ações humanizadas na sua prática cotidiana.

2. Objetivo



Compreender o significado do cuidado humanizado para profissionais das Unidades de Terapia Intensiva, a partir da vivência em equipe multiprofissional de um hospital escola.

3. Método



3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de campo com abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa demonstra ser a melhor escolha para o desenvolvimento do tema do estudo, pois é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas³⁷.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em duas UTIs (UTI A e UTI B) adulto de um Hospital Escola do interior do Estado de São Paulo, referência na atenção à saúde em níveis variados para 62 municípios que compreendem o Departamento Regional de Saúde (DRS IX). Com uma população estimada de 1,2 milhões de habitantes, este hospital conta com infraestrutura de ambulatorios, laboratórios, serviço de imagem, unidade de oncologia com radioterapia e quimioterapia, unidades de terapia Intensiva (UTIs), unidades de internação clínica e cirúrgica, centro cirúrgico e unidade de urgência e emergência³⁸.

O hospital desenvolve ainda os programas de Humanização na Assistência Hospitalar conforme Portaria Famema nº 023/2010, Gestão do Gerenciamento dos Serviços de Saúde e integra a rede de hospitais que compõe o Sistema Nacional de Captação de Órgãos. Em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde, também atua no Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar³⁸.

Cada uma das UTIs adulto da instituição possui 12 leitos cadastrados para atendimento SUS, destinados a atender pacientes clínicos e cirúrgicos em estado crítico de saúde. Os diagnósticos são variados e a média de ocupação é de 98%.

A equipe multiprofissional que atua no setor é composta de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas e assistentes sociais, atuando nos períodos da manhã, tarde e noite.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram os profissionais da equipe multiprofissional inseridos nas UTIs adulto, que estavam atuando no cenário em questão no momento da pesquisa.

Como critérios de inclusão, foram considerados todos os sujeitos com formação superior entendendo-se que possuem aporte teórico advindo da graduação, que lhes permite responder ao objetivo deste estudo.

Sendo assim, de um total de 25 profissionais, 24 participaram deste estudo, sendo 9 enfermeiros, 7 médicos, 3 fisioterapeutas, 2 nutricionistas, 2 psicólogas e 1 assistente social.

Vale considerar que apenas um sujeito da população do estudo optou por não participar da pesquisa.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Pesquisa realizada de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil³⁹.

O projeto foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), obtendo aprovação em 06/12/2011 com Protocolo nº 1392/11.

Aos indivíduos que concordaram em participar da pesquisa, após convite pessoal, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice 1, em duas vias, sendo uma destinada aos participantes e outra ao pesquisador. A liberdade de participação foi assegurada, bem como o direito de o

sujeito retirar-se a qualquer momento da pesquisa sem prejuízos ou qualquer constrangimento ⁴¹.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para atingir o objetivo proposto neste estudo, foi realizada uma entrevista semiestruturada (Apêndice 2) com os sujeitos selecionados para o estudo, considerando que esta favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações ⁴⁰.

No primeiro momento, utilizou-se um instrumento organizado em duas partes, sendo a primeira de caracterização dos sujeitos, com as seguintes variáveis: idade, sexo, religião, categoria profissional, cargo que exerce na equipe, tempo de formado, tempo de atuação em UTI e número de empregos.

A segunda parte da entrevista constou da seguinte questão norteadora:

Como é a sua experiência no desenvolvimento do cuidar humanizado junto a pacientes internados na UTI, atuando em equipe multiprofissional?

A coleta dos dados ocorreu no período de 20 de julho a 30 de agosto de 2012, constando de entrevistas previamente agendadas de acordo com a disponibilidade e horário dos sujeitos envolvidos, realizadas pela pesquisadora; aconteceram no próprio setor, durante horário de trabalho de cada um, em local privativo, nos três períodos de plantão adotados pela instituição, ou seja, manhã, tarde e noite. Cada entrevista teve uma duração média de 05 minutos, sendo o menor tempo, 2min e 30seg e o maior tempo, 11min. O registro aconteceu por meio do uso de aparelho digital MP3 para garantir a fidedignidade das falas e, a seguir, as entrevistas foram transcritas na íntegra pelo pesquisador.

Cabe ressaltar que foi realizado teste piloto para avaliação e adequação das entrevistas, este incluiu correções dos aspectos linguísticos, com intuito de torná-las mais claras e objetivas.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, descrevemos os dados obtidos a partir da caracterização dos sujeitos e a seguir, a análise dos discursos à luz da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, que a define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens ⁴¹.

A análise de conteúdo, basicamente, desdobra-se em três fases, a saber: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial ⁴³.

Na pré-análise, o pesquisador organiza o material e destaca sistematicamente as ideias iniciais em um plano de análise. Faz uma leitura flutuante nos documentos a serem analisados, deixando-se tomar contato exaustivo com o material ⁴¹.

A descrição analítica ocorre logo após a pré-análise e consiste numa em operações de codificação, enumeração, classificação e agregação, em função de regras previamente formuladas. Nesta fase, o material é codificado, ou seja, as unidades temáticas são classificadas sob um título genérico, com base em um grupo de elementos num processo chamado categorização ⁴¹.

A categorização é um processo de classificação por diferenciação, dos elementos constituintes de um conjunto. Estes elementos são em seguida reagrupados por gênero (analogia), com base em critérios previamente definidos. As categorias são classes que reúnem unidades de registros com caracteres comuns, agrupando-os ⁴¹.

Na interpretação inferencial, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Com resultados significativos e fiéis em mãos, o analista poderá então propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas ⁴¹.

A análise deste estudo foi organizada seguindo a seguinte categoria pré-determinada:

- A percepção que equipe multiprofissional das UTIs de um hospital escola tem sobre o desenvolvimento do cuidar humanizado.

4. Resultados e Discussão



Nos resultados deste estudo, inicialmente, caracterizamos os sujeitos segundo idade, sexo, religião, categoria profissional, função na equipe, tempo de formado, tempo de serviço na unidade crítica e jornada de trabalho. Em seguida, apresentamos a análise das entrevistas segundo a percepção da equipe multiprofissional ao vivenciar o cuidado humanizado em UTIs de hospital escola de uma instituição pública da saúde.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Participaram da pesquisa 24 profissionais, sendo 18 do sexo feminino e 06 do masculino. A idade média dos entrevistados é de 35 anos, sendo a maior 55 e a menor, 25 anos. Quanto à religião, a maioria 19 dos entrevistados são católicos.

Os profissionais foram entrevistados no período de 20 de julho a 30 de agosto 2012, sendo 9 enfermeiros, 3 fisioterapeutas, 2 psicólogas, 7 médicos (assistentes, plantonistas e residentes), 2 nutricionistas e 1 assistente social. O tempo médio de formação dos entrevistados é 10 anos, sendo o maior tempo 23 anos e o menor, 2 anos. Quanto ao tempo de atuação no setor, a média é de 6 anos, sendo a maior de 20 anos e a menor de 1 ano, ressaltando que 15 entrevistados, atuam em um único emprego.

4.2 ANÁLISE CATEGORIAL TEMÁTICA

A análise das entrevistas possibilitou desvendar a percepção da vivência do cuidado humanizado aos pacientes internados nas UTIs de um hospital escola, elaborada pela equipe multiprofissional. Os resultados foram categorizados a partir da questão:

Como é a sua experiência no desenvolvimento do cuidar humanizado junto a pacientes internados na UTI, atuando em equipe multiprofissional?

Após leitura e agrupamento das respostas, foi possível perceber que as narrativas elaboradas pelos sujeitos mostraram-se ricas de significados e

possibilitaram a apreensão dos temas e núcleos de sentido apresentados no quadro a seguir:

Tema 1- Equipe Multiprofissional e o que facilita o cuidado humanizado
Categoria 1: Ter um olhar individualizado na prática do cuidado
Categoria 2: Compreender e contextualizar a experiência do outro
Categoria 3: Incluir a família no planejamento do cuidado
Categoria 4: Atuar efetivamente em equipe
Categoria 5: Investir no autoconhecimento
Tema 2- Equipe Multiprofissional e o que dificulta o cuidado humanizado
Categoria.1: Assistir de forma fragmentada e protocolar
Categoria 2: Encontrar barreiras nos relacionamentos interpessoais
Categoria 3: Excluir a família do processo de cuidado
Categoria 4: Exercer as funções profissionais com carências de recursos humanos e materiais
Categoria 5: Ter déficits no processo de formação profissional

Quadro 1- síntese dos temas e núcleos de sentido obtidos. Marília, 2013.

Os temas estudados e os núcleos de sentido seguem apresentados por recortes dos depoimentos obtidos (unidades de registro), indicados pela sigla “K”, seguida por sequência numérica, conforme já citado neste estudo.

4.3 TEMA 1- EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O QUE FACILITA O CUIDADO HUMANIZADO

A seguir estão apresentados os núcleos de sentido em relação aos aspectos que facilitam o cuidar humanizado, de acordo com os entrevistados da equipe multiprofissional das UTIs:

4.3.1 Categoria 1: Ter um olhar individualizado na prática do cuidado

A comunicação depende da percepção das pessoas envolvidas no processo e, para que aconteça de maneira eficaz, pressupõe cuidar do outro como único, criando vínculos de confiança, com conhecimento e atitudes positivas, coerentes, muito além de palavras adequadas e compreensíveis.

“... mais fácil é você ter o contato com ele, criar e estabelecer vínculo com ele, né ... eu promovo minha humanização, assim, ... desde eu chegar falar bom dia, às vezes o paciente nem abre o olho, eu peço, abre o olho, ... converso com o paciente mesmo quando ele está sedado ou quando em coma vigil ...” (K₂)

“... paciente consciente a gente conversa, pergunta se tem dor, pergunta para ele qual é o lado que ele se sente mais a vontade... a gente tenta dar espaço para o paciente se comunicar da forma que ele consegue...” (K₃)

“... eu trabalho de manhã e a gente nota bastante essa preocupação, é assim, a gente conversa muito, em alguns casos solicitamos serviço social, a gente conversa e tenta proporcionar sempre o melhor dentro da individualidade de cada paciente...” (K₄)

“... eu tento trabalhar de forma humanizada considerando o paciente... mas na UTI é um pouco complicado devido o fato que eles chegam pra gente politraumatizados, entubados, fica difícil de saber o que eles estão sentindo, mas no momento que eles começam a ter o mínimo do nível de consciência, eu tento perceber sentimentos e se eles estão confortáveis ou não ...” (K₅)

“... a equipe sempre solicita...conversar com paciente consciente, falar o dia, o horário, ver qual é a necessidade, se tem algum medo, medo da morte, medo de estar na UTI... porque muitas pessoas tem uma visão muito negativa da UTI, sempre a gente questiona para que o funcionário tenha essa visão, para com o paciente...” (K₈)

“... eu ver o paciente de forma integral, respeitá-lo, eu dar condições para que ele se restabeleça o mais rápido possível... chamando-o pelo nome, respeitando a privacidade dele, atingindo a suas necessidades, vendo o que ele está precisando, o que está interferindo no trabalho, no desenvolver da doença dele, enquanto internado, tudo o que eu posso melhorar e confortar enquanto ele está aqui dentro...” (K₁₀)

“... é uma questão pessoal realmente, por exemplo, eventualmente, eu tenho o costume de passar nos leitos depois da visita... e aí sim, eu tenho vários, pequenos, cuidados com os doentes, e tenho um olhar para uma UTI realmente humanizada... mas é meu, vem de mim, não está nada sistematizado, então posso ir lá, eu ajusto uma cânula, eu limpo uma boca..., paro para conversar com alguns doentes em ventilação espontânea, que podem falar e aí sai alguma conversa que acho que acalma o doente... para mim o ato de humanizar é um ato de sentimento inerente as pessoas” (K₁₅)

“... um “bom dia”,... explicar pra ele algum procedimento, mesmo que ele não tenha um nível de consciência adequado... (K₁₇)

“... eu me apresento falo como que é o trabalho e o porquê ele está em jejum... verifico o que ele gosta e se temos condições aqui no hospital de estar fornecendo...” (K₂₀)

“... não só é biológico para ele melhorar aquele quadro clínico, mas também o emocional, porque tem influência, e aí somos nós que estamos ali a todo o momento pra ajudar esse paciente a sair dessa condição, e o que a gente tem encontrado, eu acho assim, que é primordial é a escuta qualificada desse paciente, quando ele está podendo se comunicar...” (K₂₃)

O cuidado em saúde é compreendido como um ato singular que objetiva o bem-estar dos seres envolvidos, sendo imprescindível que o ser cuidado e o ser cuidador se encontrem em interação qualitativamente produtiva ⁴².

Para que essas informações possam ser devidamente transmitidas, o profissional de saúde se utiliza dos princípios da comunicação interpessoal que envolve a linguagem verbal e a não verbal e que essa última se processa além das palavras, como por exemplo, por meio de gestos, expressões faciais, movimentos do corpo e distâncias mantidas entre as pessoas ¹⁰.

O desenvolvimento das ações de cuidado supõe, também, a questão da intersubjetividade estabelecida na relação interpessoal, ou seja, a consideração pelo outro, a observação das suas particularidades, a individualidade e, ainda, o caráter expressivo manifesto na emoção imprimem qualidade humana ao cuidado ⁴².

Neste estudo, os entrevistados valorizam o processo comunicativo verbal como forma de apresentação, ou seja, a utilização da fala e da escrita, por ser o primeiro contato permeado por medos, inseguranças e ansiedades; considerando, ainda, que a ansiedade é um fator que prejudica a compreensão real dos fatos. Os entrevistados citam que utilizam recursos adjacentes, como a comunicação escrita por meio de folders explicativos, em que são reforçadas as informações anteriores sobre a rotina da unidade.

4.3.2 Categoria 2: Compreender e contextualizar a experiência do outro

Quando a equipe realiza ações voltadas para a humanização, ela tem subsídios para a compreensão do outro e enfrenta as dificuldades vivenciadas de uma forma menos traumática.

“...como se fosse você mesmo internado, né?, isso para mim é humanizar...”
(K₄)

“... eu já tive pessoas da minha família dentro de UTI e sei como é angustiante, tenho procurado, por exemplo, atender todo mundo como se fossem meus familiares e tenho o mesmo cuidado com todos...” (K₆)

“... a gente conhecendo o contexto de vida deles, se sensibiliza mais, ...o processo humanizado, na minha experiência pessoal, é me colocar no lugar do paciente, ter a empatia... sempre ter essa visão,... se eu tivesse é no lugar desse paciente, amarrada, qual seria a minha sensação?” (K₈)

“... eu não vejo só o paciente em si, eu vejo tudo o que está em volta do paciente...” (K₁₁)

“... tento me colocar no lugar dele para tentar imaginar o que ele está sentindo e como ele está se vendo naquela situação... trazer mais próximo de mim, tento dar conforto maior para ele, que ele não se sinta só como um doente, então eu procuro conversar com ele...” (K₁₂)

“... procuro me colocar um pouco na posição daquela família... na forma, também, que a gente passa uma informação, da melhor forma possível, clara, mas também que não cause mais angústia...” (K₁₄)

“... eu tenho um contato mais intenso com o paciente e com a família, tento agregar a minha experiência, já vivi problemas de família que ficaram na UTI... então, eu não tenho muitos pudores em me emocionar quando converso com família...” (K₁₆)

“...uma conversa com a família no horário da visita, eu já entendo por humanização, tentar contextualizar a família que às vezes vem perdida, ... quer saber o que está acontecendo com o seu familiar...” (K₁₇)

“... e poder assim, nesse nesta compreensão, esclarecer, tirar dúvidas, é poder dar o máximo de conforto para ele nessa nesta etapa de cuidado”
(K₁₉)

“... às vezes, quando o paciente está entubado a gente usa recursos de escrita, quando o paciente está podendo escrever, isso para poder compreender aquela angústia que ele está vivendo porque ele precisa expressar aquilo...” (K₂₃)

O compromisso emocional dos profissionais com aqueles que requerem ajuda é fundamental em processos interativos, ou seja, é necessário o reconhecimento das manifestações de sofrimento, medo, angústia, desespero, entre outros sentimentos, pois a humanização do cuidado não pode estar presente

somente nos discursos dos profissionais que se dedicam a esta atividade, uma vez que todas as ações que compõem este cuidado necessitam estar impregnadas de humanização³⁰, e quando estes profissionais se propõem a prestar e divulgar uma assistência humanizada, esta deve estar presente em todas as etapas do cuidado⁴³.

Mesmo que não tenhamos conhecimento especializado sobre as questões subjetivas que envolvem a relação profissional-paciente, a equipe deve compreender sensivelmente que lidar com a dor do outro é algo essencial para uma boa atenção em saúde; ao mesmo tempo em que o fato de lidar com a dor e o sofrimento significa, em maior ou menor grau, também sofrer e crescer como ser humano, levando a possibilidades de expressar e compartilhar sentimentos entre a equipe e o paciente.

4.3.3 Categoria 3: Incluir a família no planejamento do cuidado

A equipe multiprofissional em saúde, como agente responsável por cuidar, acompanhar e realizar avaliações periódicas dos indivíduos, sob cuidados intensivos, entende que a família precisa participar ativamente deste processo:

“... participar na hora das visitas das famílias e ouvir o que um familiar tem a dizer, é muito importante...” (K₃)

“... eu sempre vou lá, pessoalmente, converso com o família r...nunca gosto de dispensar o familiar, por exemplo, pra casa, sem que antes ele veja o paciente dentro da terapia intensiva, ...sempre gosto de dar informações assim em relação à questão da unidade, qual horário de visita...” (K₇)

“... permitindo ao familiar ficar um pouquinho a mais, no horário da visita, ou permitir uma visita religiosa em horário diferenciado, acredito que isso é humanizar...” (K₈)

“... a relação com os familiares tem que ser desenvolvida, principalmente nos horários de visitas, ... são os horários que a gente tem mais tempo pra enfatizar esse lado humanitário...” (K₁₈)

“... sempre com uma escuta qualificada, é humanizar num sentido assim, trazendo mais próximo esta família...” (K₂₂)

“... porque se você direciona a família, todos os profissionais caminham dentro desse trabalho, de organizar, estar informando, relatando diariamente qual a situação, então, até no pior momento, que é o óbito, a família já está mais preparada...” (K₂₄)

Nos discursos acima, os profissionais referem à relação de construção de abordagem com a família, objetivando atender suas necessidades.

A evidência teórica, prática e de pesquisa do significado da família para a saúde e o bem-estar de seus membros, bem como a sua influência sobre a doença, contribui para que se considere o cuidado centrado na família como parte integrante da prática em enfermagem ⁴⁴.

A necessidade de internar um familiar em uma Unidade de Tratamento Intensivo, segundo Silveira et al ⁴⁵, tanto pode gerar sentimentos de expectativa, conforto, auxílio, como de medo e incerteza, etc., demonstrando a relevância da humanização do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva.

Portanto, as famílias precisam ser reconhecidas pela equipe das UTIs, principalmente, no contexto da enfermidade, que procede em modificações na vida do indivíduo e que podem ter um longo percurso.

Nas falas descritas dos sujeitos se observa que os profissionais percebem os familiares ansiosos em relação ao tratamento e apresentando muitas ambigüidades, também, que as famílias não conseguem entender o processo saúde doença e ressaltam a necessidade da inserção desta no cuidado para que possa compreender as dificuldades do tratamento e auxiliar o doente.

Esses resultados foram similares ao estudo de Marques, Silva e Maia ⁴⁶ que avaliaram a comunicação entre profissional de saúde e familiar de paciente internado em uma UTI e evidenciaram a necessidade dos familiares em receber maior atenção por parte da equipe de enfermagem, que é a que fica mais próxima do paciente. Além disso, destacaram a importância de maior tempo de contato com o doente e maior flexibilidade de horários de visita e de espaço e disponibilidade para compartilhar de sentimentos a respeito da situação em que a família se encontra, principalmente no momento de receberem más notícias.

Segundo PNH ⁴⁷; muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde e, muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde.

A equipe reconhece a importância de atender as demandas dos familiares e afirma que prioriza o processo de humanizar, incluindo a família dos pacientes da

Unidade de Terapia Intensiva, procurando ficar o mais próximo possível desse familiar.

Nesta perspectiva, de acordo com Silveira et al ⁴⁵, é importante a sistematização de informações, esclarecer aquelas que entendemos como imprescindíveis aos familiares, contribuindo para a redução da ansiedade relacionada à internação. As orientações realizadas à família de pacientes internados na UTI, preferentemente na admissão, significam não apenas um elemento importante para o cuidado prestado, como também, um avanço no estabelecimento da relação interpessoal entre a equipe de enfermagem e o grupo familiar, possibilitando uma comunicação mais efetiva e o compartilhar de significados emergentes diante da situação estressante de ter um familiar na UTI.

Conviver cotidianamente com pacientes e familiares nesta situação foi de fundamental importância para nossa compreensão em realizar orientações mais sistemáticas sobre este ambiente e, também, para que a equipe de enfermagem disponibilizasse seu tempo para ajudar os familiares a conviver e enfrentar a situação de doença e internação de um dos seus membros.

Ao transmitir uma má notícia sobre o paciente para o familiar, o profissional de saúde deve estar atento aos aspectos emocionais desse familiar, pois a carga emocional pode dificultar a compreensão da mensagem. Uma possível intervenção para essa dificuldade seria o profissional clarificar e validar as mensagens que transmite às famílias, com objetivo de explicar aquilo que está sendo dito e verificar a existência de significações comuns para ambos ⁴⁸.

4.3.4 Categoria 4: **Atuar efetivamente em equipe**

O processo de trabalho em saúde é constituído por ações de diferentes profissionais, diretamente relacionadas com a qualidade do cuidado, relações interpessoais, interação profissional e relações de ajuda, conforme evidenciado nas entrevistas:

“... a gente conversa com eles passa de leito em leito mesmo ele estando inconsciente... existe a preocupação de implantar o cuidado integral e a

humanização desde a faculdade e também aqui na instituição, eu sei por que estudei aqui...” (K₁)

“... por ser um setor fechado a equipe é bem interligada uma com a outra..., sempre está junto com a enfermagem, eles vem perguntar para o enfermeiro qual é a melhor forma, os médicos também, e a gente sempre orienta, a fisioterapia vem junto com a gente, até o pessoal da limpeza tem bastante cuidado com o meio do paciente ...” (K₃)

“... porque se um está ocupado e o outro não está fazendo nada, poderia ser uma bomba apitando, ninguém ia ver o que estava acontecendo... ah, o paciente não é meu. Mas o trabalho em equipe não é isso, cada um cuida do seu e ajuda cuidar do outro, então até o trabalho em equipe melhorou...” (K₅)

“... às vezes, alguns pontos que a gente falha, o colega de trabalho acaba corrigindo, vem a equipe multiprofissional.. então estamos sempre assim, acrescentando no cuidado que está um pouco falho... eu vejo que a equipe é bem próxima, a gente trabalha bem junto...” (K₁₀)

“... tento transmitir que o médico e a equipe estão preocupados com os melhores cuidados para esses pacientes..., outro ponto que eu vejo da equipe, também, é em relação a flexibilizar algumas vezes a questão de visita fora de horário,...um filho ou algum familiar de idade inferior à permitida, mas por uma questão pontual permitir aquele visitante...” (K₁₄)

“... é o momento que eu também chamo a minha equipe pra fazer esse ato de humanização junto comigo, porque sozinha eu não vou lá fazer uma aspiração, às vezes faço também, mas eu envolvo um auxiliar ou uma enfermeira.. então vai confortar uma família, uma família passa mal, eu envolvo uma enfermeira, às vezes tem assistente social aqui dentro, não existe também um protocolo de equipe para que tenha esse ato de humanização, simplesmente acontece...” (K₁₅)

“... eu passo visita acompanhando o médico professor ou responsável pela UTI junto com os residentes, os internos, a fisioterapeuta e a enfermeira responsável pela UTI naquele período... é uma visita multiprofissional e vejo a preocupação em ser humanizada... alguns profissionais são bem minuciosos, principalmente aqueles profissionais que tem contato físico maior com o paciente, os da enfermagem... eles estão o tempo inteiro conversando com o paciente.” (K₂₁)

Para que ocorra o trabalho em equipe, há necessidade de interação e interdependência entre os membros da equipe de forma que, a partir do trabalho, com a influência da comunicação, resulte um projeto comum. Para isto, há necessidade de conhecer o trabalho do outro, complementando suas ações a partir de trabalhos diferentes, mas não desiguais, com ênfase na flexibilidade da divisão de trabalho, buscando uma ação integral em saúde ⁴⁹.

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Desta forma, espera-se que haja uma interação em comum destes profissionais para que,

a partir de uma atuação articulada, atendam ao usuário de forma a compreender suas necessidades de saúde e melhorar sua qualidade de vida.

Neste sentido, a comunicação é fundamental no processo de humanização; carece ser aprimorada entre os profissionais, pacientes e familiares, pois é por meio dela que são expressos sentimentos, vontades, esclarecem-se dúvidas e ocorre a troca de informações, o que é necessário para o bom funcionamento da UTI e da organização hospitalar.

As práticas empregadas no processo de Humanização afetam a equipe multidisciplinar, tornando a rotina destes profissionais mais digna e menos sacrificante, proporcionando a estes condições de prestar atendimento humanizado.

4.3.5 Categoria 5: **Investir no autoconhecimento**

Nas falas dos membros da equipe, percebe-se a subjetividade do trabalhador, também ao citar o autocuidado do profissional, o que ocorre a partir da sua conscientização dos costumes e hábitos para o bem-estar físico, emocional e social.

“... muitas vezes anulo o que eu trago de informação de casa, de religião, de condutas morais, etc., para que isso não interfira no meu cuidar daquele paciente... eu tive que realmente me autoconhecer, tive que lidar com alguns preconceitos e com algumas dificuldades...” (K₁)

“... eu percebo que fica centrado no interesse pessoal de enriquecer o trabalho, numa questão pessoal, de acreditar ou não no trabalho humanizado, no trabalho integral, no cuidado integral, na sensibilização ao sofrimento...” (K₂₂)

Os entrevistados traduzem o autoconhecimento como uma revisão e avaliação da prática comunicativa, isto é, percebem-se conscientes como pessoas e profissionais nas interações que estabelecem.

Uma das funções da comunicação é a de conhecer a si mesmo. Os indivíduos precisam conhecer-se bem, isso é, como pensam, sentem, agem e reagem diante dos fatos, o que lhes facilitará, em grande parte o conhecimento do outro e a compreensão das suas diversas reações a um mesmo estímulo ⁷.

4.4 TEMA 2- EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O QUE DIFICULTA O CUIDADO HUMANIZADO

A seguir estão apresentados os núcleos de sentido em relação aos aspectos que dificultam o cuidar humanizado, de acordo com os membros da equipe multiprofissional das UTIs:

4.4.1 Categoria 1: Assistir de forma fragmentada e protocolar

As falas dos entrevistados que compõem este núcleo de sentido demonstram a fragmentação e mecanização da assistência nas unidades críticas como barreiras ao processo de humanização:

“... só faz o mecânico, só faz o trabalho dela, ali... se ela precisava avaliar se ele tinha edema ou não, ou se tinha piorado o pulmão ou não. Não se importa em se apresentar ao outro ...e não é só a questão do médico... tem fisioterapeuta que faz isso, que às vezes está do lado atendendo o paciente e muda de paciente e nem fala que está ali... às vezes é tão mecânico ... que a pessoa não percebe que não está prestando um cuidado humanizado ...” (K₂)

“... fica um pouco de lado mesmo no paciente politraumatizado, infartado, entubado porque fica tudo tecnológico, e se esquece de ver essa parte psicológica, social, às vezes agente até tenta ver um pouco, mas não conseguimos resolver, então a gente passa isso adiante. Na instituição é obrigatório o uso de lousa para a passagem de plantão,... então acho que se perdeu um pouco essa parte humanizada que tinha, porque eles tinham percepções de como o paciente estava se sentindo,... e agora não ficou uma coisa muito técnica, oh! o paciente teve febre foi feito tal procedimento e acabou.” (K₅)

“... em relação às nutricionistas, muitas também só enxergam a alimentação, não questionam para o paciente qual o tipo de alimentação que ele gosta ou prefere... muitas delas esquecem esse lado, poucas perguntam para o paciente o que realmente ele tem vontade de comer...” (K₈)

“... eu tenho pessoas na equipe que para eles tanto faz, as pessoas vem aqui para tocar o serviço ou para receber o pagamento no final do mês... se eu não respeito, se eu não dou valor para o que ele fala para o que ele sente para o que esta acontecendo com ele, eu estou fazendo uma desumanização e não uma humanização.... temos que melhorar muito... porque as pessoas ainda não estão preparadas para lidar com isso...” (K₉)

“... eu vejo que as pessoas pensam muito em processo, em papel e esquecem o lado humanizado... tudo bem, o medicamento é importante, o banho é importante, mas o tempo para conversar com o paciente você não tem e, às vezes, ele precisa de um minuto pra falar...” (K₁₁)

“...quando eu chego aqui para trabalhar, para assumir a visita, eu faço meus cuidados, são cuidados protocolados, mecanizados que a gente fala, ‘vai dar isso para o doente, porque isso é bom para ele’... ’ então meu

momento de humanização com os doentes dentro da UTI ele é extremamente separado e distinto daquele momento em que estou trabalhando e protocolando as coisas para que aquela unidade funcione.” (K₁₅)

“... muitas vezes as dietas são deixadas na beira do leito, e o paciente aguarda que o pessoal vá servir, e nem sempre há disponibilidade naquele momento de o funcionário oferecer... então o paciente precisa aguardar, enquanto isso a comida esfria...” (K₂₀)

“... eu acho que às vezes essa preocupação com a humanização acaba se limitando à visita multiprofissional e fora da visita à gente acaba se esquecendo de fazer o que tem que fazer no sentido de acolher melhor o paciente... eu acho que na rotina diária isso acaba sendo esquecido... quanto mais tempo você fica no setor maior é chance de você acabar desumanizando o trabalho, porque quando o paciente fica internado muito tempo, a gente acaba se acostumando com a presença dele, acaba se esquecendo de investigar assim o dia a dia... apesar dele estar ali há muito tempo ele precisa de atenção, talvez devêssemos ser mais atenciosas, eu sempre percebo que eu acabo esquecendo o paciente, aí quando eu percebo eu vou lá e tento consertar...” (K₂₁)

“... é nesses quinze anos de hospital geral e em alguns momentos de UTI sempre foi muito sofrido... porque eu não encontro ninguém... [PAUSA] não encontro os grupos de profissionais que possam ter um olhar mais ampliado, para esse trabalho do cuidado integral... que tem a ver com a humanização... mas sempre foi um trabalho muito fragmentado, quando vêm um pedido para a psicologia sempre é ou porque está dando trabalho, ou é um paciente difícil, ou com família difícil, mas nunca num movimento de integrar e de compreender o sofrimento do outro e compartilhar... como que posso fazer esse cuidado mais humanizado? Vêm de uma forma assim fragmentada, por conta daquele sofrimento lá...” (K₂₂).

Nesta categoria, é interessante e necessário refletirmos sobre o fato de que, apesar das discussões e posições teóricas sobre humanizar, ainda hoje é impressionante a violação dos direitos do homem e de sua dignidade. A UTI precisa e deve utilizar recursos tecnológicos cada vez mais avançados, porém os profissionais não deveriam esquecer que jamais a máquina substitui a essência humana.

O mecanicismo e robotização das ações da equipe, que por serem rotineiras e muitas vezes rigorosas e inalteráveis, tornam o cuidado ao paciente, impessoal, impositivo e fragmentado, impedindo, assim, a prestação de um cuidado humanizado.

Apontando para uma mudança desse panorama nacional, o Ministério da Saúde ⁵⁰ criou, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de humanizar a assistência hospitalar prestada aos pacientes atendidos nos hospitais públicos, e, em 2003, juntamente com os demais programas de humanização preexistentes, o PNHAH ⁴⁷ transforma-se em

uma Política Nacional de Humanização, o Humaniza-SUS, abrangendo a saúde pública como um todo, na tentativa de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições de saúde.

No cuidado à saúde, em nosso país, a humanização do cliente pode ser percebida na Constituição Federal ⁵¹, que garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral.

Também de acordo com nossos entrevistados, vê-se um panorama nas UTIs que nos conduz para a urgência da preocupação com o resgate da humanização, pois há uma maior preocupação com o aperfeiçoamento da técnica, valorizando o modo-de-ser-trabalho, em detrimento do modo-de-ser-cuidado ⁵².

Na visão dos profissionais da equipe, existem aspectos que tendem para o caminho da humanização do cuidado, no entanto, não encontram vias de serem seguidas na prática cotidiana, seja pela formação dos profissionais envolvidos, seja pelo modo de trabalho em que se dá a assistência em unidades de terapia intensiva, ou mesmo por se tratar de um sistema de ideias, em que a obrigação é compreendida por todos, mas a inclusão pessoal ainda é confusa.

A observação do verdadeiro conjunto da terapia intensiva nos permite verificar a dicotomia existente entre teoria prática. Embora se conceitue cuidado humanizado como respeito, amor, carinho, manutenção do diálogo, da privacidade e atenção à família, os informantes mencionam atitudes, comportamentos, condutas que caracterizam a UTI como um ambiente mecânico e desumano com paciente, família e equipe.

Alguns profissionais crêem que a melhora das enfermidades de seus pacientes está sujeita, unicamente, ao cumprimento de um método preciso com padrões seguidos com calma e rigorosidade, em aplicar prescrições sem questionamentos, onde não cabe compartilhar opiniões de ajuda, ou seja, no médico como o único portador do conhecimento científico e de todas as formas assistenciais. Por outro lado, outros relatam que uma boa assistência acontece numa visão holística, na qual a humanização para com o próximo é imprescindível para a valorização do ser humano, instituindo, desta forma, uma relação de auxílio e empatia como a base do cuidado profissional.

4.4.2 Categoria 2: Encontrar barreiras nos relacionamentos interpessoais

Os profissionais entrevistados demonstram a fragilidade das relações interpessoais ao relatarem o cotidiano em equipe nas unidades críticas:

“... a gente vê os nossos funcionários cobrando isso, dizendo ‘olha o que eles estão fazendo, ‘porque não é a mãe dele’... a gente sente que há essa diferença entre as equipes, e principalmente, acho isso com os internos, é diferente a relação, é um pouco mais fria... é simplesmente o paciente, então expõe, ele vai lá examina e não falo nem bom dia, não se apresenta... mas eu acredito que pode mudar... e vai mudar” (K₁)

“... não chegou num ponto que deveria estar, em relação à terapia intensiva, principalmente, porque as pessoas acham que porque um paciente está sedado ou em coma; que ele muitas vezes não está ouvindo os comentários que estão sendo feitos à beira leito ... pacientes que relataram depois que saíram do coma que ouviram tal coisa de certos profissionais” (K₆)

“... médicos inclusive não gostam muito que a gente fique mexendo em pacientes muito críticos; tem médico que chega a falar: ‘não precisa ficar fazendo isso porque, só médico cuida desta parte’...” (K₇)

“eu acho difícil o trabalho em equipe, porque nem todos tem a conscientização, por quê? Porque nós não temos protocolo pra trabalhar, então cada pessoa tem um pensamento e quando não se tem protocolo, não da pra trabalhar, porque o médico pensa de um jeito, ele tem o ego dele, a fisio de um jeito, a enfermeira de um jeito e auxiliar de outro jeito, eu acho que falta um pouco assim de protocolo, pra gente trabalhar na mesma linha, ah, é humanizado, mas o que que é humanizado?” (K₁₁)

“como não é todo mundo que enxerga humanização..., então, as vezes, eu sinto assim, certa dificuldade, as pessoas as vezes entendem de outra forma o que eu to fazendo e também eu vejo assim, que isso realmente precisava ser mais frequente ou mais trabalhado, ... porque você quer fazer isso, mas o teu colega já tem outra visão” (K₁₂)

“... em relação à equipe eu acho que fica um pouco mais complicado, porque às vezes a gente acaba não trabalhando em equipe, cada um faz o que tem que fazer e já vai pro outro paciente, então a gente acaba não trabalhando muito junto.” (K₁₃)

“... a gente não tem essa interação com a equipe então muitas vezes o paciente está com essa dieta leve e eu encontro dificuldade pra entrar em contato com o médico.” (K₂₀)

“... o que tem que ser feito é falar e ouvir também os outros profissionais... entender o que a psicologia, a fisioterapia, a enfermagem e o que medicina tem para falar daquele paciente... todos juntos, para poder fazer melhor... eu acho que temos que pensar juntos, ter uma escuta qualificada e criar uma maneira de trabalhar com cada paciente na sua singularidade, ...eu sinto que muitas vezes falta informação, que é o que traz a angústia tanto do paciente quanto da família, e às vezes quando a gente vai discutir com a equipe aquilo que precisa para trazer o paciente pra mais próximo da equipe e humanizar, eu sinto uma resistência muito grande...ambientar, tanto o paciente quanto a família, esclarecendo para que serve os aparelhos, comunicar aquilo que está realmente acontecendo com o paciente, tem sido a maior dificuldade” (K₂₃)

O crescimento exponencial do conhecimento criou novas necessidades no mundo do trabalho. Na Antiguidade, sábios eram, ao mesmo tempo, filósofos, matemáticos, astrônomos, engenheiros, artistas, escritores etc. Na área da saúde, até a primeira metade do século passado, cerca de quatro profissionais formalmente habilitados dominavam todo o conhecimento e exerciam todas as ações do setor. Nos tempos atuais, é totalmente impossível que apenas alguns profissionais exerçam, com toda eficiência necessária, o conjunto amplo e complexo das ações de saúde⁵³.

A história da humanidade revela, entretanto, que existe sempre a possibilidade de se encontrar caminhos criativos e construtivos para equacionar problemas complexos, como o trabalho em equipe, que exige uma especificidade de cada profissional e áreas comuns sustentadas em práticas e saberes do domínio de todos. A equipe multiprofissional é, hoje, uma realidade inofismável e necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade de saúde e de vida das populações. A questão é como fazê-la funcionar de modo homogêneo, democrático, agregador e cooperativo⁵³.

As necessidades demandadas de saúde e o crescente aumento científico e tecnológico determinaram táticas e estruturas para efetivar o trabalho em equipe, com qualidade e eficácia. É compreensível, dentro das qualidades conflitantes do ser humano, que o aumento de profissões e essa tentativa de criar o trabalho em equipe apresentem vasta polêmica, concorrência e diferença por espaço e poder.

A trajetória deste aprendizado relacional tem evidenciado que a construção não depende apenas de um grupo de pessoas, nem tampouco existe uma só porta que dá passagem para implementar mudanças desejadas.

Neste sentido, cabe considerar os princípios básicos da Política Nacional de Humanização no que se refere à valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão; o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; a corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; o fortalecimento do controle social com caráter

participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente; contágio por atitudes e ações que fortalecem as redes do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários

47.

4.4.3 Categoria 3: Excluir a família do processo de cuidado

Nos discursos dos entrevistados, foi possível perceber que o contato com a família é bastante formal, burocrático e despersonalizado, como descritos a seguir:

“... falha também é a questão do horário de visita do noturno que fica sem as informações do médico pra tirar a angústia da família, o médico não sai do quarto pra dar uma informação do paciente, eu acho isso uma falta de humanização, entendeu?” (K₆)

“... os médicos não se importam com isso não (relacionado à interação familiar), são poucos, viu; isso aí é mais a gente mesmo, é, essa questão da informação quando interna na UTI” (K₇)

“Como eu trabalho no período da manhã, então a gente não tem contato com a visita familiar à tarde. Então a gente não sabe como que é a família...” (K₉)

“... quem passa visita e fala com a família são os residentes, eu só falo com as famílias quando tem problemas maiores pra resolver...” (K₁₅)

“... eu acho que o problema está na questão do acesso às informações, eu vejo o médico como ponto chave nisso, tá... a gente entende as dificuldades de um médico estar saindo e expondo alguma situação para a família, principalmente, em horários fora daquele que seja o de visita, mas mesmo no horário de visita eu vejo essa dificuldade...” (K₂₄)

Na UTI, o processo de comunicação ocorre, simultaneamente, entre paciente, família e equipe, porém, as circunstâncias são mais delicadas, pois o estado do paciente requer atenção constante devido à gravidade da situação. Nestas situações, o isolamento da família aumenta a ansiedade dos familiares e o elevado número de fatores estressantes encontrados no ambiente dificulta a comunicação junto à equipe.

A atenção hospitalar tem sido, ao longo de décadas, um dos principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta

complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido por esse nível de atenção ⁴⁷.

4.4.4 Categoria 4: **Exercer as funções profissionais com carências de recursos humanos e materiais**

Os sujeitos deste estudo também relatam fatores de infraestrutura como dificultadores para um cuidar humanizado:

“... nós temos algumas dificuldades em nível de instituição, no que diz respeito a materiais, número de funcionários, vai chegando a certa altura do campeonato que a gente encontra várias dificuldades, em prestar essa assistência integral ao doente..não vou falar pra você que o tempo todo a gente trabalha de forma humanizada, porque, é, às vezes mal dá pra gente ficar do lado do paciente, conversar e ver a real necessidade, mesmo, por falta de funcionários e materiais.” (K₄)

“... nós não temos nutricionista à noite, não tem uma equipe maior, geralmente, o plantonista não acompanha o paciente diariamente então ele só atende intercorrências....” (K₅)

“... uma coisa costuma ter muito aqui, por exemplo, querem que a gente dê um cuidado humanizado uma assistência integral ao paciente, só que muitas vezes, não tem, por exemplo, insumos, coisas básicas para a gente dar o conforto ao paciente, não tem roupa de cama, toalha de banho, monitores e pessoal de enfermagem...” (K₆)

“não é tão humanizado devido à correria a falta de tempo que agente tem às vezes pra estar fazendo um atendimento melhor, um atendimento mais completo.” (K₁₃)

As falas acima demonstram a importância da previsão e provisão de recursos humanos e materiais como táticas a serem utilizadas no gerenciamento.

Cecílio ⁵⁴ defende a ideia do hospital como espaço de defesa da vida, traduzido como aquele hospital comprometido com a integralidade da atenção e centrado na dimensão cuidadora das pessoas. Afirma, porém, que as habilidades e a formação de força de trabalho, a estrutura organizacional complexa e a natureza delicada do serviço prestado, ao longo dos séculos, tem tornado os hospitais instituições efetivamente de difícil gerenciamento.

A carência de recursos materiais necessários à assistência reflete o contexto filosófico, político, econômico e social vigente no mundo globalizado. Somos regidos por um sistema econômico capitalista, de crescimento contínuo da tecnologia que reflete no aumento dos gastos, sendo necessária a utilização dos

recursos financeiros com consciência e responsabilidade para evitar o uso indevido dos recursos ⁵⁵.

Casate e Corrêa ⁵⁶ afirmam que a humanização implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado. Estes autores priorizam a importância do trabalhador como elemento fundamental para a humanização do atendimento, devendo ser implementadas ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como atividades educativas que permitam o desenvolvimento das competências para cuidar.

Os trabalhadores da saúde não podem mais ser considerados simplesmente “instrumentos” ou “recursos” na oferta de cuidados necessários, mas atores estratégicos que podem agir individual ou coletivamente influenciando na construção das políticas, ao invés de conviver com as dificuldades geradas pelos aspectos financeiros, políticos, assistenciais, conflitos existentes entre as diversas categorias profissionais, pouco investimento na formação de gestores das unidades hospitalares, pouca vinculação entre trabalhadores e usuários, precariedade das relações de trabalho, pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços e baixo investimento em educação permanente ⁵⁷.

A provisão e previsão de recursos humanos e materiais garantem o funcionamento dos serviços de saúde, e a inadequação dos mesmos, compromete a qualidade dos cuidados ao paciente, assim como, a capacitação da equipe de enfermagem é de responsabilidade da enfermeira e deve acontecer de forma contínua, permitindo ao profissional melhorar seus conhecimentos e competências técnicas na perspectiva de transformar a sua prática ⁵⁸.

4.4.5 Categoria 5: **Ter déficits no processo de formação profissional**

Os entrevistados atribuem a capacidade profissional para um cuidar humanizado diretamente relacionada à formação acadêmica dos membros da equipe multiprofissional, conforme descrito a seguir:

“...é falho, principalmente nas faculdades esta questão de humanização, você não tem uma disciplina específica que te oriente para que você chegue a um cuidado humanizado..” (K₅)

“... porque o médico, falando racionalmente da situação, muitas vezes, ele não foi formado para aquela questão do diálogo... pela própria formação ...não têm essa visão mais humanizada...” (K₂₄)

Na categoria onde avaliamos o déficit na formação, percebemos que a capacitação profissional está diretamente relacionada com a formação acadêmica, com a qualidade das instituições de ensino, com os projetos político-pedagógicos dos cursos e com o controle social que deve ser exercido sobre os profissionais.

A transição demográfica e epidemiológica traz importantes consequências para a educação profissional em saúde ⁵⁹.

A edição das Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) ⁶⁰ surgiu para corrigir deficiências na formação dos profissionais de saúde, eliminando a ênfase nas especializações e procurando formar um novo ator social: o profissional com formação generalista, direcionado, primordialmente, à atenção básica de saúde e capaz de resolver a maior parte dos problemas de uma população ainda carente do básico para sua sobrevivência.

A formação profissional tradicional, no modelo voltado para a qualificação, objetiva disciplinar o trabalhador e ensinar-lhe um ofício. Nesta, o nível de escolaridade relaciona-se ao nível da complexidade necessária para o exercício profissional, correlacionando-se com a posição do treinando na hierarquia social. Os diplomas atestariam a qualificação profissional, isto é, a capacidade de desempenhar um papel, bem como, em geral, a inserção de classe de seu portador. Com as mudanças no mundo do trabalho que valorizam a subjetividade e o saber tácito, a qualificação real passa a se contrapor à formal. Assim, competência é "... mecanismo subjacente que permite a integração de múltiplos conhecimentos e atos necessários à realização da ação", sendo condição de desempenho, pois expressa os recursos articulados e mobilizados frente a uma situação. Sendo assim, o desempenho seria consequência das competências, porém uma única ação pode mobilizar várias competências, que correspondem tanto ao resultado do trabalho quanto à reflexão das condições da produção, meios usados, finalidade e organização da ação. A formação baseada em competências se

denominou pedagogia diferenciada, e se fundamenta em um processo centrado na aprendizagem (e não no ensino), na valorização do aluno como sujeito e na construção do conhecimento ⁵⁹.

5.
*Considerações
Finais*



Ao estudarmos a percepção da equipe multiprofissional sobre o desenvolvimento do cuidado humanizado nas UTIs de um hospital escola, obtivemos meios para identificar os fatores que corroboram e dificultam um ambiente de competência no cuidar humanizado, além da possibilidade de afirmar que a humanização, neste contexto, está presente na ideologia e em algumas ações do cotidiano desses profissionais.

Os membros da equipe multiprofissional afirmam que as facilidades para o cuidado humanizado estão pautadas em um olhar individualizado para a prática do cuidado, em compreender e contextualizar a experiência do outro, incluir a família no planejamento do cuidado, atuar efetivamente em equipe e investir no autoconhecimento.

Por outro lado, consideram o assistir de forma fragmentada e protocolada, as barreiras nos relacionamentos interpessoais, a exclusão da família do processo de cuidado, o exercer funções profissionais com carências de recursos humanos e materiais e ter déficits no processo de formação profissional como aspectos que dificultam o cuidado humanizado.

Considerando que os profissionais participantes deste estudo correspondem a 96% dos integrantes da equipe multiprofissional pesquisada, podemos inferir que estes possuem habilidades construídas para lidar com o seu cotidiano, atuando em equipe, reforçando a importância da individualização dos sujeitos, valorizando as relações interpessoais e investimento continuamente no autoconhecimento, confirmando que atividade profissional juntamente a uma equipe competente transcende barreiras para que a comunicação seja efetiva, adequada e fator impactante na humanização do cuidado em unidades críticas.

6. Referências



1. Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mar. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000200024&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200024>.
2. Knobel E, Oliveira MC, Andreoli PBA, Almeida FP. Humanização das UTIs. In: Knobel E. *Conduitas no paciente grave*. 3a ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2007. p. 2023–34.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008
4. Santos MS. *Vivência comunicativa do enfermeiro com pacientes e familiares de unidades críticas: do discurso à prática / Mariana Souza Santos*. - Botucatu, 2011.
5. Associação de Medicina Intensiva. *Manual de humanização em cuidados Intensivos*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
6. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4): 410-4.
7. Stefanelli MC, Carvalho EC, Arantes, EC. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri (SP): Manole; 2005.
8. Tabet K, Castro RCBR. O uso do toque como fator de humanização da assistência de enfermagem em UTI [Internet]. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2002 maio 2-3; São Paulo, SP. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2002 [citado 2010 mar 15]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200034&lng=pt&nrm=abn*
9. Camargos AT, Dias LO. Comunicação: um instrumento importante para humanizar o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva [Internet]. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2002 maio 2-3; São Paulo, SP. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2002 [citado 2010 mar 15]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a032.pdf>*
10. Silva MJP. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2007.
11. Batista MA. Presença do sagrado em um momento crítico: internação em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):579-85.
12. Lino MM, Silva SC. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. *Rev Nursing*. 2001 out; 4 (41): 25-29.

- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para unidades de tratamento intensivo - UTI [texto na Internet]. Brasília (DF); 1998. [citado em 2010 Nov 10]. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_3432_de_12_08_1998.pdf
- 14 Gomes AM. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo: EPU; 1998.
- 15 Pereira Junior GA, Coletto FA, Martins MA, Marson RCL, Dalri MCB, Basile-Filho A. O papel da Unidade de Terapia Intensiva no manejo do trauma. Medicina (Ribeirão Preto) [periódico na Internet]. 1999 [citado 2010 Nov10];32(4):419-37. Disponível em:<http://WWW.infoescola.com/medicina/unidade-de-terapia-intensiva-uti.texto> extraído
- 16 Guanaes A, Souza RP. Introdução: objetivos, conceito, histórico e filosofia. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Humanização em cuidados intensivos. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p.1-8.
- 17 Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RAS. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. Rev Eletrônica Enferm. 2004; 6(3):400-9.
- 18 Barnard A, Sandelowski M. Technology and humane care: (ir)reconcilable or invented difference?. J Adv Nurs. 2001; 34(3): 367-75.
- 19 Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 15a ed. Petrópolis:Vozes; 2008.
- 20 Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. Rev Latinoam Enferm. 2002;10(2):137-44.
- 21 Pinho LB, Santos SMA. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):66-72 .
- 22 Merhy EE. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 23 Bolela F, Jericó MC. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006;10(2):301-9.
- 24 Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. v.1.
- 25 Barra DCC, Justina AD, Bernardes JFL, Vespoli F, Rebouças U, Cadete MMM. Processo de humanização e a tecnologia para o paciente internado em uma unidade de terapia intensiva. REME Rev Min Enferm. 2005;9(4):341-7.
- 26 Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(1)13-20.

- 27 Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia: atualização. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103-9
- 28 Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2006 [citado 2011 abr 10];
- 29 Casate JC, Correa AK. Vivencias de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40 (3): 321-8.
- 30 Pettengill MAM, Souza RP. A humanização e o suporte emocional: Equipe, familiares e pacientes. In: Viana RAPP, Whitaker IY. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivencias. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.86-100.
- 31 Nieweglowski VH, More CLO. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. Rev Estudos de Psicologia. 2008 jan/mar: 25(1): 111-22.
- 32 Silveira RS, Lunardi VL, Lunardi WDF, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Florianópolis. Rev Texto Contexto Enferm. 2005; 14(Esp.): 125-30.
- 33 Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface Comunic, Saúde, Educ. 2009; 13 Supl 1: p. 571-80.
- 34 Santos-Filho S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cienc. Saude Colet., v.12, n.4, p.999-1010, 2007.
- 35 Silva MJP. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 4-33.
- 36 Gala MF, Telles SCR, Silva MJP. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2003, vol.37, n.1, pp. 52-61.
- 37 Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
- 38 Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. HCI – Unidade Clínico-Cirúrgica. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2008. [citado 2011 jul 20]. Disponível em: <http://www.famema.br/hc/hmi.html>
- 39 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/1996, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos
- 40 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- 41 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2010.

- 42 Formozo Gal, Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT. Interpersonal relations in health care: an approach to the problem. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):124-7.
- 43 Knobel E, Andreoli PBA, Erlichman MR. *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu; 2008. cap. 9.p.101-11
- 44 Morgon FH, Guirardello EB. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Lat-am Enferm* 2004 março-abril; 12(2): 198-203.
- 45 Silveira RS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Oliveira AM. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na uti. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2005, vol.14, n.spe, pp. 125-130.
- 46 Marques RC, Silva MJP, Maia FOM. Comunicação entre profissionais de saúde e família de pacientes internados na UTI. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009jan/mar; 17(1):91-5.
- 47 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH: pesquisa de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde. Relatório Final. Vol. VIII. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 48 Pinheiro EM, Balbino FS, Balieiro MMFG, De Domenico EBL, Avena MJ. Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS)2009 mar;30(1):77-84.
- 49 Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª Ed. São Paulo: Roca; 2009.
- 50 Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, junho de 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> Acesso em: 15 jan 2013.
- 51 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.
- 52 Boff L. *Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra*. 2ª ed. Petrópolis (RJ) Vozes. 1999.
- 53 Veloso C. Equipe multiprofissional de saúde. Disponível em: http://www.confef.org.br/revistasWeb/n17/09_EQUIPE_MULTIPROFISSIONAL_DE_SAUDE.pdf Acesso em 15 jan 2013.
- 54 Cecilio LCO. Mbudar Modelo de Gestão para Mudar o Hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. Espaço para a Saúde, revista do Núcleo de Estudos em Saúde coletiva (NESCO), UEL, UEM, UEPG, Paraná, v. 1, n. 1, junho/2000.
- 55 Da Silva DG, Dos Reis LB, Marinho Chrizóstimo M, Carvalho Alves EM. LA Concepción del enfermero sobre gerenciamiento del costo hospitalario. *Enfermería Global* N° 19 Junio 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/pt_administracion2.pdf Acesso em 28 jan 2013.

-
- 56 Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan.-fev. 2005.
- 57 Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 363-372.
- 58 Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev. saúde pública*. 2008;42(3):555-61.
- 59 Willig MH, Lenardt MH, Trentini M. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2006, vol.59, n.2, pp. 177-182.
- 60 MEC. Portal do MEC: Legislação. Brasília. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php>> / BRASIL. Ministério da Educação. Portal do MEC. Brasília. Acesso em 16 jan 2013.

Anexos



Apêndices



APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da Pesquisa: “Percepção da equipe multiprofissional sobre o cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva de um hospital escola”.

Pesquisador Responsável: Viviane Canhizares Evangelista, aluna do Curso de Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.Eu, portador(a) do RG _____, domiciliado(a) à Rua _____ nº _____ na cidade de _____, aceito o convite de participar desta pesquisa. Declaro que fui esclarecido (a) quanto ao: 1) Objetivo deste estudo que visa compreender o significado do cuidado humanizado para profissionais das Unidades de Terapia Intensiva, a partir da vivência em equipe multiprofissional de um hospital escola; 2) que os conhecimentos obtidos por meio desta pesquisa poderão subsidiar medidas e programas de melhoria da prática de humanização dentro destas UTIs; 3) que no que se refere às entrevistas respondidas, a pesquisadora se compromete a guardar o anonimato das informações e destruí-las após o término da pesquisa; 4) Que tenho a liberdade de não participar desta pesquisa, bem como desistir da mesma em qualquer momento, sem nenhum prejuízo a minha pessoa; 5) As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e melhora da qualidade assistencial, poderão ser publicados em revistas científicas e utilizadas pela Instituição, sem fins lucrativos; 6) caso você se sinta desconfortável, poderemos conversar sobre isso e você poderá interromper sua participação a qualquer momento 7) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será em duas vias sendo uma cópia para o entrevistado e a outra para a pesquisadora; 8) a pesquisadora estará disponível para os esclarecimentos que forem necessários e poderão ser obtidos pelos telefones (14) 97840110 e em caso de não me sentir atendido (a), poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, pelo telefone (14) 3402-1591.

Marília, de _____ de 2012.

Entrevistado (a)

Pesquisadora: Viviane C. Evangelista

RG: 25541141-8 COREN: 088101

e-mail vi.evangelista@gmail.com Telefone; (14) 3402-1744 ramal 1021 e (14) 97840110, Orientação da Profª Dra Eliana Mara Braga do Departamento de Enfermagem da FMB/UNESP, Fone: (14) 38116070 e-mail: elmara@fmb.unesp.br .

APÊNDICE 2

Entrevista

I- Caracterização dos participantes:

Gênero: M () F () Idade:

Religião:

Categoria profissional:

Função / Cargo na Equipe:

Quanto tempo de formado?

Há quanto tempo trabalha no setor?

Tem mais de um emprego?

() sim

() não

Se a resposta for sim, citar quantos.

II- Questão norteadora:

Como é a sua experiência no desenvolvimento do cuidar humanizado junto a pacientes internados na UTI, atuando em equipe multiprofissional?