

UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
CAMPUS DE BOTUCATU
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

VANESSA CECÍLIA DE AZEVEDO MICHELAN

**PERCEPÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE
TRABALHO POR TRABALHADORES DE ENFERMAGEM
DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

BOTUCATU-SP
2011

VANESSA CECÍLIA DE AZEVEDO MICHELAN

**PERCEPÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE
TRABALHO POR TRABALHADORES DE ENFERMAGEM
DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

**Dissertação apresentada à
Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” Campus de Botuca-
tu para o título de Mestre
em Enfermagem
Área de Concentração:
Prática de Enfermagem
Orientadora: Profa Dra.
Wilza Carla Spiri**

BOTUCATU-SP

2011

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

Michelan, Vanessa Cecília de Azevedo.

Percepção da humanização das condições de trabalho por trabalhadores de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva adulto / Vanessa Cecília de Azevedo Michelan. – Botucatu, 2011

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Profª. Dra. Wilza Carla Spiri

Capes: 40400000

1. Humanização na saúde. 2. Saúde - Administração. 3. Unidade de Tratamento Intensivo.

Palavras chave: Humanização; Trabalhadores de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensivo.

FOLHA DE APROVAÇÃO

VANESSA CECÍLIA DE AZEVEDO MICHELAN

**PERCEPÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE
TRABALHO POR TRABALHADORES DE ENFERMAGEM
DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Dissertação apresentada à
Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” Campus de Botuca-
tu para o título de Mestre
em Enfermagem
Área de Concentração:
Prática de Enfermagem

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Wilza Carla Spiri

**Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp – Departamento de En-
fermagem**

Assinatura: _____

Profa. Magda Cristina Queiroz Dell’Acqua

**Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp – Departamento de En-
fermagem**

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria José Sanches Marin

**Instituição: Faculdade de Medicina de Marília/FAMEMA – Departamento de En-
fermagem**

Assinatura: _____



Dedicatória

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, por ter me conduzido para este caminho, que por vezes me encontrei em um mar de lágrimas, pelos Nãos recebidos, mas que em sua infinita bondade me reservou o que é de melhor o amor e a perseverança. Muito obrigada!

Deus, nosso Pai, que sois todo Poder e Bondade, dai a força àquele que passa pela provação, dai a luz àquele que procura a verdade; ponde no coração do homem a compaixão e a caridade!

Deus, Dai ao viajor a estrela guia, ao aflito a consolação, ao doente o repouso.

Pai, Dai ao culpado o arrependimento, ao espírito a verdade, à criança o guia, e ao órfão o pai!

Senhor, que a Vossa Bondade se estenda sobre tudo o que criastes. Piedade, Senhor, para aquele que vos não conhece, esperança para aquele que sofre. Que a Vossa Bondade permita aos espíritos consoladores derramarem por toda a parte, a paz, a esperança, a fé.

Deus! Um raio, uma faísca do Vosso Amor pode abrasar a Terra; deixai-nos beber nas fontes dessa bondade fecunda e infinita, e todas as lágrimas secarão, todas as dores se acalmarão.

E um só coração, um só pensamento subirá até Vós, como um grito de reconhecimento e de amor.

Como Moisés sobre a montanha, nós Vos esperamos com os braços abertos, oh Poder!, oh Bondade!, oh Beleza!, oh Perfeição!, e queremos de alguma sorte merecer a Vossa Divina Misericórdia.

Deus, dai-nos a força para ajudar o progresso, afim de subirmos até Vós; dai-nos a caridade pura, dai-nos a fé e a razão; dai-nos a simplicidade que fará de nossas almas o espelho onde se refletirá a Vossa Divina e Santa Imagem.

Assim Seja.

Prece de Cáritas



A todos os trabalhadores de enfermagem da UTI-Adulto, que aceitaram em fazer parte deste estudo, meu carinho.

*Num leito de hospital, com a dor rasgando a alma
São eles que com dedicação e bondade
Nos amenizam o sofrimento com muito amor e calma.
Os sedativos que nos dão, às vezes, não resolvem mais.
Mas seu semblante tem tanta ternura e nos transmite tanta paz.
Seja noite, seja dia.
Muitas vezes, na correria lutando contra o tempo.
Nos dão força e segurança e com olhar tão sereno,
Fazem nascer uma esperança.
Cuidando desde o mais velho até a criança.
Sem discriminar raça ou cor
Enfermeiras e enfermeiros
Todos vestidos de branco
São anjos de luz enviados por Deus
Para suavizar nossa dor.*

Anjos de Luz (Geslaide R.S. Schneider)



Dedico este estudo a pessoas que têm um significado especial em minha vida:

Aos meus pais, *Gabriel e Maria Helena*, pela dedicação, zelo na construção do meu caráter. Agradeço por todas às vezes, que me socorreram e me acolheram nos momentos difíceis.

As minhas irmãs *Valéria e Vânia* (in memoriam). A vocês minhas irmãs, as quais estão sempre presentes nos momentos de alegria e tristeza, e que são meu amparo e, porto seguro, meu eterno agradecimento.

A meu esposo *Fábio Luís*, que sempre está ao meu lado, desde o colegial, a faculdade, ao primeiro trabalho, e agora a conclusão deste estudo, pelo amor, carinho, principalmente paciência e auxílio destinados a minha vida.

A minha querida tia *Adertina* (in memoriam), que quando presente materialmente sempre me motivou e incentivou a ti meu eterno obrigado.

A meus cunhados, e cunhadas e sobrinhos, por todo apoio e compreensão nos momentos ausentes, que sempre acreditaram na conclusão deste trabalho.



Agradecimentos



AGRADECIMENTOS

Em especial a minha orientadora Profa. Dra. Wilza Carla Spiri, que me acolheu como uma pessoa que em todos os momentos difíceis esteve presente, pois com a sua calma e delicadeza conduziu este estudo, com a paciência e a sabedoria que só os bons Mestres sabem conduzir os seus discípulos.

A você, meu muito obrigado.

A todos os professores da Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp, pela oportunidade de estar inserida no programa e por todo o embasamento teórico e prático que possibilitou a realização desse trabalho.

Agradeço também as profas. Magda C. Dell'Acqua e a Silvia Bocchi , que estiveram ao meu lado contribuindo com seus conhecimentos, colaborando com meu aprendizado, pelo carinho e apoio, para que eu pudesse concluir esse estudo.

As Profas. Maria José S. Marin e Sueli Pirolo, da Faculdade de Medicina de Marília/Famema, pelo carinho, incentivo, por acreditaram em mim, e por nunca desistirem de me apoiar e conduzir para realização deste estudo, meu eterno agradecimento. Sem o apoio de vocês, esse mestrado não seria possível.

A Coordenadora das UTIs-Adulto do HCI – Marília-SP, Márcia Miguel Medeiros, pelo apoio, incentivo e carinho, sendo amiga e por estar presente colaborando com meu aprendizado.

Ao Chefe de Enfermagem, Prof. Dr. Pedro Marco Karan, pelo carinho sempre dispensado e, colaborar com meu aprendizado e crescimento profissional.

Ao Diretor técnico Enfermeiro Luís P Silva, pelo apoio e incentivo, e por fazer parte desta trajetória.

As enfermeiras Andrea Pollon e Aparecida Bezerra, pelo carinho, incentivo e, compreensão, em todos os momentos difíceis, meu eterno agradecimento .

A secretária Cássia Lima, da Chefia de Enfermagem do HCI-Marília, pelo carinho que sempre dispensou a mim, procurando sempre me auxiliar nas questões burocráticas que envolvia as dispensas, muito obrigada.

A Secretária Aline Parada, da Pós-Graduação da Unesp, pelo carinho e atenção.

Aos colegas Enfermeiros da UTI A/B, do HCI-Marília-SP, pelo carinho e incentivo.

A minha equipe de enfermagem (Ercília, Marines, Gustavo, Silvia e Ismael) a vocês meu eterno obrigado, pois, sempre me apoiaram e incentivaram o meu crescimento pessoal e profissional.

A amiga Enfermeira Daiane, pelo apoio e companheirismo durante o curso de Mestrado.

Aos enfermeiros do Plantão Noturno, meu carinho e obrigada.

Aos amigos: Dr. Luciano, João, Antonia de Lurdes, Marisa, Renata, Dr. Wilson e sua esposa Regina, Dr. Leonardo, Profa. Roseli Valderramas e Valdir Valderramas seu esposo, pelo carinho, incentivo e apoio.

Agradeço a todos os amigos, que cientes ou não, colaboraram de alguma forma para que este momento acontecesse.



Resumo

RESUMO

Percepção da Humanização das Condições de Trabalho por Trabalhadores de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva

O estudo parte da inquietação em compreender como os trabalhadores da UTI, que atuam diretamente neste ambiente e, portanto passam nele grande parte do seu tempo percebem a humanização no seu ambiente de trabalho. Humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuário, trabalhadores e gestores. Os princípios que norteiam a humanização são: autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade, o estabelecimento de vínculo solidário e a participação coletiva no processo de gestão. O processo de trabalho em enfermagem remete-nos à busca da sua história na organização do processo de trabalho na indústria e em outros setores da economia, fundamentado em estruturas produtivas, hierárquicas e mecanicistas que marcaram a sua gênese e se propagaram para os trabalhadores da saúde, e particularmente, da enfermagem. O processo de trabalho é composto por: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos. Entretanto o processo de trabalho no ambiente de UTI, local este que possui alta tecnologia, diversas especialidades e variedades, há que se pensar na atuação do trabalhador de enfermagem, cujo sistema de enfermagem resulta na produção de serviço, ou seja, no cuidado do paciente. A Unidade de Terapia Intensiva é o local destinado a cuidados críticos assistidos por uma equipe multiprofissional qualificada, sob as melhores condições possíveis: centralização de esforços e coordenação das atividades que concentram os mais elevados recursos humanos, tecnológicos e de infra-estrutura de um hospital. O objetivo do estudo foi compreender a percepção dos trabalhadores de enfermagem que atuam em UTI a respeito da humanização no ambiente de trabalho. A trajetória metodológica corresponde ao cenário da UTI “B” com 12 leitos de UTI. A abordagem de pesquisa é qualitativa, pois permite o estudo de aspectos subjetivos do trabalho. A vertente da fenomenologia possibilita a busca pela essência e a compreensão do significado da vivência dos sujeitos do estudo, compreendendo três momentos: descrição, redução e compreensão. Após aprovação do CEP (Of.118/08), foram realizadas entrevistas individuais audiogravadas com as seguintes questões norteadoras: O que você entende por humanização das condições de trabalho da equipe de enfermagem que atua em UTI? Como você percebe as condições de humanização que a Instituição propõe para equipe de enfermagem no seu ambiente de trabalho? Quais as suas sugestões para tornar o seu ambiente de trabalho mais humanizado? Os sujeitos do estudo foram vinte e cinco trabalhadores de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros assistenciais). Realizou-se a análise idiográfica e a análise nomotética. A análise revelou sete temas, com seus respectivos sub-temas. O primeiro tema Humanização na UTI com os sub-temas: Humanização na UTI, Humanização no Trabalho e Conceito de Humanização. O segundo tema Condições de Trabalho na UTI, com os sub-temas: Organização e a ambiência no trabalho, Plantão Noturno, Poluição Sonora na UTI, Musicoterapia na UTI, Motivação por meio da Ginástica laboral e Qualidade de vida no Trabalho. O terceiro tema Processo Ensinar/Educar em Enfermagem em UTI, com os subtemas: Educação Permanen-

te/continuada e Conhecimento/Informação sobre humanização. O quarto tema, Gestão de Pessoas na UTI, com os subtemas: Trabalho em equipe, Recursos Humanos, Saúde do Trabalhador, Gestão Pessoas e Gestão Ditatorial/Hierárquica. O tema Processo/Assistir cuidar na UTI com os subtemas: Recursos Materiais, Assistência de Enfermagem no momento da morte e Empatia no processo de Trabalho. Comunicação na UTI, com a subtemática Comunicação. O sétimo tema Processo Gerenciar na UTI, com os subtemas: Hierarquia/Cidadania, A instituição e Unidade de Terapia Intensiva. Ao desvelar a essência do fenômeno da situação vivenciada pelos trabalhadores de enfermagem que atuam na instituição, particularmente na Unidade de Tratamento Intensiva, percebeu-se que ocorreram convergências, divergências e idiosincrasias que possibilitaram compreender e perceber a essência do “eu” do ‘outro’, da organização do ambiente, até mesmo da instituição, ou seja, promoveu experienciar o mundo subjetivo dos sujeitos do estudo sob sua própria ótica em relação ao fenômeno e ainda a abrangência do fenômeno e suas diferentes perspectivas, que podem oferecer outros enfoques a ser considerados ampliando assim o fenômeno da vivência dos trabalhadores de enfermagem na UTI em um ambiente humanizado tanto para o paciente bem como para o trabalhador de enfermagem.

Palavras chave: Humanização; Unidade de Terapia Intensiva; Trabalhadores de Enfermagem.



Abstract

ABSTRACT

Perception of humanization of working conditions by nursing workers in the Intensive Care Unit

The study is concerned with the understanding how ICU (Intensive Care Unit) workers that work directly in this environment and, therefore spend much of their time there, perceive humanization in their workplace. Humanization is the appreciation of the different subjects involved in the production process of health: user, workers and managers. The principles that guide the humanization are: autonomy and role of individuals, co-responsibility, the establishment of solidarity and collective participation in the management process. The process of nursing work leads us to seek its history in the organization of the working process in industry and other sectors of economy based on productive, hierarchical and mechanistic structures that marked the genesis and were spread to health workers, and particularly to nursing. The work process is formed by object, agents, instruments, objectives, methods and products. However, in the process of working in the ICU environment, a place that has high technology, various specialties and varieties, we must think about the role of the nursing worker, whose system of nursing results in the production of service, there is, the patient care. The Intensive Care Unit is the place for critical care assisted by a skilled multidisciplinary team, under the best possible conditions: centralization of efforts and coordination of activities that concentrate the greatest human resources, technology and infrastructure of a hospital. The study was aimed at understanding the perception of nursing staff working in ICUs regarding the humanization of the workplace. The methodology corresponds to the ICU scenario "B" with 12 ICU beds. It is a qualitative approach because it allows the study of subjective aspects of work. The aspect of phenomenology permits the search for the essence and understanding of the meaning of the experiences met by the study subjects, comprising three phases: description, reduction and understanding. After approval of the CEP (Of. 118/08), audio taped interviews were conducted with the following questions: What do you mean by humanization of working conditions of the nursing staff that works in ICU? How do you perceive the conditions of Humanization that the Institution proposes to the nursing staff in your workplace? What are your suggestions to make your workplace more humane? The study subjects were twenty-five nursing staff (assistants, technicians and nurses). We conducted the idiographic analysis and the nomothetic analysis. The analysis revealed seven themes, with their respective sub-themes. The first theme "Humanization at ICU" with the sub-themes: Humanizing the ICU, Humanization of Labor and Meaning of Humanization. The second theme "Working conditions in the ICU" with sub-themes: Organization and ambience at work, Nightshift, Noise pollution in the ICU, Music-therapy at the ICU, Motivation through the gym labor and Quality of life at work. The third theme "Teaching/educating in nursing in the ICU, with the subthemes: Permanent/Continued education and knowledge/information on humanization. The fourth theme, "Personnel management in the ICU" with the sub-themes: Teamwork, human resources, occupational health, people management and dictatorial/hierarchical management. The

theme Process/caring at ICU with the sub-themes: Material Resources, Nursing Care at the time of death and Empathy in the working process. Communication in the ICU, with the sub-theme: Communication. The seventh theme “Management Process at the ICU, with the sub-theme: Hierarchy/Citizenship, The institution and the Intensive Care Unit. By revealing the phenomenon essence of the situation experienced by nursing staff that work in the institution, particularly in the Intensive Care Unit, it was noticed there were similarities, differences and idiosyncrasies that made it possible to understand and realize the essence of “I” of the “other”, of the environment organization, even of the institution, that is, it made it possible to experience the subjective world of the study subjects under their own perspective towards the phenomenon and also the complexity of the phenomenon and their different perspectives, which may offer other approaches to be considered, therefore expanding the experience phenomenon of a nursing staff in ICU in a humane environment for both the patient and the nursing worker.

Key words: Humanization; Intensive Care Unit; Nursing workers.



Lista de Siglas



LISTA DE SIGLAS

ABM – Activity Based Management

ABC – Activity Based Costing

AMIB – Associação Medicina Intensiva do Brasil

CF – Constituição federal

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FAMEMA – Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília

IST – Índice de Segurança Técnica

MS – Ministério da Saúde

OPS – Organização Panamericana de Saúde

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNH – Política Nacional de Humanização

RPA – Recuperação Pós-Anestésica

SPIT – São Paulo Interior Transplantes

SUS – Sistema Único de Saúde

SCP – Sistema de Classificação de Pacientes

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UTI – Unidade de terapia Intensiva



Lista de Quadros

LISTA DE QUADROS

QUADRO I – Processos de trabalho em Enfermagem.....	35
QUADRO II – Quadro síntese das Unidades Significados.....	90
QUADRO III – Quadro Temático.....	93
QUADRO IV – Quadro de síntese dos temas e subtemas emergidas das narrativas. Botucatu, 2011.....	95
QUADRO V – Os objetivos organizacionais e os individuais.....	140



Lista de Figuras

LISTA DE FIGURAS

FIGURA I – apresenta a frequência das publicações referente o período de 2000 a 2008.....	57
FIGURA II – Os artigos de reflexão que são os de maior incidência.....	58
FIGURA III – Representação gráfica do processo de cuidar.....	158
FIGURA IV – Comunicação na UTI. Botucatu, 2011.....	167



Lista de Diagramas

LISTA DE DIAGRAMAS

1. <i>Diagrama do tema:</i> Humanização na UTI. Botucatu, 2011.....	97
2. <i>Diagrama do tema:</i> Condições de Trabalho na UTI. Botucatu, 2011.....	105
3. <i>Diagrama do tema:</i> Processo Ensinar/Educar em Enfermagem na UTI. Botucatu, 2011.....	126
4. <i>Diagrama do tema:</i> Gestão de Pessoas na UTI. Botucatu, 2011.....	137
5. <i>Diagrama do tema:</i> Processo/Assistir Cuidar na UTI,Botucatu,2011.....	156
6. <i>Diagrama do tema:</i> Processo Gerenciar na UTI. Botucatu, 2011.....	172



Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 01</i> – Distribuição dos artigos analisados de acordo (caracterização (título, autores, ano), metodologia e considerações finais). Botucatu, 2011.	59
<i>Tabela 02</i> – Síntese do tipo de artigo Relato de Experiência e do Tipo Ensaio. Botucatu, 2011.....	60
<i>Tabela 03</i> – Síntese dos artigos com delineamento pesquisa qualitativa e quantitativa. Botucatu, 2011.....	63



Sumário

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	21
1.1 MOTIVAÇÃO DO ESTUDO.....	22
1.2 DISCURSO DA LITERATURA.....	25
1.2.1 O CONTEXTO DA HUMANIZAÇÃO.....	25
1.2.2 PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM.....	31
1.2.3 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	39
CAPÍTULO II – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	47
2.1 INTRODUÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA...	48
2.2 OBJETIVOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	51
2.2.1 OBJETIVO GERAL.....	51
2.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	51
2.3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO DA REVISÃO LITERÁRIA....	52
2.3.1 TIPO DE ESTUDO E PERCURSO METODOLÓGICO.....	52
2.3.2 SELEÇÕES DAS FONTES DE REFERÊNCIAS E PALAVRAS-CHAVE.	55
2.4 RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA...	56
2.5 DISCUSSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	66
2.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LI- TERATURA.....	74
CAPÍTULO III – REGIÃO INQUÉRITO DO ESTUDO.....	76
CAPÍTULO IV – TRAJETORIA METODOLÓGICA.....	78
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	79
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	81
4.3 COLETA DE DADOS.....	83
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	85
CAPÍTULO V – CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS.....	86
5.1 ANÁLISE IDIOGRÁFICA.....	87
5.2 QUADRO TEMÁTICO.....	93
5.3 ANÁLISE NOMOTÉTICA.....	95
5.3.1 ANÁLISE DOS SIGNIFICADOS DESVALOS.....	96
CAPÍTULO VI – SÍNTESE.....	183
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	192
ANEXOS.....	208
1.1 ANEXO 1.....	208
1.2 ANEXO 2.....	209
1.3 ANEXO 3.....	210



Capítulo I
Introdução

1.1 – MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

Quando se tem Dezessete anos e a difícil indecisão de qual caminho deve-se percorrer em relação à profissão, tendo que acertar de antemão na escolha, a família vem como base para tomada de decisão seja ela certa ou errada.

O incentivo e espelho sobre a profissão de enfermagem devem-se a minha querida mãe Maria Helena, minha tia Sra. Adertina, auxiliar de enfermagem, e minha irmã Vânia, professora, pessoas que contribuíram para a escolha desta profissão.

Não tinha certeza desta caminhada, mas estas três mulheres me conduziram para ela. No primeiro ano do curso de Enfermagem em 1994, uma das minhas maiores incentivadoras, minha irmã, sofreu um grave acidente, hospitalizando-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HC de São Paulo, neste momento tive contato com a dimensão da dor, desespero, falta de esperança, impotência diante de um quadro clínico complexo que envolvia um politrauma.

Aquele ambiente que para mim ainda era desconhecido, mas durante sua hospitalização, tive a percepção da dimensão que envolve aquele local. Tamanho era o cuidado e o carinho que os trabalhadores de enfermagem dispensavam a ela, o cuidado em deixar objetos tais como as cartas e os desenhos de seus alunos queridos que decoravam o pequeno espaço repleto de fios e de equipamentos para a manutenção dos seus sinais vitais. Após 53 dias de internação ela veio a falecer por infecção pulmonar, porém sem nenhuma lesão de pele e ainda com uma despedida, dos trabalhadores, bastante emocionada.

Este contexto trágico fez-me refletir cada vez mais sobre a importância da minha escolha, e naquele momento me propus a trabalhar em um local como aquele,

que para muitos significava o fim de tudo, mas para mim seria o início da minha história de vida profissional.

Minha trajetória profissional incia-se no setor de Urgência e Emergência 1998, posteriormente, em 1999 ingressei na Instituição a qual atuo até a presente data na UTI, e assim esta oportunidade de trabalho veio ao encontro de meus anseios.

Ao vivenciar este ambiente, deparei-me com momentos gratificantes e compensadores, que me fizeram buscar a especialidade nesta área e também com momentos difíceis, de intenso estresse e desgaste das pessoas que ali desenvolvem o seu trabalho. O ideal passa a ter significado e o anseio, às vezes, se torna um pesadelo com as freqüentes solicitações, a complexa tecnologia, a imprevisibilidade, o limite entre a vida e a morte em que um pequeno deslize pode desencadear grave consequência, faz com que as pessoas estejam sempre em extremo alerta, além de suas forças.

O cuidado de outra pessoa demanda ser capaz de entendê-la, e ao seu mundo, como se estivesse dentro dele, estar com ela em seu mundo, “entrar”, nesse mundo, para sentir de “dentro” como é a vida para ela⁽¹⁾.

Portanto ser humano cuidando do outro em situações graves e de grande sofrimento, o freqüente confronto com a morte, leva muitas vezes a projeções ao colocar-se no lugar seja do paciente ou dos familiares.

Além disso, nas Instituições públicas, onde estão locadas as maiorias das UTIs, nem sempre as condições de trabalho são propícias, não sendo incomuns turnos com quadro de pessoal incompleto, equipamentos sem manutenção adequados e a falta de insumos. Acrescenta-se a isso, a necessidade de seguimento de rígidas normas e rotinas e, muitas vezes, com forma de gestão autoritária e diretiva.

Entretanto, deparei-me com uma com intensa preocupação por parte da Instituição em oferecer um cuidado humanizado ao cliente e aos seus familiares e a preocupação pelos profissionais de saúde em ofertar uma assistência de ações humanas segundo a proposta do Ministério da Saúde (MS), em 2001, com a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) ⁽²⁾.

Sabe-se que o cuidado humanizado às pessoas, em especial, no ambiente Hospitalar é um aspecto considerado relevante na qualidade da assistência, uma vez que contribui para o bem estar e conseqüentemente a recuperação.

Com o incentivo das políticas públicas para melhorar a qualidade do trabalho, resgate da cidadania e do valor humano das pessoas envolvidas no processo, houve a necessidade do comprometimento de todos os profissionais, que atuam direta e indiretamente na área da saúde para viabilizar esta proposta os quais, por sua vez, também necessitam de condições de trabalho humanizado.

Corroborando com essa ideia, a enfermagem precisa fazer uso do poder do cuidado para garantir um ambiente adequado, ou seja, um ambiente de cuidado, envolvendo o meio físico, o administrativo e o social. A enfermagem por ser formalmente educada para o cuidar profissional, tem por responsabilidade a iniciativa de promovê-lo, praticá-lo e torná-lo visível⁽³⁾.

Considerando minha trajetória pessoal e minha vivência profissional no ambiente da UTI, julgo necessário buscar na literatura aspectos sobre esta temática.

1.2 – DISCURSO DA LITERATURA

1.2.1 – O Contexto da Humanização

As transformações socioeconômicas, políticas e tecnológicas ocorridas no decorrer do século XX, modificaram o modo de vida das pessoas e, conseqüentemente, o perfil demográfico e epidemiológico da população, a qual passa a viver mais, adoecer e morrer por doenças crônico-degenerativas e causas traumáticas, demandando uma forma mais intensa de assistência à saúde. Além disso, tal avanço tornou as pessoas mais conscientes dos seus direitos e a exigir qualidade na atenção à saúde. Como na área da saúde o usuário nem sempre tem claro o que qualidade significa, a humanização no atendimento e o desenvolvimento de uma consciência crítica dos profissionais na busca de implementar um cuidado com qualidade, são aspectos relevantes neste processo .

Diante desta realidade, tornou-se necessário repensar o sistema de Saúde, considerando como aspecto fundamental que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” ⁽²⁾.

Frente a tal premissa, foi proposto pela Constituição Brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as quais se norteiam por uma política de saúde que visa à integralidade da atenção, à universalidade do acesso, a descentralização político-administrativa, à busca da equidade e a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Deste modo aponta-se para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade ⁽⁴⁾.

Apesar dos avanços no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, após duas décadas da existência do SUS, enfrenta-se uma série de dificuldades, destacando-se a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, falta de complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência, precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, poucos investimentos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, desrespeito aos direitos dos usuários, falta de qualificação dos trabalhadores para atuar frente à implementação da política pública de saúde, fragilidade no processo de controle social proposto na construção do SUS e modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta ⁽⁵⁾.

Visando caminhar na perspectiva de superação destas dificuldades e na direcionalidade dos princípios constitucionais, o Ministério da Saúde aprova em 2006 o “PACTO PELA SAÚDE” com a finalidade de pactuar novos compromissos e responsabilidades em nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades de saúde da população, articulando três componentes básicos: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Neste contexto de construção do SUS, a Política Nacional de Humanização, criada em 2003, pode ser considerada como o eixo central da proposta, visto que incluem em suas preocupações, diretrizes e prioridades de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde.

Entende-se por humanização, portanto, “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuário, trabalhadores e gestores. Os

valores que norteiam são: a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculo solidário e a participação coletiva no processo de gestão”⁽⁴⁾.

A Política de humanização visa à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais dos atores envolvidos. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização de “linhas de mando”, trabalho em equipe, valorização e participação dos atores com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, têm como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, com garantia de vínculo entre os servidores/trabalhadores e população, avanço da “clínica ampliada”, visando lidar com as necessidades dos sujeitos⁽⁶⁾.

Caminhar nesta direção representa grande desafio ao sistema de saúde, pois implica em mudança cultural na atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como um valor de uso é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular o controle social, mas é também ter melhores condições de trabalho para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar efetivamente como sujeitos do processo de trabalho⁽⁴⁾.

No que se refere ao trabalhador, objeto do presente estudo, a política de humanização relaciona as atividades sistemáticas de capacitação, compondo um projeto de Educação Permanente para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas permeadas pelos princípios e conceitos da Humanização/PNH, promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltados para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho e organização do

trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contatos internos de gestão.

O espaço coletivo deve ser organizado, participativo e democrático, funcionar à maneira de um órgão colegiado e ser destinado a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde ⁽⁴⁾.

O colegiado é constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde, tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH, pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência, promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade, propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde, incentivar a democratização da gestão dos serviços, divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes ⁽⁷⁾.

Na área hospitalar, a humanização do cuidado, é um debate que há muito tempo vem sendo proposto como uma forma de propiciar bem estar aos pacientes e possibilitar uma recuperação mais rápida, no entanto, a ênfase esteve voltada para o receptor do cuidado.

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 outro, tendo dedicação, disposição para participar do seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos, enfim de sua vida ⁽⁸⁾.

Mezomo retrata a humanização no hospital: “como tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e à salvaguarda de seus direi-

tos fundamentais, portanto, é aquela que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”^(9:276). Este autor enfatiza a instituição como responsável de promover a humanização, disponibilizando recursos para cuidar com qualidade ⁽⁹⁾. Vale questionar, se o respeito à pessoa, inclui os profissionais envolvidos no cuidar, pois consideramos este aspecto um elemento essencial no processo de humanização.

De acordo com Associação de Medicina Intensiva AMIB ⁽¹⁰⁾: “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 e dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra no momento de sua internação”. A AMIB amplia a compreensão de humanização ao incluir o profissional de saúde, idéia que apoiamos, pois nossa vivência como enfermeira assistencial na terapia intensiva nos possibilitou observar que o processo de trabalho da enfermagem gera na equipe, sentimentos de angústia e sofrimento mediante a complexidade da assistência prestada.

O sofrimento psíquico dos trabalhadores de enfermagem pode ser identificado pelas jornadas prolongadas, pelo ritmo acelerado de trabalho, a quase inexistência de pausas para descanso durante a jornada de trabalho, a intensa responsabilidade por cada tarefa a ser executada, com a pressão de ter “uma vida nas mãos”⁽¹¹⁾. Desta forma há evidências em nossa prática que há necessidade do trabalhador se desligar por alguns momentos deste local, no intuito de amenizar o estresse gerado neste ambiente.

Santos ⁽¹²⁾ afirma ser fácil preparar pessoas para lidar com o cliente, difícil é preparar pessoas para lidar com gente, já que não bastam empregar comportamentos

artificiais para encantar os clientes e ter pessoas insatisfeitas para tratar adequadamente, outras, com a preocupação de garantir o emprego e o salário ⁽¹²⁾. Entende-se que esses elementos, emprego e salário, por si sós, não são suficientes para satisfazer o profissional. Portanto, as instituições precisam reconhecer estimular, acreditar e valorizar o trabalhador como pessoa. Para o autor, o atendimento vai além de treinamentos técnicos de equipe. Acredita que é necessário associar valores humanos para se obter um resultado de qualidade no serviço prestado ⁽¹²⁾.

Em respeito à ação humanizada, Paganini ⁽¹³⁾, utiliza o referencial teórico descrito por Watson na unidade crítica com os membros da enfermagem, na intenção de envolvê-los no contexto da humanização. A autora sugere reorganizar o trabalho da equipe por meio deste referencial, para obter uma melhor qualidade no atendimento.

Mussi ⁽¹⁴⁾ descreve a importância da humanização nos serviços de saúde fundamentada na organização do trabalho, propondo uma transformação na organização com vista ao resgate do profissional como humano, àquele que necessita de atenção e respeito, como se reflete a situação vivenciada pelos trabalhadores de enfermagem da UTI alvo do estudo.

Rockenbach ⁽¹⁵⁾ em estudos com trabalhadores de enfermagem sugere a participação das equipes no processo de trabalho, com a intenção de modificar a estrutura institucional, promovendo a satisfação por meio do reconhecimento e valorização da categoria. O autor reconhece a importância da participação do trabalhador no processo de trabalho institucional, o qual reflete a satisfação do mesmo e o reconhecimento como pessoa.

Também Martins e Farias ⁽¹⁶⁾ em estudo reflexivo da prática, ressalta a preocupação da ação humanizada, referente à percepção dos profissionais de enfermagem

promovendo a conscientização dos mesmos. Conclui que se faz necessário reorganizar o serviço por meio da ação conscientizadora para melhorar o trabalho.

O conceito de saúde está relacionado aos cuidados em seus diferentes paradigmas sobre os seres humanos, a promoção da saúde dos profissionais dar-se-ia pela cultura, conhecimento, sucesso de experiências, iniciativas das lideranças envolvidas e da vontade institucional para desenvolvimento desta consciência ⁽¹⁷⁾.

O conceito teórico de humanização não se aplica a prática e há necessidade de viabilizá-lo na ação de enfermagem. As autoras, ao analisarem o conceito de humanização concluem que se fala muito, mas na prática não se vivencia ⁽¹⁸⁾, o que vai de encontro com nossa vivência, frase que define com exatidão nossa experiência, pois muito se fala, mas pouco se vive.

A filosofia institucional torna-se fundamental para incentivar e aprimorar o aspecto humanitário, quando valoriza o profissional enquanto ser biopsicossocial, pois, ao sentir-se respeitado, motivado, estabelece relações interpessoais saudáveis e respeitadas para com todos os envolvidos no contexto hospitalar ⁽¹⁹⁾.

Neste contexto, é fundamental, além de compreendermos a humanização na saúde, conhecermos a proposição do Processo de Trabalho e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

1.2.2 – Processo de Trabalho na Enfermagem

O trabalho começou a ser valorizado a partir da Revolução Industrial (século XIX), quando o homem foi visto como meio de produção de capital. A Revolução Industrial trouxe ainda a divisão social do trabalho, com a fragmentação das tarefas, a hierarquia, o controle e a necessidade de coordenação das atividades ⁽²⁰⁾.

Sendo assim, o trabalho é essencial para o funcionamento das sociedades. O trabalho é responsável pela produção de alimentos e outros produtos de consumo da sociedade. Da mesma forma, a sociedade e seus agentes também variam na forma de como organizam, interpretam e valorizam o trabalho.

Pode-se dizer que, etimologicamente, a palavra trabalho deriva de *tripalium* (instrumento de tortura utilizado para punir criminosos que, ao perderem a liberdade, eram submetidos ao trabalho forçado), passando a idéia inicial de sofrimento, desqualificação, castigo. Nesse sentido, o trabalho pode ser entendido como castigo e, algumas vezes, como privilégio, ou seja, instrumento de transformação útil das riquezas ou ainda como fator de redenção humana ⁽²¹⁾.

De acordo com Marx ⁽²²⁾, o trabalho é considerado como meio pelo qual o homem se relaciona com outro homem, utilizando a natureza para construir sua história e transformá-la, estabelecendo mediações para ambos se modificarem, porém, o homem se apodera da natureza e a utiliza para sua própria vida. O autor faz menção entre o trabalho, o homem e a natureza; desta forma, o homem atua ativamente no processo, transformando-o e controlando-o, apresentando outro olhar desmistificando a idéia do senso comum, fazendo com que o homem reflita sobre ele próprio.

No intuito desta compreensão sobre trabalho, ainda Marx ⁽²²⁾ refere que o processo de trabalho se divide em três elementos: o objeto do trabalho, como o que incide a atividade e que será transformado no decorrer do processo, constituindo-se em produto, os meios e instrumentos do trabalho, e a atividade adequada ao fim, o trabalho propriamente dito, que se organiza de uma forma específica.

O processo de trabalho definiu-se como a transformação de um objeto em produto determinado por meio da intervenção do ser humano, o qual para efetuá-lo, emprega instrumentos, ou seja, o trabalho é algo que o ser humano faz intencional-

mente e conscientemente com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano ⁽²²⁾.

Este novo olhar instituído por Marx ²² retira o sentido negativo sobre o trabalho, o qual advinha de sofrimento ou castigo.

O processo de trabalho em enfermagem remete-nos à busca da sua história na organização do processo de trabalho na indústria e em outros setores da economia, fundamentado em estruturas produtivas, hierárquicas e mecanicistas que marcaram a sua gênese, e se propagaram para os trabalhadores da saúde, e particularmente da enfermagem ⁽²³⁾.

Neste sentido, para que ocorra uma melhor compreensão em relação ao processo de trabalho, é preciso considerar os seus componentes, tais como: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos ⁽²⁴⁾.

Em relação ao **objeto**, consideramo-lo como aquilo que se trabalha, provindo da natureza, a qual sofreu ou não modificação decorrentes de outros processos de trabalho, e que contém em si a potencialidade do produto ou serviço em que irá ser transformado pela ação humana. Desta forma, a matéria manipulada sem a finalidade de transformação, não será considerada como um objeto de trabalho porque não é contemplada com esse intuito ⁽²⁴⁾.

Os agentes são os seres humanos que transformam a natureza, os quais tomam posse do objeto de trabalho e, por meio de intervenções, são capazes de alterá-los, resultando em um artefato ou um serviço. É aquele que realiza o trabalho, podendo ser o produtor ou consumidor ⁽²⁴⁾.

Os instrumentos são empregados no intuito de alterar a natureza, sendo considerados como extensões das próprias mãos. Sendo assim, os instrumentos não são

apenas algo físico representado por ação, mas também por conhecimentos, habilidades e atitudes ⁽²⁴⁾.

No que se refere à **finalidade** do trabalho, ela pode ser compreendida como razão pela qual ele é executado, indo ao encontro da necessidade de sua emergência e ao significado de sua existência. Desta maneira, se algo é executado sem consciência da necessidade humana que o gerou, então não é trabalho ⁽²⁴⁾.

Já os **métodos de trabalho** acreditamos ser as ações organizadas para subsidiar a finalidade, executada pelos agentes sobre o objeto de trabalho, empregando os instrumentos, de forma a produzir o serviço. Por fim, os **produtos** de um trabalho podem ser bens tangíveis, que derivam da natureza humana ⁽²⁴⁾.

O processo de trabalho de enfermagem consiste em uma ferramenta para qualificar a assistência de enfermagem; requer subsídios, tanto de um referencial teórico para abordagem do processo saúde-doença, bem como de um contexto de trabalho ⁽²⁵⁾.

A enfermagem é composta por uma rede de subprocessos de trabalho, que podem (ou não) ser executados concomitantemente. São eles: o processo de trabalho assistir; o processo de trabalho administrar; o processo de trabalho ensinar; o processo de trabalho pesquisar e o processo de trabalho participar politicamente.

Nesses diferentes processos, os agentes, ou seja, os trabalhadores de enfermagem inserem-se de forma heterogênea e hierarquizada, expressando a divisão técnica e social do trabalho de enfermagem ⁽²⁶⁾.

A autora Sanna ⁽²⁴⁾ reproduz os subprocessos de trabalho por meio de um quadro, o qual abrange a dimensão específica destes processos, transparecendo de forma geral e sucinta, estas relações.

Quadro 1. Processos de Trabalho em Enfermagem

Componentes Processos	Objeto	Agentes	Instrumentos	Finalidade	Métodos De trabalho	Produtos
Assistir	Cuidados de indivíduos, família e comunidades.	Enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem.	Conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem o assistir em enfermagem, materiais, equipamentos, espaço físico, etc.	Promover, manter e recuperar a saúde.	Sistematização da assistência e procedimentos de enfermagem.	Pessoa saudável ou morte com dignidade.
Administrar	Agentes do cuidado e recursos empregados no assistir em enfermagem	Enfermeiro	Bases ideológicas e teóricas de administração e prática de gerenciamento de recursos	Coordenar o processo de trabalho assistir em enfermagem	Planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria.	Condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia.
Ensinar	Indivíduo que quer torna-se, desenvolver-se como profissional de enfermagem.	Aluno e professor de enfermagem.	Teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem	Formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem	Ensino formal, supervisionado por órgãos de classe e da educação	Enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, especialistas, mestres, doutores, etc.
Pesquisar	Saber em enfermagem	Enfermeiro	Pensamento crítico e filosofia da ciência	Descobrir novas e melhores formas de assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar em enfermagem	Métodos qualitativos de pesquisa	Novos conhecimentos e novas dúvidas
Participar Politicamente	Força de trabalho em enfermagem e sua representatividade	Profissionais de enfermagem e outros atores sociais com quem se relacionam	Conhecimento de Filosofia, Sociologia, Economia, História e Ciência Política; argumentação, diálogo, pressão política, manifestação pública e rompimento de contras	Conquistar melhores condições para operar os outros processos de trabalho	Negociação e conflito	Poder, reconhecimento social e conquista de condições favoráveis para operar os processos de trabalho

Fonte: Sanna MC. Os processos de trabalho na Enfermagem. Rev Bras Enferm 2007 mar-abr; 60(2) pg.223-221-4.

Segundo Sanna⁽²⁴⁾, os processos de trabalho em enfermagem se operam pela consciência, sendo essa uma condição indispensável para qualidade dos seus produtos e de seus agentes. No intuito de abranger este conhecimento e almejar suas finalidades em todas as instâncias desde a formação profissional, cotidiano do trabalho das instituições de Saúde, Ensino e Pesquisa, bem como, nos espaços políticos.

Em consonância com autora Menhy⁽²⁷⁾, utiliza um exemplo para assim melhor compreendermos o processo de trabalho. Faz menção ao trabalho do Marceneiro.

Para que o marceneiro produza uma cadeira, ele utiliza alguns componentes: o trabalho em si – que é o ato próprio de executar a operação, o conjunto de elementos utilizados como matéria prima (madeira, prego) e as ferramentas (martelo, serrote) utilizadas por ele para a produção da cadeira. Estes três elementos reunidos não produzem uma cadeira se não forem articulados, por meio de certo modo de organização, com uma determinada finalidade, ou seja, pela ação e desejo do marceneiro. Para chegar ao produto final, o marceneiro utilizou sua “sabedoria”; sem ela, não haveria produção da cadeira, mas simplesmente um “amontoado de materiais”⁽²⁷⁾.

Como podemos observar, as ferramentas e a matéria prima são produtos de um trabalho anterior, sendo assim aquelas que foram produzidas por meio de um trabalho em ato; ou seja, um dia foram trabalho vivo, mas hoje são denominadas trabalho morto, estão “cristalizados”. Portanto, o saber utilizado pelo marceneiro para produzir a cadeira, com um modelo que o agrada, ou agrada àquele sujeito que o encomendou, denominou-se de saberes tecnológicos.

Vale ressaltarmos que este processo de produzir uma cadeira hoje é trabalho vivo, amanhã se transformará em trabalho morto. Entretanto, o trabalho vivo pode

ser considerado como instituinte, ou seja, o que está em ação e ao trabalho morto, que está cristalizado, chamar-se-á de instituído ⁽²³⁾.

Há que mencionarmos que a organização tecnológica do processo de trabalho tem se constituído num analisador da organização da assistência à saúde, por revelar a relação entre o trabalho morto, bem como trabalho vivo no centro produtivo do cuidado ⁽²⁸⁾.

A autora faz menção ao trabalho vivo, na ação cotidiana dos trabalhadores mesmo no processo produtivo, na forma representativa do cuidado executado, resultando no trabalho vivo com alta liberdade. Pode-se dizer que o cuidado produz o trabalho vivo em ato, ou seja, sua produção e consumo ocorrem no momento da produção e o seu produto resulta na realização da atividade

O trabalho vivo deve ter uma relação plena devido à autonomia produzida em alguns momentos da produção, não alterando os padrões pré-definidos, pois precisa limitar e amenizar esta produção ⁽²⁹⁾.

Desta forma, Merhy⁽³⁰⁾ utiliza-se do conhecimento das tecnologias as quais são compostas por tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias leves representam as tecnologias das relações, como o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a responsabilização. As tecnologias leve-duras são representadas pelos saberes e práticas estruturados e, por fim, as tecnologias duras são os equipamentos tecnológicos e instrumentos, normas e estruturas organizacionais.

Os autores Rodrigues e Araujo ⁽³¹⁾ sintetizam o processo de trabalho em saúde da seguinte forma: matéria prima (paciente), instrumento de trabalho (tecnologia leve/leve-dura/dura), homem (trabalhador em saúde (operador do cuidado) e produto (trabalho em saúde (atos de saúde-produção do cuidado)).

No intuito de efetivar este processo de trabalho por meio do cuidar, relacionando o trabalho vivo, ou seja, o ato e utilizando da compreensão que o homem representa o trabalhador em saúde como aquele que opera o cuidado, o trabalhador de enfermagem tende a reproduzir e modificar os processos de trabalho a partir da sua vivência.

Rocha et al ⁽³²⁾ retrata o cuidado de enfermagem como resultado de um trabalho vivo em ato, sistematizado e organizado cientificamente, favorecendo a manutenção da vida, proporcionando conforto e bem estar e contribuindo, desta forma, com uma vida saudável ou uma morte tranqüila.

Para o trabalhador de enfermagem, o enfermeiro é o construtor do trabalho vivo, devido à inserção no processo de trabalho e à articulação da equipe, pois executa a organização deste processo, explorando o cuidado e o gerenciamento ^(33,34).

Este profissional é aquele que atua na maioria dos cenários no ambiente hospitalar, fazendo gerência da assistência ou do cuidado. Ao gerenciar o cuidado, deve-se valorizar e habilitar-se, por meio das relações com a tecnologia, no sentido de edificar o cotidiano, valorizando os trabalhadores e os pacientes, no intuito de intervir no trabalho vivo em ato, ou seja, no espaço de concretização do cuidado ⁽³⁴⁾.

Neste sentido, o trabalho de enfermagem é considerado como um processo particular do trabalho coletivo em saúde, pois o trabalhador de enfermagem (o enfermeiro) transforma o objeto de trabalho em meios e instrumentos específicos ^(35,36).

Silva et al ⁽³⁷⁾ caracteriza estes instrumentos como sendo a fundamentação teórica (que possibilita desenvolver a prática profissional), as técnicas utilizadas na assistência ao paciente e o local de trabalho.

Outra particularidade do processo de trabalho em saúde é a fragmentação dos atos. O autor, aqui, se reporta aos resultados de novas tecnologias, profissões, variedade de serviços e especialidades ⁽³⁸⁾.

Desta forma, ao mencionarmos o processo de trabalho no ambiente de UTI, local este que possui alta tecnologia, diversas especialidades e variedades, há que se pensar na atuação do trabalhador de enfermagem, cujo sistema de enfermagem resulta na produção de serviço, ou seja, no cuidado do paciente.

1.2.3 – A Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva originou-se nas salas de recuperação pós-anestésicas (RPA) onde os pacientes submetidos a atos anestésicos-cirúrgicos eram colocados à vigilância constante de suas funções vitais, a assistência dar-se-ia pós anestesia e até termino dos efeitos residuais dos agentes anestésicos ⁽³⁹⁾.

Historicamente, a UTI foi idealizada como unidade de monitorização de paciente grave. Devido o advento Guerra da Criméia e à alta taxa de mortalidade entre os soldados hospitalizados, Florence Nightingale assumiu a responsabilidade dos cuidados reduzindo assim a taxa de mortalidade entre os soldados ⁽³⁹⁾.

Posteriormente, encontra-se na literatura o médico Walter Eduard Dandy, precursor da primeira UTI, estabelecida nos Estados Unidos no hospital Jonh Hopkins, constituída de três leitos pós-operatórios neurocirúrgicos, sendo este o modelo inicial de UTI. Entretanto, Peter Safar foi o primeiro médico intensivista preconizando o atendimento de urgência e emergência ⁽³⁹⁾.

Ainda há que mencionar a importância da epidemia da poliomielite nos anos 50 do século passado. A sobrecarga imposta aos hospitais forçou a criação de centros específicos para o atendimento aos pacientes. Desta forma, estes centros representa-

ram o impacto de novas tecnologias emergindo modernas técnicas de ventilação mecânica prolongada, evoluindo fora das salas de cirurgia, resultando no contato da enfermagem com a tecnologia e equipamentos que auxiliavam aos pacientes ⁽¹⁹⁾.

No Brasil pode-se considerar que as implantações das UTIs aconteceram na década de 1970, primeiramente no hospital Sírio Libanês, em São Paulo, com apenas dez leitos (1971). O surgimento da prática da UTI representou um marco dentro dos progressos obtidos nas instituições hospitalares no século passado, visto que anteriormente os pacientes graves eram assistidos e tratados nas próprias enfermarias, eximindo-os de área física adequada, recursos humanos e materiais para uma melhor qualidade da assistência ^(19,40).

Segundo Gomes⁽⁴¹⁾ as Unidades de Terapia Intensiva, são locais destinados a cuidados críticos que são assistidos por uma equipe multiprofissional qualificada, sob as melhores condições possíveis: centralização de esforços e coordenação das atividades.

Pode-se dizer que o objetivo básico das UTIs é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam, ou seja, por meio de uma assistência permanente e contínua a pacientes clinicamente graves, no intuito de recuperar e restabelecer a saúde. Desta forma, as UTIs são equipadas com aparelhos capazes de reproduzir as funções vitais, emergindo alta tecnologia de equipamentos, tornando-se um marco na história da medicina uma vez que possibilita o atendimento adequado dos pacientes e segurando-lhes melhores condições para sua recuperação e reduzindo os óbitos ⁽⁴⁰⁾.

Contribuindo com objetivo básico da UTI, a AMIB ⁽¹⁰⁾ descreve estas unidades como “hospital do hospital, ou seja, é o local que requer e se concentra os mais elevados recursos humanos, tecnológicos e de infra-estrutura de um hospital. Deste

modo ela pode ser eficiente, planejada, construída, resultando em uma unidade fluente e bem organizada. Em contrapartida pode ser tumultuada nos seus fluxos e processos, resultando em uma unidade desorganizada, conseqüentemente um ambiente hostil para cliente, equipe e familiares, a ponto de, em dado momento, ter sido questionada como “Corredor da Vida ou da Morte” ⁽¹⁰⁾.

Este fato também ficou conhecido nacionalmente. Em 10 de maio de 1995, a Revista Veja, da Editora Abril, dedicou sua reportagem principal a “um mergulho no inferno das Unidades de Terapia Intensiva, lugar de esperança, mas também de sofrimento, onde três em cada quatro pacientes são salvos”, estampava sua capa: “UTI Corredor da Vida ou da Morte” ⁽¹⁰⁾. Vale ressaltar que a maioria das pessoas acredita, sejam elas leigas ou não, que as UTIs são locais onde os indivíduos vão para morrer.

Em consonância com este pensar, os autores ^(42,43) afirmam que as UTIs sempre foram vistas pela população leiga e por outros profissionais da saúde sem experiência e vivência nestas unidades, como local frio, de sofrimento e pouco acolhedor.

Entretanto, os trabalhadores que atuam em UTI são confrontados diariamente com questões relativas à morte, o que pode ser causa geradora de estresse.

Menzies ⁽⁴⁴⁾ refere que lidar com o corpo do paciente, suas excreções e odores, durante a assistência de enfermagem, revela sobremaneira a quantidade de ansiedade suportável, desencadeando nos trabalhadores de enfermagem defesas rigidamente estruturadas.

O papel do enfermeiro nesta modalidade foi inserido na legislação, por meio da lei do exercício profissional (no. 7.498, de julho de 1986) e regulamentada pelo Decreto no. 94.406, de julho de 1987. A partir deste decreto, a profissão foi disciplinada e delimitada a atividade profissional e o estabelecimento como privativo do enfermeiro: dirigir, liderar, planejar, organizar, coordenar, avaliar e executar cuida-

dos diretos de enfermagem ao paciente grave, com risco de vida, e os de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas ⁽⁴⁰⁾.

Entendemos que este local envolve tanto o que assiste, bem como o assistido e seus familiares, e essa relação complexa envolve o processo de trabalho neste ambiente e a preocupação da assistência com qualidade e humanizada.

Ao Ministério da Saúde cabe a garantia da atenção a saúde da população de forma equitativa, integral e humanizada por meio de políticas de saúde. Neste sentido, a proposta para a área de Terapia Intensiva vem sendo construída de forma a responder as dificuldades históricas: superlotação em pronto socorros, insuficiência de leitos de retaguardas para pós-operatório, falta de alternativa de internação hospitalar para pacientes semicríticos, precariedade da regulação de leitos, carência de recursos humanos qualificados e, ainda, processo assistencial (padronização, acompanhamento e avaliação das ações) sem a devida incorporação à prática cotidiana nessas unidades ⁽⁴⁵⁾.

Em busca de resolver esta problemática, o Ministério da Saúde está trabalhando em parceria com gestores do SUS e profissionais da área, evidenciando quatro eixos estruturantes para a formulação da política específica deste setor; organização de rede regionalizada e hierarquizada de serviços; identificação da necessidade real de serviços na rede; qualificação dos serviços de terapia intensiva e semi-intensiva e financiamento ⁽⁴⁵⁾.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria n 3.432, de 12 de Agosto de 1998, considera a importância da assistência nas unidades de tratamento crítico e a necessidade de estabelecer critérios de classificação entre UTI, propondo a incorpo-

ração de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e disponibilização de área física disponível ⁽⁴⁶⁾.

Podemos considerar que todo hospital de nível terciário de acordo com O Ministério da Saúde ⁽⁴⁶⁾, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a, no mínimo, 6% dos leitos totais e ainda atenda as gestantes de alto risco e disponha de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal.

Mediante o que foi exposto, devemos ressaltar que o paciente hospitalizado na UTI necessita de cuidados integrais e de excelência, os quais envolvem a questão biopsicossocial do indivíduo e não somente as patológicas, haja vista que devemos relacionar a família, o cenário e a equipe que assiste.

Ao nos reportamos aos pacientes nas UTIs devemos compreender que este indivíduo precisa ser respeitado e assistido em suas necessidades e seus direitos humanos, como por exemplo, controle da dor, privacidade, individualidade, direito a informação, ser ouvido nas suas queixas e angústias, ambiente adequado para o sono e repouso, atenção especial ao seu pudor, as suas crenças e valores, presença da família, direito de cuidados paliativos, pois, quando não houver mais a possibilidade terapêutica tenha o direito à compaixão ⁽¹⁰⁾.

Hospitalização neste ambiente emergiu no paciente uma fragilidade e com ela desestabilidade emocional, exacerbação dos mecanismos de defesas, inquietação e intolerância, baixa resistência e frustração e outros estímulos estressores. Desta forma, o paciente tem privação sensorial, barreiras corpóreas para tocar o próprio corpo e não tem o contato diário com a família, pois ela nem o toca por não saber se pode, onde ou como tocá-lo, além das barreiras para sua comunicação verbal (entubação, traqueostomia, cateter nasal) ⁽¹⁹⁾.

Esses sentimentos alteram sua auto-estima, auto-imagem e a sua própria capacidade de recuperação, e ainda a separação da família, do ambiente desconhecido e agressivo, da quebra nos hábitos de alimentação e hidratação, do medo de morrer, da dependência de outrem, do desrespeito a privacidade e da falta de atenção individualizada. A assistência deve ser generalista de forma integral, onde o paciente sinta-se assistido e humanizado, para que possa restabelecer-se e auto-cuidar-se.

A família é uma unidade social proximamente conectada ao paciente através dos laços de amor, podendo ou não ser laços legais ou consangüíneos. Entendendo que os familiares fazem parte da vida do paciente e que são de vital importância para sua recuperação e reabilitação, faz-se necessário atendermos as necessidades dos familiares ⁽¹⁰⁾.

Portanto, quando um membro da família é hospitalizado ou está enfermo, emocionalmente ambos são afetados, pois a doença grave desestrutura a família, eclodindo conflitos antes adormecidos. A doença desorganiza as relações interpessoais, em virtude do isolamento do paciente grave, emergindo problemas financeiros e medo da perda da pessoa amada.

É fato e notório que não podemos mencionar o paciente sem envolver as famílias, seja ela consangüínea ou social, pois alguns estudos corroboram, citando que a família é compreendida como fonte de saúde, bem como de doença para seus membros ⁽⁴⁷⁾.

È necessário reconhecer o papel da enfermagem bem como os cuidados de saúde para estes familiares, pois esta organização familiar também está doente, precisando de suporte nas suas necessidades emocionais e físicas: uma conversa esclarecedora sempre que necessário, num local privativo, atenção e orientação, pois emergem sentimentos de perda, desesperança, ansiedade por notícia sobre as condições de

saúde que encontra seu ente, há ainda que refletir a ausência deste cliente em seu meio familiar, no contexto de trabalho e social ⁽¹⁰⁾.

O trabalhador de enfermagem tem um papel de suma importância em uma UTI, pois quando este trabalhador opta pelo cuidado, ele não se torna “escravo” da tecnologia, mas aprende usá-la a favor do bem-estar do paciente, ele valoriza a técnica e identifica-a como uma aliada no intuito de preservar a vida e o conforto do paciente ⁽¹⁹⁾.

Vale ressaltar que o cuidado emocional é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, pois estes profissionais precisam estar em condições emocionais para trabalhar com os pacientes e seus familiares.

Pode-se compreender que a atuação dos trabalhadores será melhor quando todos trabalharem para um objetivo comum, tendo clara a importância do seu papel dentro deste contexto e a valorização deste trabalhador enquanto pessoa, ou seja, como aquele que também precisa de atenção e zelo por parte da Instituição.

Pode-se dizer que a filosofia da instituição a qual se trabalha tem que estar voltada para o trabalhador, no intuito de incentivar e aprimorar o aspecto humanitário de cada serviço, pois a valorização da equipe como ser biopsicossocial contribui para a motivação profissional ⁽¹⁹⁾.

A estrutura física deste local e o uso de equipamentos de alta tecnologia para o suporte à vida, atrelados à necessidade de superutilização deste espaço físico, resultam num ambiente de intenso ruído, inóspito e estressante não só para o paciente/família, mas para todos da equipe assistencial.

Neste sentido, trabalhar neste local é ter em mente os aspectos negativos que envolvem este ambiente, ou seja, temos que desenvolver uma consciência de autocrítica em relação a estes fenômenos estressores, por meio de sessões em grupo na qual

a equipe possa expressar seus sentimentos e percepções. Vale ressaltar sobre a maneira que as UTIs estão interligadas pelo paciente/família e a equipe. Deste modo, há necessidade de desenvolvimento do processo de humanização na UTI, cuja finalidade seja melhorar as práticas cuidadoras por meio da ética e comprometimento profissional, o diálogo e a autonomia do paciente e de sua família. Os trabalhadores precisam ser estimulados ao aprimoramento profissional e incluídos nos processos decisórios de gestão, sendo assim, valorizados e apoiados pela a Instituição.

Portanto há uma necessidade de incorporação de resultados de pesquisas ou outros embasamentos, no intuito de intervenção nesta prática. Aliado a estas premissas, realizou-se uma Revisão integrativa da literatura, apresentada no capítulo a seguir, que tem a finalidade de ampliar o conhecimento existente entre UTI, Humanização e Trabalhadores da Enfermagem e que subsidiará a discussão do presente estudo.



Capítulo II
Revisão Integrativa
da Literatura

2.1 – INTRODUÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

O cuidado humanizado às pessoas, em especial no ambiente hospitalar, é um aspecto considerado relevante na qualidade da assistência, uma vez que contribui para o seu bem estar e, conseqüentemente, na sua recuperação.

Entretanto, a busca de formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica na aproximação crítica que permita compreender a temática para além dos seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem o sentido ⁽⁴⁸⁾.

Nos últimos tempos, a humanização do cuidado passou a ser incentivada por meio de políticas públicas como meta para melhorar a qualidade do trabalho, partindo do resgate da cidadania e do valor humano das pessoas envolvidas no processo. Neste sentido, há necessidade do comprometimento de todos os profissionais, que atuam direta e indiretamente na área da saúde para viabilizar esta proposta, os quais, por sua vez, também necessitam de condições de trabalho humanizado.

A enfermagem é vista como uma disciplina científica, como ciência e arte como uma profissão a serviço da humanidade, com compromisso de contribuir para o desenvolvimento das condições de vida e de manutenção saudável, em busca de um existir mais harmonioso para todos os seres ⁽⁴⁹⁾.

Desta forma, a enfermagem, como ciência, tem seu saber teórico científico e também o senso comum, pois identifica a pessoa de forma holística em toda sua dimensão humana. A sua fundamentação científica é buscada principalmente nas ciências naturais, ou seja, na anatomia, fisiologia, microbiologia e patologia ⁽¹⁵⁾.

A equipe de enfermagem tem a necessidade de ser estimulada a estudos e atualizações permanentes, pois a reflexão diária e os aprofundamentos mensais são exigências mínimas para um bom desempenho das ações integradas no cuidado ao paciente, e, ainda, a rotatividade de pacientes requer conhecimentos de relações humanas que se fundamentam na psicologia⁽¹⁵⁾.

Para a autora Rokenback⁽¹⁵⁾, é impossível a enfermagem lutar pelo restabelecimento do paciente se os integrantes da equipe de assistência de enfermagem estão desequilibrados na satisfação de suas necessidades psicossociais.

Entretanto, nossa trajetória de dez anos de trabalho em UTI tem possibilitado vivenciar momentos de intenso estresse e desgaste das pessoas que ali desenvolvem o seu trabalho. As freqüentes solicitações, a complexa tecnologia, a imprevisibilidade, o limite entre a vida e a morte em que um pequeno deslize pode desencadear grave consequência, faz com que as pessoas estejam sempre em extremo alerta.

Enquanto ser humano cuidando do outro em situações graves e de grande sofrimento, o freqüente confronto com a morte leva, muitas vezes, a projeções ao colocar-se no lugar seja do paciente ou dos familiares.

Além disso, nas instituições públicas, onde é locada a maioria das UTIs, nem sempre as condições de trabalho são propícias, não sendo incomuns turnos com quadro de pessoal incompleto, equipamentos sem manutenção adequada e falta de insumos. Acrescenta-se a isso, a necessidade de seguimento de rígidas normas e rotinas e, muitas vezes, com formas de gestão autoritárias e diretivas.

Por isso, a pesquisa que envolve humanização e o trabalho em enfermagem na Unidade Terapia Intensiva, é essencial para gerar a base de conhecimento que fundamenta a prática, além de poder identificar o impacto desta relação humana entre os profissionais que atuam diretamente neste ambiente, ou, em outras palavras, como

os agentes que passam grande parte de seu dia no cenário de uma UTI percebem a humanização de suas condições de trabalho e que propostas eles têm visando a um ambiente de trabalho mais humanizado

Antes de se falar em humanização do paciente, é importante estudar e avaliar a humanização da equipe de enfermagem, ou seja, a humanização de toda a comunidade de funcionários da instituição de saúde ⁽¹⁵⁾.

Essas considerações justificam o nosso interesse em desenvolver uma revisão integrativa sobre a produção científica em humanização e o trabalho de enfermagem em UTI, na literatura brasileira, para interpretação do conhecimento produzido na área e com o propósito de auxiliar no desenvolvimento de futuras investigações.

Sendo assim, estipulamos como questão desta pesquisa: os artigos publicados pela enfermagem brasileira referente à humanização e o trabalho de enfermagem em UTI, estão contribuindo para percepção das condições de trabalho?

2.2 – OBJETIVOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

2.2.1 – Objetivo geral

Sintetizar as contribuições das pesquisas produzidas no âmbito nacional sobre humanização e o trabalho da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

2.2.2 – Objetivo específico:

Caracterizar as publicações segundo: identificação do artigo original (título, autores, ano), características metodológicas do estudo (método utilizado), resultados encontrados (recomendações, considerações finais e conclusões).

2.3 – PROCEDIMENTO METODOLÓGICO DA REVISÃO DA LITERATURA

2.3.1 – Tipo de Estudo e Percurso Metodológico

É certo que a Humanização e a Enfermagem, fazem parte de um cenário que envolve vários sujeitos, ou seja, o assistido e o que assiste. Neste sentido há uma necessidade de incorporação de resultados de pesquisas ou outros embasamentos, no intuito de intervenção nesta prática. Com tais premissas, realizamos uma revisão sistemática da literatura.

A revisão integrativa é uma parte valiosa do processo de criação e organização de um corpo da revisão da literatura; permite construir uma análise ampla e inclusive aborda discussões sobre os métodos e resultados das publicações⁽⁵⁰⁾.

O principal objetivo desta revisão visa fornecer uma síntese dos resultados de pesquisas, identificando as idéias dos especialistas sobre o assunto analisado.

Para a elaboração da presente revisão integrativa adotou-se as seguintes etapas: identificação do tema ou formulação da questão norteadora; amostragem ou busca na literatura dos estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; discussão e interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação dos resultados da revisão integrativa⁽⁵¹⁾.

No intuito de esclarecer a distinção entre revisão de literatura, revisão integrativa e meta-análise, alguns autores^(50,51) afirmam que a “revisão da literatura” é uma apresentação de novos dados ou resultados de pesquisa, de forma não sistematizada, destacando-se somente as informações relevantes para o autor ou que reforçam a teoria em que se baseia o estudo.

Já a “revisão integrativa” da literatura são aqueles estudos analisados em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo ao leitor tirar conclusões sobre o conhecimento existente de determinado tema.

A “meta-análise” amplia a crítica, e as indagações provenientes dela, conduzem a análise estatística secundária dos resultados e de estudos similares, porém nem sempre esta análise é possível devido o número escasso de pesquisas, em determinadas áreas de conhecimento ⁽⁵²⁾.

O critério para a revisão integrativa da literatura deve seguir padrões rigorosos de análise, que incluem: usar métodos para assegurar o alcance dos objetivos; realizar análises minuciosas; examinar a teoria adotada e estabelecer relações com os resultados, métodos, sujeitos e variáveis do estudo, a fim de proporcionar ao leitor informações sobre os estudos revisados, sem focalizar apenas os resultados, apresentando o máximo de informações ⁽⁵⁰⁾.

O método de “revisões integrativas da literatura” deve seguir seis etapas ⁽⁵⁰⁾:

1. selecionar hipóteses ou questões para a revisão;
 - ✓ tópico deve ser instigante e estimular o pesquisador e ser bem definido.
2. selecionar pesquisas que comporão a amostra da análise;
 - ✓ Indicador crítico de como conclusões amplas podem ser generalizadas e que a omissão de procedimentos pode ser a principal ameaça para a validade da revisão. Os critérios de inclusão e exclusão para a seleção das amostras devem ser explicitados.

Portanto, para seleção da amostra podem ser usados o “índice” em base de dados “on line” e listas de referências bibliográficas, bibliotecas-

padrão, como também índices de citação, para orientar a seleção das pesquisas que comporão a amostra.

Ainda algumas perguntas devem ser respondidas para definir a composição da amostra, a saber: o estudo revisado representa o universo de estudos neste assunto? A revisão abrange somente pesquisas publicadas? Quais critérios de inclusão o pesquisador aplica na revisão? Quais as bases/ critérios utilizados para exclusão de estudos? O autor sugere que os estudos revisados devem ser listados de forma a permitir um exame minucioso dos mesmos?

3. representar as características da pesquisa revisada:
 - ✓ A representação das características da pesquisa pode ser feita através de construção de tabelas que permitam apresentar quantidades de dados, facilitando a avaliação sistemática, discussão de achados importantes e conclusões.
4. analisar os achados a partir de critérios de inclusão:
 - ✓ leitura dos estudos e utilizar formulários para coletas de dados.
5. interpretação dos resultados:
 - ✓ promover a discussão dos resultados estabelecendo relações com outras teorias, dando sugestões para futuras pesquisas.
6. comunicar e publicar a revisão;
 - ✓ utilizando os procedimentos adotados, possibilitando, também, a indicação de ameaças que comprometam a validade dos achados.

Desta forma, a revisão integrativa é um método apropriado para explorarmos a humanização e a enfermagem, com intuito de validar os achados, viabilizando um atendimento de qualidade e valorização da subjetividade de si e do outro.

2.3.2 – Seleções das Fontes de Referências e Palavras-Chave

Nesta fase, os critérios de inclusão/exclusão de artigos são estabelecidos e são selecionadas as pesquisas que serão revisadas.

As publicações sobre o assunto, contido em periódicos nacionais indexados, constitui-se no objeto desta análise.

Utilizamos três bases de dados para realização deste levantamento bibliográfico, a saber: Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil. Entretanto nas bases de dados: SCOPUS e CINAHL e no site da CAPES não foram encontrados.

Para o levantamento dos artigos, utilizamos as palavras-chave “humanização”, “enfermagem” e “Unidade Terapia Intensiva”, “trabalho de enfermagem”. Realizamos o agrupamento das palavras chave da seguinte forma; humanização e a enfermagem em UTI, humanização do trabalho de enfermagem.

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados em periódicos nacionais; artigo que envolve humanização, indexados nos bancos de dados da Lilacs, Bdenf, Scielo; artigos publicados a partir de 2000 até 2008, independentes do método de pesquisa utilizados.

2.4 – RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Foram identificados 79 artigos. No entanto, após avaliação e aquisição das cópias e a realização da leitura efetiva dos artigos, foi necessário realizar a exclusão daqueles que mencionavam humanização referente à enfermagem diante do parto, enfermagem na unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal, humanização na saúde da família, na saúde mental, pois o foco deste estudo é UTI adulto. Sendo assim, a amostra final foi composta por 14 artigos científicos produzidos pela enfermagem ou com sua participação, publicados em território nacional.

Entretanto, alguns artigos repetiram-se nas bases de dados Lilacs, Bdenf, Scielo e somente dois artigos citados pela base de dados não foram fisicamente localizados, uma vez que houve uma falha em seu processo de indexação, ou seja, dados insuficientes para busca das informações.

Desenvolveu-se um formulário de coleta de dados, que foi preenchido para cada artigo da amostra final do estudo. O formulário permitiu a obtenção de informações sobre a identificação do artigo e dos autores; características metodológicas do estudo; resultados encontrados, recomendações e conclusões.

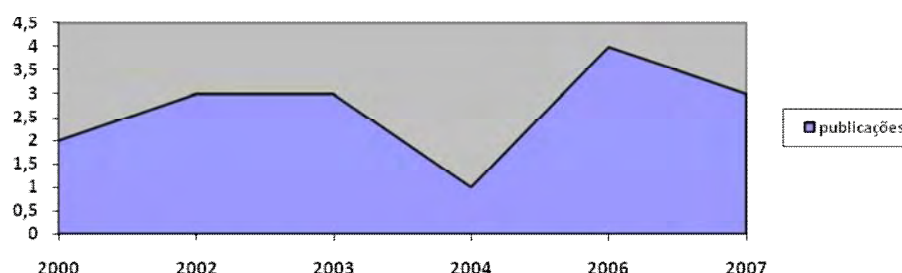
A seguir, apresentar-se-á um panorama geral dos artigos avaliados, por meio de um quadro sinóptico, contendo os dados mais relevantes e pertinentes.

Dentre os artigos incluídos na revisão, dos quatorze artigos analisado totalizaram-se 39 autores. Pode-se dizer que um artigo era constituído por cinco autores; seguido de um outro artigo com quatro autores; seis artigos apresentados eram constituído por três autores; quatro artigos apresentados com dois autores; por fim três artigos com um autor.

Desta forma, no primeiro artigo analisado os autores, através do estudo de reflexão, mencionam o processo de humanização no ambiente hospitalar centrado no trabalhador, o qual visa resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, ou seja, o valor do seu trabalho, em busca das relações que permeiam entre os pacientes, administração e a equipe.

Destaca-se por sua vez uma queda de publicações no ano de 2004 e o aumento de publicações considerando o ano 2006 referente à temática da humanização e o trabalho de enfermagem.

A figura I apresenta a frequência das publicações referente o período de 2000 a 2008.

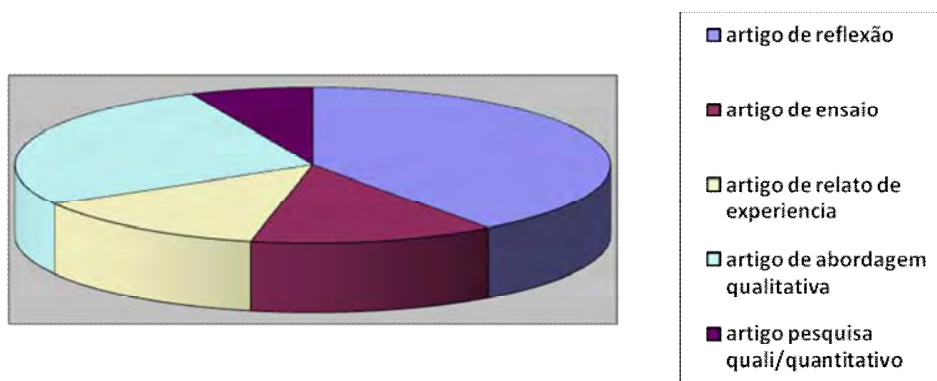


Há que se mencionar que a preocupação de re-organizar o processo de trabalho na busca do resgate da cidadania e reconhecimento do valor do trabalhador inicia-se no ano de 2000, com dois artigos publicados referentes a esse pensar, posteriormente em 2002/2003, os autores visam à busca do significado da vida do ser humano, ou seja, da auto-realização, motivação individual, do resgate da cidadania do sujeito, em 2004 com apenas uma publicação referencia a importância da qualificação do trabalhador, com real necessidade de se identificar como um elemento capaz de agir e pensar, resultando na busca dos seus direitos de cidadãos.

Entretanto, no ano de 2006 a 2007 evidencia-se que cada trabalhador, equipe e instituição visam resgatar o processo singular de humanização, permeiam uma mudança nos padrões de atitudes, comportamentos e valores, esta nova consciência de sensibilização pode ser demorada e exigir empenho conjunto de pacientes, trabalhadores, governo e sociedade.

Constatou-se ainda que dos quatorze artigos identificados os profissionais enfermeiros estão preocupados com a humanização, bem como seu objeto de trabalho é o cuidar, tanto para o paciente bem como para os trabalhadores.

Em relação ao delineamento do estudo, foram assim definidos: artigos de reflexão seis; artigo de ensaio dois; artigos de relato de experiência dois; artigos de pesquisa abordagem qualitativa quatro e um de abordagem quali/quantitativa. Os artigos de reflexão são os de maior incidência, conforme observado na figura II.



Em relação aos periódicos houve uma diversidade nas publicações sendo que dos quatorze artigos relacionados onze foram produzidas por periódicos de enfermagem, porém quatro foram produzidas pela revista O Mundo da Saúde (São Paulo). Portanto, as tabelas 1, 2 e 3 apresentam a síntese dos artigos analisados.

Tabela 01 – Distribuição dos artigos analisados de acordo (caracterização (título, autores, ano), metodologia e considerações finais). Botucatu, 2011.

Título	Autores	Ano	Tipo Estudo	Considerações finais
O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador	Backes DS, Filho WDL, Lunardi VL ⁽⁵³⁾	2006	Artigo de reflexão	Este artigo visa resgatar a humanização no ambiente de trabalho sendo seu foco principal o “trabalhador de enfermagem” ressaltando iniciativas prévias de humanização vivenciada, bem como motivação no trabalho e integração no trabalho em equipe. Desta forma, promove a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, ou seja, o valor do seu trabalho, a busca das relações que permeiam entre os pacientes, administração e a equipe. Que o trabalho seja desenvolvido em um ambiente coletivo mais acolhedor e, desta forma, promova o reconhecimento do trabalhador como sujeito, mediante maior aproximação com a direção institucional, de modo que seja valorizada a dimensão humana e subjetiva dos trabalhadores.
Humanização na Assistência à Saúde	Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. ⁽⁵⁴⁾	2006	Artigo de reflexão	O presente artigo relaciona a comunicação como um fator imprescindível para estabelecer a humanização, assim como, as condições técnicas e materiais, ou seja, é dar lugar à palavra tanto do paciente bem como do trabalhador de saúde, construindo uma rede de diálogo que pense e promova ações singulares de humanização. Para efetivação deste processo é necessário o envolvimento dos trabalhadores de todos os setores, bem como dos gestores, formuladores de políticas públicas, além dos conselhos profissionais e instituições formadoras.
Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada	Dias ⁽⁵⁵⁾ MAA.	2006	Artigo de reflexão	Neste artigo a instituição de saúde tem a responsabilidade demonstrar aos seus trabalhadores de saúde que são valorizados, e que somente por meio da assistência prestada, a partir de cada um deles, que consegue alcançar com sucesso o seu objetivo. Portanto, infere-se que filosofia institucional envolve hospitalidade tanto para o paciente e sua família, bem como para os trabalhadores de enfermagem, pois fica muito difícil oferecer um ambiente humanizado quando os trabalhadores não se sentem satisfeitos com ambiente e o trabalho que realizam.

Humanização do cuidado no ambiente hospitalar	Betinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. (56)	2003	Artigo de reflexão	O presente artigo menciona o processo de humanização nas instituições hospitalares, o qual visa resgatar o significado da vida do ser humano. Neste sentido, resgata princípios éticos, culturais, econômicos, sociais, educacionais, desenvolvimento do aprimoramento e qualificação profissional, durante a formação e na vida profissional no âmbito institucional. Portanto, deve considerar uma atitude humana e a valorização da dimensão humana de cada pessoa no processo de humanização.
Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas	Paganini MC. ⁽¹³⁾	2000	Artigo de reflexão	Visa refletir a prática diária do trabalhador de enfermagem, resgatando objetivos dos trabalhadores pela mudança de comportamento, ou seja, valorização do trabalhador, motivação por meio da alternativa da busca de auto-realização, respeito à individualidade dos membros da equipe, ver de modo holístico. Há necessidade do administrador dos recursos humanos cuidar do cuidador, promover a interação do ser humano, ambiente e cuidado. Portanto, o cuidado humano não se detém apenas na valorização do cuidado em si, mas orienta-se para a interação permanente entre cuidadores e seres cuidados.

Tabela 02 – Síntese do tipo de artigo Relato de Experiência e do Tipo Ensaio. Botucatu, 2011.

Título	Autores	Ano	Tipo do Estudo	Considerações finais
O psicodrama pedagógico: estratégia para humanização das relações do trabalho	Saeki T, Correia AK, Souza MCBM, Zanetti ML. ⁽⁵⁷⁾	2002	Relato de experiência	A partir da vivência dos autores, este estudo procurou promover uma estratégia de reflexão nos trabalhadores sobre seu cotidiano de trabalho envolvendo suas relações com os pacientes, equipe e chefias, e ainda esta abordagem do psicodrama despertou o trabalhador para o compromisso, criação de vínculos e responsabilização com o trabalho, atitudes necessárias para repensar na humanização do atendimento em emergência. Deste modo, ressaltam a importância de implementação de estratégias administrativas e pedagógicas para que o processo por eles vivenciado tenha continuidade.
A (RE) organização do trabalho da enfermagem em UTI, através de uma nova proposta assistencial	Martins JJ, Faria EM. ⁽¹⁶⁾	2000	Relato de experiência	Os autores procuram utilizar-se de um modelo focado na abordagem sócio humanista em que a equipe de enfermagem rompe com sua forma tradicional de trabalho e o enfermeiro estipula as ações de cuidado e os trabalhadores de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliar de saúde e assistente administrativo) são simples executores do cuidado. A enfermagem nesta proposta torna-se medi-

adora do processo de recuperação do sujeito hospitalizado e a sua família. Em contrapartida, estes sujeitos tornam-se os agentes que rompem com a passividade e (re)constroem um novo processo de saúde-doença, só que desta vez, com exercício pleno de sua cidadania. Portanto, quando os trabalhadores, que exercem suas atividades numa instituição de saúde na UTI, pressentem que o trabalho é realizado de forma fragmentada, mecânica e desprovido de emoção e, ainda, que podiam exercê-lo de outro modo, saindo da anomia em que se encontravam, atribuindo outros significados, outros sentidos, vislumbravam maravilhosos a sua importância como cidadãos e membros de uma equipe. Desta forma, o trabalhador de enfermagem buscou por meio da reflexão da sua prática a participação ativa em todo o processo de trabalho.

Humanização e trabalho na enfermagem	Collet N, Rozendo ⁽⁵⁸⁾ CA.	2003	Ensaio	Este ensaio enfatiza que cabe ao trabalhador de enfermagem a reflexão permanente acerca de como se presta a assistência, dos modos, que estabelecemos a relação com os pacientes dos serviços, assim como as reais condições de trabalho no contexto social em que vivemos. Portanto, os desafios de humanização da assistência e das relações de trabalho a serem enfrentados pela profissão implicam na superação da relevância dada à competência técnico-científica em detrimento da humanização, superação dos padrões rotineiros, arraigados, cristalizados de produzir atos em saúde; superação dos modelos convencionais de gestão; superação do corporativismo das diferentes categorias profissionais em prol da interdependência e complementaridade nas ações em saúde; construção da utopia da humanização como um processo coletivo possível de ser alcançado e implementado. E ainda, pode-se dizer que a enfermagem tem discutido mais profundamente esta questão e resgatado em sua prática diária a humanização como um aspecto fundamental do trabalho.
---	---------------------------------------	------	--------	--

<i>Políticas de Saúde e a humanização da assistência</i>	Rizzotto ⁽⁵⁹⁾	MLF.	2002	Ensaio	Este ensaio tem como discussão central o tema humanização e trabalho: razão e sentido na enfermagem e as atuais políticas em nosso país. O autor compreende que a humanização no âmbito da enfermagem, apresenta-se de forma intrínseca ao seu objeto de trabalho – o cuidado, uma vez que este se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência constitui-se em uma atitude humanizadora. Entretanto, isso não garante por si só, que o trabalho da enfermagem, ou da saúde em geral, sejam humanizados. Pois questionamentos a cerca do modelo assistencial ainda arraigada ao modelo hegemônico (“eu sei, você não”, ou do “eu digo, você faz”) centrado na biologia, na medicina e no hospital, desconsidera que o adoecer humano não resulta unicamente de aspectos biológicos. Desta forma, com a reforma sanitária e o movimento popular surge o SUS (Sistema Único de Saúde) que centra em suas metas os princípios e as diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país. Contudo, à distancia entre o projeto humanizador do SUS e a realidade de saúde deste país são imensas. Ao tratar da humanização da assistência, relacionando-a com as políticas de saúde, não dá para caracterizar de outra forma como absolutamente desumana as filas enormes, inúmeras e cotidianas na porta dos serviços de saúde; espera por leito hospitalar e de UTI e, ainda, tem sido retirada e impedida a humanidade para os trabalhadores com sobrecarga de atividades e funções, baixo salários e precárias condições de trabalho, impondo desgaste físico, psicológico e emocional, consomem suas vidas muito mais rápido do que deveriam e do que gostariam. Por fim, permite discutir as conseqüências dessas políticas na assistência à saúde, e aborda a experiência do acolhimento como estratégia de humanização dessa assistência.
--	--------------------------	------	------	--------	---

Tabela 03 – Síntese dos artigos com delineamento pesquisa qualitativa e quali-quantitativa. Botucatu, 2011.

Título	Autores	Ano	Tipo Estudo	Resultados	Considerações Finais
<i>Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: ressignificação de valores e princípios pelos profissionais da saúde.</i>	Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. ⁽⁶⁰⁾	2007	Abordagem qualitativa	Estudo realizado entre outubro e novembro 2005. Participaram do estudo 17 trabalhadores da equipe multiprofissional de uma instituição hospitalar da Região Sul, entrevistados em três grupos. Para a análise comparativa e interpretação dos dados, foi utilizada a metodologia preconizada pela teoria fundamentada nos dados, que resultou na construção de um modelo teórico, que teve como fio condutor “humanizando o cuidado pela valorização do ser humano”	Os dados demonstraram que é possível desenvolver novas competências, capazes de provocar uma ressignificação dos valores e princípios que balizam a humanização, visando o trabalho como realização pessoal/ profissional, aliando competência técnica e humana na prática dos profissionais e vivenciando o cuidado humanizado.
<i>A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem</i>	Beck CLC, Gonzales RMB, Denardini JM, Trindade LL, LauterF L. ⁽⁶¹⁾	2007	Abordagem qualitativa/quantitativa (pesquisa exploratório-descritiva, área humano-social)	Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva e os qualitativos através das etapas operacionais da pré análise, exploração do material e interpretação dos resultados. O grupo foi composto predominantemente por auxiliares de enfermagem (46,7%), do sexo feminino (87,5%), com idade média de 39,8 anos e que trabalham na instituição em média, há 9 anos. Consideram a instituição boa (69,2%) e a recomendariam para terceiros, pois referem prestar cuidado humanizado (92,2%) e voltar à integridade	Cada trabalhador, equipe e instituição deverá ter seu processo singular de humanização, pois, toda mudança de padrões de atitude, comportamento e valores, como são as propostas de humanização da assistência hospitalar, envolve um processo de conscientização e sensibilização, que pode ser demorado e exigir empenho conjunto de pacientes, trabalhadores, governo e sociedade. Desta forma, a humanização hospitalar se dará através da palavra do paciente, trabalhador da saúde, os quais possam fazer parte de uma rede de

				(65,2%), apesar de 65,8% dos trabalhadores de enfermagem referir vontade de reclamar e de 63,6% ter presenciado situações em que o paciente foi mal atendido mais de duas vezes.	diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, a partir, da dignidade ética, da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. Portanto, a humanização do atendimento supõe o encontro entre os sujeitos que compartilham saberes, poder e experiências vividas, implicando em transformações políticas, administrativas e subjetivas, sem esquecer os recursos materiais e do ambiente que devem favorecer esse processo.
A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem	Amestoy SC, Schwartz E, Thofehn MB. ⁽⁶²⁾	2006	Abordagem qualitativa	No ambiente hospitalar a humanização ainda é enfatizada na figura do paciente, evidenciando a pouca atenção ao cuidado e a à humanização do sujeito-trabalhador.	A temática em questão é bastante abordada na literatura, porém, na realidade da prática, como envolve mudança de comportamento somente poderá se efetivar mediante a internalização da proposta de humanização sujeitos-trabalhadores das instituições de saúde.

A Qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida	Neto ZA, Soares CB. (63)	2004	Abordagem qualitativa a partir da história de vida como instrumento de compreensão da realidade	Os resultados são apresentados através das dimensões identificadas na análise das história de vida: a) uma trajetória de exclusão da educação escolar e inclusão no mundo do trabalho desqualificado; b) as motivações e a informalidade dos cursos profissionalizantes; c) o trabalho das atendedoras e as relações decorrentes da divisão social e técnica do trabalho; d) qualificação ação como auxiliar pelo PLE; e) o trabalho e a vida após qualificação.	Este estudo menciona o crescimento das atendedoras, agora auxiliares, em relação à sua integração social, passando a adquirir identidade profissional, humanização do trabalho e da vida, melhorando os padrões de reprodução social que lhes permitem desfrutar de alguma cidadania, de percepção crítica dos processos, da finalidade e do objeto de trabalho
O significado cultural do cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”	Vila VSC, Rossi LA. (18)	2002	Estudo etnográfico no intuito de compreender o significado cultural do cuidado humanizado	Portanto, com a análise dos dados emergiram três categorias que deram sentido ao significado do cuidado humanizado na UTI: 1- cuidado humanizado - amar ao próximo como a si mesmo; 2- cuidado humanizado - não está presente como deveria estar; 3- estresse e sofrimento: é preciso cuidar de quem cuida.	O tema cultural foi o cuidado humanizado, muito falado e pouco vivido. Esse tema mostra a realidade do cuidar em terapia intensiva, envolvendo uma equipe de enfermagem que tem um conceito de humanização sintetizado na expressão: amar ao próximo como a si mesmo, mas que, na prática, não revela esse pensamento tão profundo.

2.5 – DISCUSSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Na síntese de dados dos estudos incluídos na revisão, constatou-se que esses enfocaram cinco tópicos principais, a saber: humanização centrada no trabalhador como satisfação no trabalho; resgate da cidadania do indivíduo no ambiente de trabalho, re-organização no processo de trabalho, política de humanização e o trabalho de enfermagem e a falta de informação sobre a temática humanização.

A humanização centrada no trabalhador, é atribuída pelos autores ^(53,13), como aquele ambiente hospitalar acolhedor, pois permite a reflexão em seu ato cotidiano vivenciado, ou seja, faz com que o trabalhador seja motivado, reconhecido, valorizado e ainda promova a inter-relação e a integração no trabalho em equipe. Sendo assim, a instituição pode instituir em suas políticas de trabalho a valorização do indivíduo em sua dimensão humana e subjetiva.

Neste sentido, a motivação pode ser considerada como o empenho de aumentar ou manter tão alto quanto possível a capacidade de um indivíduo, a fim de que este possa alcançar excelência na execução das atividades das quais dependem o sucesso ou o fracasso da instituição a qual pertence. ⁽¹⁵⁾

Em contrapartida os autores ^(55,13), corroboram em seu estudo de artigo reflexivo que a instituição tem a responsabilidade de demonstrar atos de humanização centrada no trabalhador, haja vista que a filosofia institucional volta-se ao olhar acolhedor e hospitaleiro tanto para o paciente/família, bem como para seus trabalhadores, pois afirmam que é difícil oferecer um ambiente humanizado quando os próprios trabalhadores não se sentem satisfeitos com ambiente e com o trabalho que realizam.

Ainda ao mencionarmos o trabalho de enfermagem em UTI implica em abordar o cuidado humanizado, pois muitas vezes o trabalho neste ambiente é referencia-

do pela sobrecarga imposta pelo cotidiano experienciado, resultando em uma atividade mecanizada e tecnicista, não reflexiva, esquecendo-se de humanizar seu objeto de trabalho que é o cuidar de si e do outro ⁽⁶⁴⁾.

Desta forma, a motivação da equipe de enfermagem não reside só no conforto material e remuneração financeira, mas como outro ser humano, envolve os motivos idealistas como justiça, bondade, cumprimento do dever, honestidade, autocrítica, cooperação, ética e solidariedade ⁽¹⁵⁾.

Outro fator que contribui para construção da humanização e o trabalho de enfermagem e que nos foi evidenciado em nosso estudo é a importância do resgate da cidadania do trabalhador de enfermagem que atua na UTI.

Os autores Betinelli et al, ⁽⁵⁶⁾ reforçam a idéia por meio de um estudo de reflexão a importância do processo de humanização no ambiente de trabalho, ou seja, nas instituições de saúde, no intuito de resgatar a identidade ética, moral, social, cultural, socioeconômica e educacional.

Por outro lado Oliveira et al. ⁽⁵⁴⁾, por meio trabalho reflexivo reforça o pensamento que a humanização está atrelada ao fator de comunicação. Acredita na força da construção da palavra para intermediar as relações no trabalho, pois permite que o paciente/família e o trabalhador, tenham o poder de se expressar e fazer ser ouvido em suas singularidades humanas.

Ainda estabelece que, para efetivar e concretizar esse processo comunicacional entre os atores deste cenário de saúde, tem que promover o envolvimento de todos, acrescidos dos gestores, das políticas públicas, além dos conselhos profissionais e instituições formadoras.

Pode-se dizer que a enfermagem busca a meta de zelar pelo bem estar e pelo estar melhor em um encontro intencionado onde possa existir um chamado e uma resposta também intencional como espécie de diálogo vivido ⁽⁶⁵⁾.

Vale ressaltar que a enfermagem quando reflete sobre sua pratica é capaz de encontrar atributos atribuindo novos significados, outros sentidos, vislumbrando a maravilha da sua importância como cidadãos e membros de uma equipe ⁽¹⁶⁾.

Desta forma a qualificação profissional, pode ser um instrumento que resgate a identidade profissional, bem como a humanização no trabalho e na vida, resultando na reprodução social que lhes permitem desfrutar da cidadania e de percepção crítica dos processos, da finalidade e do objeto de trabalho ⁽⁶³⁾.

O trabalho da enfermagem busca a refletir uma nova estratégia para re-organizar seu processo de trabalho seja ele na UTI ou em outros setores da instituição.

A partir da vivência optou-se por desenvolver estratégias administrativas e pedagógicas, para modificar e refletir o trabalho de enfermagem em sua atividade cotidiana, os quais visam relacionar suas relações, com o paciente/família, chefias, e ainda esta estratégia despertou na enfermagem o compromisso, criação de vínculos e responsabilidade com o trabalho, atitudes transformadoras capazes de repensar a humanização do atendimento crítico ⁽⁵⁷⁾.

Os autores Martins e Faria ⁽¹⁶⁾, mencionam que a enfermagem precisa romper com a sua forma tradicional de trabalho, na qual os enfermeiros estipulam as ações de cuidado e a equipe de enfermagem são meros executores do cuidado.

Estes autores, em estudo para a re-organização do trabalho da enfermagem na UTI, referem que a enfermagem se torna mediadora do processo de recuperação do

paciente/família, pois os agentes rompem com a passividade e (re) constroem um novo processo de saúde-doença promovendo o direito de todos.

Ao referenciarmos a política de humanização e o trabalho da enfermagem os autores, por meio da discussão desta temática, refletem a prática diária do trabalhador em busca da humanização.

Neste sentido, Collet e Rozendo⁽⁵⁸⁾, enfatizam que o trabalhador de enfermagem tem que refletir sobre seu objeto de trabalho o cuidar e as relações com paciente/família, bem como com as reais condições de seu trabalho.

Acreditam que para superar as reais condições de trabalho vivenciadas, bem como as relações com o paciente/família, os trabalhadores de enfermagem têm que superar os desafios enfrentados pela profissão, tais como: superação dos padrões rotineiros, arraigados, cristalizados de produzir atos em saúde; superação dos modelos convencionais de gestão (centralizadora, hierarquizada), do corporativismo das diferentes categorias profissionais em prol da interdependência e complementaridade nas ações em saúde; construção da utopia da humanização como um processo coletivo possível de ser alcançado e implementado.

Enfim, acrescentam ainda que a enfermagem tenha resgatado em sua prática diária a humanização como um aspecto fundamental de seu trabalho, entretanto é a enfermagem em suas várias dimensões que vê na humanização a razão e o sentido do seu trabalho.

O ambiente de trabalho da enfermagem é tão hostil quanto é hostil a situação de vida que leva a maioria da população brasileira, ou seja, não é o uniforme branco, que de repente muda o cidadão comum em um super-homem livre de emoções, estresse e problemas da vida diária. ⁽¹⁵⁾ O próprio desenvolvimento da enfermagem

como profissão, muitas vezes é retardado pelas condições adversas em que atua a equipe de enfermagem.

Segundo Silício e Gaiva⁽⁶⁴⁾, os enfermeiros ao mencionarem a humanização no cotidiano de trabalho em UTI, referem como um trabalho estressante, cansativo e desgastante, não só pela sobrecarga de trabalho, mas pela complexidades dos cuidados que requerem esses pacientes.

Nesse sentido, Rizzoto⁽⁵⁹⁾, levanta a discussão por meio de um estudo em forma de ensaio, a humanização e o trabalho: razão e sentido na enfermagem, com as atuais políticas do nosso país.

Este autor compreende que a enfermagem apresenta-se de modo extrínseco ao seu objeto de trabalho que é o cuidado, uma vez que este se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja ação se constitui em uma atitude humanizadora.

Entretanto, refere que isso não garante que o trabalho de enfermagem, resulte em trabalho humanizado, pois ainda preza o modelo hegemônico (do “eu digo-você faz”), centrado ainda na biologia, medicina e na instituição⁽⁵⁹⁾.

Sendo que a distancia entre o projeto humanizador do SUS, e a realidade de saúde é imensa, pois há que se mencionar a relação com as políticas de saúde, caracterizando como desumana as imensas, inúmeras e cotidianas filas nas portas dos serviços de saúde, espera por leito hospitalar e de UTI, e ainda tem sido retirada e impedida à humanização para os profissionais, por meio da sobrecarga de trabalho, baixos salários e precárias condições de trabalho, resultando em desgaste físico, psicológico e emocional, que consomem as suas vidas.

Portanto, os autores^(60,61,62) consideram que o profissional de enfermagem deverá ter seu processo singular de humanização, pois a humanização implica mudança de padrões de atitudes, comportamentos e valores, envolvendo um processo

de conscientização e sensibilização, que pode ser demorado e exigir empenho conjunto de pacientes, trabalhadores de enfermagem, governo e sociedade.

Ainda Backes, et al ⁽⁶⁰⁾, adotaram um modelo teórico, que envolver a humanização do cuidado pela valorização do ser humano: re-significado de valores e princípios pelos profissionais de saúde, ou seja, visam o trabalho como um ato de realização pessoal/profissional e humano, desta forma vivenciam o cuidado humanizado.

De acordo com Vila e Rossi⁽¹⁸⁾ em estudo etnográfico, com intuito de compreender o significado cultural do cuidado humanizado, três temas relevantes emergiram os quais deram sentido ao significado do cuidado humanizado na UTI: cuidado humanizado - amar ao próximo como a si mesmo; cuidado humanizado – não está presente como deveria estar; estresse e sofrimento: é preciso cuidar de quem cuida.

Neste sentido, o estudo revelou que o significado cultural foi o cuidado humanizado, muito falado e pouco vivido. Os autores traduzem a realidade do cuidar em terapia intensiva, o qual menciona que a equipe de enfermagem tem um conceito de humanização sintetizado na expressão: amar ao próximo como a si mesmo, mas que, na sua prática diária, esta reflexão não se aplica.

De acordo com Salicio e Gaiva⁽⁶⁴⁾, a partir dos discursos dos sujeitos em estudo de abordagem qualitativa, a realidade do cotidiano das UTIs está longe de oferecer uma assistência humanizada, devido a ausência de uma filosofia assistencial nas instituições e falta de comprometimento das equipes de saúde.

Salientamos ainda que a expressão “cuidado humanizado” tem sido uma tradução para a desumanização, tanto do profissional da enfermagem para com o paciente, como da instituição para com o profissional, sendo assim esse termo tem sido usado sem a compreensão plena de seu significado ⁽⁶⁶⁾.

As características da personalidade de cada integrante da equipe de enfermagem são traduzidas por meio da execução das técnicas e conjunto das ações desenvolvidas na rotina diária de uma unidade, pois todo ambiente, ar, luz, higiene, solidariedade, silêncio, harmonia são determinados pelo maior ou menor grau de conhecimento e integração da equipe de trabalho ⁽¹⁵⁾.

Cada profissional tem uma expectativa sob sua profissão, para muitos o trabalho é o dever a ser cumprido para dar o direito ao salário, para outro, é também o caminho para a satisfação pessoal, a superação de desafios, o prazer de ser alguém que a faz diferença na vida dos outros e na própria vida ⁽⁶⁷⁾.

Desta forma a humanização só terá assegurado seu lugar na relação do profissional com o paciente quando se mostrar indispensável aos bons resultados que o trabalhador deseja de si mesmo em seu trabalho ⁽⁶⁷⁾.

Portanto, a humanização é um processo que envolve todos os membros da equipe de UTI, e a responsabilidade se estende as intervenções tecnológicas, farmacológicas focalizadas no paciente, incluindo o cuidar de forma holística do paciente englobando seu contexto familiar e social, preservação da integridade como ser humano, promovendo a singularidade de cada um, considerando-o como um todo, ou seja, bio-psico-sócio-espiritual ⁽¹⁰⁾.

Pode-se dizer que os princípios humanitários do exercício da medicina pregados por Hipócrates são revividos na união da ciência ao humanismo, ou seja, um conjunto de medidas que envolvem: o ambiente físico, o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde. Contudo é fundamental no processo de humanização entender a equipe de maneira interdisciplinar, atuando e potencializando as ações entre si e respeitando o potencial de cada um ⁽¹⁰⁾.

Ainda o conceito de humanização pode ser traduzido como a busca incessante do conforto físico e psíquico e espiritual do paciente/família e equipe, algumas particularidades do ambiente de UTI, como: a ausência de acesso a luz do dia, o alto índice de ruídos, o grande número de equipamentos, precisam ser revistas e carece de cuidados, pois vão de encontro com a qualidade ⁽¹⁰⁾.

2.6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

De modo geral, a análise das publicações observou que os enfermeiros brasileiros, ao que se refere à temática de Humanização e o trabalho de Enfermagem na UTI, buscam sempre a reflexão sobre sua prática visando à satisfação no trabalho, resgate da cidadania e o reconhecimento como ser humano.

Pois, humanização é o ato ou efeito de humanizar. Humanizar é tornar humano, dar condição humana a, humanar. Portanto, 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, dando ao paciente o tratamento que ele merece como pessoa humana, dentro das condições peculiares que cada um se encontra no momento de sua internação ⁽¹⁰⁾.

Neste sentido, podemos observar nos estudos que os trabalhadores buscam compreender o significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito da sua própria história.

Pode-se pensar que ainda envolve questões amplas que vão desde operacionalização de um projeto político de saúde e revisão das práticas às relações interpessoais e o cenário.

Assim, é necessário compreender a humanização como temática complexa que permeia o fazer de distintos sujeitos, não perdendo de vista a reflexão sobre as relações com o “eu” e o “outro” em um ambiente gerador de estresse.

Vale ressaltar que o profissional precisa desenvolver-se enquanto ser humano, no sentido de humanização, da humanidade e ter senso crítico que possa auxiliá-lo

em suas ações, no sentido de desenvolver a solidariedade consigo e com outro, é preciso auto cuidar-se.

Ainda desenvolver-se qualificarem-se não só como técnicos, mas como pessoas que se comunicam, se relacionam por meio da empatia com os pacientes.

Portanto, as instituições devem desenvolver um olhar acolhedor com vistas a motivação e satisfação no trabalho. Sendo assim devem inserir em sua gestão, a participação ativa do trabalhador, fazendo valer sua voz, identificá-lo como cidadão ativo que necessita de ser assistido e acolhido, permitindo assim o desenvolvimento profissional e apoio psicoemocional.

Neste sentido a enfermagem precisa refletir sobre seu objeto de trabalho que é o cuidado voltado para si e para o outro, como algo indissociável e incapaz de se diluir pelo risco situacional impostos ainda por gestões centralizadoras e hierarquizadas.

Mais estudos necessitam ser elaborados com vista no resgate humano do trabalhador de enfermagem, para que não nos esqueçamos que o trabalhador de enfermagem é gente que cuida de gente ⁽¹⁵⁾.



Capítulo III
Região de Inquérito

A literatura sobre a temática é extensa e enfoca aspectos fundamentais do cuidado em UTI, porém me instigam a investigar em meu contexto de trabalho como os trabalhadores da UTI, que atuam diretamente neste ambiente e, portanto, passam nele grande parte do seu tempo, percebem a humanização no seu ambiente de trabalho.

A finalidade desta pesquisa é contribuir para a construção de uma proposta e estratégias de intervenção para um ambiente humanizado com vistas à assistência de enfermagem com impacto para os usuários, trabalhadores e gestores da Instituição de saúde alvo da pesquisa.

Portanto, o objetivo deste estudo é:

. Compreender a percepção dos trabalhadores de enfermagem que atuam em UTI a respeito da humanização no ambiente de trabalho.



Capítulo IV
Trajetória Metodológica

4.1 – TIPO DO ESTUDO

Devido à natureza da inquietação e considerando o ser humano como foco principal deste estudo, optou-se por uma metodologia que viabiliza os aspectos subjetivos e suas relações com o mundo e com o trabalho ⁽⁶⁸⁾.

A pesquisa qualitativa visa trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. Ainda permite desvelar processos sociais pouco conhecidos referente a grupos particulares, propicia construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação ^(68,20).

A pesquisa qualitativa se distingue por cinco características peculiares: o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave; as pesquisas são descritivas; há preocupação com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; analisa os dados indutivamente e o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa. Desta forma, foi escolhida a pesquisa qualitativa, por meio do método fenomenológico.

De acordo com o filósofo Merleau-Ponty, a Fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir a essência da percepção e da consciência ^(69,21).

Este método fenomenológico compreende três momentos: a descrição, a redução e a compreensão e, neste estudo, elas assim se caracterizam:

- A descrição possui três elementos: a percepção, a consciência e o sujeito.

Neste momento, são coletados os depoimentos dos sujeitos do estudo, por meio da

sua percepção do significado produzido pela consciência sobre a humanização das condições de trabalho em uma UTI, cenário do estudo.

- A redução ocorre a partir dos depoimentos coletados e transcritos, por meio da reflexão das falas e seleção das descrições consideradas essenciais. Desta forma, no estudo, os depoimentos são transcritos na íntegra e, pela reflexão, realiza-se a redução considerando-se as Unidades de Significados e a sua essência.

- A compreensão revela a essência dos sujeitos. A interpretação dos depoimentos dos sujeitos do estudo resgata as Unidades Significativas para desvelar a essência dos sujeitos.

Assim, a Fenomenologia do filósofo Merleau-Ponty será adequada para compreender a percepção dos trabalhadores quanto à humanização das condições de trabalho de uma UTI.

A análise dos dados será realizada por meio do quadro teórico: UTI, Humanização e Enfermagem.

4.2 – CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma das Unidades de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital de Ensino. Tal instituição conta com quatro unidades assistenciais, que funcionam em prédios distintos, mantêm estrutura organizacional única e se completam nos diferentes setores terapêuticos e de diagnóstico. Além disso, conta com Curso de Graduação em Medicina e Enfermagem e Programa de Residência Médica em diversas especialidades. Devido a estes recursos, tal instituição serve como ponto de referência para toda a região, sendo mantida atualmente pelo poder público estadual.

O Hospital de Ensino, local de nosso estudo, oferece assistência médico hospitalar e está integrado ao Sistema Único de Saúde, por meio de convênio com a Secretaria da Saúde do Estado. Sua proposta é oferecer assistência a pacientes com patologias complexas, envolvendo procedimentos de alta tecnologia.

Sua estrutura é composta por diferentes unidades de internação e ambulatorial, representativas das especialidades médicas, e por serviços de apoio na área de radioterapia, quimioterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, radiologia, terapia ocupacional, psicologia hospitalar, nutrição e dietética e serviço social. Possui também convênio com os Institutos Adolfo Lutz e Fleury, com uma cota mensal para exames específicos, e com São Paulo Interior Transplantes (SPIT), todos eles localizados em São Paulo/SP, compondo a lista de espera para pacientes que aguardam transplantes.

Apresenta um número total 115 leitos, distribuídos nas diferentes especialidades e ocupados de acordo com a prioridade e gravidade do caso, uma vez que a demanda é extremamente maior do que a capacidade de internação.

O referido hospital conta com duas UTIs, “A” e “B”, num total de vinte e quatro leitos, sendo doze leitos cada uma. A média de ocupação é de 100%, segundo o livro de registro da unidade. Os casos são clínicos e cirúrgicos, para situações agudas e/ou graves de adultos, sendo que o politrauma e os agravos cardíacos são as morbidades predominantes.

O cenário do estudo, a UTI “B”, conta, atualmente, com a atuação direta de vinte e seis profissionais de enfermagem, distribuídos nos três turnos, sendo vinte e um auxiliares de enfermagem, cinco enfermeiros, um médico no período da manhã e um médico no período da tarde. O período noturno conta com médicos plantonistas.

Os sujeitos da pesquisa são os trabalhadores de enfermagem. A escolha da UTI “B” deu-se em função de não ser o campo de trabalho da pesquisadora, evitando-se, assim, possíveis interferências pelo fato de ela atuar como responsável de plantão na UTI A.

4.3 – COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada não diretiva, audio-gravada. A entrevista é “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações da parte do outro, o entrevistado”^(70:86). A intencionalidade da entrevista semiestruturada, assim como a pesquisa aberta, é captar o que está além das aparências, da superfície da comunicação, e atingir níveis profundos e reveladores dos significados do objeto de estudo, no recorte proposto pelo pesquisador⁽⁶⁸⁾.

A técnica da entrevista está fundamentada na exploração de questões definidas previamente pelo pesquisador, combinadas com a presença de dados produzidos no processo de investigação e, particularmente, no próprio momento da entrevista.

A entrevista não diretiva busca a compreensão de si e aceitação; a orientação não-diretiva é consequência de um processo no qual o indivíduo entra em comunicação consigo mesmo⁽⁷¹⁾.

Considerando o objetivo proposto, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:

- 1- O que você entende por humanização das condições de trabalho da equipe de enfermagem que atua em UTI?
- 2- Como você percebe as condições de humanização que a Instituição propõe para equipe de enfermagem no seu ambiente de trabalho?
- 3- Quais as suas sugestões para tornar o seu ambiente de trabalho mais humanizado?

Os sujeitos foram 25 trabalhadores de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) selecionados a partir de uma amostra não probabilística

por conveniência, que qualificou a análise não recaindo na repetitividade de idéias⁽⁶⁸⁾.

Para efetuar a análise dos dados obtidos, foram utilizados os procedimentos da estrutura do fenômeno situado preconizados por Martins⁽⁷²⁾:

- a) leitura atenta dos depoimentos;
- b) resgate das unidades significativas e a expressão destas unidades, tematizando e interpretando os discursos, visando convergências, divergências e idiossincrasias;
- c) realização da síntese para conhecer a estrutura do fenômeno, percepção dos trabalhadores da enfermagem de uma UTI adultos acerca da humanização do trabalho, visando a sua compreensão.

4.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando o que preconiza a Resolução 196/96, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras, que trata de pesquisa com seres humanos, os trabalhadores de enfermagem foram esclarecidos sobre a finalidade da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato da sua pessoa e do direito que eles tinham de participar —ou não— da mesma. As entrevistas foram áudio-gravadas por meio de um aparelho MP4 da marca MID e, após a transcrição, foram destruídas.

Após este procedimento, foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa científica (Anexo 1)

Vale ressaltar que o projeto da presente pesquisa foi submetido e avaliado pelo Comitê de Ética (CEP), da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), número do protocolo: 118/08, na data de 12.05.2008. (Anexo 2)



Capítulo V
Construção dos Resultados

5.1 – ANÁLISE IDIOGRÁFICA

Os resultados do estudo foram construídos segundo o referencial da estrutura do fenômeno situado em duas análises

A análise idiográfica é a análise de cada depoimento, buscando a compreensão individual.

A análise nomotética, realizada em um segundo momento, após a análise idiográfica, é aquela análise da generalidade de todas as entrevistas para estruturação dos fenômenos

Neste momento apresentar-se-á a análise idiográfica, para exemplificar a forma do processamento da análise.

DEPOIMENTO I

- 1- **O que você entende por humanização das condições de trabalho da equipe de enfermagem que atua na UTI? 2 – Como você percebe as condições de humanização que a Instituição propõe para equipe de enfermagem no seu ambiente de trabalho? 3-Quais as suas sugestões para tornar seu ambiente mais humanizado?**
- 2- *Como¹ Humanização eu entendo uma forma de trabalhar não só o emocional ou nem só uma conduta do funcionário, mas uma forma de trabalhar, assistir o funcionário como ser biopsicossocial (DI,1) é isso eu acho que é isso.*
- 3- *Eu acho assim que é....., Para que o funcionário possa se sentir seguro de forma confortável. A organização do local é muito importante. A organização de todo o trabalho e de toda a rotina e de toda forma de mudança por*

¹ - A linguagem utilizada pelos entrevistados nem sempre é a padrão. Para não cansar o leitor com diversos “sic”, informamos que percebemos a linguagem informal, mas transcrevemos as falas sem correções.

exemplo,(DI,2) você fica um tempo cuidando de um paciente em um determinado leito sempre num determinado local, às vezes este espaço fica um pouco isolado ou fica mais ao fundo, então talvez o funcionário que esteja ali no fundo se sinta um pouco só(DI,3). e a rotina de mudar, mudança funcionário daquele local, então só dele mudar de leito, mesmo que o espaço seja pequeno, isso já muda um pouco diminui o stresse.O funcionário fica mais atencioso porque é um lugar diferente, um local com paciente diferente, então vai mudar o tratamento independente daquilo que o paciente está apresentando, isso faz com que o funcionário mude um pouco o pensamento, (DI,4) porque a mesma rotina todo dia é muito estressante tanto para o paciente e inclusive para o funcionário.

- 4- Eu acho.... que esta instituição tem assistido a gente assim.....É um ponto positivo eu acho positivo esta mudança de leito, eu acho positivo também quanto ao horário do funcionário, ter um horário de descanso, é que está acontecendo com a gente. Esse horário de descanso,faz com que a gente édesligue um pouco daquele momento de estresse, e de atenção dobrada, descanse a mente um pouco, a hora que você volta, você percebe que você está um pouco mais atento, mais relaxado preocupado e começa a ver outras coisas que talvez anteriormente a esse horário de descanso, você não conseguiria enxergar pela correria do trabalho, então acho que esse fator do horário de descanso é um fator que colabore muito para humanização do trabalho do funcionário e valeaumenta o interesse do funcionário, o ânimo do funcionário que trabalha ,que ele sabe...que ele está sendo assistido não só como um número mas como uma pessoa, como ser...(DI,5).é isso.

5- Eu acho que é muito importante uma interação bem ativa da equipe. A equipe ela tem que ter um momento de interação, conversação, de diálogo e de reunião, isso faz com que a equipe pense mais, nas suas ações pelo funcionário, pense mais nos seus modos de agir(DI,6) e ...assim nestas reuniões quando a gente conversa aquilo que está incomodando a gente, e só de você estar conversando e de você tá falando isso ajuda expor talvez aquilo, que te incomoda e aí você vai ver que não é só você que está sentindo aquilo, é uma coisa que outras pessoas também está sentindo e tem solução, às vezes uma idéia de alguém naquele momento resolve aquela dúvida ou aquele ponto que você tá sentindo, então eu acho assim, que equipe já tem essas reuniões mas que deveria ser mais rotineiras embora a Instituição já estabeleçam e a equipe de chefia promova isso pra gente.... Mas com maior frequência um pouco faz com que a gente se sentisse mais à vontade no ambiente de trabalho ... importante para o funcionário também, ele ser ouvido(DI,7) ter uma proximidade maior com as chefias de escalão maior, porque a gente sente assim.....vontade de ter contato com eles, saber qual a idéia deles. E essa proximidade com a gente faz com que funcionário se sinta mais seguro e aberto porque muitas vezes o funcionário com receio, ele não se abre, não fala novas idéias. Ele tendo essa maior disponibilidade ou contato com pessoas que tem certo poder de autoridade acima, mas se torna um pouco mais distante devido o horário que não bate o turno, mas é importante para equipe. A equipe se sente muito satisfeita com a presença, mais próxima deles. (DI,8) Também seria uma sugestão né....Eu acho que a liberdade que si tem né...., embora a gente já tenha essa liberdade de trabalhar e de se expressar, eu acho que já tá sendo trabalhado mas nada impede que seja um pouco acen-

tuada (DI,9) porque tudo isso tende a melhorar a qualidade não só da assistência do paciente, porque ao mesmo tempo que você melhora o emocional do funcionário, melhora esse caráter, esse trabalho do funcionário com certeza vai repercutir no paciente e aí sua assistência vai ser qualificada e aí vai engrenar junto com a organização, com a sistematização do serviço de enfermagem (DI,10) é isso.

REDUÇÃO

Unidade de significado	Redução
1...humanizar...forma de trabalhar não só o emocional...nem só uma conduta do funcionário, mas assistir o funcionário como ser biopsicossocial. 2....Para que o funcionário possa se sentir seguro de forma confortável, a organização do local é muito importante, a organização do trabalho e de toda rotina por exemplo; você fica um tempo cuidando de um paciente em um determinado leito sempre em um determinado local as vezes, este espaço fica um pouco isolado ou mais distante o funcionário que está ali no fundo se sintam só. (...) Então só dele mudar de leito mesmo espaço sendo pequeno isso já muda um pouco, diminuindo estresse(...) 3. ...Você fica um tempo cuidando de um paciente em um determinado leito sempre no mesmo local as vezes este espaço pequeno fica um pouco isolado ou fica mais no fundo então talvez o funcionário que fique ali no fundo se sintam só(...)porque a mesma rotina todo dia é muito stressante tanto paciente e bem como para funcionário. 4. Rotina mudar (...) mudança de girar de leito é importante para nós, porque diminui a carga ou a pressão do funcionário naquele local, (...) O funcionário fica mais atencioso porque é um local diferente, um outro paciente, mudando o tratamento, pois dependendo do que o paciente esteja apresentando faz com que o funcionário modifique seu pensamento... 5.Eu acho que a Instituição tem assistido a gente assim (.....)	1.O sujeito refere que humanizar é uma forma de trabalhar que considera aspectos emocionais, da conduta e do biopsicossocial de cada um (DI,1) 2.Refere que para se sentir seguro e confortável, a organização local de trabalho e o estabelecimento de rotinas é importante. Exemplifica que o fato de mudar de leito já altera a rotina e diminui o estresse (DI,2) 3.O sujeito refere que rotinas diárias e repetitivas num determinado local isolado e distante acarretam estresse tanto no paciente bem como no funcionário, fazendo com que se sintam só.(DI,3) 4.Relata que o ato de mudar de leito diminui a carga e a pressão naquele leito e local, tornando-o mais atencioso diante do tratamento para aquele indivíduo possibilitando uma mudança no seu pensamento (DI,4) 5.O sujeito relata que os aspectos positivos da possibilidade de mudar de leito e do horário de descanso permite reduzir o estresse pelo descanso da mente e diminui a atenção no trabalho. O retorno ao trabalho após este período possibilita maior atenção ao cuidado colaborando para humanização do trabalho, aumentando o interesse e o ânimo sendo considerado como pessoa e não apenas um número. (DI,5) 6. Retrata a importância da interação da equipe visando ao diálogo como eixo norteador para refletir nas ações de enfermagem. (DI,6) 7. Retrata que reuniões permitem o diálogo e a expressão de assuntos que incomodam e conside-

Um ponto positivo é essa mudança de leito e também o horário de descanso do funcionário. Esse horário de descanso faz com que nós desligamos daquele momento de estresse e da atenção dobrada e descanse a mente, pois quando voltamos percebe-se que estamos mais atentos, mais relaxados, observando outras coisas que talvez anteriormente ao horário não observássemos devido à correria do trabalho, então esse horário de descanso é um fator que colabore para a humanização do trabalho do funcionário, aumentando o interesse, o animo do funcionário, porque ele passa a não ser mais só um número, mas, uma pessoa, um ser.... 6.É muito importante uma interação bem ativa da equipe, pois, a equipe precisa ter um momento de interação, de conversa, diálogo, reunião, isso faz com que a equipe reflita nas suas ações e no seu modo de agir... 7. Nessas reuniões quando conversamos aquilo que esta nos incomodando, a gente..... só de você falar o que está incomodando e, ver que não é, somente você, que está sentindo aquilo, mas sim, algo de todos e que tem solução, que a idéia de outra pessoa resolve aquela dúvida e o que você está sentindo. A equipe já tem reuniões, mas, elas deveriam ser rotineiras Embora a instituição estabeleça e a chefia imediata já promova isso pra gente, mas com maior frequência faria a gente, se sentir mais a vontade no ambiente de trabalho É importante para o funcionário ser ouvido. 8. Ter uma proximidade maior com as chefias (diretoria), faz com gente se sinta mais a vontade de ter contato com eles e conhecer qual é a idéia deles. Essa proximidade com a gente faz com que o funcionário se sinta, mais seguro e aberto. Ele tendo essa maior disponibilidade, ou o contato com pessoas que tem um certo poder de autoridade acima, mas se torna um pouco mais distante, devido horário que não bate o turno, mais é importante para equipe. A equipe se sente muito satisfeita com a presença, mais próxima deles 9.Também seria uma sugestão né (...) Eu acho que a liberdade que se tem (...) embora a gente já tenha essa liberdade de trabalhar a liberdade de se expressar. Eu acho que já sendo trabalhado, mas, nada impede que seja um pouco acentuada. 10.Porque tudo isso tem melhorar a qualidade não só da assistência do paciente. Porque, ao	ram que não é uma opinião isolada e que existe solução para os problemas identificados. O sujeito afirma que as reuniões porém deveriam ser rotineiras, embora a Instituição, por meio da chefia imediata, promova as reuniões com maior frequência possibilitaria sentir-se à vontade no seu ambiente de trabalho pois é importante ser ouvido. (DI,7) 8.Refere que proximidade com diretores faz com funcionários sintam-se mais à vontade, seguros e abertos. Essa disponibilidade e contato com as pessoas com poder e autoridade, mesmo que os turnos sejam diferentes, a equipe se sente satisfeita pela presença e proximidade dos superiores.(DI,8) 9.Sugere que a liberdade de trabalhar e de se expressar possa ser mais acentuada. (DI,9) 10.Refere que os aspectos mencionados possibilitam a melhoria da qualidade não apenas da assistência mas também do aspecto emocional dos trabalhadores que repercutem na assistência ao paciente e promovem a organizar e sistematizar o serviço de enfermagem. (DI,10)
--	--

mesmo tempo, que você melhora o emocional do funcionário, melhora esse caráter. Esse trabalho do funcionário com certeza vai repercutir no paciente ai sua assistência vai ser qualificada. Ai vai engrenar junto com a organização e a sistematização do serviço de enfermagem...	
--	--

COMPREENSÃO

Compreensão/Redução	Tematização
1.O sujeito refere que humanizar é uma forma de trabalhar, considera aspectos emocionais, da conduta e do biopsicossocial de cada um. 2. Refere que para se sentir seguro e confortável, organização local de trabalho e o estabelecimento de rotinas é importante. Exemplifica que o fato de mudar de leito já altera a rotina e diminui o estresse 3.O sujeito refere que rotinas diárias e, repetitivas num determinado local isolado e distante, acarretam estresse tanto no paciente, bem como no funcionário, fazendo com que ele se sintam só.(DI,3) 4.Relata que o ato de mudar de leito diminui a carga e a pressão naquele leito e local, tornando-o mais atencioso diante do tratamento para aquele indivíduo possibilitando uma mudança no seu pensamento. (DI,4) 5.O sujeito relata que os aspectos positivo da possibilidade de mudar de leito e do horário de descanso, permite reduzir o estresse pelo descanso da mente e diminui a atenção ao trabalho. O retorno ao trabalho após este período possibilita maior atenção ao cuidado colaborando para humanização do trabalho, aumentando o interesse e o ânimo sendo considerado como pessoa e não apenas um número. (DI,5) 6.Retrata a importância da interação da equipe, visando o diálogo como eixo norteador para refletir nas ações de enfermagem. (DI,6) 7. Retrata que reuniões permitem o diálogo e a expressão de assuntos que incomodam e, consideram que não é uma opinião isolada, mas que existe solução para os problemas identificados. Sujeito afirma, que as reuniões porém deveriam ser rotineiras, embora a instituição, por meio, da chefia imediata promova as reuniões com maior frequência possibilitaria sentir-se a vontade no seu ambiente de trabalho pois é importante ser ouvido. (DI,7)	CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO. Humanizar considera aspectos emocionais, ações e principalmente a pessoa como ser biopsicossocial (DI,1) 2- ORGANIZAÇÃO AMBIENCIAL NO TRABALHO Organização do local e estabelecimento de rotinas, exemplo como rodiziar de leitos; reflete em sentimento de segurança, conforto e atenção, provocando mudança no seu pensamento, pois, rotinas diárias repetitivas de um local isolado acarretam estresse tanto no paciente bem como no funcionário. O ato de mudar de leito diminui o estresse, a carga e a pressão naquele local e altera a rotina. O ato de realizar o horário de descanso também diminui o estresse, pois ocorre o descanso da mente e diminui atenção no trabalho. O retorno possibilita atenção dobrada, aumenta o interesse e o ânimo. Desta forma, o indivíduo passa ser visto como pessoa e não mais como um número. (DI,2,3,4,5) TRABALHO EM EQUIPE O trabalho em equipe possibilita dialogar e interagir, sendo estes norteadores da ação de enfermagem. (DI,6) COMUNICAÇÃO A importância da comunicação em reuniões rotineiras, na qual permita o trabalhador ser ouvido, dialogar e expressar assuntos que incomodam, não sendo uma opinião isolada e, que existe solução para os problemas identificados, possibilitaria o indivíduo sentir-se a vontade no ambiente de trabalho. Permitindo a liberdade de trabalhar e de se expressar. (DI,7;9)

8. Refere que proximidade com diretores faz com funcionários sintam-se mais a vontade, seguro e aberto. Essa disponibilidade de contato com as pessoas com poder e autoridade, mesmo que em turnos diferentes, a equipe sentiria satisfeita pela presença e proximidades dos superiores. (DI,8) 9. Sugere que a liberdade de trabalhar e de se expressar possa ser mais acentuada (DI,9) 10. Refere que os aspectos mencionados possibilitariam a melhoria da qualidade não apenas da assistência, mas também, do aspecto emocional dos trabalhadores, que repercute na assistência ao paciente, bem como na organização e sistematização do serviço de enfermagem (DI,10)	HIERARQUIA E CIDADANIA O contato com hierarquia faz com que os trabalhadores sintam-se mais seguros, abertos e a vontade. Promovendo a satisfação da equipe pelo fato do contato com a hierarquia superior. (DI,8) QUALIDADE NO TRABALHO A qualidade no trabalho, refletida através dos sentimentos que envolvem os aspectos emocionais dos trabalhadores, os quais repercutem na assistência ao paciente, bem como, na organização e sistematização do serviço de enfermagem. (DI,10)
---	--

5.2 – QUADRO III - Quadro Temático

TEMAS	DEPOIMENTO
Conceito de humanização	I;II;III;IV;V;VI;VIII;X;XI;XII;XIV;XV;XVI;XVII;XIX;XX;XXII;XXIV.
Organização e ambiência no trabalho	I;IV;XIV;XVI;XVIII;XXIII.
Trabalho em equipe	I;II;III;VI;XI;XIII;XIV;XVI;XXIV;XXV.
Comunicação	I;V;VIII;X;XII;XIII;XX.
Hierarquia/cidadania	I;XVII.
Qualidade no trabalho	I;III;VII;VIII;IX;X;XI;XV
Condições de trabalho	II;XIV;XXIII.
A instituição	III;VIII;X;XII;XVI;XVIII;XX;XXIII.
Educação permanente/continuada	IV;VI;XIX;XXII;XXV.
Recursos humanos	V;VIII;XIII;XV;XVI;XXIV.
Conhecimento/informação sobre humanização	VI;XI;XVI;XVII.
Saúde do trabalhador	VII;VIII;XVI;XXI.
Recursos materiais	VII;VIII.
Gestão de pessoas	XV
Gestão ditatorial/hierárquica	XV
Unidade Terapia Intensiva	XVI,XIX;XX;XXIV.
Poluição sonora na UTI	XVIII
Musicoterapia na UTI	XVIII
Assistência de enfermagem no momento da	XX

morte	
Empatia no processo de trabalho	XX,XXI.
Humanização no trabalho	XXIII
Plantão Noturno	XXIII
Motivação por meio de ginástica laboral	XXV
Humanização na UTI	XXIV

5.3 – ANÁLISE NOMOTÉTICA

No intuito de demonstrar a análise nomotética, construiu-se uma quadro de temas e sub-temas para fins didáticos, pois durante a discussão das temáticas estes resultados serão evidenciados para que o leitor identifique o conteúdo apresentado.

Quadro IV: Quadro de síntese dos temas e sub-temas emergidas das narrativas. Botucatu, 2011.

TEMAS			SUB-TEMAS
HUMANIZAÇÃO NA UTI			1- HUMANIZAÇÃO NA UTI 2- HUMANIZAÇÃO NO TRABALHO 3- CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO
CONDIÇÕES DE TRABALHO NA UTI			1-ORGANIZAÇÃO E A AMBIENCIA NO TRABALHO 2- PLANTÃO NOTURNO 3-POLUIÇÃO SONORA NA UTI 4- MUSICOTERAPIA NA UTI 5-MOTIVAÇÃO POR MEIO DE GINÁSTICA LABORAL 6- QUALIDADE VIDA NO TRABALHO
PROCESSO	ENSINAR/EDUCAR	EM	1 – EDUCAÇÃO PERMANENTE/CONTINUADA
ENFERMAGEM EM UTI			2-CONHECIMENTO/INFORMAÇÃO SOBRE HUMANIZAÇÃO
GESTÃO DE PESSOAS NA UTI			1 – TRABALHO EM EQUIPE 2 – RECURSOS HUMANOS 3 – SAÚDE DO TRABALHADOR 4 – GESTÃO DE PESSOAS 5 - GESTÃO DITATORIAL/HIERARQUICA
PROCESSO/ASSISTIR CUIDAR NA UTI			1 - RECURSOS MATERIAIS 2 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MOMENTO DA MORTE

3 - EMPATIA NO PROCESSO DE TRABALHO

COMUNICAÇÃO NA UTI

1 – COMUNICAÇÃO

PROCESSO DE GERENCIAR NA UTI

1 – HIERARQUIA/CIDADANIA

2 – A INSTITUIÇÃO

3 – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Os temas e sub-temas, mencionadas neste quadro I, referem-se aos sujeitos do estudo, ou seja, enfermeiros assistenciais, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem da UTI.

5.3.1 – Análise dos Significados Desvelados

Visando à compreensão do fenômeno do significado da humanização na UTI, para os trabalhadores de enfermagem que atuam nesta unidade, analisou-se os temas e sub-temas desvelados de maneira reflexiva.

Neste momento, o objetivo foi analisar de maneira abrangente, sem pretensão de torná-la universal, visto que os significados foram desvelados a partir das percepções no contexto específico das experiências dos sujeitos.

Desta forma, será feita a descrição e a análise dos temas e seus respectivos sub-temas revelando suas convergências, divergências e idiossincrasias.

Conforme expressa o diagrama 1, descrito a seguir, o tema “**Humanização na UTP**”, compõe-se dos sub-temas: **Conceito de Humanização, Humanização na UTI e a recuperação do paciente e Humanização no Trabalho.**

1 – Diagrama do tema: Humanização na UTI. Botucatu, 2011



Neste tema, podemos observar que os trabalhadores conceituam a humanização das condições de trabalho, relacionando a humanização e o trabalho na UTI.

No subtema **Conceito de Humanização**, podemos afirmar que, de forma sintética, na visão dos trabalhadores de enfermagem entrevistados, este conceito é: considerar os aspectos emocionais, as ações e, principalmente, a pessoa como ser biopsicossocial, incluindo a família, o cliente e o trabalhador. Significa, ainda, a promoção de recursos humanos e materiais e o bom relacionamento com os gestores. Conforme expressam as falas:

(...) humanizar... é a forma de trabalhar não só o emocional... nem só uma conduta do funcionário, mas assistir o funcionário como ser biopsicossocial. (DI, 1)

(...) Eu entendo assim... que nós funcionários temos que ter um bom convívio e um bom relacionamento entre funcionários para que o nosso trabalho, nosso desempenho esteja todo mundo focado em um só objetivo dando o melhor que a gente pode para o cliente. (DII,1)

(...) O trabalho humanizado baseia-se em recursos humanos, recursos materiais e incentivo de trabalhar em coletividade. (DIII,1)

(...) Em relação à humanização que eu acho que é nessa parte de funcionamento de aparelhagem (...) Humanizar a equipe um setor não importa que seja UTI ou onde for, tem que humanizar, mas não só as condições, mas o respeito mutuo entre uma pessoa e outra, isso falta um pouco, nessa parte fica devendo. (DIV,2,4)

(...) A palavra humanização seria para mim a inclusão do trabalho em equipe, começando lá de cima da gerência, chefia direta até o paciente, pois o paciente é o topo, o foco, pois sem ele não teria sentido estar aqui, e a família do paciente também, pois quando o paciente está ali no leito de UTI, fica debilitado e a família também fica carente, curiosa quer saber tudo e nem tudo podemos passar porque não cabe a nós falar... (DVI,4)

(...) Quando se fala em humanização entende-se como “acolhimento” (DXI,1)

(...) Humanização para mim é todo o cuidado que já requer ao paciente. (DXII,1)

(...) Eu entendo humanização como as condições materiais de trabalho, atendimento por parte dos gestores, atendimento mais humano, respeito e a participação dos funcionários. (DXV,1)

(...) Humanização mesmo é uma coisa meio individual, a gente trabalha nesse sentido que é uma parte minha, tratando com carinho, respeitando a pessoa naquele momento, olhando como um “todo” o paciente, não como um doente, é um entubado não está escutando nada, não está vendo nada, então a gente pode fazer de qualquer jeito, “eu” me coloco no lugar dele, “eu” me sinto humanizado nesta questão. “Eu” acho que ser humanizado hoje é se colocar no lugar do outro e fazer com que o outro se sinta bem como você gostaria que se sentisse bem, sendo assim não é sozinho. (DXVI,3)

(...) Por humanização, seria um respeito comigo, entre “eu” mesmo, e “eu” e os meus colegas de serviço, e “eu” e meu paciente, é isso mesmo o respeito. (DXVII,1)

(...) A humanização começa de pessoa a pessoa, isso não tem aqui... As pessoas vêm para cá, não vem pensando fazer o bem para o próximo, vem só pensando no dinheiro, eu ganhando o meu dinheiro é isso que importa, os outros que se dane é nesse termo que eu vejo... (DXVIX,2)

(...) Seria uma união entre os funcionários, da gente com o paciente, com os colegas de serviço de trabalho no caso, com a chefia, uma união toda de cima para baixo. (DXXII,1)

(...) com relação à humanização... que eu entendo é de nós para o paciente. (DXXIV, 1)

A nossa vivência como enfermeira de UTI corrobora o conceito de humanização revelado pelos sujeitos do estudo, pois, na prática, humanizar envolve não apenas a relação com o paciente e família, mas sim com a equipe de trabalhadores, bem como os gestores, sempre visando ao biopsicossocial do indivíduo envolvido neste contexto. Isto porque o cenário de UTI tende a nos mover na maioria das vezes, para um ato desumano, na maioria das vezes, nos esquecendo das relações emocionais, psíquicas e físicas.

Ainda há que se mencionar a família, bem como o paciente que, devido ao isolamento, passa por inúmeras transformações emocionais e pelo afastamento do seu meio familiar e ausência do ente querido. Emergem assim, sentimentos de angústia, perda e impotência.

A literatura explicita que humanização é: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;

fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento ⁽⁷³⁾.

Podemos afirmar que o conceito expresso pela Política Nacional de Humanização PNH vem ao encontro das falas dos sujeitos mencionados. Por outro lado, de acordo com autoras Benevides e Passos⁽⁷⁴⁾, este conceito de humanização expresso pela Política Nacional de Humanização (PNH), revela que na prática as ações são ainda fragmentadas, existe fragilidade no conceito, pois seu sentido está ligado ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total, porém não respondendo ao processo de mudança que possa atender aos justos anseios dos pacientes/família e trabalhadores de saúde.

Portanto, a PNH, tendenciosamente contribuirá para o enfrentamento de problemas que envolvem a desvalorização dos trabalhadores da saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde, pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os pacientes ^(75:pg8).

Para Campos ⁽⁷⁶⁾, a humanização tem relação estreita com dois outros conceitos, o de defesa da vida e o de paidéia. Defesa da vida é um critério para orientar a avaliação de políticas públicas. É também um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde. O conceito paidéia é considerado mais rígido, porque nos obriga a refletir sobre os modos e maneiras para al-

cançar o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles pacientes, cidadãos ou trabalhadores de saúde.

O autor busca por uma mudança de estrutura na forma de trabalhar e também nas pessoas, atreladas a uma humanização na clínica/saúde pública, por meio da reforma tradicional médica e epidemiológica, a qual objetive o processo saúde/doença/intervenção e ainda valorizando a defesa da vida, transformando o trabalho em um processo prazeroso e criativo.

Neste sentido que a humanização não deve estar envolta pelo modismo do momento⁽⁷⁴⁾. Pois, defende que o humano não pode ser buscado ali onde se define a maior incidência dos casos ou onde a curva normal atinge sua cúspide: o homem normal ou o homem figura ideal, metro-padrão que não coincide com nenhuma existência concreta⁽⁷⁴⁾.

Benevides e Passos⁽⁷⁴⁾ buscam por uma política não genérica que não se confunda com os próprios princípios do SUS, nem caia em uma definição reguladora, anseiam por identidade na proposta da humanização, os quais visem processos de subjetivação transformadores, ou seja, envolvimento dos sujeitos coletivos que em suas práticas concretas e cotidianas transformem o modo de produzir cuidados de saúde e seja capaz de transformar a si próprio.

Outro subtema desvelado pelos sujeitos do estudo foi **Humanização no Trabalho**. Ao nos reportarmos à humanização no local de trabalho, evidenciamos que este ambiente, para a enfermagem, se traduz em sentimentos de angústia, baixas remunerações, pouca valorização do trabalhador, ou seja, espera-se uma política de humanização por parte da instituição com vista para o trabalhador. Entretanto, podemos afirmar que a implicação do termo *humanização* não se aplica à prática, conforme descrita no discurso:

(...) Aqui na nossa Instituição não consigo enxergar muito esse trabalho de humanização, penso ser muito falho, pois na teoria até há, mas na prática a gente tem muito pouco disso (...) (DXXIII,2)

As autoras Vila e Rossi ⁽¹⁸⁾ assumem o mesmo posicionamento, pois referem em seu estudo a realidade do cuidar humanizado no local de trabalho, envolvendo os trabalhadores de enfermagem por meio de um conceito sintético de humanização e mencionam que a teoria não se aplica à prática. Para as autoras, o cuidar humanizado é muito falado, no entanto é pouco experienciado. Elas afirmam, ainda, que este fato não deve ser relacionado, apenas, aos problemas burocráticos, muito menos estruturais e técnicos, mas sim com valores e ética moral e profissional.

Já para Costa ⁽⁷⁷⁾, discutir humanização no ambiente de trabalho é imposter-gável, e a efetiva vivência num ambiente organizacional, cujos valores maiores incluem a humanização, refletirá em benefícios para o sujeito e as organizações e a sociedade em geral. Para o autor, as maiores exigências sociais na atualidade, no campo público e privado, são a vivência de valores, com vistas para o bem estar da coletividade e que têm o ser humano como um bem incalculável de uma sociedade.

Para Amenestoy ⁽⁶²⁾, do ambiente de trabalho emergiu o descontentamento dos trabalhadores em relação aos padrões rígidos e, muitas vezes, autoritários, adotados pela empresa. Entretanto, isto vem sendo modificado pela implementação da Política de Humanização Hospitalar, a qual visa a uma cultura humanista e democrática, na qual os trabalhadores precisam ser ouvidos, favorecendo assim a valorização do ser humano.

Reflexão esta que apoiamos, pois o trabalhador sente a necessidade ser ouvido, apoiado e ter contato com os gestores. A partir desta relação do que assiste com o

que é gestor, resultará na valorização do trabalhador e na qualidade do atendimento, preceitos estes visados também pela PNH.

Neste sentido, Hennington ⁽⁷⁸⁾ amplia a compreensão da humanização no trabalho, pois a autora inclui o trabalhador de saúde no processo transformador, por meio de uma articulação entre os polos disciplinar, ético e dos sujeitos. Desta forma, a gestão dos processos de trabalho é vista como parte vital da política de humanização em saúde, evidenciando os saberes e fazeres produzidos pelos trabalhadores da saúde e na concretude de suas práticas, gerando uma fonte de criatividade e de resistência.

Desta forma, podemos observar que PNH é um caminho a percorrer para transformar a teoria em prática no intuito de valorizar o trabalhador e a relação com os gestores, os quais representam a instituição, refletindo na humanização no trabalho.

No subtema ***Humanização na UTI e a Recuperação do Paciente***, foi revelada a importância da humanização para recuperação do paciente, comparável ao tratamento medicamentoso, utilizando-se da comunicação para efetivar sua reabilitação, assim como descreve o discurso:

(...) A humanização ali (UTI), é muito importante até para a recuperação do paciente, bem como as medicações, os bons tratos, as conversas o diálogo para os que estão conscientes “eu” acho importante, se a gente tem esse tempo disponível para eles, o tratamento deles acaba sendo até mais rápido e a recuperação mais rápida. (DXXIV,5)

A literatura nos mostra que a humanização na UTI envolve o cuidado holístico do paciente, relacionando-o com contexto familiar e social e que a atuação dos

trabalhadores se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focadas no paciente ^(10,79).

Para Ribeiro⁽⁸⁰⁾, o trabalhador deve repensar suas ações, a fim de garantir a dignidade do ser humano não somente no cuidar e no assistir, mas em outros aspectos que vão além da técnica, bem como ambiente de trabalho, na sua subjetividade e nos aspectos culturais.

Pensando na recuperação do paciente hospitalizado nas UTIs, no intuito de direcionar o cuidado ao conforto físico associado à prestação de cuidados que visem amenizar a dor e o sofrimento, estas atitudes devem ser estabelecidas pelo trabalhador por meio do compromisso aplicado pela prática com vistas à promoção da saúde ⁽⁸¹⁾.

Este autor ⁽⁸¹⁾ refere, ainda, que o paciente possui três tipos de necessidades durante sua hospitalização na UTI, tais como:

- conforto emocional: aquele que se traduz pela forma de atenção, cortesia, delicadeza, prontidão, solicitações e comunicação efetiva. Os fatores estressantes presentes na UTI provocam nos pacientes reações psicológicas indesejáveis que podem reduzir, ou até mesmo anular, os efeitos benéficos do tratamento intensivo;
- conforto físico: a promoção do conforto físico é muito importante na situação assistencial;
- compromisso profissional: por ser um trabalhador que promove o cuidado, a assistência humanizada tem que ser um compromisso, e este estimula a convivência harmoniosa e produtiva em um ambiente caracterizado pela negatividade.

Por outro lado, o cenário da UTI representa, por si só, fonte de estresse ao paciente hospitalizado. Neste ambiente pode haver sentimentos de angústia e insegurança. A complexidade da rotina intensiva contribui também para a falta de ações básicas como ouvir, tocar o outro e o domínio tecnológico predomina nas ações individuais dificultando o processo de reabilitação e humanização ^(82,18,80).

2– Diagrama do tema: Condições de Trabalho na UTI. Botucatu, 2011



O tema “**Condições de Trabalho na UTI**” revelou que o trabalhador de enfermagem da UTI, tem uma visão positiva e negativa no que se refere às condições de trabalho, porém menciona a importância de estar informado sobre os diagnósticos dos pacientes hospitalizados, bem como das reuniões propostas e realizadas. Refere ainda o desenvolvimento estrutural do espaço físico da unidade crítica, uso de uniformes, recursos materiais, recursos humanos e a evolução tecnológica dos equipamentos.

(...) A condição de trabalho é boa, poderia ser um pouco melhor num sentido, que a gente tivesse mais informação, às vezes de algum diagnóstico, porque talvez fosse um pouco da gente ter curiosidade de se informar, estar perguntando as condições de trabalho acredito que sejam boas que a Instituição propõe, “eu” acho que supre as necessidades. (DII,3)

(...) No meu ponto de vista que tivesse mais reuniões, para que a gente pudesse se abrir mais e não assim quando aparecesse o problema. (DII,4)

(...) Eu acho assim, a condição de Trabalho na UTI melhorou muito em relação a UTI antiga, pois era um quartinho mal arrumado. Atualmente ela é mais moderna tem aparelhos melhores. (DXIV,1)

(...) As condições de trabalho antes eram ruins, a gente trabalhava com a nossa própria roupa, hoje tem uniforme para trabalhar aqui dentro, materiais e funcionários, “eu” acho que melhorou bastante você tem respirador e monitor bom, “eu” acho que nesta parte a Instituição evoluiu (...) (DXIV,5)

A literatura nos mostra que a falta de informações também é um problema a ser identificado pelos trabalhadores de enfermagem sobre os agentes de riscos peculiares ao ambiente de trabalho ⁽⁸³⁾.

Segundo Kovacs et al ⁽⁸⁴⁾ quando se abre um espaço para expressar os sentimentos e a reflexão sobre sua prática em situação de acolhimento e segurança, os trabalhadores de saúde fazem uma reflexão dos cuidados realizados, bem como ter um espaço para seu cuidado próprio.

Para Inoe et al ⁽⁸⁵⁾, a equipe de enfermagem que trabalha na UTI, por exigir do profissional conhecimento, raciocínio rápido para tomadas de decisões devido à dinâmica da unidade, refere que primeiramente tem que garantir recursos humanos suficientes para desempenhar as atividades ali existentes.

Outro fator mencionado pela literatura é que o planejamento do design da UTI deve considerar o perfil de seus pacientes e suas necessidades, avaliando as vantagens e desvantagens de cada tipo de design oferecido, pois a UTI desenvolveu-se ao longo do tempo para chegar a estrutura atual ⁽¹⁰⁾.

Portanto, o tamanho do leito deve ser apropriado para permitir o trabalho da equipe de enfermagem, pois, em determinadas situações de risco que podem surgir nestas unidades, a movimentação da equipe é grande e, conseqüentemente, o espaço deve estar sempre livre para execução da tarefa. Há que mencionar, ainda, que a utilização dos equipamentos, sejam eles os ventiladores, aspiradores ou desfibriladores, dentre outros.

Entretanto, um aspecto negativo desvelado pelos discursos relaciona a desvalorização no ambiente de trabalho e local adequado para realizar o horário de descanso.

(...) Entendo que a Instituição devia prover as condições melhores de descanso e de valorização de emprego. (DXXIII,1)

Segundo Medeiros et al⁽⁸⁶⁾, as precárias condições de trabalho no serviço público geram sofrimento, devido à impotência em relação à qualidade da assistência ao paciente, resultando na insatisfação no trabalho e rompimento no seu processo de trabalho.

Outro reflexo negativo quando mencionamos as condições de trabalho é o desgaste físico e emocional, a baixa remuneração, resultando na má qualidade da assistência prestada ao paciente, bem como no abandono da profissão⁽⁸⁴⁾.

O subtema **Organização e Ambiência no Trabalho** refere-se à importância da organização do trabalho na UTI, refletindo positivamente na rotina de trabalho da unidade e o direito de ter horário de descanso, pois resulta na melhora da atenção e

na diminuição do estresse, como nos mostram os discursos dos sujeitos neste subtema:

(...) Para que o funcionário possa se sentir seguro de forma confortável, a organização do local é muito importante, a organização do trabalho e de toda rotina, por exemplo; você fica um tempo cuidando de um paciente em um determinado leito sempre em um determinado local às vezes este espaço fica um pouco isolado ou mais distante o funcionário que está ali no fundo se sintá só. (...) Então só dele mudar de leito mesmo espaço sendo pequeno isso já muda um pouco, diminuindo estresse. (DI,2)

(...) porque a mesma rotina todo dia é muito estressante tanto para o paciente, bem como para funcionário. (DI,3)

(...) Rotina mudar leito (...) O funcionário fica mais atencioso porque é um local diferente, um outro paciente, mudando o tratamento, pois dependendo do que o paciente esteja apresentando faz com que o funcionário modifique seu pensamento... (DI,4)

(...) Eu acho que a Instituição tem assistido a gente assim... Um ponto positivo é essa mudança de leito e também o horário de descanso do funcionário. Esse horário de descanso faz com que nos desligamos daquele momento de estresse e da atenção dobrada e descanse a mente, pois quando voltamos percebe-se que estamos mais atentos, mais relaxados, observando outras coisas que talvez anteriormente ao horário não observássemos devido à correria do trabalho, então esse horário de descanso é um fator que colabora para a humanização do trabalho do funcionário, aumentando o interesse, o ânimo do funcionário, porque ele passa a não ser mais só um número, mas uma pessoa, um ser... (DI,5)

A literatura nos mostra que a unidade de terapia intensiva é um local que possui uma agitação intensa, com uma luminosidade espantosa, pessoas falando alto, alarmes tocando por qualquer anormalidade. Podemos afirmar que, de primeira mão,

o indivíduo que não conhece o local tem a impressão de um lugar assustador, frio, onde as pessoas não se olham e não sorriem ⁽¹⁰⁾.

Portanto, alguns estudos existentes afirmam que a UTI é o ambiente mais estressante do hospital e que os trabalhadores de enfermagem atuantes nessa área são pessoas com elevado nível de ansiedade e estresse, em virtude da gravidade dos pacientes, da sobrecarga de atividades e do contato direto e frequente com situações de risco ⁽¹⁰⁾.

Entretanto, Lourenço e Neves⁽⁸⁷⁾ revela em seu estudo que, se o ambiente é importante e responsável por ajudar o indivíduo a crescer e amadurecer por meio de suas vivências, bem como desenvolver suas habilidades e potenciais em conjunto com a sociedade, tornando um viver mais saudável, então deve-se dar prioridade ao cuidado do espaço, a fim de torná-lo, harmonioso, agradável, compensador e produtivo.

Por outro lado, a rotina destes setores é considerada como um fator estressante, onde lidar com dor e morte torna-se quase uma constante, podendo, assim, facilitar a distância dos trabalhadores com a realidade emotiva vivenciada pelos familiares neste momento. Mas o autor menciona que não é uma via de regra, pois a convivência com o sofrimento, mesmo que alheio, pode, por outro lado, propiciar a experiência de viver numa diversidade de situações nas quais, mesmo diante das tensões e dos riscos nos momentos mais difíceis, é possível trilhar novos caminhos que podem demonstrar solidariedade, a qual implica o cuidado e, conseqüentemente, a humanização⁽⁸⁸⁾.

Nas unidades críticas, os pacientes devem ser atendidos de forma holística, pois as condições de trabalho devem favorecê-los em suas necessidades individuais,

além disso, promover a privacidade do paciente nos procedimentos. Os discursos revelam:

(...) Que as condições de trabalho deva favorecer os pacientes em suas necessidades individuais. (DIV,1)

(...) Que às vezes falta privacidade ao paciente em determinados procedimentos (DIV,2)

Portanto, o paciente necessita ser cuidado como um ser bio-psico-socio-espiritual, pois algumas fontes de estresse como dor, insônia, falta de privacidade, uso de tubos e sondas (na boca/nariz), desencadeiam estresse, visto que, quando as necessidades básicas são afetadas, passam a ser objeto de preocupação para o paciente ^(89,10).

Ainda podemos dizer que o enfermeiro tem um papel importante na assistência, pois o fato de estar ao lado do paciente é imprescindível não só para realizar suas atividades de rotina, mas também para prestar apoio, confiança e tranquilidade ⁽¹⁰⁾.

Para que ocorra a inter-relação de forma positiva durante a assistência de enfermagem para o paciente, temos que relacionar a organização e ambiência de trabalho como agentes integrados ao ambiente, trabalho, descanso, pois o trabalhador que atua neste local necessita de desligar-se por um determinado período no intuito de restabelecer-se do estresse gerado por este ambiente, pleiteando um local para descansar seguro e confortável como nos mostram os discursos:

(...) Eu acho que a gente tem uma hora de descanso e a gente na verdade não consegue descansar, se todo lugar que se tem essa hora de descanso e você tem direito a esse descanso você devia ter direito de um lugar mais reservado não um quarto ou um cobertor no chão ou uma coisa assim, nesta parte a Instituição peca bastante ser um local reservado, que você

possa sair dentro da UTI ter àquela hora de descanso sem precisar... sabe ter esse contato direto com paciente quando você tá nessa hora de descanso, por exemplo, lá fora no banco da praça, na chuva, no vento frio, porque não tem um lugar para você descansar, eu acho que nessa parte tem que melhorar, um lugar que não seja um vestiário ou até poderia ser mas que tenha um lugar reservado pra você (XIV,6)

(...) A gente trabalha nesse ambiente estressante, a gente se sente sem Pai e sem Mãe, eu vejo algumas auxiliares de enfermagem angustiadas de estar trabalhando nesse ambiente e não poder se abrir, sem poder se mostrar na realidade, pois ele tem projetos, não que é só um auxiliar de enfermagem que ele não quer mudar uma rotina, aí ele se angustia de fazer uma coisa mecanizada, ele fala assim como eu vou mudar alguma coisa, então isso é uma angústia. (XVI,9)

(...) Equipe de enfermagem deveria ter um lugar de descanso, um lugar melhor pelo menos de dia, eu acho, assim devia ter um lugar melhor dentro da UTI, para os trabalhadores tomarem banho para ir embora. (XVIII,1)

(...) Relação a nós um lugar de descanso para gente ficar aqui dentro e não sair pra rua, se a gente bate o cartão e sai, mas a gente corre risco na rua, e se a gente tá aqui dentro eu acho melhor. (XVIII,4)

(...) Aonde o funcionário vai. Ele fica uma hora fora da UTI, mais em contrapartida não tem um lugar adequado muitas vezes encosta num sofá desconfortável, ou no chão na maioria deles faz este horário no chão pega algumas almofadas e se deita em um lugar apropriado e confortável para os funcionários fazerem o horário de descanso de forma segura, muitas

vezes como eu estava te falando eles descansam no chão, dentro de seus carros, no estacionamento porque não tem pra onde ir vão dormir no estacionamento mesmo eu acho isso um crime. (XXIII,4)

A literatura nos mostra que as leis trabalhistas de enfermagem respaldam o trabalhador da saúde, pois nos esclarecem que a duração de trabalho visa assegurar ao empregado um equilíbrio racional entre o tempo de atividade para a empresa e o de repouso pessoal, ou seja, entre o desgaste e a restauração da fonte orgânica de energia ⁽⁹⁰⁾.

Transportados da área de enfermagem à jurídica, os repousos sugerem uma tríplice finalidade: física, social e econômica. De acordo com a extensão de cada repouso no tempo, associa-se mais diretamente com um desses fins. Os de curta duração praticamente se esgotam na recuperação orgânica; os de média duração se voltam mais para a satisfação social, e os de longa duração (férias), para o resultado econômico da manutenção do nível produtivo do empregado ⁽⁹⁰⁾.

Diante disto, é obrigatória a concessão de um intervalo de, no mínimo, uma hora e de, no máximo, duas horas, para repouso ou alimentação em trabalho contínuo, cuja jornada exceda a seis horas. Para trabalhos cuja jornada exceda a quatro horas, e não ultrapasse seis horas, é obrigatório um intervalo de 15 minutos.

Ainda utilizando bases legais para nos estruturarmos nesta discussão, a Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n.

6.229/75), na Lei n. 8.212/91 e 8.213/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social, e na lei Orgânica da Saúde, Lei No. 8080/90.

Os artigos 196 a 200 da CF atribuem ao Sistema Único de Saúde as ações de Saúde do Trabalhador, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

Estão incluídas no campo de atuação do SUS (art.200), nos distintos níveis:

- a) a execução de ações de saúde do trabalhador;
- b) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A alínea I, do artigo 22 da CF, define como prerrogativa exclusiva da União legislar sobre o Direito do Trabalho e a obrigação de organizar, manter e executar a inspeção do trabalho. A alínea XXII, do artigo 7º da CF, inclui como direito dos trabalhadores a “... redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”.

Desta forma, podemos afirmar que os trabalhadores têm o direito ao trabalho em condições seguras e saudáveis não condicionados à existência de vínculo trabalhista, ao caráter e a natureza do trabalho.

Diante do exposto, vale ressaltar que o trabalhador, no intuito de sentir-se seguro e amparado, necessita de atenção por parte do empregador, por meio de um local adequado para efetuar seu horário de descanso, que é legal e de direito.

Portanto, vale mencionarmos o outro subtema emergido ***Plantão Noturno***. Este subtema vem ao encontro do tema organização e ambiência, pois reflete a situação de trabalho vivenciada pelos trabalhadores.

Os trabalhadores de enfermagem traduzem este turno como muito exaustivo, cansativo e muito difícil, ou seja, consideram como desumano. As falas desvelam:

(...) Mas nós que trabalhamos à noite, por exemplo, o horário de descanso é importante, pois só quem trabalha à noite sabe que é muito difícil, é muito cansativo, exaustivo, não é fácil. Apesar de ter esse horário de descanso, nós não temos lugar pra fazer isso. (XXIII,3)

(...) Nada humanizado e desumano, vem contra a humanização, então eu penso que isso seria uma medida de humanização uma das principais coisas para o horário do noturno um olhar um pouco assistido. (XXIII,5)

Em busca da literatura para embasar e construir esta análise, Campos e Martino⁽⁹¹⁾ relata que o trabalho, principalmente o turno noturno fixo ou alternante, traz prejuízos à saúde do trabalhador e, sob a óptica da cronobiologia, estes prejuízos são decorrentes de uma desordem temporal do organismo.

Entretanto, sabe-se que o trabalho noturno é importante para a sociedade e para o desenvolvimento econômico do país, mas torna-se preocupante a forma como este trabalho está sendo organizado e suas repercussões para a saúde do trabalhador que o desempenha⁽⁹²⁾.

No intuito de nos aprofundarmos nos malefícios que o turno do noturno pode ocasionar no trabalhador, destacamos Teixeira et al⁽⁹³⁾, que refere a existência de alterações orgânicas, seja na temperatura, nos hormônios, na psique, no comportamento ou no desempenho. As formas da organização no trabalho que não levam em conta essas variabilidades do indivíduo, podem desencadear e aumentar o risco à saúde deste trabalhador, pois não se pode exigir o mesmo nível de produtividade de trabalho nas 24 horas.

O autor acrescenta, ainda, que o trabalho noturno tem efeitos diretos e indiretos sobre a saúde e a vida pessoal, mas igualmente sobre o trabalho em si, pois se o trabalho acontece no sentido inverso ao funcionamento fisiológico do organismo, pode haver alterações do desempenho e consequências para a segurança dos trabalhadores ⁽⁹³⁾.

Para o autor, os trabalhadores do serviço noturno têm um desgaste psicofisiológico maior do que aqueles que trabalham durante o dia, pois trabalham no momento em que as funções orgânicas encontram-se diminuídas ⁽⁹³⁾.

Além disso, a redução no tempo total do sono, depois de um turno de trabalho noturno, resulta na menor eficiência, ou seja, na diminuição da percepção do alerta depois da sexta e décima hora seguida de trabalho e, conseqüentemente, podem ocorrer quadros de sonolências ⁽⁹⁴⁾.

Portanto, o grande desafio para o trabalhador do plantão noturno, é sem dúvida, adequar seu ritmo de vida aos princípios biológicos e à convivência social. Rottemberg et al ⁽⁹⁵⁾ concorda com esta afirmação, pois descreve que o desânimo associado ao cansaço físico resultam na falta de interesse pela vida social e lazer.

Os trabalhadores de enfermagem que atuam no ambiente de terapia intensiva tendem a desencadear intensa irritabilidade a vozes e ao barulho doméstico, devido a ruídos constantes, perturbadores que ocorrem na UTI ⁽⁹⁶⁾.

Outro subtema que vem ao encontro para construção do tema condições de trabalho na UTI, é a **Poluição Sonora**. Neste subtema, observou-se que o ruído no ambiente de trabalho, ocasionado pelos equipamentos, prejudica os pacientes, resultando em irritação de desconforto. Assim nos mostra o discurso abaixo:

(...) Para o paciente, eu acho assim, o ar condicionado ligado não faz bem para o paciente, a equipe de enfermagem deveria rever alguns conceitos (...) (XVIII,2)

(...) O barulho irrita muito eles, os aparelhos de aspiração também se tivesse a vácuo, seria melhor, e as luzes também muito tempo acessa eu costumo apagar, porque eles reclamam muito em cima deles. (XVIII,5)

A Unidade de Terapia Intensiva, por ser um ambiente com alta tecnologia, traz benefícios em termos de equilíbrios biológicos. No entanto, é um local físico e psicologicamente agressivo ^(97,98).

Em estudo realizado em uma UTI ^(97,99), foi constatado que os pacientes hospitalizados têm risco de desenvolver distúrbios comportamentais relacionados ao estresse, pois referem-se aos níveis de ruídos deste local, descrevendo-o como uma sinfonia tecnológica, devido ao alto nível de atividades, sons, equipamentos e alarmes, telefones e vozes da equipe.

Acredita-se que alguns fatores podem ser atenuados por pequenas mudanças de comportamentos no setor, como diminuir as conversas e o monitoramento das visitas e, no que se refere à infraestrutura, deve-se substituir o ar condicionado.

Em estudo que envolve a qualificação e quantificação da poluição sonora ambiental nestes ambientes críticos⁽¹⁰⁰⁾, foi referido que não ocorre diferença significativa entre os níveis de exposição diurno x noturno, apresentando tendência a ser menor no período noturno, e os níveis encontrados estão sempre acima do recomendado.

Portanto, as situações potencialmente estressoras devem ser entendidas pela equipe de enfermagem como desgastantes e capazes de provocar abalo emocional ⁽⁹⁹⁾.

Neste sentido, os trabalhadores de enfermagem, ao assistir o paciente crítico devem repensar suas ações, no intuito de garantir-lhes seus direitos e ainda a preservação da sua dignidade, subjetividade e cultura.

Para se opor ao estresse presente nas unidades críticas, surgiu nesta temática o subtema ***Musicoterapia na UTI***. Acredita-se que a música, neste ambiente, possa ajudar a minimizar o estresse para o paciente, assim como aponta o discurso:

(...) Eu acho que se tivesse uma música ambiente também ajudaria. (DXVIII,6)

Para iniciarmos nossa reflexão sobre tal aspecto, faz-se necessário conhecermos o significado sobre música. Segundo Ferreira ⁽¹⁰¹⁾, música é a arte e ciência de combinar os sons de modo agradável à audição.

A literatura nos evidencia que os efeitos da música e do canto como fonte de harmonização no convívio com pacientes internados na UTI e nas relações de trabalho entre equipes multidisciplinares são significantes de fato, pois a música harmoniza o ser humano, modificando padrões do pensamento, sentimento e ação, e ainda contribui para o processo de humanização ⁽¹⁰²⁾.

O Dr. Benenzon em 1971 ⁽¹⁰³⁾ referiu no seu livro *Musicoterapia y Educación* a formação do musicoterapeuta com as seguintes características:

“A necessidade do conhecimento musical citado se deve a que a musicoterapia é um elemento de comunicação que se estabelecerá com o paciente e cuja linguagem é pré-verbal, sonoro-musical. (...) É preciso compreender que não se necessita de um conhecimento profundo, escolástico, musical, mas que, às vezes, é preferível que se tenha um menor conhecimento teórico musical e, em troca, ter uma especial predisposição e sensibilidade para facilitar a comunicação musical, sendo um elemento *sine qua non* a improvisação, de grande valor na técnica da musicoterapia” (Benenzon, 1971, p. 157-158).

A música terapêutica vem sendo utilizada em pesquisas na área da enfermagem, com a finalidade de sensibilizar os enfermeiros à sua aplicação, tanto como

estratégias de cuidado, quanto de ensino aos pacientes que estejam vivendo diferentes situações no âmbito do contexto hospitalar ⁽¹⁰⁴⁾.

A música pode ser considerada como tecnologia simples, se considerarmos que a nossa cultura é muito musical, ou ainda apontar a música como uma tecnologia inovadora, ao mesmo tempo sistemática e criativa, pois facilita a expressão de emoções, a comunicação interpessoal e a possibilidade de se focalizar aspectos saudáveis do paciente ⁽¹⁰⁵⁾.

Nesta visão, a interface entre a musicoterapia e a enfermagem dentro de uma concepção complexa de saúde e doença, que envolve as relações sociais, as expressões emotivas e afetivas e as condições sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos, pode ser concebida como uma tecnologia voltada para o cuidado ⁽¹⁰⁵⁾.

A utilização da música terapêutica como um recurso para o cuidado ao paciente hospitalizado resgata o bem-estar, expressão das emoções, e ainda promove a autonomia pela escolha no momento do cuidado, interagindo com os trabalhadores de enfermagem e, desta forma, promovendo a humanização ^(105,106).

A música pode ser utilizada para despertar e sensibilizar alunos/profissionais de enfermagem para aspectos criativos no processo de cuidar, assim como a percepção de si e do outro no espaço de compartilhamento grupal de experiências e conhecimentos, resultando em um importante recurso, tanto no âmbito da prática como do ensino da enfermagem ⁽¹⁰⁵⁾.

Pensando na motivação no trabalho, outro subtema foi desvelado, **Motivação por meio da ginástica laboral**. Neste subtema evidencia a desmotivação, pelo não reconhecimento, valorização, incentivo financeiro, atrelados ao desânimo, encon-

trando na ginástica laboral fôlego para superar estes fatos negativos, conforme expressa o discurso:

(...) A gente está muito desmotivada, a gente não tem nem incentivo, em relação ao financeiro tá ruim. Houve uma época também que tinha, antes de começar a trabalhar, a gente fazia ginástica, hoje não tem mais era uma coisa legal às vezes você chega desanimado aquilo animava a gente é legal, talvez pelo horário não seja viável, mas pra o diurno é legal. (XXV,4)

Desde a antiguidade, há uma preocupação com as razões pelas quais os indivíduos agem ou pelas quais decidem o que fazer, fatores estes que impulsionam os indivíduos a fazerem algo, sendo estes relacionados com uma hierarquia, ter reconhecimento e progresso profissional ^(107,108).

A importância da motivação na área da enfermagem atinge altos níveis, em função das características da própria profissão que envolve, em seu processo, seres humanos: os pacientes, os trabalhadores, os familiares e a comunidade ⁽¹⁰⁹⁾.

A palavra motivação (derivada do latim *motivus*, *movere*, *mover*) “indica o conjunto de razões ou motivos que explicam, induzem, incentivam, estimulam ou provocam algum tipo de ação ou comportamento” ^(110,pg 268).

Maslow ⁽¹⁰⁸⁾ faz saber que a motivação humana pode ser estudada a partir de diferentes referenciais e, entre estes, pode-se destacar o das necessidades humanas básicas, ordenadas, estas, em uma hierarquia de prepotência: necessidades fisiológicas ou de sobrevivência; de segurança; de amor ou estima; de pertença ou de aceitação; de autorrealização. As três primeiras são consideradas necessidades de carência e tendem a ser episódicas e ascendentes, enquanto as duas últimas são de crescimento e se encontram em desenvolvimento contínuo, em constante progressão.

Desta forma, a motivação de um indivíduo é uma questão que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica dentro do local de trabalho. Entretanto, o enfermeiro de uma UTI tem que compreender os diferentes fatores motivacionais e desmotivacionais e ainda entender, de forma clara, o comportamento da sua equipe para o bom desempenho de suas funções, pois sabe-se que quanto mais o indivíduo valoriza a quantidade de dinheiro e outros benefícios que possa obter por meio do trabalho, menos eles aprecia seu trabalho como tal ⁽¹¹¹⁾.

Segundo Batista et al⁽¹¹²⁾, a remuneração representa um fator de motivação no trabalho, mas não o principal. Para ele, destaca-se o gostar do que faz, o relacionamento satisfatório com a equipe multiprofissional e a possibilidade de crescimento profissional. Entretanto, a retribuição financeira é um dos fatores de maior insatisfação no trabalho do enfermeiro, pois este profissional se avalia como mal remunerado para as suas atribuições e do que a ele compete.

Segundo a teoria utilizada, a motivação das pessoas depende de dois fatores: higiênicos e motivacionais. Os fatores higiênicos referem-se “às condições físicas e ambientais de trabalho, o salário, os benefícios sociais, as políticas da empresa, o tipo de supervisão recebida, o clima de relações entre a direção e os empregados, os regulamentos internos”, entre outros. Os fatores motivadores referem-se ao conteúdo do cargo, às tarefas e aos deveres relacionados com o cargo em si, produzindo efeitos duradouros de satisfação e aumento de produtividade em níveis de excelência ⁽¹¹³⁾.

Corroborando com esta reflexão, Melara et al⁽¹¹¹⁾ refere que os fatores motivacionais são uma prevalência de realização profissional, um estímulo e desafio no trabalho, seguido da exigência e responsabilidade. Em relação aos fatores desmotivacionais, verificou-se que as políticas das instituições, as oportunidades de crescimento profissional, salário e benefícios sociais, condições físicas e ambientais coincidem

com a teoria de Herzberg, na qual a satisfação no cargo acontece em função do conteúdo ou atividades desafiadoras e estimulantes e que a insatisfação depende do ambiente e dos colegas do contexto geral ⁽¹¹¹⁾.

Atualmente, a realidade organizacional caracteriza-se pela necessidade que as pessoas têm de maior liberdade e criatividade, buscando atingir maior nível de satisfação e realização pessoal ⁽¹⁰⁹⁾.

Entretanto, as organizações devem oferecer estratégias capazes de aumentar a satisfação no trabalho, bem como a sua autoestima e seu bem-estar, desta forma resultando na melhor qualidade de vida ⁽¹¹⁴⁾.

Consequentemente, encontraremos a diminuição de riscos relacionados a doenças hipocinéticas, por meio do contato com educação física, utilizando a ginástica laboral, como um recurso para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, sendo um modo efetivo para redução dos gastos com a saúde e com a baixa assiduidade ao trabalho, interferindo na motivação do trabalhador ⁽¹¹⁴⁾.

A ginástica laboral se dá por meio de exercícios físicos, qualidades físicas que a atividade profissional exige para o melhor rendimento laboral, maior benefício para as instituições, bem como proporcionar a compensação orgânica e estrutural do corpo humano, refletindo nas melhores condições de saúde do trabalhador ⁽¹¹⁵⁾.

Os principais objetivos da ginástica laboral são: promover a saúde, a melhoria das condições de trabalho, a melhor qualidade de vida, o melhor preparo bio-psico-social, o melhor relacionamento interpessoal, reduzir os acidentes de trabalho e as LER/DORT, além de proporcionar o aumento da produtividade com qualidade ⁽¹¹⁶⁾.

Desta forma, Marchand e Siqueira ⁽¹¹⁴⁾ refere que se deve incentivar, valorizar o trabalhador e oferecer-lhe estratégias capazes de aumentar a sua autoestima e bem-estar, levando-o a ter melhor qualidade de vida. Este é o modo mais barato e efetivo

para que se reduzam os gastos com a saúde e com a baixa assiduidade ao trabalho e se aumente a produtividade empresarial.

Apontam-se entre os benefícios da ginástica laboral: melhora da saúde músculo-esquelética, redução do estresse, melhora da qualidade de vida, melhora da coordenação motora, maior flexibilidade, melhora da eficiência do sistema circulatório, maior consciência corporal, melhora do bem-estar, redução dos custos de assistência médica, redução do absenteísmo, aumento da produtividade e redução dos acidentes de trabalho. Ainda, incentivar as mudanças comportamentais para um estilo de vida ativo entre trabalhadores, pois essa nova postura reflete-se em benefícios sociais e financeiros para a instituição.

Outro subtema que emergiu foi a **Qualidade vida no trabalho**. Para os trabalhadores de enfermagem, é de suma importância a “política de valorização do trabalhador”, pois acreditam que se ocorrer mudanças na maneira como se assiste o trabalhador de modo que ele seja ouvido, percebido, reconhecido como um indivíduo em todo seu complexo bio-psico-social, nas suas relações, e ainda na promoção de melhorias salariais, local adequado para descanso, assistência médica, educação continuada e permanente, bem como participar de reuniões frequentes e efetivas. Estes fatores influenciariam na satisfação, bem como na assistência, de maneira a transformar a qualidade vida no trabalho. Os discursos revelam:

(...) porque tudo isso tem que melhorar a qualidade não só da assistência do paciente, porque ao mesmo tempo que você melhora o emocional do funcionário melhora esse caráter, trabalho do funcionário com certeza vai repercutir no paciente aí sua assistência vai ser qualificada. Aí vai engrenar junto com a organização e a sistematização do serviço de enfermagem... (DI,10)

(...) Eu acredito que tem que haver uma mudança na política de valorização do funcionário, no sentido dele ser ouvido, ser percebido, sentido como ser humano num todo, pois ele tem falhas, mas ele pode ser construtor dessa caminhada. (DIII,6)

(...) Promover melhorias salariais, local adequado para o horário de descanso, oferecer convênio médico e promover treinamentos periódicos. (DVII,6)

(...) Ter um espaço para o horário descanso adequado, reuniões frequentes com a gerência, grupo de estudo para aliviar as angústias. (DVIII,9)

(...) Visar o paciente como prioridade, porque às vezes a rotina de trabalho faz as pessoas trabalharem de forma mecânica... (IX,1)

(...) Necessita de mais trabalhadores de enfermagem, pois o excesso de trabalho faz com que as pessoas deixem o humano de lado e a conscientização da equipe, pois hoje pode ser um simples paciente amanhã será um simples pai ou mãe, aí a pessoa para prá refletir. (IX,2)

(...) Fazer reuniões com os grupos e dentro destas reuniões melhorarem a qualidade do serviço. (X,4)

(...) Precisaria formar grupo com profissionais que consigam diminuir as angústias do grupo parar para ouvir, trabalhar o relacionamento pessoal, melhorar meios de comunicação e motivação do grupo... (XVI,4)

(...) Falta bastante, nós temos condições de trabalho, temos materiais, a equipe técnica presente, mas assim, com relação ao cumprimento dos deveres aqui dentro do que com relação

esse ouvir os trabalhadores de enfermagem, saber o que está se passando, a gente sabe que muitos colegas sente dores, têm problemas em casa, falta um pouco de aproximação da chefia, dos colegas, também um envolvimento emocional, muita crítica e pouca ação.(XV,4)

Pode-se dizer que os trabalhadores de enfermagem são uma população considerável dentro do contexto hospitalar, sendo significativa a presença feminina. Este fato se mantém ao longo da história da enfermagem. Portanto, o trabalho nas UTIs, as condições de trabalho são consideradas insatisfatórias em decorrências de inúmeros fatores como baixos salários, hierarquização, diversidade e complexidade de procedimentos ⁽¹¹⁷⁾.

Entretanto, a Qualidade de Vida no Trabalho/QVT tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência, sempre com intuito de trazer a satisfação e bem-estar ao trabalhador ⁽¹¹⁸⁾.

Para uma melhor compreensão faz necessário conceitualizar QVT, conforme França, 1997:80 citado por Vasconselhos ⁽¹¹⁹⁾:

“Qualidade de vida é o conjunto das ações de uma empresa que envolve a implantação de melhorias e motivação gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho”, pois a qualidade de vida no trabalho dar-se-á a partir do momento que a empresa olha o indivíduo como um todo o que denominamos de enfoque biopsicossocial.

Corroborando com o conceito Moretti ⁽¹²⁰⁾ afirma que QVT define-se pela forma de pensamento que envolve as pessoas, trabalho e organizações, no qual se destacam dois aspectos importantes: a preocupação com o bem-estar do trabalhador e

com a eficácia organizacional e a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho.

O índice de satisfação profissional é utilizado para avaliar a qualidade de vida no trabalho por ser um instrumento confiável na avaliação ⁽¹²¹⁾.

O trabalho é vital para o ser humano, pois para torná-lo mais participativo é necessário considerar as potencialidades e os talentos, promovendo condições de trabalho adequadas, resultando no aumento da saúde mental e física dos trabalhadores. Assim, um programa de QVT deve atingir todos os níveis, direcionando esforços para a canalização da energia disponível para o comprometimento humano ⁽¹²⁰⁾.

Para Julião ⁽¹²²⁾, os trabalhadores estão cada vez mais preocupados com as condições de trabalho e mais exigentes, resgatando valores importantes para suas vidas, pois os impactos negativos influenciam na produtividade do trabalho, refletindo na baixa qualidade de vida do trabalhador, bem como nas atividades laborais.

De acordo com Santana et al ⁽¹²³⁾, em estudo referente à QVT, há necessidade de modificar a gestão dos recursos humanos da empresa, tendo a priori a satisfação laboral como forma de motivar os trabalhadores e, conseqüentemente, a otimização do desempenho dos trabalhadores e aumento da eficiência e eficácia organizacional, desta forma a autora propõem as seguintes intervenções:

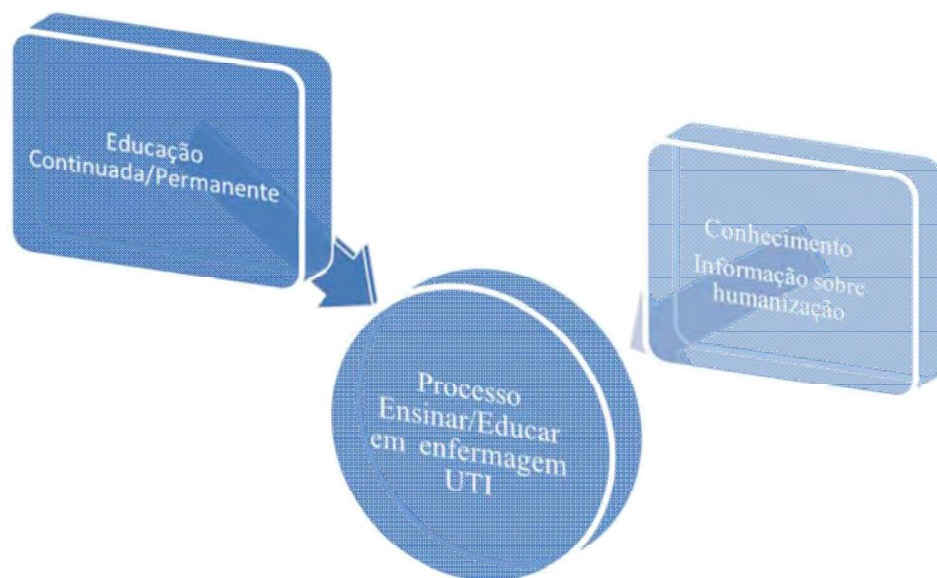
- a) adoção de um sistema regular de *feedback* aos funcionários;
- b) implantação de um programa de desenvolvimento de lideranças;
- c) solicitação de idéias e envolvimento dos colaboradores em decisões sobre suas áreas de atuação;
- d) adoção de uma abrangente política de promoção de funcionários;

e) implementação de programa de participação dos colaboradores nos lucros da Empresa, como forma de dar aos funcionários uma razão financeira para a excelência no desempenho de suas atribuições.

Esses aspectos, elaborados a partir das necessidades com menor grau de satisfação, influenciam sobremaneira a motivação dos trabalhadores, sendo necessária uma atuação gerencial eficiente, de modo a proporcionar condições para que a missão organizacional seja cumprida na sua plenitude⁽¹²³⁾.

Outro tema desvelado foi ***Processo Ensinar/Educar em Enfermagem na UTI***. Este tema subdividiu-se em dois sub-temas tais como: ***Educação continuada/permanente*** e ***Conhecimento informação sobre humanização***.

3 – Diagrama do tema: *Processo Ensinar/Educar em Enfermagem na UTI*. Botucatu, 2010



O tema ***Processo Ensinar/Educar em Enfermagem na UTI***, expressa a necessidade e a importância do processo ensino-aprendizagem na enfermagem na

UTI. Assim, podemos afirmar que, neste processo, os trabalhadores de enfermagem buscam, por meio do aprendizado e do conhecimento, a avaliação do seu próprio trabalho, bem como a informação, pois indagam que a falta do saber torna o trabalho mecanizado. Partindo deste princípio, eles acreditam que a ação do cuidado se torna desumanizada, pois na teoria se fala em humanização mas na prática não se aplica. As falas expressam:

(...) Na aula você tem liberdade de se colocar, de expor problemas para ter orientação do caminho certo, eu acho que para equipe seria muito bom. (DVI,6)

A educação em saúde faz parte do cuidado de enfermagem, pois na essência somos educadores, embora, ao longo do tempo, associou-se este saber apenas a procedimentos didáticos de transmissão de conhecimento em saúde, visando a medidas preventivas. Com a mudança desse paradigma, possibilitou-se a compreensão da ciência em um nível crítico e criativo, no qual a Educação e Saúde passam a ser compreendidas como áreas de conhecimento humano que, integradas, revigoram o exercício da cidadania e exclusão ⁽¹²⁴⁾.

Em contrapartida Olivi e Oliveira⁽¹²⁵⁾, acredita que os profissionais não estão sendo preparados pela graduação para exercer a atividade de educação. A autora ressalta a importância da educação para a saúde na assistência ao indivíduo e comunidade, mas refere que, durante o estágio curricular, o aluno não exerce a atividade de educação, pois existe uma preocupação em prepará-lo tecnicamente, em aprimorar sua destreza manual, centrada na assistência da patologia.

A enfermagem tem importante papel na consolidação de uma sociedade mais justa e democrática, pois, por meio do cuidado, tem-se a oportunidade de educar o outro para saúde. Neste sentido, o outro se mobiliza para manter-se saudável, em

busca da sua autonomia, pois quando as práticas educativas são desenvolvidas numa perspectiva conscientizadora, permitem que o indivíduo exerça plenamente sua cidadania e diminua a exclusão social ⁽¹²⁴⁾.

O trabalho de educação pode ser denominado como um instrumento capaz de transformar a nossa prática profissional. Portanto, esse instrumento é muito importante, pois seu desenvolvimento está largamente ligado à pesquisa. Por meio da pesquisa em educação, a enfermagem no mundo pode mudar. Desta forma, todos podem contribuir para essa mudança ^(124,126).

O desenvolvimento de processos educativos para os profissionais que atuam nos serviços de saúde constituiu-se numa estratégia para a implementação do SUS e para orientar a melhoria da qualidade de assistência prestada aos usuários ⁽¹²⁷⁾.

Os serviços, ao proporem processos educativos, na verdade não passam de simples treinamentos preocupados apenas em aumentar a produtividade ou a adequação do trabalhador, ou seja, com apenas o aprimoramento da técnica desvinculada da prática concreta dos trabalhadores de saúde ⁽¹²⁷⁾.

A educação em serviço não é nada mais, nada menos, do que um conjunto de práticas educacionais organizadas e planejadas, cuja finalidade é preparar o trabalhador para atuar mais efetiva e eficazmente, no intuito de atingir os interesses da instituição. A autora faz uma crítica à educação utilizada para treinar o indivíduo na área de saúde, pois o foco está apenas no interesse institucional e não no aprendizado desse trabalhador. Consequentemente, os treinamentos são voltados e centrados nas técnicas/habilidades com menor ênfase no processo de aprendizagem.

Por outro lado, o ensino centrado no cuidado, faz nascer a aceitação e o reconhecimento do seu valor. Deste modo, o profissional modifica a postura, valorizando a si e aos outros, resultando na motivação e no compromisso com o

ensino-aprendizagem, pois, conseqüentemente, reflete na vida profissional seu comportamento e ainda retrata o cuidado entre si e para o outro ⁽¹²⁸⁾.

O cuidado implica na relação interpessoal irrepetível, constituído de atitudes humanas. Tendo em vista a peculiaridade do ser humano de ser único e potencialmente criativo, é necessário retomar esta perspectiva e a centralidade na construção da identidade profissional de enfermagem. Questões como a valorização do sujeito na construção de um cuidado integral, valorizando aspectos tais como o respeito e o saber ouvir ⁽¹²⁸⁾.

Partindo deste pressuposto o primeiro sub-tema que aflorou foi **Educação Permanente/Continuada**. Os trabalhadores sentem a necessidade de resgatar esta atividade, pois acreditam que, ao longo do tempo, a rotina do dia-a-dia faz com que o indivíduo desenvolva sua prática de forma mecanizada e viciosa. Assim nos mostram os discursos:

(...) Fosse criada uma educação permanente a todos os funcionários da Instituição: auxiliares, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia, médicos e enfermeiros... (DIV,3)

(...) Eu acho que deveria ter uma reciclagem, cursos orientadores, alguma coisa devia mudar nesse sentido... (DXIX,5)

(...) Acho que existe que poderia melhorar ter mais é reconhecimento, tipo aquilo educação continuada. Acho que deveria começar da direção implantando aos poucos... (XXII,2)

(...) Antigamente tinha aqui e não tem mais era a educação continuada no qual a gente aprendia muita coisa, tinha aulas, (XXV,2)

(...) a gente revia muita coisa às vezes que a gente aprendeu só lá na escola, pois é no dia a dia a gente adquire vícios e isso daí é ruim eu acho que deveria voltar.(XXV,2)

Neste sentido, a literatura indica que os enfermeiros percebem a importância e a necessidade da Educação Continuada, frente às exigências postas pelo momento atual de criação, renovação e invenção de tecnologias, integração de conhecimentos, nova visão do trabalho de enfermagem ⁽¹²⁹⁾.

A autora refere que, nas instituições hospitalares a enfermagem desempenha importante papel na preparação da infra-estrutura para a realização segura e eficaz dos procedimentos médicos e de enfermagem, além de ações assistenciais, bem como orientação e educação preventivas, visando ao autocuidado, facilitando a reintegração social do paciente ⁽¹²⁹⁾.

Entretanto, há necessidade de conceitualizar educação continuada x educação permanente, pois, como nos evidencia os autores Silva et al ⁽¹³²⁾, existe, por parte dos trabalhadores de enfermagem, sejam eles enfermeiros, técnicos e auxiliares um desconhecimento da finalidade dos termos mencionados.

Segundo os autores, o desconhecimento parte do princípio de que as temáticas são pouco abordadas durante a graduação, bem como a não informação nos cursos de nível médio. Consequentemente, observa-se que este trabalhador acredita ser de total responsabilidade desse serviço o seu desenvolvimento profissional ⁽¹³⁰⁾.

Ainda, os autores afirmam que este trabalhador deve utilizar este instrumento como um auxílio para refletir sobre a importância do seu trabalho e o quanto pode ser rico no seu dia-a-dia, devendo sempre motivá-lo à busca do enriquecimento profissional ⁽¹³⁰⁾.

A partir do que foi apreendido, faz-se necessário definir educação continuada/educação permanente. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPS), educação continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacidade das pessoas, ou grupos, face a evolução científica-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais.

Já a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, ou seja, aquela que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho ⁽¹³¹⁾.

Assim sendo, a compreensão clara e objetiva de cada termo se faz necessária no intuito de estabelecer o entendimento para que não ocorram dúvidas para os trabalhadores no momento de distingui-las.

Podemos, desta forma, retratar a importância de cada uma, pois a educação continuada resgata uma concepção voltada para o desenvolvimento do trabalhador, permitindo uma melhor compreensão da experiência da identidade e de seus saberes ⁽¹³²⁾.

Para Silva et al⁽¹³⁰⁾, a educação continuada precisa ser considerada como parte de uma política global de qualificação dos trabalhadores de saúde, centrada nas necessidades de transformação da prática.

Os autores ainda reforçam que o desenvolvimento de um processo educativo junto a indivíduos adultos, no seu ambiente de trabalho ou para o seu trabalho, deve levar em consideração que o ponto de partida da aprendizagem é a experiência adqui-

rida por esses trabalhadores em seu cotidiano, haja vista que cada um já vem com uma bagagem específica ⁽¹³⁰⁾.

Partindo desse pressuposto Paulo Freire ⁽¹³³⁾ refere que o papel da educação é de conscientizar, tendo como objetivo a mudança de uma realidade não desejada, por meio do diálogo, passando de uma consciência ingênua para uma consciência crítica, pois acredita que o papel do homem é o de ser sujeito e não objeto de transformação. Portanto, ao homem cabe ser o sujeito, e não objeto, e somente poderá desenvolver sua consciência na medida em que reflita sobre suas práticas, através do modo crítico e criativo, não agindo como mero espectador, mas sim intervindo nesta realidade.

Pode-se dizer que a educação permanente na enfermagem refere-se à atualização técnico-científica, como apenas um dos aspectos de transformação das práticas e não como foco central, pois a formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. Nesta proposta, a educação promove mudança nas estratégias de organização e do exercício da atenção, por meio da construção na prática das equipes ⁽¹³¹⁾.

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidos.

O marco conceitual, do qual se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar para que propiciem:

- ◆ a democratização institucional;
- ◆ o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;

♦ o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;

♦ o trabalho em equipes matriciais;

♦ a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;

♦ a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas ⁽¹³¹⁾.

Desta forma, Paulo Freire ⁽¹³³⁾ menciona que a educação em saúde é a ferramenta que visa à mudança do comportamento para o exercício da cidadania, de conscientização e transformação cujo eixo norteador é a participação do indivíduo nas decisões.

Em consonância Farah ⁽¹²⁷⁾, expressa que a educação permanente, por compreender o processo de trabalho na saúde como coletivo não dependendo do saber individual para resolubilidade dos problemas, influencia no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços por meio da aquisição de novos conhecimentos, pois acredita que todo processo de educação não tem um fim em si mesmo, é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente, e cabe a instituição de saúde um projeto de educação permanente para os seus servidores.

O outro sub-tema revelado trata do ***Conhecimento/Informação sobre humanização em UTI***. Os discursos nos mostram que existe um desconhecimento sobre humanização. Os trabalhadores, no seu cotidiano, demonstram ter noção da temática, mas na prática não aplicam; conseqüentemente, não conseguem distinguir até onde vai o aparato tecnológico e onde inicia o cuidado do paciente, transformando essa relação num ato mecânico, ou seja, o paciente torna-se uma extensão deste aparato tecnológico;

(...) Eu sinceramente não sei falar para você sobre Humanização, eu penso “Fala-se tanto, mas na prática a gente não vive no dia a dia”. O que é Humanização? É uma pergunta que eu não sei responder. (DVI,1)

(...) A humanização das condições de trabalho da equipe de enfermagem que atua na UTI não existe este trabalho é bem distante da nossa realidade. (XI,2)

(...) A gente trabalha em equipe, a gente não pode falar que trabalha humanizado, mesmo porque a gente não tem essa orientação (...) a gente não trabalha o sistema humanizado, então a gente trabalha com sistema programado, sabe o que tem que fazer, a gente sabe que tem o doente (...) é mecânico, é uma coisa mecanizada, então a gente sabe que tem que ser feito, a gente não precisa olhar para o paciente, sabe que tem que aspirar ao paciente, dar banho no paciente, virar o paciente (...) Então, no hospital eu entendo assim que é uma coisa mecanizada no momento a gente não trabalha com esse sistema humanizado na UTI pelo menos eu vejo minha equipe muito distante disso tá bom. (DVXI,4)

(...) Tem noção do que é humanização, mas não coloca em prática. (DVXII,3)

(...) Sugiro diálogo, conversa capacitação, treinamento sobre esse assunto e o trabalho (DXVII,5)

Na busca da literatura para compor este sub-tema, Waslow⁽¹²⁸⁾, contribui com a construção de um pilar para o conhecimento por meio da organização da educação e aprendizagem, as quais influenciam o indivíduo ao longo de sua vida em aspectos como:

- 1) aprender a conhecer (ou aprender a aprender) – significa despertar para o prazer de conhecer, compreender, descobrir, construir e reconstruir o conhecimento;
- 2) aprender a fazer – abrange o desenvolvimento das competências e habilidades no uso da tecnologia e sua aplicabilidade na vida moderna, observando as relações interpessoais;
- 3) aprender a conviver – significa a busca da integralidade pessoal, observando as características individuais e o relacionamento com os outros;
- 4) Aprender a ser – inclui a descoberta de si mesmo como indivíduo e como integrante da sociedade, respeitando os valores culturais.

Para a autora, estas quatro relações de aprendizagens buscam enfatizar principalmente as relações interpessoais e a convivência. Desta forma, pode interferir ainda na interdisciplinaridade, no respeito à diversidade e na cultura ⁽¹²⁸⁾.

A literatura nos mostra que a humanização é a prática do humano, falar em praticar o humano é evidenciar que o momento em que vivemos é de profunda desumanização, a ponto de tomar o substantivo “humanização” como verbo ⁽¹³⁴⁾.

Em consonância com o autor, acreditamos que o ser humano é aquele que foi resgatado em sua humanidade, mesmo se assim não for, mas crendo que ainda será, e mesmo que tendo que voltar à nossa humanidade e a do outro, de modo que elas se expressem espontânea e mutuamente, essa será a verdadeira humanização.

O autor acredita que o Eu/Tu, na relação de encontro, ressurgue como uma ação de desejo humano no conjunto social, pois embora sejamos governados pelo intelecto, mantemos a consciência, a emoção e a vontade. Estas relações resultam na autonomia do sujeito, fazendo com que ele seja capaz de transformar sua realidade,

ou seja, a diversidade vencendo a intolerância e a indiferença de um para com o outro⁽¹³⁴⁾.

Neste sentido, acredita-se que o fato de os trabalhadores de enfermagem concentrarem muito mais suas atenções nas situações críticas, significa que a utilização de tecnologias duras se sobrepõe ao cuidar. Isto pode realmente dificultar o controle de outras situações que expõem os pacientes a condições vistas como desumanas⁽¹³⁵⁾.

Entretanto, o trabalhador possui características definidas que apontam para sua participação como sujeito, se assim podemos dizer como humano, que é capaz de atitudes desumanas, as quais possam ser construídas nas suas relações com o outro em seu dia-a-dia.

Para Silva et al⁽¹³⁵⁾, há que se considerar que as tecnologias, quando desenvolvidas inicialmente para as terapias intensivas, possibilitaram que a relação do homem com elas parecesse desumanizante, ocorrendo mais intensamente nestas unidades do que em outras.

Ainda os autores mencionam que o humanismo pode estar relacionado com a ideia, busca e preservação da dignidade humana. Desta forma, qualquer fato que ameace a dignidade humana também poderia ser compreendida como atitude desumana.

De acordo com Boff⁽⁸⁾, o homem deixa de ser humano se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, pois ele desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre. Para o autor, o cuidado significa um fenômeno existencial básico, ou seja, um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana.

Podemos assim dizer que humanização e cuidado fazem parte um do outro, ou seja, eles são indissociáveis⁽¹³⁴⁾. Portanto, entende-se por humano a natureza humana, bondosa, humanitária, que tem o mesmo sentido de humanidade, no qual se

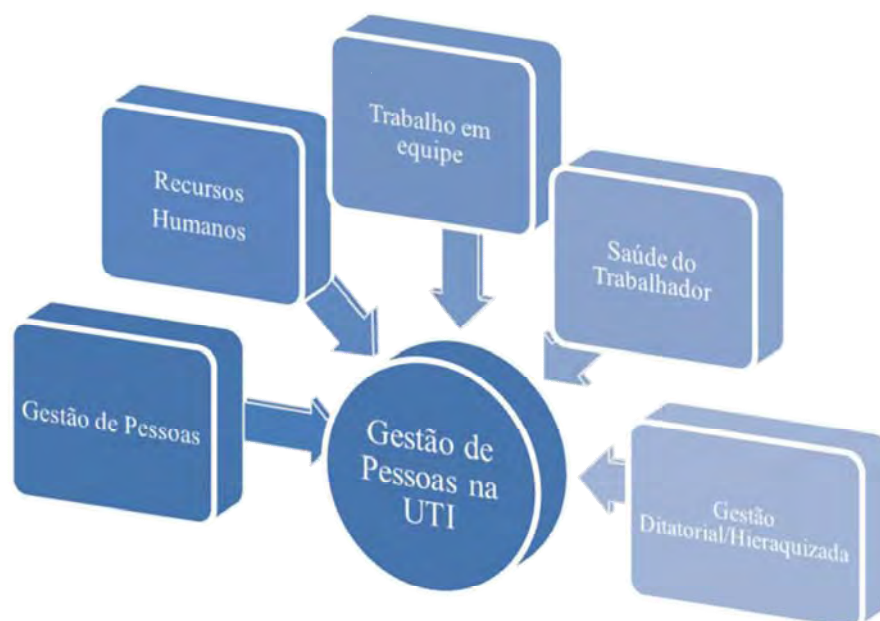
inclui a benevolência, clemência, compaixão, enquanto humanizar é a prática do humano⁽¹⁰¹⁾.

De acordo com Silva et al ⁽¹³⁵⁾ ressalta-se que o cuidar de máquinas não é um discurso teórico-prático tão absurdo, pois cabe a ela a manutenção do paciente vivo em muitos casos, porque, direta ou indiretamente, cuidamos delas.

A compreensão dos conceitos de cuidado de enfermagem e as definições que interessam para a profissão são dinâmicas e deverão variar de acordo com o contexto, com o movimento do mundo e, consequentemente, com as reconfigurações do humano. Portanto, o que se opõe ao cuidado é o descuidado, e isso de fato pode estar ocorrendo e equivocadamente sendo denominado desumanização ⁽¹³⁵⁾.

Outra temática que surgiu foi **Gestão de Pessoas na UTI**, apresentando os sub-temas: **Gestão de Pessoas**, **Gestão Ditatorial/Hierarquizada**, **Trabalho em equipe**, **Recursos humanos** e **Saúde do Trabalhador**. Assim expressa o diagrama 04.

4 – Diagrama do tema: **Gestão de Pessoas na UTI**. Botucatu, 2011



Nesta temática, observa-se que, ao retratar a gestão, os trabalhadores sentem necessidade de estarem próximos, de participar da gestão, ser ouvidos e, ainda, estimulados, pois acreditam que existe falta de apoio por parte dos gestores, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva, consequentemente uma gestão ditatorial.

Neste sentido, a sub-temática **Gestão de Pessoas**, reflete a necessidade de aproximação, inclusão e motivação, assim expressa nas falas:

(...) Em relação à gestão, os gestores ouvirem mais os funcionários se aproximarem mais, trabalharem mais próximo... (XV,2)

(...) Primeira aproximação dos gestores, segundo a participação dos funcionários, terceiro estímulos aos funcionários evoluírem profissionalmente não têm esse estímulo, não tem apoio por parte dos gestores também, então falta isso... (XV,5)

A literatura evidencia que a gestão de pessoas na área da enfermagem em instituições hospitalares é de extrema importância para garantir os recursos humanos, suficientes e competentes, para a manutenção da qualidade da assistência e desenvolvimento das atividades laborais de enfermagem ⁽⁸⁵⁾.

Pode-se dizer que Gestão de Pessoas representa as organizações e as pessoas, pois as organizações constituem-se em pessoas e dependem delas para atingirem seus objetivos e cumprir sua missão. Quando mencionam as pessoas, as organizações constituem o meio pelo qual elas podem alcançar seus objetivos pessoais com um mínimo tempo, esforço e conflito. Desta forma, sem organizações e sem pessoas, não existiria a gestão de pessoas⁽¹³⁶⁾.

Entretanto, para a sobrevivência por meio da globalização, é necessário que as organizações compreendam que o principal elemento responsável por seu sucesso

ou fracasso são as pessoas que nelas estão inseridas e que executam os processos que as direcionam para o crescimento, pois as pessoas reconhecidas e motivadas farão a instituição obter maior sucesso, resultando na satisfação profissional ⁽¹³⁷⁾.

Em contrapartida, as instituições de saúde, enquanto organizações prestadoras de serviços, representam sistemas psicossociais bem diferentes das outras organizações, pois os hospitais são organizações que convivem diretamente com problemas de saúde, sofrimento, dor e a morte ⁽¹³⁸⁾.

Para a autora, as instituições de saúde, por prestarem serviço direto às pessoas, necessitam de uma dinâmica diferenciada e complexa, pois sua matéria prima é humana, seu produto é humano, seu trabalho é feito principalmente por mãos humanas e seu objetivo é o bem estar dos seres humanos.

Conseqüentemente, os trabalhadores são afetados, pois o fato de lidar com uma rotina diferenciada e complexa promovem o envolvimento e o pensamento, possibilitando tomada de decisões desejáveis ou indesejáveis do ponto de vista da rotina organizacional. Portanto, todo gestor deve estar consciente do papel dos seus trabalhadores nos vários processos administrativos e produtivos e da sua importância ⁽¹³⁸⁾

O trabalhador deve expressar-se e participar do processo de forma comprometida, pautado pela horizontalidade, construindo espaços dialógico-reflexivos com possibilidades de mudanças nos gestores e nos profissionais, resultando em ambientes mais acolhedores e com reconhecimento do trabalhador como sujeito, mediante maior aproximação com a direção institucional ⁽⁵³⁾.

Chiavaneto⁽¹³⁶⁾ descreve os objetivos organizacionais e os individuais por meio do quadro dos objetivos:

V - QUADRO DOS OBJETIVOS

OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS	OBJETIVOS INDIVIDUAIS
Sobrevivência	Melhores Salários
Crescimento sustentável	Estabilidade no emprego segurança no trabalho
Lucratividade	Segurança no trabalho
Produtividade	Qualidade de Vida No Trabalho
Qualidade na Produção dos serviços	Satisfação No Trabalho
Redução de Custos	Consideração e Respeito
Novos Mercados	Oportunidade de crescimento
Novos Clientes	Liberdade para Trabalhar
Competitividade	Liderança Liberal
Imagem do Mercado	Orgulho da Organização

Fonte: CHIAVANETO.I. Gestão de Pessoas; O Novo Papel dos RH. Rio de Janeiro Campus 1999. Cap1. pag.5.

De acordo com o autor, este quadro, que descreve os objetivos organizacionais e individuais, demonstra que ambos almejam atingir as metas estabelecida, de maneira que resulte em satisfação.

Portanto, com a transformação da gestão em saúde começa a desenvolver-se, nestes serviços, um atendimento com o foco central no investimento do capital humano para atender os pacientes no intuito de causar um impacto significativo sobre a qualidade no serviço prestado e, desta forma, transformar em um recurso competitivo (139).

Os autores Trevizan et al ⁽¹³⁹⁾ referem que a tendência da instituição é de reorganizar a forma de gestão, tendo como foco os recursos humanos, haja vista que o trabalhador enfermeiro exerce a gerência com compromisso e ética, atitudes estas que ele busca, atualmente, para tornar seu ambiente de trabalho mais humano, garantindo a integridade das pessoas e da sua forma de relacionar-se no trabalho buscando a dimensão do ser.

O outro sub-tema que emergiu, *Gestão ditatorial/hierarquizada*, refere que a gestão da unidade crítica não é uma gestão participativa, mas sim ditatorial. Assim expressa a fala;

(...) Falta muito, dentro do hospital como um todo, mais precisamente dentro da UTI, acho que os próprios gestores dificultam isso, principalmente no que se refere ao trabalhador de enfermagem que quer estudar, ter uma oportunidade de estudo... a chefia não libera horário para o estudo, a não aceitação da opinião da gente que ali em contato mais próximo do paciente, é mais ditatorial o regime a Gestão da Terapia Intensiva, então isso dificulta o nosso trabalho bastante, talvez se fosse diferente... (XV,3)

De acordo com a literatura, o processo de trabalho nas UTIs demanda cooperação coletiva, devido à gravidade e complexidade dos pacientes, que impõem a necessidade de alta tecnologia, manutenção constante da clínica e inúmeros procedimentos complexos e tomada de decisões imediatas ⁽¹⁴⁰⁾.

Portanto, a autora refere que os trabalhadores destas unidades mostram que a forma que está estruturado o trabalho, apesar de garantir a produtividade e a qualidade do cuidado, impede a obtenção de maior satisfação no emprego, devido a falta de espaço para os trabalhadores de enfermagem manifestarem suas necessidades e angústias.

Entretanto Shimizu e Ciampon ⁽¹⁴⁰⁾ refere que os trabalhadores de enfermagem, ao evidenciar uma estrutura de serviço de enfermagem rigidamente hierarquizada, na qual a enfermeira assume uma postura autoritária e centralizadora junto aos demais indivíduos, têm dificuldade de desenvolver um trabalho em equipe. Enfim, a autora complementa que há necessidade de desenvolver uma gestão com maior horizontalidade nas decisões e nos poderes, bem como a participação de todos.

No intuito de se obter uma gestão participativa e eficiente, por meio de uma proposta inovadora, pode-se utilizar a Gestão Baseada em Atividades, Activity-Based Management (ABM), em Centro de Terapia Intensiva (CTI), como uma ferramenta importante que se apoia em três perspectivas: gestão de processo, custeio baseado em atividades (ABC ABC – Activity-Based Costing) e melhoria contínua ⁽¹⁴¹⁾.

Portanto, esta análise favorece desenvolver mudanças na gestão, colocando à disposição do trabalhador de saúde e gestores uma ferramenta para controlar custos, utilizar com melhor eficiência os recursos disponíveis e facilitar a identificação de melhorias num modelo que possibilite constantes evoluções ⁽¹⁴¹⁾.

Segundo Matsuda ⁽¹⁴²⁾ muitos trabalhadores de enfermagem, tais como os enfermeiros, resistem a mudanças em seu processo de trabalho e poucos são os que tomam iniciativa de adotar essa abordagem gerencial inovadora e alicerçada em padrões de qualidade voltados às necessidades pessoais e profissionais de sua equipe.

O autor considera, ainda, que a implementação de ações voltadas para a satisfação do trabalhador depende, em sua maioria, do modelo de gestão adotado e da determinação e atuação das lideranças locais.

O trabalhador enfermeiro deve adotar a liderança como um aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem entre os pares, integrando-os ao meio interno e externo e, assim desta forma, transformando a administração autocentrada, formal e fechada em administração que contemple o caráter da independência, ou seja, sendo ela dinâmica, participativa, integradora e flexível, aberta, democrática e cooperativa ⁽¹⁴³⁾.

Portanto, os trabalhadores possuem autonomia sem perder o foco do coletivo, sendo assim o enfermeiro reconhece o valor do outro e do trabalho grupal, pois visa

estabelecer uma liderança responsável e ética, na busca contínua da confiança e da qualidade da assistência.

Ainda mencionando a gestão na UTI, outro sub-tema que emergiu foi **Recursos Humanos**. Acredita-se que as condições de trabalho são adequadas, porém os recursos humanos são insuficientes, desencadeando sobrecarga de trabalho e estresse, causando o cansaço físico e interferindo na assistência ao paciente, resultando na desumanização.

(...) Hoje em dia percebo que toda a coordenação e a chefia direta nossa tem tentado melhorar as condições de trabalho, às vezes o que falta é a falta de funcionário, esta é a única queixa que eu tenho, agora o tipo de trabalho e o jeito que é feito não tenho que reclamar (V,2)

(...) Aumentar o número de funcionário para quando faltar, para melhorar o atendimento e não sobrecarregar ninguém, nem ter stress e nem cansaço físico... (V,4)

(...) Procuram manter o número adequado de recursos humanos e prover materiais... (VIII,7)

(...) a gente recebe plantão com quatro ou cinco funcionários e o gestor não quer nem saber, e você tem que dar conta do recado, então isso não é atendimento humanizado, porque a gente se desgasta, a gente não dá aquela assistência que a gente gostaria de dar para o cliente, e ao mesmo tempo você é cobrado, então você é cobrado por uma coisa que não tem e que dificulta seu trabalho talvez e se tivesse seria melhor... (XV,6)

(...) Eu percebo a dificuldade está muito grande, de ter humanização dentro da equipe mesmo porque a gente tá trabalhando com menos funcionários... falta do enfermeiro na unidade,

às vezes o enfermeiro tem que cobrir dois setores prejudica também na assistência, mesmo porque acabam delegando em cima da gente atribuições que não são nossas às vezes algumas condutas, no momento posso falar que está desumanizando até a assistência, mesmo porque a gente tá cansado dessa realidade que a gente enfrenta hoje, então no momento eu tenho grande dificuldade... (XVI,1)

A literatura nos evidencia que o objetivo central do desenvolvimento do trabalho é a produção do número suficiente de trabalhadores com qualificação técnica, tomados pelo histórico da linguagem, atributos sociais cujo acesso os torne capaz de alcançar diversos tipos de pacientes e população, mas para que ocorra isso, faz-se necessário haver planejamento ativo e gerenciamento na produção de recursos humanos ⁽¹⁴⁴⁾.

A formação e a gestão de recursos humanos em saúde no Brasil foram temas tratados como irrelevantes por gestores de todas as esferas, tanto no que diz respeito às questões qualitativas, bem como quantitativas para os diversos níveis do setor de saúde ⁽¹⁴⁴⁾.

Pode-se dizer que as organizações de saúde sofrem com as influências políticas e econômicas, com os avanços tecnológicos, e os efeitos da globalização que impulsionam para o alcance de resultados eficazes, bem como na regulação de trabalho e, conseqüentemente, nas políticas de recursos humanos das organizações ^(145,146).

Referem que as enfermeiras que atuam no gerenciamento dos recursos humanos estão freqüentemente envolvidas para equacionar problemas relacionados com a insuficiência de pessoal ⁽¹⁴⁵⁾.

Desta forma, as autoras, por meio da análise da distribuição do tempo dispensado para o cuidado ao paciente, referem que, por vezes, o trabalhador dispensa uma

parte considerável do seu tempo para execução de tarefas não relacionadas com assistência direta aos pacientes.

Em contrapartida, outros autores afirmam que ocorre dúvidas por parte dos administradores, gerentes de serviços de saúde acerca das legislações e normatizações trabalhistas, a qual tem causado alguns problemas no cotidiano do gerenciamento de recursos humanos das instituições ⁽¹⁴⁶⁾.

Sabe-se que a enfermagem é praticada por profissionais com diferentes tipos de formação (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), coordenados pelo enfermeiro, caracterizando-se pelo desenvolvimento de processos de trabalho singulares e pela necessidade de assistência contínua ao paciente, o que exige a realização de turnos ininterruptos de revezamento, plantões de final de semana, noturnos e feriados ⁽¹⁴⁶⁾.

Ao enfermeiro ainda compete as atribuições gerenciais, as quais exigem conhecimentos e competências que o habilitam para participar no processo decisório e relevante no direcionamento das políticas de recursos humanos dentro das instituições de saúde ⁽¹⁴⁶⁾.

Segundo a portaria do Conselho Federal de Enfermagem nº 293/2004, o referencial mínimo para o quadro profissional desta área inclui todos os elementos que compõem a equipe: considera o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), as horas de assistência, os turnos, e a proporção de funcionário/leito. Desta forma, utiliza-se para efeito de cálculo, 3,8 horas para enfermagem, por cliente, nos cuidados mínimos ou autocuidado; 5,6 horas para enfermagem, por cliente nos cuidados intermediários; 9,4 horas de enfermagem para o cuidado semi-intensivo; 17,9 horas de enfermagem, por cliente, na assistência intensiva, nas 24hs, considerando-se que, para efeito de cálculo, deverá ser observada, ainda, a cláusula contratual quanto à car-

ga horária. Portanto, o quantitativo de profissionais deverá ser acrescido do Índice de Segurança Técnica (IST), não inferior a 15% do total⁽¹⁴⁷⁾.

A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem para assistência intensiva é a seguinte: 52% a 56% são enfermeiros, e os demais, técnicos de enfermagem. O cliente com demanda de cuidado intensivo deverá ser assistido em unidade com infraestrutura adequada e especializada para este fim. Para a assistência intensiva, a distribuição de profissionais por categoria deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência⁽¹⁴⁷⁾.

Portanto, para garantir a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI, é necessário ater-se não somente à qualificação dos trabalhadores, mas também à quantificação desses para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas. Desta forma, o número adequado de trabalhadores é indispensável para a execução do cuidado com qualidade⁽¹⁴⁸⁾.

A adequação quantitativa de trabalhadores de enfermagem possibilita diminuir incidências de agravos à saúde dos trabalhadores devido a redução da sobrecarga de trabalho⁽¹⁴⁸⁾.

A gestão de pessoas na área de enfermagem em hospitais é imprescindível no intuito de garantir recursos humanos suficientes e competentes para o alcance da qualidade da assistência, bem como a humanização do atendimento⁽¹⁴⁸⁾. Haja vista, que a sobrecarga de trabalho possibilita o desenvolvimento da síndrome de Burnout (estado de exaustão física, emocional e mental) e da insatisfação⁽¹⁴⁹⁾.

Pode-se, assim, dizer que a ausência de um membro da equipe de enfermagem reflete significativamente, de forma negativa, na qualidade da assistência, principalmente quando essas situações não foram programadas e, conseqüentemente, o responsável não tem tempo hábil para promover a cobertura da escala de serviço,

seja por remanejamento setorial, por geração de horas-extras ou mesmo readequação da equipe para execução das atividades durante o turno de trabalho ⁽⁸⁵⁾.

De acordo com tal autora, o absenteísmo no trabalho desestrutura o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores, resultando na baixa produção e na precária assistência. Além disso, acarreta problema administrativo, por aumentar substancialmente o custo ⁽⁸⁵⁾.

Outro sub-tema revelado foi a **Saúde do Trabalhador**. Pode-se afirmar que a atenção a saúde do trabalhador de enfermagem ainda é precária, pois os trabalhadores reivindicam uma atuação maior do atendimento, por meio de convênios médicos e atenção a saúde psíquica. Mencionam que existe um atendimento psicológico, porém alguns indivíduos desconhecem e sentem a necessidade de um grupo de apoio multiprofissional para supri-los.

(...) Proporcionar uma atenção diretamente aos profissionais auxiliares, técnicos e enfermeiros especificamente em relação a nossa própria saúde, pois quando estamos bem com a gente mesmo, isso reflete no atendimento, que dispensamos aos pacientes. (VII,1)

(...) Há falha em alguns pontos como a falta de convênio médico mais acessível. (VII,3)

(...) Não vejo ação em relação à preocupação com a saúde do profissional e o intuito de melhorar a capacitação promovendo treinamentos (VII,4)

(...) Há uma atuação maior do serviço de atendimento ao trabalhador que cuida da saúde física dos colaboradores... sei que existe uma psicóloga disponível para nos atender, mas não há nenhum trabalho específico em grupo (VIII,6)

(...) A gente tem um desgaste muito grande não só braçal, mas também emocional, que não se cuida, acho que nenhuma Instituição cuida do profissional como Humano, a gente tem que tratar como humano, ser humano, então essa questão deveria ser mudada nas Instituições, deveria ter um órgão, psicólogos, enfermeiros que olhassem para os trabalhadores como pessoas, que também precisam de cuidados, porque na realidade a gente precisa de cuidados dessa questão humanização dos trabalhadores. (XVI,7)

(...) Dentro das equipes, dentro de cada plantão, eu acho que seria importante o Enfermeiro tá chamando pra si essa responsabilidade, saber qual é a dor desse trabalhador, qual é a dificuldade, qual a necessidade não só de trabalho às vezes traz de casa o problema, e o enfermeiro não sabe o que está acontecendo, por que a trabalhadora está mal humorada, por que o andamento do grupo não está bom, às vezes eu presencio vai até o limite, aí estoura alguma coisa, aí que vai reunir, mas a reunião não se torna tão produtiva, porque todo mundo já tá doente, se fosse uma coisa semanal, mensal, entendeu, sabe você precisa ter um momento para conversar... (XVI,8)

(...) Lado pessoal de cada funcionário que não é assistido, não é, não é... a gente passa pelo serviço de atendimento ao trabalhador, você precisa de uma consulta de uma especialidade você pede um tipo de exame que sai da rotina do DRO. Ele fala que não precisa, eu tinha que procurar a unidade de saúde do meu bairro e ir atrás, eu acho assim que atenção nenhuma, conclusão, paguei uma consulta... (XXI,3)

A literatura nos evidencia que o ambiente de trabalho, no contexto hospitalar, tem sido considerado insalubre, por agrupar pacientes portadores de diversas enfer-

midades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde ^(150,151).

Pode-se assim dizer que no Brasil, a preocupação com a saúde dos trabalhadores iniciou-se na década de 70, devido a grande incidência de acidentes de trabalho com a mão-de-obra segurada, vindo a estabelecer ações relativas à segurança e à medicina do trabalho, por meio da criação de serviços especializados nessa área ^(150,152).

Historicamente, os trabalhadores da área de saúde não eram considerados como categorias profissionais de alto risco para acidentes do trabalho. Esta preocupação surgiu com os riscos biológicos a partir da epidemia do HIV/AIDS nos anos 80, quando se estabeleceram normas e questões de segurança no ambiente de trabalho ⁽¹⁵⁰⁾.

As unidades críticas são setores, no ambiente hospitalar, que a literatura retrata como unidades onde se concentram alta tecnologia e pacientes que necessitam de cuidados diretos intensivos, que se encontram em situações limite, mas têm um prognóstico favorável para viver, porém são passíveis de virem a óbito. Além disso, é considerado um ambiente no qual se utilizam de muitas técnicas e procedimentos sofisticados, para tratar doenças com risco potencial à vida, um setor fechado e estressante ^(10,153,154,155,156,157).

Pode-se afirmar que as UTIs são insalubres, pois a falta de treinamento, a sobrecarga de trabalho, e a precaução dos profissionais que ali trabalham podem resultar em transmissão de doenças, acidentes e transtornos psíquicos e emocionais ^(151,155).

Os trabalhadores que atuam nas UTIs têm suportado uma carga excessiva de trabalho, cada vez mais extenuante, resultando em um comprometimento para sua qualidade de vida ^(149,153,158).

Além disso, os trabalhadores estão expostos a outros riscos tais como o ergonômico (mobilidade de pacientes no leito), físicos (exposição à radiação, ruídos, problemas decorrentes de instalação elétrica, iluminação e climatização) e químicos (produtos de limpeza e anti-sépticos baixo risco) ^(10,153,155).

A educação continuada em UTI é um fator relevante para a saúde dos trabalhadores, pois reforça as políticas de prevenção de riscos ocupacionais ⁽¹⁵⁵⁾.

Há necessidade de investimento de recursos humanos e materiais, uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual), atualização de esquemas de vacinas, bem como medidas de redução de estresse ocupacional e da violência no trabalho, por meio da valorização da profissão e adequadas jornadas para obtenção de melhorias nas condições de trabalho ^(150,155).

É necessário pensar na importância da humanização no ambiente de trabalho, pois ela não se concretiza se estiver centrada apenas e unicamente em fatores motivacionais externos ou somente nos pacientes; precisa assumir um processo de construção participativa que requeira o respeito e a valorização do ser humano que cuida ⁽⁵³⁾.

Neste sentido, o trabalhador da enfermagem e a instituição hospitalar devem reconhecer os elementos estressores que estão presentes no trabalho e procurar, por meio de mecanismos e estratégias de enfrentamento individual e grupal, diminuir as ocorrências de estresse profissional ⁽¹⁵⁴⁾.

Ainda há que se considerar que a saúde do trabalhador seja temática presente na grade curricular das escolas de enfermagem, para que os acadêmicos sejam estimulados a pensar sobre sua própria saúde desde o início da sua vida acadêmica, pois, uma vez estimulados, incorporem ações de proteção de saúde no cotidiano de seu trabalho ⁽¹⁵¹⁾.

O sub-tema **Trabalho em Equipe**, revela que o foco principal é o trabalho individual; conseqüentemente, o trabalho em grupo é falho, os sujeitos acreditam que o trabalho em equipe faça parte do cotidiano de trabalho, pois se fala tanto, mas na prática não acontece. Desta forma, aflorou sentimentos de angústia no trabalho, situações de risco devido a habilidades viciosas adquiridas pelos indivíduos e a falta de reuniões constantes com seus responsáveis. Estas reuniões serviriam para expor os sentimentos, como momento de interação e diálogo e constituir-se em um momento de reflexão dos atos praticados.

Por outro lado, acredita-se ainda que falta humanização para trabalhador, ou seja não há valorização trabalhador, nem harmonia na equipe, pois, quando se trabalha em equipe, surgiu um sentimento de prazer, ou seja, um sentimento de respeito mútuo, caracterizando a equipe como uma família e os sujeitos consideram que a responsabilidade da união da equipe é do profissional enfermeiro. Assim nos evidenciam os discursos abaixo;

(...) É muito importante uma interação bem ativa da equipe, pois a equipe precisa ter um momento de interação, de conversa, diálogo, reunião, isso faz com que a equipe reflita nas suas ações e no seu modo de agir... (DI,6)

(...) Outra coisa que eu sinto muita falta é de trabalhar em equipe, eu sinto muita dificuldade, eu sofro com a questão da individualidade do meu paciente, é uma coisa que hoje eu já consigo ver com outros olhos, mas no início era algo que eu sofria muito, que queria para mim, pro meus pacientes, pois não vejo o meu paciente, vejo o paciente da Instituição, isto é algo que me angustia você precisar do colega e o colega estar envolto em outras situações e não perceber o seu eu. (DIII,7)

(...) A sugestão que eu tenho é ouvir mais o funcionário e despertar essa habilidade de trabalho em equipe essa é a minha visão que está um pouco falha. (DIII,8)

(...) É como trabalho em equipe fala-se tanto e deveria fazer parte do nosso dia-a-dia, é uma questão que deveria ser como rotina na nossa vida principalmente na UTI, pois acontece situações de ter intercorrência e infelizmente a gente não vê, não vive isso, ainda é falho, é meio individual, uns colaboram e outros não. (DVI,2)

(...) Visivelmente esse trabalho não existe com a equipe de enfermagem, na maioria das vezes quando ocorre uma situação de angustia é entre os membros da equipe de enfermagem que tenta aliviar a situação (DXI,3)

(...) Eu acho que tem (humanização), mais falta mais alguma coisa mas tem, exemplo, as reuniões que as enfermeiras fazem, é isso mesmo, a mudança de decúbito, uma atenção que a gente vai conversar, tirar angústia da família e assim quando tem atrito entre a equipe faz reuniões, procura se resolver pra não influenciar nos cuidados do paciente, eu acho isso importante (DXIII,4)

(...) Seria interessante dentro da equipe estar montando reuniões mensais, semanais ou sempre que necessário. Eu acho muito importante na questão da humanização do funcionário porque assim se humaniza o funcionário, ele vai saber humanizar o cuidado, o que é bom para crescimento né... (DXVI,10)

(...) Prazeroso para mim é tudo isso, é a união da equipe, a gente tem respeito, essa é a palavra porque somos uma famí-

lia, a gente fica mais tempo aqui que em casa então esse é o segredo. Eu acho que cabe a chefia, o enfermeiro, ter essa visão, pois quando ele percebe alguma coisa, ele já tenta sanar o problema ali pra isso não ir para frente. (DXXIV,8)

(...) Olha, eu acho que a gente tinha que ter uma equipe mais harmônica entre si, não tem, a gente trabalharia mais unido, seria mais redondinho, pois tem muito individualismo, então as pessoas trabalham mais pra si e esquece o outro, prejudicando o paciente porque cada um está pensando em si e não está pensando no bem estar do paciente... (DXXV,1)

(...) o problema mesmo está na equipe em questão, do vício, quem já tem esse vício, por exemplo, eu vou fazer o meu porque vou ter que ajudar os outros, não, cada um que faça o teu, é muito individualismo. (DXXV,3)

Segundo a literatura, o processo de trabalho nas UTIs demanda cooperação coletiva, ou seja, tem que haver cooperação de todos os trabalhadores que ali prestam assistência, pois a gravidade e a complexidade do local necessitam de tomadas de decisões precisas e imediatas ⁽¹⁴⁰⁾.

Desta forma, a atuação da equipe é considerada efetiva quando todos trabalham em prol de um objetivo comum, e este deve ser claro com o papel de cada integrante ⁽¹⁵⁹⁾.

Para Shimizu e Ciampon ⁽¹⁴⁰⁾, a dinâmica nestas unidades dificulta o trabalho em equipe, pois os trabalhadores são pressionados o tempo todo para realizarem os cuidados sozinhos e com muita rapidez e eficiência. Conseqüentemente, desenvolve-se um trabalho individual, não permitindo a cooperação do grupo.

O profissional enfermeiro tem dificuldade em coordenar este trabalho em equipe nessa área, devido à falta de preparo acadêmico ⁽¹⁴⁰⁾. O enfermeiro, ainda, tem preocupação com as relações interpessoais, pois acredita que seja um fator limitador no desempenho das equipes ⁽¹⁶⁰⁾.

Segundo Peduzzi ⁽¹⁶¹⁾, o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos atores de diferentes áreas profissionais; por meio da comunicação, dar-se-á articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Em consonância com Abreu et al ⁽¹⁶⁰⁾, referem que trabalho em equipe se caracteriza pelo trabalho integrado, com comunicação clara, respeito e confiança. Portanto, o foco do trabalho em equipe tem sua base no esforço coletivo e na busca de objetivos comuns.

No entanto, os autores afirmam que as equipes ainda são formas aprimoradas de grupos de trabalho, ou seja, grupo existe em todas as organizações enquanto equipes são raras ainda, embora ostentem essa denominação. Para eles, o grupo de trabalho é aquele que interage, para partilhar informações e tomar decisões que auxiliam cada membro a desempenhar suas ações individuais, embora nesse tipo de contexto, o trabalho coletivo inexistisse, pois atribui apenas a responsabilidade individual.

Neste sentido, no trabalho em grupo, não há sinergia positiva que possa desenvolver um nível geral de desempenho que seja maior que a soma dos insumos, mas o trabalho em equipe gera sinergia positiva através do esforço coordenado ⁽¹⁶⁰⁾. Haja vista que o trabalho individual é decorrente da falta de compromisso de alguns membros da equipe, o que interfere negativamente na qualidade da assistência ao paciente ⁽¹⁶²⁾.

De acordo com Oliveira et al⁽⁵⁴⁾ os principais obstáculos para o desenvolvimento das equipes são: o individualismo, as hierarquias injustas dadas pela divisão técnica e social do trabalho, a onipotência de cada profissão que acredita, paradoxalmente ser “a única e a melhor”, temor da crítica, exposição das limitações e perda de privilégios.

Betinelli et al⁽⁵⁶⁾ acredita que o trabalho deva ser melhor articulado. Neste sentido, deve haver a valorização de todos os profissionais que participam do processo; conseqüentemente, ter-se-á mais confiança e reconhecimento da capacidade da equipe de profissionais e não somente numa valorização individualizada.

Desta forma, Duarte et al⁽¹⁶³⁾ referem que, para o trabalho em equipe não basta somente saber, mas como esse saber será colocado a serviço do trabalho, pois deve expressar a relação entre o pensar, o fazer e o ser no trabalho vivo em ato.

Já Betinelli et al⁽⁵⁶⁾, propõe que para uma efetivação da ação o trabalhador deve ser capaz de reexaminar constantemente seus valores e crenças, os quais podem fortalecer a consciência de que não apenas tem que dominar o conhecimento técnico-científico, mas aprimorar a relação cuidativa.

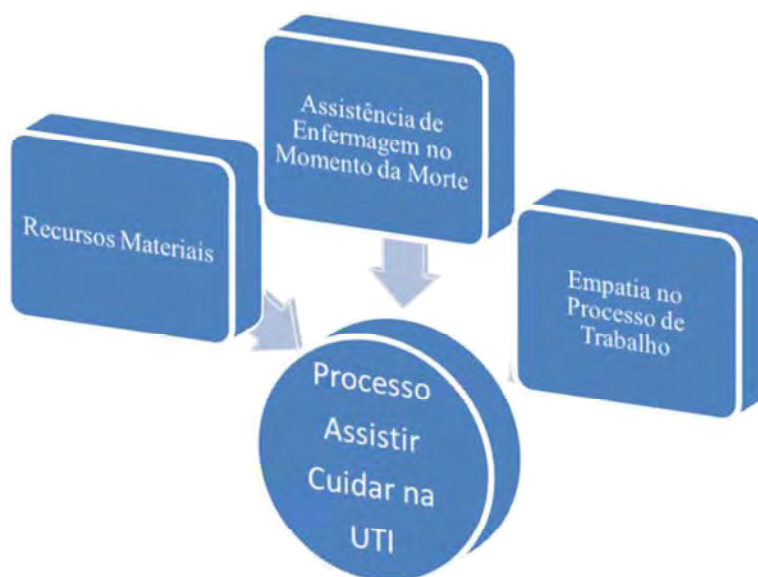
De acordo com Leite e Vila⁽¹⁶²⁾ alguns sentimentos como estresse e angústia são gerados no trabalho em equipe, devido a alguns indivíduos não saberem trabalhar em equipe, resultando na desmotivação, conseqüentemente produzindo relações de trabalho inadequadas.

Betinelli et al⁽⁵⁶⁾ ressalta que basta estimular a relação no ambiente de trabalho por meio das considerações das diferenças da dimensão humana, pois se essas relações forem direcionadas por normas e regras rígidas, ou até mesmo em rotinas e procedimentos frios e inflexíveis, provocarão a impessoalidade e a formalidade no atendimento.

Shimizu e Ciampon⁽¹⁴⁰⁾, salienta que o trabalho em equipe dar-se a partir da comunicação entre os trabalhadores, no intuito de articular as intervenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem.

Conforme expressa o diagrama 5, descrito a seguir, o tema **“Processo Assistir/Cuidar na UTI”**, compõe-se dos sub-temas: **Recursos Materiais**, **Assistência de enfermagem no momento da morte** e **Empatia no processo de trabalho**.

5- Diagrama do tema: Processo/Assistir Cuidar na UTI, Botucatu, 2010



A temática nos reporta a relação da empatia no processo de trabalho, os recursos materiais e o cuidado propriamente dito envolvendo o indivíduo em seu ciclo de vida, o qual resgata a necessidade, o afeto, o sentimento de zelo e o amor ao próximo regado de proximidade e mantendo uma fiel relação do outro para com outro até o momento de sua terminalidade.

(...) Ser mais humanos com pacientes aqui dentro é tudo pro paciente, Tem que olhar em geral, não só para os pacientes, mas em geral... (XXI,1)

(...) Pacientes mais graves então a gente procura tratar eles mais com carinho. (XX,1)

(...) A oferta de material é adequada e suficiente para os atendimentos ao paciente. (DVII,5)

A literatura nos mostra que e a enfermagem vem se desvencilhando da consciência do modelo biomédico e se reencontrando no objeto da profissão, que é o cuidado do ser humano em todas as suas dimensões biopsicossocioespirituais ⁽¹⁶⁴⁾.

O cuidar é definido como um processo interativo, ou seja, se dá na relação entre o enfermeiro e o paciente, traduzidas por comportamentos de cuidar, atenção, empatia, escuta ativa, segurança e ações que são necessárias naquele momento ⁽¹⁶⁴⁾.

O termo cuidar parece mais uma ação dinâmica, pensada, refletida e o cuidado dá a conotação de responsabilidade e zelo. Enquanto o termo assistir denota uma ação mais passiva de observar, acompanhar, favorecer a assistência como o auxílio, a proteção ⁽³⁾.

Waldow ⁽³⁾ refere que o termo assistir/assistência não necessariamente inclui o cuidar/cuidado, pois, ao prestar assistência, pode-se não estar cuidando no sentido pleno, que envolva responsabilidade, interesse e desvelo, ou muito menos incluir elementos referidos pela literatura como amor e envolvimento.

Vale ressaltar que o momento de cuidar é o momento de encontro entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, resultando na reflexão que é prevista na Figura III. Evidencia esse processo de cuidar ⁽¹⁶⁵⁾.

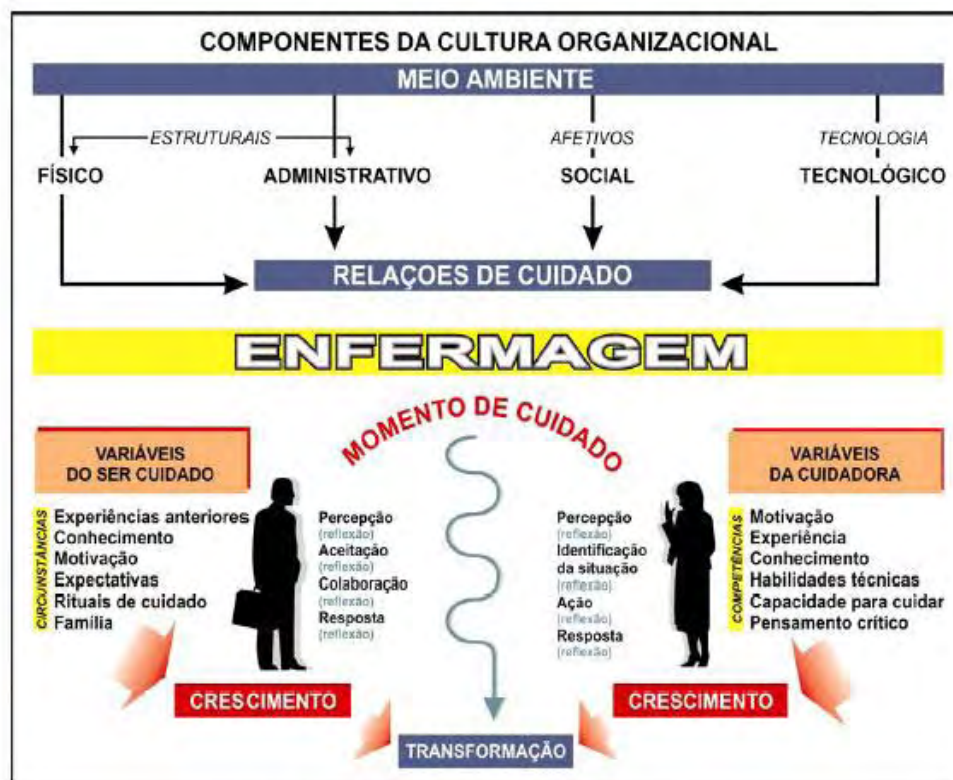


Figura 1. Representação gráfica do processo de cuidar.

Fonte: Waldow VR. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 140-5. pag.141

Portanto, o cuidar do enfermeiro deve estar voltado para assistir as necessidades físicas, assim como as necessidades não físicas, ambas com igual valor para a assistência de enfermagem. Sendo assim, o cuidar, para o enfermeiro é direcionado para a pessoa-paciente ⁽¹⁶⁶⁾.

De acordo com Dezorzi e Crossetti⁽¹⁶⁷⁾ as práticas desenvolvidas nas UTIs pela equipe de enfermagem precisam ter aplicabilidade da consciência de si mesma enquanto práticas cuidadoras. A fragilidade da equipe com o mundo vivido engendra a necessidade de cuidados e autoconhecimento.

Este autoconhecimento promove a transformação do ser que cuida, ampliando sua consciência e reintegrando-o consigo mesmo, pois o cuidado holístico somente é

possível quando a cuidadora está consciente de si mesma e quando o seu “eu” está integrado e harmonioso ⁽¹⁶⁷⁾.

Corroborando, Costa et al ⁽¹⁶⁸⁾ acreditam que o processo de humanização na UTI também propicia melhorias nas práticas cuidadoras, bem como um cuidado comprometido com a ética, o diálogo e a autonomia do paciente e de sua família.

Os trabalhadores são participantes ativos neste processo, por meio do uso do diálogo horizontal e da conscientização ⁽¹⁶⁹⁾.

Vale ressaltar que a construção do amor próprio é essencial para a valorização do outro e para estabelecer valores daí advindos, pois assim os indivíduos envolvidos são capazes de respeitar a singularidade de cada um, bem como compreender, de forma respeitosa o outro, construindo, assim, a dinâmica das relações do cuidado ⁽¹⁶⁴⁾.

Outro sub-tema que emergiu foi em relação aos **Recursos Materiais**, pois o trabalho na UTI é marcado pelo livre acesso e quantidade suficiente recursos materiais para o cuidado do paciente. As falas desvelam:

(...) Em relação aos materiais necessários ao nosso trabalho de fácil acesso e quantidade suficiente ao cuidado do paciente e o acesso livre ao profissional médico... (DVII,3)

(...) Procuram manter o número adequado de recursos humanos e prover materiais... (DVIII,7)

As unidades de UTI exigem recursos humanos e materiais especializados para monitorização contínua das funções vitais dos pacientes no intuito de prevenir e detectar complicações, viabilizando, desta forma, a previsão de recursos materiais e humanos com vistas a prestação de cuidados com qualidade ⁽¹⁷⁰⁾.

O trabalhador de enfermagem que atua na UTI pode enfrentar situações estressantes e, muitas vezes, desencadear insatisfação no trabalho devido à sobrecarga e à falta de materiais ⁽¹⁷¹⁾.

Os materiais são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada. Uma das maiores dificuldades da administração de materiais reside na distância entre o processo produtivo e os sistemas de apoio. As causas da falta de materiais podem ser estruturais, organizacionais e individuais ⁽¹⁷²⁾.

As causas estruturais envolvem a falta de prioridade política para o setor, enquanto as causas organizacionais decorrem da falta de objetivos, pois quando os objetivos não estão claros, cada unidade cria seu próprio sistema de referência e, como consequência, pode ocorrer uma dissociação entre a área fim e as áreas meio, falta de profissionalismo da direção, falta de capacitação e de atualização do pessoal, falta de recursos financeiros, falta de controles, corrupção, falta de planejamento e rotinas e normas não estabelecidas adequadamente.

Já as causas individuais também derivam das anteriores: diretores improvisados, inseguros ou incapazes de inovar, sem condições de manter um diálogo adequado com área fim, funcionários desmotivados, sem compromisso com a instituição, sendo seu principal objetivo a manutenção do emprego.

Pode-se, então, afirmar que administração dos materiais, isoladamente, não é capaz de evitar as faltas, pois deve ser compreendida como um subsistema de produção que funciona como meio para que se alcancem os objetivos organizacionais ⁽¹⁷²⁾

Outro sub-tema revelado foi ***Assistência de Enfermagem no momento da morte***. O trabalhador de enfermagem que assiste o paciente gravemente enfermo, principalmente no momento da sua morte, procura neste momento, assisti-lo com

amor, carinho, ou simplesmente permanece ao lado do paciente, pois refere que é nesta hora que a figura do outro é de suma relevância principalmente por estar só. A fala do sujeito expressa:

(...) Pacientes mais graves então a gente procura tratar eles mais com carinho, às vezes paciente que tá quase morrendo, paciente grave, principalmente na hora da morte, a gente tratar assim com carinho, com amor, tá ali do lado, não que a gente é profissional que a gente não tem que estar ali como pessoa naquela hora, ainda mais que na hora da morte não pode ficar acompanhante. (XX,1)

A literatura nos mostra que a terapia intensiva tem apresentado uma grande evolução nos últimos 20 anos, em todo mundo e também no Brasil. Atualmente, os portadores de doenças críticas que evoluiriam para a morte podem ser mantidos vivos através de métodos artificiais ^(173,174,175).

A terminalidade no âmbito da UTI se reveste de aspectos psicossociais peculiares a serem considerados nas diversas interações que ocorrem entre o enfermo, à família e a equipe, nos quais o foco é o processo final de cuidados do enfermo, preservando sua intimidade com privacidade e dignidade. Desta forma, parece ser o grande desafio da equipe de saúde: cuidar do enfermo em condições terminais de forma única e personalizada.⁽¹⁰⁾

Pode-se dizer, ainda, que as tecnologias fizeram aumentar as expectativas tanto dos pacientes, bem como dos profissionais da saúde, na medida em que tornaram possível intervir e modificar o corpo, e até mesmo adiar questões que se relacionam com o final da vida ⁽¹⁷⁶⁾.

Neste sentido, os limites entre a vida e a morte que pareciam ainda tênues e reservados às características biopsicossociais e espirituais de cada indivíduo, passa-

ram a ser bombardeados com aquilo que há de mais moderno na tecnologia biomédica atual⁽¹⁷⁶⁾.

Em contrapartida, estudos mostram que o fato de lidar com pacientes na terminalidade são muito estressantes, pois ocorre uma grande exigência emocional por parte do trabalhador de enfermagem, uma vez que a morte é tomada como uma falha em prestar eficientes e eficazes cuidados ⁽¹⁷⁷⁾.Haja vista que o cuidado é a essência do trabalho da enfermagem, e o cuidado do paciente em fase terminal requer do trabalhador não só conhecimentos sobre manejo de lidar com a dor, sintomas clínicos comuns nesta fase, mas também de comunicação, conhecimento e reflexão sobre morte e terminalidade ^(174,178).

Vale ressaltar que o problema existencial do homem diante da morte e do processo morrer não será sanado facilmente. Deve-se, pois, pensar a respeito do assunto desde a formação acadêmica, e se tornar um motivo permanente de atenção do profissional, para resultar em comportamento mais apto para lidar com a morte e com o paciente terminal^(179,174).

Ainda que nos pareça paradoxal, isto é, interessar-se pelo assunto e não buscar informação sobre ele, isto pode ser explicado pelo fato de que pensar na morte, considerá-la em sua profundidade é algo doloroso para o homem, pois poderá trazer a tona lembranças de perdas antigas, a dor do luto, o sentimento de finitude e o medo de um futuro completamente desconhecido e incerto^(179,180).

Desta forma, é extremamente importante que o trabalhador de enfermagem que lida com pacientes fora de possibilidades terapêuticas receba apoio psicológico para melhor compreender seus anseios e limitações na prática de cuidar do processo morrer⁽¹⁷⁶⁾.

Para AMIB⁽¹⁰⁾, o trabalho de humanização assistencial, faz com que a equipe conheça os motivos dos comportamentos dos indivíduos e os efeitos que esses comportamentos provocam nos trabalhadores, desencadeando reações e defesas como racionalização e o isolamento em bases científicas.

A equipe de saúde que cuida do paciente em situação terminal necessita desenvolver competência técnica, ao mesmo tempo em que testemunha a existência do outro em sua escolha pessoal e intransferível no momento final da vida, construindo assim uma postura ética e humanizada com respeito, compaixão e solidariedade⁽¹⁰⁾.

A distanásia, também conhecida como tratamento fútil e inútil, que resulta em uma morte lenta e prolongada, acompanhada de sofrimento, é comum nas UTIS devido o aparato tecnológico e da obstinação terapêutica, porém com resultados muitas vezes desanimadores^(10,174,178).

De acordo com o dispositivo XXIII e XXIV da lei n 10.241, o indivíduo tem o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida e ainda optar pelo lugar de morte⁽¹⁸¹⁾.

Sendo assim, a comunicação e do diálogo, antes dos procedimentos e das implementações terapêuticas, são fundamentais e possibilitam manter o caráter humano das relações entre os indivíduos que vivenciam situações vulneráveis. A solicitação de consentimento visa garantir os direitos dos pacientes de forma ética, e autônoma⁽¹⁷⁸⁾

Segundo Carvalho et al⁽¹⁷⁸⁾, não implementar tratamento de cura não significa deixar o paciente morrer, mas sim, aceitar o processo de morte que não tem como ser evitado. O trabalhador de enfermagem contribui com a manutenção da qualidade de vida, promovendo cuidados no intuito de diminuir a dor física e do sofrimento psíquico, e na proximidade com os familiares^(174,178).

Portanto, ainda que não seja função do enfermeiro a decisão de interromper ou mudar as condutas do tratamento dos pacientes, ele deve ser inserido nas discussões devido ser o profissional que mais tempo passa ao lado dos pacientes, e por meio do cuidado contínuo, acompanha sua evolução desde a hospitalização na UTI até sua alta ou morte⁽¹⁷⁴⁾.

O ato de agir ético, nesse tipo de situação, envolve uma espécie de consciência que só pode ser desenvolvida quando sentimos a essência, a individualidade do paciente⁽¹⁸⁰⁾.

Como na Ética, para cuidar não existem regras, apenas orientações que nem sempre podem ser generalizadas. Se a Ética reside no bem e na virtude, talvez tenhamos que voltar nossos olhares para um atendimento holístico e humanizado, acima de tudo; para o cuidado nem sempre atrelado à recompensa da cura^(174,178, 180).

O sub-tema ***Empatia no processo de trabalho***, foi desvelado e fundamenta-se na crença de que, quando se trabalha com a humanização, a empatia deve ser desenvolvida desde a formação acadêmica, ou do ensino técnico. O indivíduo cuidador coloca-se no lugar do outro, de forma holística e singular considerando o outro como um membro do seu meio familiar. Assim nos evidenciam as falas:

(...) Eu acho assim, apesar do profissional que a gente é, tem que trabalhar com humanização, a gente tem hora que está ali como pessoa, pois paciente chama às vezes chama só para ficar do lado, tá bom, não pode ficar acompanhante então o único acompanhante que eles tem é a gente... (XX,2)

(...) Eu acho que o mais importante desde quando eu me formei que a gente fala assim sobre a empatia, que a gente tem que tratar eles como se fosse um da nossa família, eu acho que

se a gente fizer isso, você vai tratar com maior amor do mundo todo. (XX,6)

(...) Ser mais humanos com pacientes aqui dentro é tudo pro paciente, Tem que olhar pra em geral, não só para os pacientes, mas em geral... (XXI,1)

Portanto, de acordo com a literatura, a empatia também pode ser reconhecida como a percepção ou sensibilidade social, pois ela é à base das relações interpessoais, mas nem sempre é racional, objetiva ou mesmo consciente. Sendo assim, para alguns indivíduos, a empatia é como um dom natural e outros podem desenvolvê-la com as experiências da vida. O relacionamento interpessoal recebe a influência de três fatores: o observador (aquele que percebe e procura compreender); o observado (aquele que está sendo percebido); o ambiente (condições sociais onde a dinâmica da percepção acontece)⁽¹⁰⁾.

Corroborando, os autores ^(182,183) referem que a empatia é uma habilidade que pode ser realizada junto ao paciente de forma verbal e não verbal, pois seu desenvolvimento é de extrema importância quando se propõe ajudar o outro.

O trabalhador de enfermagem deve possuir um bom nível de maturidade, estabilidade e autoconhecimento, para que ocorra a empatia e, deste modo, desenvolva um relacionamento de respeito mútuo, cuidado singular, respeito à cultura, crenças e valores do outro ⁽¹⁸²⁾.

Segundo Pinho et al ⁽¹⁸⁴⁾, os trabalhadores de enfermagem, por exemplo, utilizam-se do diálogo, da interação interpessoal, das técnicas e procedimentos para cuidar. Desta forma, esses trabalhadores reconhecem a si e ao ser cuidado como pessoas em interação e coparticipantes nesse processo, resultando em um relacionamento interpessoal satisfatório ⁽¹⁸⁵⁾.

Portanto, a prática do cuidado pelo trabalhador de enfermagem objetiva, prioritariamente, cuidar do outro, direcionando a atitude cuidativa para o ser que está sob os seus cuidados. O cuidar do outro, pelas trocas que proporciona, traz para o cuidador sentimentos de prazer e satisfação, ou seja, cuidar do outro é também cuidar de si mesmo ⁽¹⁸³⁾.

Corroborando, Boff ⁽⁸⁾ refere que o ato de cuidar pressupõe uma relação sujeito-sujeito, pois não é apenas uma intervenção técnica, mas uma interação e comunhão.

Portanto, o saber cuidar tem dado vazão ao estreitamento dos vínculos interpessoais para minimizar as condições de sofrimento físico/mental, ao mesmo tempo que o fazer cuidar os distancia. Pode-se dizer que as condições estão embasadas em um ritmo dialético, onde são preenchidas por dificuldades pessoais, profissionais e ainda necessidades institucionais ⁽¹⁸⁴⁾.

Neste sentido, embora a maioria dos profissionais de saúde saiba o que é empatia e valorize esse sentimento junto à prestação do cuidado ao paciente, ainda evidencia-se uma dificuldade relacionada principalmente à falta de tempo, à influência de emoções do profissional, à falta de valorização do indivíduo, à rotina diária, à sobrecarga de trabalho, com a tendência de levar o trabalhador a uma atitude mais tecnicista ⁽¹⁸²⁾.

Outro aspecto que, de certa forma, impede a empatia é o fato de que os procedimentos devem ser executados em primeiro lugar, e o cuidado com o aspecto humano acaba por sofrer negligência ⁽¹⁸²⁾.

O conhecimento científico e a habilidade técnica do profissional enfermeiro são importantes, mas de pouco adiantarão se este mesmo profissional não apresentar um bom relacionamento interpessoal, ser empático e assertivo ⁽¹⁸²⁾.

6 – Figura IV do Tema : Comunicação na UTI. Botucatu, 2010



A temática **COMUNICAÇÃO NA UTI** desvelou a necessidade do diálogo entre a equipe e a gestão hospitalar, do saber ouvir o outro, de promover reuniões na qual o indivíduo expresse sua opinião, bem como tenha liberdade de expressar-se. Através da comunicação o indivíduo desvela a possibilidade de ser reconhecido e valorizado de forma holística, ou seja, em todas as suas dimensões biopsicosocioespirituais considerando tanto o cuidador como o paciente. Valorizando, assim, a importância do ato da comunicação verbal e não verbal e a empatia no processo de cuidar de si e do outro. As falas revelam:

(...) Nessas reuniões, quando conversamos aquilo que está nos incomodando a gente... e só de você falar o que está incomodando e ver que não é somente você que está sentindo aquilo, mas sim algo de todos e que tem solução e que a idéia de outra pessoa resolve aquela dúvida e o que você tá sentindo. É importante para o funcionário ser ouvido. (DI,7)

(...) embora a gente já tenha essa liberdade de trabalhar a liberdade de se expressar. Eu acho que nada impede que seja um pouco acentuada. (DI7,9)

(...) Eu acredito bastante assim, que sempre que houver algum problema, fazer uma reunião onde todos possam estar opinando, sobre cada ponto de vista de cada um. (DV,3)

(...) Penso que pode começar na equipe de enfermagem solicitando junto à gerência uma possibilidade de conversar com algum diretor para expor as dúvidas... sei de Instituição que fazem o café da manhã com o diretor, onde alguns funcionários aleatoriamente são convidados para o café, mas não é obrigatória a participação... (DVIII,8)

(...) A sugestão que eu tenho é ver o funcionário como um Todo, saber ver o “eu” do indivíduo e ouvir. (DX,3)

(...) Principalmente toda a atenção que a gente tem que voltar a ele (eh) por que ele tá, mesmo nas condições que às vezes ele está sedado, mesmo toda situação, a gente tem que estar mais atento, (eh) conversar com ele, explicar todos os procedimentos, (eh) dar uma palavra amiga, uma palavra de conforto, muitas vezes (eh) ele precisa dessa palavra amiga, por que ele fica o tempo todo com a gente, mais com a gente do que com seus familiares, então a gente tem que estar visando isso. (XII,2)

(...) Ter mais conversas sobre isso e ficar mais atento ao paciente. (XII,5)

(...) Entendo que a gente tem que tratar o doente como se fosse um da gente, conversando, comunicando o que vai fazer, quando tá com dor, mesmo que ele esteja inconsciente, eu tenho esse costume de conversar e comunicar... (XIII,1)

Segundo a literatura, a comunicação na UTI envolve a equipe, os pacientes, seus familiares e responsáveis, médicos, os gestores e a mídia, sendo considerada, ainda, um instrumento importante, na construção de uma unidade mais humana, descontraída, harmoniosa e eficiente. Portanto, cuidando das relações a partir da equipe estaremos cuidando de cada indivíduo envolvido, beneficiando o coletivo, em especial o paciente ⁽¹⁰⁾.

Portanto, a comunicação representa uma troca de informação e compreensão entre as pessoas, com objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores, ou seja, é um processo humano de emissão, que exige dois meios de transmissão: o verbal e não verbal. O verbal menciona a linguagem falada e escrita, enquanto o não verbal os gestos, as expressões corporais e o toque ^(10,186,187,188).

De acordo com Pereira et al ⁽¹⁸⁹⁾, nas unidades de cuidados críticos a equipe deve estar preparada para direcionar efetivamente sua observação à comunicação, tanto verbal como não verbal.

Para que ocorra uma comunicação efetiva, o trabalhador tem necessidade de conhecer-se a si mesmo, entender seus limites, reconhecer seu valor, assumir e enfrentar a sua dor, este é o caminho mais sensato para lidar com os outros, pois, cuidando de si mesmo estará apto para cuidar do outro ⁽¹⁰⁾.

Entretanto, a efetividade da comunicação se sustenta na empatia que se estabelece entre os sujeitos na relação do cuidado, como também, no respeito ao outro, ao seu saber e a sua condição de participante no processo de comunicação ⁽¹⁹⁰⁾.

Portanto, qualquer olhar, comentário, gesto, conversas, toques, enfim, qualquer comunicação tem para o paciente, lúcido ou não, uma importância fundamental. Assim também nos revelaram as falas:

(...) No cuidado com paciente, eu não gosto de tá conversando coisas pessoais nossas, porque o paciente não tem nada a ver. No meu ponto de vista, se eu tivesse no lugar dele e alguém que está me cuidando não ficar se preocupando com minha dor e ficar se preocupando em falar um problema pessoal teu...

(...) Eu tenho por mania me colocar no lugar do paciente como se eu fosse a mesma pessoa... igual na hora de restringir eu vejo que restringir assim eu tentei restringir em casa, dói tudo aqui o antebraço XIII,3)

O trabalhador de enfermagem de UTI deve despir-se da “autoridade e do poder” ao aproximar-se do paciente, mantendo uma atitude profissional, mas principalmente respeitoso e cordial, olhar nos seus olhos, chamá-lo pelo nome, apresentar-se, colocando-se a disposição; isto é um diálogo, porém é fundamental ouvi-lo ⁽¹⁰⁾. Desta forma, os depoimentos também revelaram essa preocupação.

(...) Eu acho que, apesar de ser um profissional, a gente tem que olhar o paciente em todas as condições, não só nessas que às vezes a maioria é entubado a gente acha que eles estão inconscientes, mas eles não estão, muitas vezes ele ouve o que a gente fala, então não comenta perto dele, não comenta cer-

tas coisas, que pode desagradar, então eu acho que se a gente tem que ter esse olhar, (DXX,5)

Portanto, o trabalhador tem que reconhecer que ficar ao lado do paciente para ouvi-lo é uma ação terapêutica e determinante no processo de recuperação da saúde⁽¹⁹¹⁾.

Desta forma, a maneira que se fala e a escolha das palavras fazem a diferença na qualidade da comunicação que se estabelece com o paciente; isto é importante no processo de negociação do cuidado junto a ele⁽¹⁹⁰⁾.

Por isso, o cuidado humano e o humano no cuidado são fundamentais, ou seja, tendo como amparo o diálogo um dos elementos centrais para se pensar o cuidado. O diálogo é uma das estratégias humanas no qual reside o potencial da comunicação⁽¹⁹⁰⁾.

É preciso levar em conta que o tratamento e a cura não ocorrem somente pela intervenção técnica-tecnológica-medicamentosa, pois a doença não habita um corpo material biológico somente, mas o corpo de um ser que, como tal, expressa, na sua materialidade biológica, a dimensão sensível que o qualifica como humano⁽¹⁹⁰⁾.

O processo de comunicação com os familiares deve ser uma conversa adequada e clara, a fim de que eles recebam as informações pertinentes ao que o indivíduo quer saber, pois é a compreensão do que o outro quer transmitir e sentir-se bem atendido, tratado também com carinho e paciência^(10,187).

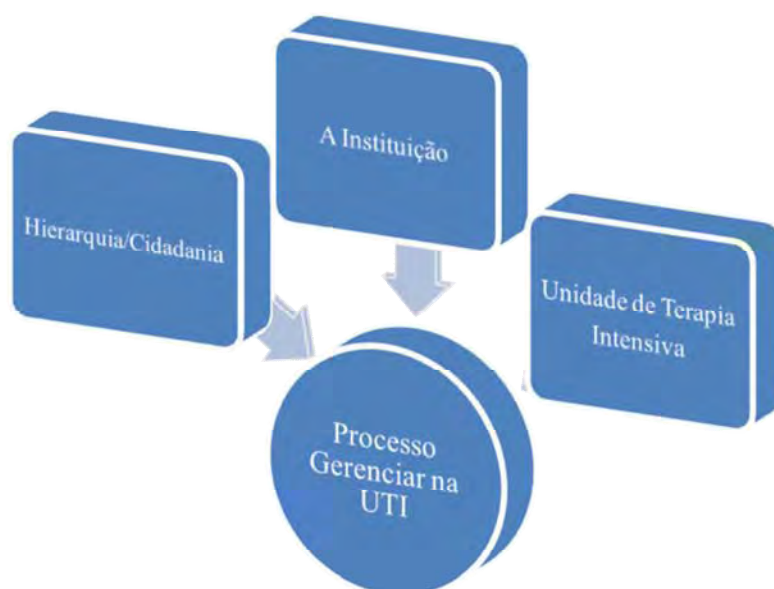
Entretanto, o cuidar, inclusive do familiar, implica em perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Não é suficiente deixar a família entrar na UTI, é necessário cuidar dela, é preciso questioná-la so-

bre as dúvidas, observar-lhe as reações e comportamentos, entender-lhe as emoções⁽¹⁸⁷⁾.

Por outro lado, os profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem, apesar de reconhecer a importância de transmitir com clareza informações essenciais relacionadas ao ambiente da UTI e de dar apoio emocional, quando se colocam na posição de familiar, alguns não conseguem atingir as expectativas que imaginam ser esperadas pela família⁽¹⁸⁸⁾.

O objetivo fundamental de uma moderna UTI, é feita por meio da comunicação no qual deve manter o respeito, sinceridade, carinho e a compreensão, envolvendo todas as emoções, pois somente assim conseguiremos cuidar do outro da mesma forma que gostaríamos de sermos cuidados⁽¹⁰⁾.

7 - Diagrama do tema: Processo Gerenciar na UTI. Botucatu, 2010.



Nesta temática **Processo Gerenciar na UTI**, desvelaram os sub-temas: **Hierarquia/cidadania, a Instituição e Unidade de Terapia Intensiva**. O processo gerenciar evidencia uma gestão centralizadora verticalizada e hierarquizada, falta diálogo, falta contato com a hierarquia superior, falta valorização do profissional. Assim nos desvelam as falas:

(...) Essa proximidade com a gente faz com que o funcionário se sinta mais seguro e aberto... (DI,8)

(...) A hierarquia não propõe (humanização), acho que não, e falta de diálogo principalmente nos chefe os de cima pra baixo, falta diálogo... (XVII,4)

(...) Nunca vi nada (humanização), eles propondo para o paciente e para nós também, acho com relação a outras instituições eu acho que aqui fica a desejar... (XVIII,3)

De acordo com a literatura, o trabalhador de enfermagem no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para gerenciar o trabalho/cuidado, necessita criar possibilidades de um fazer diferente, que possa ser partilhado com corresponsabilidade e descentralizado ⁽¹⁹²⁾.

As possibilidades de inovação e mudança das concepções e práticas dentro das organizações dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas, do desenvolvimento de recursos estratégicos que contribuem para o trabalho em equipe e da democratização da gestão dos processos de trabalho em saúde ⁽¹⁹²⁾.

Portanto, o trabalhador enfermeiro deve compreender a realidade de sua organização e de exercer um processo de gerenciamento voltado para as expectativas

dos pacientes, bem como dos trabalhadores de enfermagem, inclusive dos enfermeiros⁽¹⁹³⁾.

Neste sentido, as relações de trabalho rigidamente hierarquizadas, são consideradas reais quando determinados profissionais enfermeiros adotam uma postura centralizadora e autoritária perante a equipe. Entretanto há que se (des)construir este estereótipo para construir novas relações de trabalho na saúde e na enfermagem⁽¹⁹⁴⁾.

A gestão participativa e a tomada de decisão em conjunto fortalecem e valorizam o trabalho em equipe, viabiliza a participação dos profissionais no planejamento e ações do cuidado, estimula o compromisso com a democratização das relações de trabalho, criam e facilitam espaços de trocas e produção do conhecimento no coletivo e amplia o diálogo entre a equipe da saúde⁽¹⁹²⁾.

O cuidar/assistir, ao ser realizado de forma integrativa, promove a autonomia profissional, a valorização, a competência técnica e a construção do trabalho em equipe, ampliando e potencializando ações para enfrentar, resolver e atender as necessidades do paciente na UTI⁽¹⁹²⁾.

Ainda neste tema, foi revelado o sub-tema ***Hierarquia-Cidadania***. Pode-se dizer que esse contato com a administração, gestores, faz falta para o trabalhador no sentido de ter proximidade, diálogo, ou seja, ter o direito de participar ativamente das decisões, de saber, fazer-se presente no cenário da instituição, resgatando, desta forma, sua identidade como ser humano em busca da cidadania no trabalho. A fala desvela:

(...) Ter uma proximidade maior com as chefias (diretoria), faz com gente se sinta mais à vontade de ter contato com eles e conhecer qual é a ideia deles. Ele, tendo essa maior disponibilidade ou o contato com pessoas que têm um certo poder de autoridade acima, mas se torna um pouco mais distante devi-

do horário que não bate o turno mas é importante para equipe. A equipe se sente muito satisfeita com a presença, mais próxima deles.(DI,8)

A literatura evidencia que há necessidade de uma reorganização no modelo de gestão, ou seja, novas abordagens gerenciais como a gerência participativa e os programas de qualidade, os quais favorecem descentralizar as decisões e a promoção da aproximação de todos os indivíduos da equipe de trabalho, pois essa abordagem oferece ao trabalhador a oportunidade na discussão, nas decisões e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho ^(4,192,195).

O modelo de gestão proposto é centrado no trabalho em equipe com vistas para a construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente ⁽⁴⁾.

A gestão participativa é de suma importância, pois ela pode ser considerada como um instrumento valioso na construção dessa mudança, para tornar o atendimento não somente eficaz, mas também eficiente. Portanto, a cogestão é um modo de administrar, que inclui o pensar e o fazer coletivo.

Há necessidade de investimento na ampliação da cidadania dos clientes e dos trabalhadores dos serviços de saúde por meio da capacitação crescente dos mesmos, permeando claramente os seus direitos e, ainda, deixando claro como e onde reinvidicá-los, diminuindo assim a vulnerabilidade e fortalecendo-os no processo de trabalho ⁽¹⁹⁶⁾.

Sendo assim, a cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania, está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social ⁽¹⁹⁷⁾.

Os trabalhadores, de maneira geral, preocupam-se como a estrutura de produção de trabalho, no intuito de melhorar essa estrutura, apresentando formas de ser e agir mais adequadas aos processos e a profissão ⁽¹⁹⁵⁾.

Outro sub-tema que emergiu se reporta a **Instituição**. Acredita-se que a instituição é regida por uma administração vertical, hierarquizada e autoritária, que desconsidera os trabalhadores, pois não há participação nas relações de trabalho, existindo uma distância entre o trabalhador e administração e não reconhecimento do trabalho, ausência de valorização do trabalhador como sujeito que age e interage para o processo de trabalho, e omissão do cuidar do psicoemocional do sujeito que presta o cuidado, refletindo na falta de humanização para o trabalhador. Os sujeitos desvelam:

(...) Que precisa mudar algumas coisas na minha Instituição que eu trabalho. Acredito com relação ao profissional não existe nenhuma linha de trabalho ou participação do funcionário nesta questão, não existe nenhuma proposta hoje de humanização para o funcionário (DII,2)

(...) As coisas são muito de cima para baixo, não tem participação do funcionário. Existe muita cobrança e o funcionário!!! Ele tem sentimento, e as suas próprias percepções. Eu acredito que falta um pouco nessa linha. (DII,4)

(...) A gente trabalha em um ambiente estressante onde a gente sente muitas vezes, sofre, pelo paciente, e não tem nada que possa nos respaldar nem financeiramente ou psicologicamente, que o funcionário pudesse participar das decisões, pudesse ser ouvido, e ser mais valorizado enquanto pessoa. (DII,5)

(...) Levando em consideração ao que foi dito anteriormente as condições de Humanização são mínimas. (DVIII,4)

(...) Estamos em uma Instituição com uma administração vertical, hierarquizada e autoritária, pouco temos contato com diretores administrativos, somente reuniões esporádicas com a gerência. (DVIII,5)

(...) Relacionado à Instituição minha opinião é que é muito precária, pois deveria valorizar melhor os funcionários, por exemplo, os funcionários que entram depois da gente, pois a gente dá o “sangue” e depois os Novos que não trabalharam inicialmente, ou seja, não vê o setor como um todo são mais valorizados e com cargos melhores, isso nos deixa chateado e desmotivado aí você faz a pergunta onde está a Humanização?(X,2)

(...) Instituição não propõe, (humanização) deveria ser mais falado não digo através de cursos, mas teria que ter mais reuniões para estar falando sobre isso. (XII,3)

(...) Eu sinto assim que há uma grande distância da Instituição para os trabalhadores de enfermagem, porque o nosso contato é só com a enfermagem, os enfermeiros com a correria do dia-a-dia, podem fornecer pouca coisa pra gente, mas eu vejo que não existe uma Humanização que a Instituição possa me trazer para perto de uma coisa assim humanizada ou semelhante... (XVI,5)

(...) A gente tem um desgaste muito grande não só braçal, mas também emocional, que não se cuida, acho que nenhuma Instituição cuida do profissional como Humano, a gente tem que tratar como humano, ser humano, então essa questão deveria

ser mudada nas Instituições, deveria ter um órgão, psicólogos, enfermeiros que olhassem para os trabalhadores como pessoas, que também precisam de cuidados, porque na realidade a gente precisa de cuidados dessa questão humanização dos trabalhadores. (XVI,7)

(...) Nunca vi nada (humanização), eles propondo para o paciente e para nós também, acho com relação a outras instituições eu acho que aqui fica a desejar, (XVIII,3)

A literatura nos evidencia que o hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, família ou o próprio trabalhador⁽⁵³⁾.

Por outro lado, não é suficiente o hospital adquirir modernos equipamentos, dispor de estrutura moderna e apropriada aos cuidados de saúde e uma administração criativa, se não estiver voltado completamente para a satisfação das necessidades dos pacientes e dos trabalhadores que os assistem⁽⁶¹⁾.

Os trabalhadores de enfermagem que atuam em UTI têm a necessidade de serem estimulados e ainda incluídos nos processos decisórios de gestão. Assim, desta forma, eles sentem-se valorizados e apoiados pela sua instituição⁽¹⁶⁸⁾.

No intuito de compreender o cenário das UTIs, bem como os espaços das instituições e organizações de saúde, os quais se tornaram uma reprodução do modelo biomédico instituído historicamente, o resgate dos conceitos e práticas humanizadoras foram de extrema relevância no campo da saúde, em meio dos desejos emanados pelos diferentes sujeitos. Sendo assim, estratégias governamentais começaram a ser traçadas primeiramente com a publicação do Programa Nacional de Huma-

nização da Assistência Hospitalar (PNHAH e posteriormente com a Política Nacional de Humanização da atenção a gestão em saúde PNH) ⁽¹⁶⁸⁾.

A compreensão da humanização, como respeito e valorização da pessoa humana, se constitui em um processo que visa transformar a cultura institucional por meio da construção coletiva, envolvendo compromisso ético e de método para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços, bem como a participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que, consequentemente, resultam na qualidade da atenção e nas melhores condições de trabalho ^(61,67).

Portanto, cada instituição, equipe, trabalhador deve ter seu processo singular com vistas à humanização ⁽⁶¹⁾.

Neste sentido, a ênfase na pessoa humana do trabalhador, como uma das mais importantes vantagens competitivas de qualquer instituição, requer dos gestores estímulos às iniciativas, à proximidade nas relações e à flexibilidade para compreender o ser humano em suas inquietações e perspectivas de vida ⁽⁵³⁾.

O administrador, em seu papel de dirigente, passa a exercer, no contexto da humanização, um papel de estimulador e facilitador, de alguém cuja função é concorrer para desenvolver as pessoas, suas habilidades e competências, possibilitando-lhes realizar, por si próprias, processos inovadores, consequentemente, provocando mudanças estruturais e culturais ⁽⁵³⁾.

Contudo, todo processo de transformação de padrões e atitudes envolve um processo de conscientização e sensibilização que pode ser demorado e exige, ainda, empenho conjunto, dos pacientes, trabalhadores, governo e sociedade ⁽⁶¹⁾.

Backes et al ⁽⁵³⁾ refere que trabalhar com o foco da humanização no trabalhador demanda, por parte dos administradores, o acolhimento, escuta e uma atitude de

sensibilidade, para compreender a realidade que se apresenta na perspectiva do próprio trabalhador, seja ela favorável ou não.

Enfim, a humanização hospitalar dar-se-a pelo encontro entre os sujeitos que compartilham saberes, poder e experiências vividas, implicando nas transformações políticas, administrativas e subjetivas, sem esquecer dos recursos materiais/humanos e do ambiente que devem favorecer este processo ⁽⁶¹⁾.

A temática Processo Gerenciar na UTI, desvelou outro sub-tema: a **Unidade de Terapia Intensiva**. A humanização no ambiente de terapia intensiva é considerado de suma importância, no intuito de promover a recuperação do paciente assistido, por meio da proximidade, diálogo e disposição de tempo para o paciente consciente.

(...) A humanização ali é muito importante até para a recuperação deles mesmo, eu acho que eles também precisam disso, isso também contribui assim como as medicações, bons tratamentos, eu acho que as conversas, o diálogo para os que estão conscientes eu acho importante, se a gente tem esse tempo disponível para eles, o tratamento deles acaba sendo até mais rápido, a recuperação mais rápida. (XXIV,5).

As UTIs possuem algumas características próprias, tais como: convivência diária dos trabalhadores e dos sujeitos enfermos com as situações de risco, ênfase no conhecimento técnico científico e na tecnologia para o atendimento biológico (com vistas a manter o ser humano vivo), a constante presença da morte, a ansiedade (tanto dos sujeitos hospitalizados como de seus familiares e trabalhadores de saúde), rotinas rígidas e inflexíveis, e a rapidez da ação no atendimento ⁽¹⁹⁸⁾.

A UTI é um local totalmente diferente das outras unidades de internação; sobretudo, do ambiente residencial do sujeito doente e seus familiares, pois ela rompe bruscamente com o modo de viver do outro, incluindo suas relações e seu papel na sociedade. Desta forma, a identidade do paciente fica fortemente afetada⁽¹⁹⁸⁾.

Devido a sua gravidade, o paciente não é visto como sujeito, pois fica incapaz de decidir, opinar, dividir, ou seja, nunca exerce sua autonomia, nem mesmo em relação às atitudes próprias de cada um, como higiene pessoal, alimentação, eliminações entre outras⁽¹⁹⁸⁾.

Não há possibilidade de transformar as relações entre o paciente e equipe de saúde em mais humanas, se os próprios trabalhadores não se derem conta da sua importância no processo de humanização⁽¹⁶⁸⁾.

De acordo com Costa et al⁽¹⁶⁸⁾, o processo de humanização na UTI é influenciado positivamente e negativamente, ou seja, de forma positiva envolve uma adequada área física, a garantia da visita diária em mais de um turno, ter recursos humanos em quantidade suficiente e com capacitações periódicas, além de a equipe atuar em sintonia e com respeito mútuo. Já os aspectos negativos são aqueles que dificultam o processo de humanização da UTI: as relações interpessoais entre as equipes, o despreparo dos trabalhadores no que tange aos princípios de saúde, métodos e diretrizes da PNH, e o pouco tempo que estes trabalhadores possuem para se dedicar ao paciente e sua família, devido às rotinas preestabelecidas.

Em suma, o processo de humanização da UTI propicia as melhorias das práticas cuidadoras, um cuidado comprometido com a ética, o diálogo e autonomia do paciente e de sua família, equipe solidaria no desenvolvimento dos cuidados^(168,61).

Porém, para que ocorra esse processo, os trabalhadores precisam ser estimulados, reconhecidos, incluídos nos processos decisórios de gestão e, assim, sentirem-se valorizados e apoiados pela sua Instituição ⁽¹⁶⁸⁾.

Resgatar a humanidade nas UTIs significa uma reflexão consciente sobre o que é o ser humano ⁽⁸¹⁾.



Capítulo VI *Síntese*

Ao desvelar a essência do fenômeno da situação vivenciada pelos trabalhadores de enfermagem que atuam na nossa instituição, particularmente na Unidade de Tratamento Intensiva, percebo, de fato, que ocorreram convergências, divergências e idiossincrasias em alguns depoimentos, as quais possibilitaram compreender e perceber a essência do “eu” do “outro”, da organização do ambiente, até mesmo da instituição, ou seja, permitiram experienciar o mundo subjetivo dos sujeitos do estudo, sob sua própria ótica em relação ao fenômeno.

Desta forma, foi possível extrair das falas o conceito de humanização, bem como, humanização na UTI e no Trabalho.

Os trabalhadores de enfermagem, os sujeitos deste estudo, conceituam a humanização como algo capaz de considerar os aspectos emocionais, as ações e, principalmente, a pessoa como ser biopsicossocial, incluindo a família, o cliente e o trabalhador. Significa, ainda, a promoção de recursos humanos e materiais e o bom relacionamento com os gestores.

Neste sentido, podemos perceber que tais os trabalhadores de enfermagem conhecem o significado do conceito da temática humanização, e a importância dos atores envolvidos, ou seja, paciente/família, profissionais e gestores.

Entretanto, o cenário da UTI, ainda nos remete a persuadirmos nos movendo para um ato desumano, na maioria das vezes, nos esquecendo das relações emocionais, psíquicas e físicas, no que se refere ao paciente/familiares, bem como aos demais integrantes da equipe, notadamente quando hierarquicamente inferiores

Ainda há que mencionar que a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual remete à valorização dos diferentes atores envolvidos, apresenta na prática ações fragmentadas, fragilidade no conceito, pois reflete uma ligação com voluntaris-

mo, assistencialismo, paternalismo, bem como ao tecnicismo de um gerenciamento centralizador.

Compreendo que se faz necessário uma mudança na estrutura, na forma de trabalhar e também nas pessoas, atrelada a uma humanização que vise à reforma tradicional médica e epidemiológica, o qual objetive a valorização da defesa da vida, resulte em um processo de trabalho prazeroso e criativo.

Pois se observa que não estamos em busca de uma política genérica que seja capaz de refletir os próprios princípios do SUS, mas por uma identidade própria na proposta da humanização, a qual vise a transformação subjetiva de cada sujeito envolvido no processo, de tal forma que suas práticas cotidianas transformem o modo de produzir cuidados de saúde, transformando a si mesmo.

Neste sentido, os trabalhadores de enfermagem, em suas falas, relatam que seu cotidiano se resume em um ambiente estressante e angustiante, com baixa valorização para o trabalhador, e ainda revestida com padrões rígidos e, muitas vezes, autoritários.

Deste modo, a implementação da Política de Humanização se faz necessária no sentido de modificar o ambiente de trabalho, por meio da escuta, de uma gestão democrática e uma cultura humanista.

A PNH deve ser um caminho para transformar a teoria em prática, no intuito de valorizar o trabalhador e a relação com os gestores que representam a instituição, refletindo-se na humanização no trabalho.

Vale ressaltar que, para os trabalhadores de enfermagem, a humanização na UTI e a recuperação do paciente são comparadas com o tratamento medicamentoso, utilizando-se da comunicação para efetivar sua reabilitação.

Neste sentido, o trabalhador ainda está atrelado a uma estrutura tradicional médica e epidemiológica. Entretanto, utiliza a comunicação para manter a humanização e a recuperação do paciente, porque não devemos nos esquecer que o paciente hospitalizado necessita de conforto emocional, físico e compromisso profissional.

Já que o ambiente da UTI representa uma fonte estressora e negativa, tanto para o paciente como para o profissional que ali atua esta relação com o paciente promoverá o compromisso, a convivência harmoniosa e produtiva.

As condições de trabalho na UTI, segundo estes trabalhadores de enfermagem, apresentam aspectos positivos e negativos. Eles consideram a informação sobre os diagnósticos dos pacientes como algo de extrema importância, bem como as reuniões, a estrutura física, uso de uniformes, recursos materiais, humanos e a evolução dos equipamentos. Porém, a falta de informação pode ser um problema neste ambiente, bem como as eventuais carências de recursos humanos para o desempenho das atividades laborais, falta de espaço físico para o próprio cuidado e ainda a necessidade de espaço físico entre os leitos, que deve ser maior, para melhor execução das tarefas.

Podemos compreender que as precárias condições de trabalho resultam em sofrimento, desgaste físico e emocional, refletindo-se na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Tais trabalhadores de enfermagem, em seus discursos, mencionam que a organização e ambiência de trabalho são traduzidas pela organização do local de trabalho na UTI. A rotina e o horário de descanso são fatores positivos para melhorar a atenção e o estresse neste local.

Os sujeitos mencionam, em seus depoimentos, que este ambiente deve atender o paciente de forma holística e as condições de trabalho devem favorecer suas

necessidades individuais, promovendo a privacidade durante a realização dos procedimentos.

Atribuem a interrelação da assistência ao paciente à organização da ambiente de trabalho, considerando como agentes integrantes deste ambiente tanto o trabalho como o descanso, este último imprescindível ao restabelecimento do profissional, para enfrentar o estresse que permeia este ambiente.

Por isso, pleiteiam um local para fazer esse descanso de forma segura e confortável, pois na instituição de que se trata, não existe tal local, conforme evidenciam seus depoimentos.

O trabalhador de enfermagem tem o direito e o amparo legal para ter condições seguras e saudáveis, não condicionadas à existência de vínculo trabalhista, ao caráter e a natureza de trabalho. Portanto, o empregador deve criar um local adequado para o descanso de seus funcionários, garantindo segurança e acolhimento.

O Plantão Noturno traduz a situação de trabalho vivenciada pelos trabalhadores, os quais definiram como um turno muito exaustivo, difícil e desumano.

Este turno ocasiona alterações orgânicas no trabalhador, bem como, desgaste psicofisiológico maior do que naqueles que trabalham durante o dia, pois trabalham no momento em que as funções orgânicas encontram-se diminuídas, e a redução do tempo do sono desencadeia diminuição da percepção do alerta, geralmente depois da sexta e décima hora seguidas de trabalho.

Os trabalhadores de enfermagem ainda mencionam no tema condições de trabalho na UTI, a poluição sonora como um fator negativo, pois os ruídos dos equipamentos prejudicam os pacientes, resultando em irritação e desconforto.

Referem ainda à importância da musicoterapia na UTI, pois consideram que a música neste ambiente possa ajudar a minimizar o estresse para o paciente.

Entretanto, este recurso não existe na Instituição e não é visto como algo de importância para o cuidado ao paciente, embora a música possa resgatar o bem-estar, expressão das emoções e promover autonomia no momento do cuidado e a interação com o trabalhador de enfermagem.

Refletindo sobre os fatores que podem melhorar a motivação no trabalho, estes profissionais mencionam a importância da motivação por meio da ginástica laboral. Dizem que tal atividade poderia ser um recurso para lidar com o desânimo e a desmotivação no trabalho, pois, através dela, eles encontrariam o reconhecimento e valorização no trabalho.

O resgate da qualidade de vida no trabalho é de suma importância para o trabalhador de enfermagem, pois eles acreditam na importância de ser ouvido, percebido e reconhecido como um ser biopsicossocial. Também mencionam a relevância da melhoria salarial, do local adequado para descanso, da assistência médica, da educação permanente e continuada, bem como das reuniões. Estes fatores, se concedidos pela Instituição, promoveriam a satisfação no trabalho e na assistência prestada.

O processo ensinar/educar em enfermagem em UTI, é visto pelo trabalhador de enfermagem como a busca do ensino aprendizagem e da avaliação do seu próprio trabalho, pois a falta de conhecimento resulta em trabalho mecanizado, e a ação do cuidado se torna desumana. Assim, se percebe a verdade de que muito se fala em humanização, porém pouco se aplica.

Por isso, a educação permanente/continuada, emerge como uma necessidade, pois os indivíduos, em seus discursos, referem que a rotina do dia-a-dia faz com que o trabalhador desenvolva sua prática de modo mecânico e vicioso.

Os trabalhadores sentem a necessidade de resgatar esse serviço no intuito de modificar a sua prática, transformando seu comportamento e, assim, resgatando o

exercício da cidadania de todos. A educação permanente/continuada pode promover, ainda, a conscientização dos profissionais sobre a importância de sua participação nas decisões.

Os sujeitos referem que existe um desconhecimento sobre humanização em UTI, pois, em sua rotina de trabalhador, percebe que fala-se muito sobre a temática, mas na prática ainda não consegue aplicá-la. Há dificuldade em compreender o limite entre o aparato tecnológico e o cuidado do paciente.

De fato, o trabalho resulta num ato mecânico, ou seja, o paciente torna-se extensão deste aparato tecnológico.

Vale ressaltar que os trabalhadores, em seus discursos, referenciam a relação do papel da gestão no serviço, abordando gestão de pessoas, gestão ditatorial/hierarquizada, a importância do trabalho em equipe, recursos humanos e a saúde do trabalhador.

Pode-se dizer que tais indivíduos sentem falta de uma gestão participativa, ou seja, na qual ele possam ser ouvidos e estimulados. Nas suas falas, a gestão da Instituição permanece centralizadora e ditatorial.

Outra reclamação destes profissionais, ainda relacionada à gestão, é que os recursos humanos são insuficientes para o exercício do trabalho. Eles mencionam a sobrecarga de trabalho e o estresse, gerando, conseqüentemente, a assistência desumanizada ao paciente, além de problemas com a própria saúde, já precária, pela falta da assistência e do pouco cuidado recebido por parte da Instituição. O absenteísmo é evidente, e a falta de cuidados para estes trabalhadores resulta de modo negativo no processo de trabalho, principalmente nas UTIs, e cria um ciclo vicioso: saúde precária, pouca assistência recebida, absenteísmo, recursos humanos insuficientes na UTI, sobrecarga e estresse.

O trabalho em equipe também sofre com a má gestão, pois o indivíduo não consegue pensar em grupo, ou seja, o trabalho torna-se individual e egocêntrico, emergindo na equipe sentimento de angústia. Atrélada à falta de trabalho de equipe, pode estar relacionada à falta de humanização e valorização do trabalhador. Os discursos destes profissionais elucidam a necessidade, que sentem, de obter harmonia no trabalho, pois acreditam que, quando emergem sentimentos de prazer, há respeito mútuo transformando um ato egocêntrico em um ato de amor como se fosse uma família.

Mencionam que o enfermeiro deve ser responsável pela harmonia e união da equipe, pois ele é o elo que existe entre a equipe.

O processo assistir/cuidar em UTI relaciona a importância da empatia no trabalho, os recursos materiais e a assistência de enfermagem no momento da morte. Os indivíduos, em seus discursos, referem-se à importância de se colocar no lugar do outro e a necessidade de resgatar o afeto, o sentimento de zelo, o amor ao próximo e a relação com o momento da morte.

Os trabalhadores de enfermagem de UTI, mencionam a importância de ter recursos materiais suficientes para o cuidar do paciente, pois a falta destes recursos pode desencadear estresse e insatisfação no trabalho.

Eles explicitam a importância da assistência de enfermagem no momento da morte, pois emergem, no trabalhador que assiste o paciente neste ambiente, sentimentos de amor e carinho. Acreditam que sua presença, ao lado do paciente, transmite segurança em um momento tão difícil.

A empatia no processo de trabalho é vista pelos indivíduos como algo que deve ser desenvolvida desde a formação, para que o profissional aprenda a estar no lugar do outro de forma holística e singular.

Acreditam que a comunicação é fundamental para o reconhecimento e a valorização dos trabalhadores, bem como dos pacientes em todas as suas dimensões biopsicosocioespiritual.

O processo gerenciar na UTI relaciona a hierarquia/cidadania, a instituição e a UTI, pois os indivíduos, em seus discursos, mencionam uma gestão centralizadora, verticalizada e hierarquizada, resultando na falta do diálogo e da valorização do profissional.

Os trabalhadores de enfermagem referem que sentem a necessidade de resgatar o direito de participar ativamente das decisões, de saber, fazer-se presente no cenário da Instituição, de modo que sua identidade seja preservada e promova o resgate da cidadania no trabalho.

A instituição é regida por uma administração vertical, hierarquizada e autoritária a qual não volta seu olhar para os trabalhadores, dificultando assim a participação dos mesmos nas relações de trabalho. Consequentemente, ocorre o distanciamento entre o trabalhador e administração, falta de reconhecimento e valorização do trabalhador como sujeito que age e interage com o processo de trabalho.

Neste sentido, os discursos nos remetem a pensar em uma gestão participativa como uma solução na construção no processo de trabalho.

A UTI é vista, pelos trabalhadores como um local que promove a recuperação do paciente por meio do diálogo, da proximidade e disposição de tempo para o paciente.

Portanto, a abrangência do fenômeno e suas diferentes perspectivas, podem oferecer outros enfoques a ser considerados, ampliando assim o fenômeno da vivência dos trabalhadores de enfermagem na UTI em ambiente humanizado, tanto para o paciente bem como para o trabalhador de enfermagem.



*Referências
Bibliográficas*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayeroff M. A arte de viver e servir ao processo para servir a si mesmo. Rio de Janeiro: Record; 1971.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar [texto na Internet]. Brasília; 2001. [Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20]. [citado 2010 Nov 10]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
3. Waldo VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: humaniza SUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS [texto na Internet]. Brasília; 2006. [Serie B textos básicos de saúde]. [citado 2010 Nov 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [texto na Internet]. Brasília (DF); 2006. [citado em 2010 Nov 10]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/pacto_portaria_399_06.pdf
6. Santos Filho SB. Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Relatório de consultoria realizada para o Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: humaniza SUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS [texto na Internet]. Brasília; 2004. [citado 2010 Nov 10]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_Humaniza_SUS.pdf
8. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 15a ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
9. Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: Edições Loyola; 1994.
10. Associação de Medicina Intensiva. Manual de humanização em cuidados Intensivos. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
11. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1990.
12. Santos CM. Excelência no atendimento. Notícias Hospitalares. 2003;4(41):26-7.

13. Paganini MC. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para enfermagem em unidades críticas. *Cogitare enferm.* 2000;5:73-82.
14. Mussi FC. Confortamos? lidamos com os humanos sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 1999;33(2):113-21.
15. Rockenbach LH. A enfermagem e a humanização do paciente. *Rev. bras. enferm.* 1985;38(1):49-54.
16. Martins JJ, Faria EMA. (Re) Organização do trabalho da enfermagem em UTI, através de uma nova proposta assistencial. *Texto & contexto enferm.* 2000;9(2):388-401.
17. Neves EP. Cuidando e confortando: uma estratégia para a saúde do trabalhador. *Rev. enferm UERJ.* 2002;10(2):133-7.
18. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado, pouco vivido”. *Rev. latino-am enfermagem.* 2002;10(2):137-44.
19. 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.
20. Braverman H. A divisão do trabalho. In: Santana, JP. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS).* Brasília: OPAS; 1997. p.56-77.
21. Codo W. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar.* Petrópolis: Vozes; 1993.
22. Marx K. *O Capital.* 14a ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 1994.
23. Nóbrega MFB, Matos MG, Silva LMS, Jorge MSB. Perfil gerencial de enfermeiros que atuam em um hospital público federal de ensino. *Rev. enferm. UERJ.* 2008; 16(3):333-8.
24. Sanna MC. Os processos de trabalho na Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2007;60(2):221-4.
25. Azzolin GMC, Peduzzi M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. *Rev. gaúch. enferm.* 2007;28(4):549-55.
26. Felli VEAF, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem.* São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.

27. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para público. São Paulo: HUCITEC; 2006. p. 71-112.
28. Ferreira VSC. Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividade [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
29. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho-vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997
30. Merhy EE. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
31. Rodrigues MP, Araújo MSS. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família [texto na Internet]. Rio Grande do Norte: Observatório RH/UFRN; c2001 [citado 2010 Nov 10]. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf
32. Rocha SMM, Almeida MCP, Lima RAG. A pesquisa subsidiando a prática de enfermagem: uma visão filosófica. Rev. bras. enferm. 2002;55(1):70-4.
33. Rossi FR. Tecnologias leves nos processos gerenciais de enfermeiro: contribuição para cuidado humanizado [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
34. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. Rev. bras. enferm. 2002;55(4):392-8.
35. Oliveira BRG, Lopes TA, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. Texto & contexto enferm. 2006;15 Esp:105-13.
36. Argenta IM, Pires DE. Refletindo o processo de trabalho de enfermagem em um hospital público. Texto & contexto enferm. 2000;9(2):288-97.
37. Silva VEF, Kurcgant P, Queiroz VMQ. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. Rev. bras. enferm. 1998;51(4):603-14.
38. Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. In: Santana SP, organizador. desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): OPAS; 1997.
39. UTI história [texto na Internet]. [citado 2010 Out 10]. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/history.htm>

40. 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 Nov 10];32(4):419-37. Disponível em: [http://WWW.infoescola.com/medicina/unidade-de-terapia-intensiva-uti.texto extraído](http://WWW.infoescola.com/medicina/unidade-de-terapia-intensiva-uti.texto_extraido)
41. Gomes AM. *Enfermagem na unidade de terapia intensiva*. São Paulo: EPU; 1998.
42. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev. latino-am enfermagem*. 2005;13(2):145-50.
43. Garlet A, Azevedo ASS, Silveira FMA, Nunes MN, Brasileiro ME. Qualidade de vida do enfermeiro que atua em Unidade de Terapia Intensiva privadas, por meio da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. (Trabalho de Conclusão de Curso). Goiana: Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição; 2007.
44. Menzies I. *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade*. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 1976.
45. Brasil. Ministério da Saúde. *Política para a área de Terapia Intensiva*. Brasília (DF); 2003.
46. 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
47. Elsen I. Um marco conceitual para o trabalho com famílias. In: Stamm M, Miotto RCT. *Família e cuidado: uma leitura além do óbvio*. *Cienc. cuid. saúde*. 2002;2(2):161-8.
48. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. latino-am enfermagem*. 2005;13(1):105-11.
49. Nascimento KC, Erdman AL. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. *Rev. enferm. UERJ*. 2006;14(3):333-41.
50. Ganong LH. Integrative reviews of nursing reserch. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
51. Beyea SC; Nicolli LH. Its research or quality improvement? *AORN j*. 1998;68(1): 117-9.
52. Pollit D, Hunger B. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

53. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O Processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2006;40(2):221-7.
54. Oliveira BRG, Collet N; Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev. latino-am enfermagem*. 2006;14(2):277-84.
55. Dias MAA. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. *Mundo Saúde*. 2006;30(2):340-3.
56. Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. O cuidado no ambiente hospitalar na perspectiva dos auxiliares de enfermagem. *Rev. gaúch. enferm*. 2004;25(2):219-30.
57. Saeki T, Corrêa AK, Souza MCBM, Zanetti ML. O Psicodrama pedagógico: estratégia para a humanização das relações de trabalho. *Rev. bras. enferm*. 2002;55(1):89-91.
58. Collet N, Rozendo CA. Humanização e trabalho na enfermagem. *Rev. bras. enferm*. 2003;56(2):189-92.
59. Rizzoto MLF. Políticas de saúde e a humanização da assistência. *Rev. bras. enferm*. 2002;55(2):196-9.
60. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev. latino-am enfermagem*. 2007;15(1):34-41.
61. Beck CLC, Gonzales RMB, Denardim JM, Trindade LL, Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2007;16(3):503-11.
62. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2006;16(4):444-9.
63. Neto ZA, Soares CB. A qualificação dos atendentes de enfermagem transformações no trabalho e na vida. *Rev. latino-am enfermagem*. 2004;12(4):614-22.
64. Salicio DMB, Gaiva MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. *Rev. Eletr. Enf. [periódico na Internet]*. 2006 [citado 2010 Nov 10]; 8(3):370-6. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista_8_3/v8n3a08.htm.
65. Rivero DE, Erdmann AL. The power of loving humane care in nursing. *Rev. latino-am enfermagem*. 2007;15(4):618-25.
66. Corbani NMS, Brêtas MCP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. *Rev. bras. enferm*. 2009;62(3):349-54.

67. Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev. bras. educ. méd.* 2009;33(2):253-261.
68. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
69. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 3a. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
70. Haguetti TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 1995.
71. Rudio FV. Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. 9a ed. Petrópolis: Vozes; 1987.
72. Martins J. Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíeses. São Paulo: Cortez; 1992.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização [texto na Internet]. Brasília (DF); 2004. [citado 2010 Nov 23]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390
74. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cienc. saude colet.* 2005;10(3):561-71.
75. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília; 2008.
76. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida. *Interface comum. saúde educ.* 2005;9(17):389-406.
77. Costa W. S. Humanização, relacionamento interpessoal e ética. *Cad. pesqui. adm.* 2004;11(1):17-21.
78. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev. saude pública.* 2008;42(3):555-61.
79. Tertino IM. A importância da família na recuperação de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva [dissertação]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2007.
80. Ribeiro LS, Souza GSP, Espíndula BM. Pesquisa científica relacionada a análise de fatores estressores para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica. *Rev. Eletr. Enf.* [periódico na Internet]. 2010 [citado 2010 Out. 15];1(1):1-16. Disponível em: <http://www.ceen.com.br/revistaelectronica>

81. Caetano JA, Soares E; Andrade LM; Ponte RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc. Anna Nery*. 2007;11(2):325-30.
82. 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):341-47.
83. Royas ADV, Marziale MHP. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. *Rev. latino-am enfermagem*. 2001;9(1):102-8.
84. Kovács MJ, Vaiciunas N, Esslinger I, Souza TM. Cuidando do cuidador em UTIs pediátrica e neonatal. *Mundo Saúde*. 2008;32(1):24-30.
85. Inoue KC, Matsuda LM, Silva DMPP, Uchimura TT, Mathias TAF. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. enferm.* 2008;61(2):209-14.
86. Medeiros SM, Ribeiro LM, Fernandes SMBA, Veras VSD. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. *Rev. Eletr. Enf. [periódico na Internet]*. 2006 [citado 2010 Out 15];8(2):233-40. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm.
87. Lourenço EC, Neves EP. As necessidades de cuidado e conforto dos visitantes em UTI oncológica: uma proposta fundamentada em dados de pesquisa. *Rev. bras. cancerol.* 2008;54(3): 213-20
88. Gallo AM, Mello HC. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. *Rev. F@pciência*. 2009;5(1):1-11.
89. Novaes MAFP. Aronovich A, feraz MB, knobel E. Stressor in ICU: patients evaluation. *Intensive care med.* 1997;23(12):1282-5.
90. Ferreira FA, Ferreira I, Freitas VP. Leis trabalhistas na enfermagem: administração do serviço de enfermagem [texto na Internet]. [citado 2010 Out. 10]. Disponível em: <http://www.aguaviva.mus.br/enfermateca/Trabalhos/LeisTrabalhistas.htm>
91. Campos MLP, Martino MMF. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2004;38(4):415-21.
92. Lisboa MTL, Oliveira MM, Reis LD. O Trabalho noturno e a prática de enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 2006;10(3):393-8.
93. Teixeira LR, Fischer FM, Borges FNS, Gonçalves MB; Ferreira RM. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. *Cad. saude publica*. 2002;18(5):1261-69.

94. Fischer FM, Gomes JR, Colacioppo S. Tópicos de saúde do trabalhador: em homenagem ao professor doutor Diogo Pupo Nogueira. São Paulo: Hucitec; 1989.
95. Rotenberg L, Portela LF, Marcondes WB; Moreno C, Nascimento CP. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. *Cad saude publica*. 2001;17(3):639-49.
96. Seligmann SE. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: Mendes R, editor. *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995.
97. Diniz INA, Junior WMG, Araújo GW. Determinação dos níveis de ruído nas unidades de terapia intensiva de dois hospitais de belo horizonte, visando uma melhoria na qualidade de vida Centro Universitário de Belo Horizonte - UNI-BH [anais]. In: 8º Congresso de Ecologia do Brasil; 2007 Set 27; Caxambu.
98. Balogh D, Kittinger E, Benzer A, Hack JM. Noise in ICU. *Intensive care méd*. 1993;19:343-6.
99. Lima SR, Guimarães SOS, Brasileiro ME. Pesquisa científica relacionada a análise de fatores estressores para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica. *Rev. Eletr. Enfem*. [periódico na Internet]. 2010 [citado 2010 Out 15];1(1)1-16. Disponível em: <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>
100. Pereira RP, Toledo RN, Amaral JLG, Guilherme A. Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. *Rev. Brás. Otorrinolaringol*. 2003;66(6):766-71.
101. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio básico da língua Portuguesa*. São Paulo: Nova Fronteira; 2004.
102. Backes DS, Ddine SC, Oliveira CL, Backes MTS. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. *Nursing (São Paulo)*. 2003;66(6):37-42.
103. Benenzon RO. *Musicoterapia y educación*. Buenos Aires: Piados; 1971.
104. Bergold LB. A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2005.
105. Bergold LB, Alvim NAT. Música terapêutica como tecnologia aplicada ao cuidado. *Esc. Anna Nery*; 2009;13(3):537-42.
106. Oliveira D, Sodré E, Haynnoan H, Santos V, Castro V, Silva VJ, et al. Musicoterapia como modalidade terapêutica complementar no tratamento de pacientes psiquiátricos do caps ii, no município de barreiras-ba [texto na Internet]. 2009 [citado 2010 Nov 10]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/16714/1/MUSICOTERAPIA-COMO-MODALIDADE-TERAPEUTICA-COMPLEMENTAR-NO-TRATAMENTO->

DE-PACIENTES-PSIQUIATRICOS-DO-CAPS-II-NO-MUNICIPIO-DE-BARREIRAS-BA/pagina1.html

107. Vieira MJ. Imagem cultural e motivação na escolha da enfermagem. Aracaju: EDUFS; 2002.
108. Maslow A. Introdução à psicologia do ser. Rio de Janeiro: Eldorado; 1968.
109. Gil AC. Administração de recursos humanos: um enfoque profissional. São Paulo: Atlas; 1994.
110. Maximiano ACA. Introdução a administração. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2004.
111. Melara SVG, Beccaria LM, Carta A, Contrin LM. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. Arq. cienc. saúde. 2006;13(3): 128-35.
112. Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NCS, Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005;39(1):85-91.
113. Chiavenato I. Recursos humanos: edição compacta. 4a ed. São Paulo: Atlas; 1990.
114. Marchand EAA, Siqueira HCH. Ginástica laboral: uma ferramenta para melhorar a saúde do trabalhador. Vittal. 2008;20(1):15-23.
115. Polito E, Bergamaschi EC. Ginástica laboral: teoria e prática. Rio de Janeiro: Sprint; 2002.
116. Oliveira JRG. A prática da ginástica laboral. Rio de Janeiro: Sprint; 2003.
117. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva. Acta Paul. Enferm. 2007;20(3):305-10.
118. Rodrigues MVC. Qualidade de vida no trabalho: evolução análise no nível gerencial. 9a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
119. Vasconcelos AF. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. Cad. pesqui. adm. 2001;8(1):23-35.
120. Moretti S. Qualidade de vida no trabalho X auto-realização humana. [texto na Internet]. [citado 2010 Nov 10]. Disponível em: http://educacaoexecutiva.com.br/documents/qualidade_de_vida_no_trabalho_x_a_utorrealizacao_humana.pdf

121. Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev. latino-am enfermagem*. 2006;14(1):54-60.
122. Julião P. Qualidade de vida no trabalho: avaliação em empresa do setor automobilístico a partir do clima organizacional e do sistema de qualidade baseado na especificação técnica ISO/TS 16.499 [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 2001 [citado 2010 Nov 23]. Disponível em: http://www.ead.fea.usp.br/tcc/trabalhos/artigo_PatriciaJuliao.pdf
123. Santana JM, Lima AEC, Lima MS. Maslow e a motivação de recursos humanos: o caso de uma empresa de veículos automotores de Aracaju/SE [periódico na Internet]. [s.d.] [citado 2010 Nov 23]. Disponível em: artigos.tebas.kinghost.net/uploads/artc_1190165903_40.pdf.
124. Chagas NR, Ramos IC, Silva LF, Monteiro ARM, Fialho AVM. Cuidado Crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para Enfermagem. *Cienc. enferm*. 2009;15(2):35-40.
125. Olivi M, Oliveira MLF. Educação para saúde em unidade hospitalar um espaço profissional do enfermeiro. *Cienc. cuid saúde*. 2003;2(2):131-8.
126. Zanotti R. Expandindo as fronteiras da educação em enfermagem globalmente foco: pesquisa em educação em enfermagem planos e estratégias para a pesquisa em educação em enfermagem: em direção ao terceiro milênio. *Rev. latino-am. enfermagem*. 1996;4(1):189-96.
127. Farah BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Rev. APS*. 2003;6(2):123-5.
128. Waldow VR. Reflexões sobre educação em enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. *Mundo Saúde*. 2009;33(2):182-8.
129. Silva GM, Seiffert MOLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Rev. bras. enferm*. 2009;62(3):362-6.
130. Silva MF, Conceição FA, Leite MMJ. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *Mundo Saúde*. 2008;32(1):47-55.
131. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF); 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
132. Bezerra ALQ. O contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e dos enfermeiros de educação continuada. *Mundo Saúde* 2000;24(5):352-6.

133. Freire P. Educação e mudança. 27a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
134. Corbani NMS, Brêtas MCP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. Rev. bras. enferm. 2009;62(3):349-54.
135. Silva RCL, Porto IS, Figueiredo NMA. Assistência de enfermagem e o discurso de humanização. Esc. Anna Nery. 2008;12(1):156-9.
136. Chiavenato I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus; 1999.
137. Silva AA, Oliveira EC, Weffort L. Gestão de pessoas: uma abordagem sobre os programas de incentivos nas organizações. Saber Acadêmico. 2009;7:214-6.
138. Monteiro MRMB. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. Rev. adm. saúde. 2009;11(42):43-8.
139. Trevisan MA, Mendes IAM, Godoy S, Nogueira MS. La busca del compromiso Actudinal: tendência de la conducta ética del enfermeiro gerente. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43(3):721-5.
140. Shimizu HE, Ciampon MHT. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. Rev. latino-am enfermagem. 2004;12(4):623-30.
141. Pontalti G, Bittencourt ONS. Gestão baseada em atividades aplicada em um Centro de Terapia Intensiva de um hospital público. Rev. gaúch. enferm. 2008;29(2):230-7.
142. Matsuda LM, Évora YDM. Ações desenvolvidas para a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem de uma UTI-adulto. Cienc. cuid. saude. 2006;5 Supl:49-56.
143. Gaidzinski RR, Peres HHC, Fernandes MFP. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. Rev. bras. enferm. 2004;57(4):464-6.
144. Almeida LPG, Ferraz CA Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. Rev. bras. enferm. 2008;61(1):31-5.
145. Bordin LC, Fugulin FMT. Distribuição de tempo das enfermeiras: identificação e análise em Unidade Médico Cirúrgica. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43(4):833-40.
146. Freitas GF, Fugulin FMT, Fernandes MFP. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2006;40(3):434-8.

147. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [texto na Internet]. 2004 [citado 2005 abr 5]. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/node/3882>
148. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. Rev. Eletr. Enf. [periódico na Internet]. 2009 [citado 2010 Nov 10];11(1):55-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>.
149. Cucolo DF, Perroca MG. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. Rev. latino-am. enfermagem. 2010;18(2):175-81.
150. Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev. latino-am enfermagem. 2004;12(2):204-11.
151. Azambuja EP, Kerber NPC, Kirchhof AL. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007;41(3):355-62.
152. Monteiro MS, Santos EV, Kawakami LS, Wada M. O ensino de vigilância à saúde do trabalhador no curso de Enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007;41(2):306-10.
153. Fogaça MC, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. Rev. bras. ter. intensiva. 2008;20(3):261-6.
154. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. Rev. Esc. Enferm. USP. 2008;42(2):355-62.
155. Miranda EJP, Stancato K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. Rev. bras. ter. intensiva. 2008;20(1):68-76.
156. Barros DS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AGV, Almeida AM, et al. Médicos plantonistas de Unidades de Terapia Intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. Rev. bras. ter. intensiva. 2008;20(3):235-40.
157. Oliveira EB, Lisboa MTL. Exposição ao ruído tecnológico em CTIEsc. Esc. Anna Nery. 2009;13(1):24-30.
158. Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira-Martins LA. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais Rev. Esc. Enferm. USP. 2010;44(3):708-12.

159. Nishide VM, Malta MA, Aquino KS. Aspectos organizacionais em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nenes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2003.
160. Abreu LO, Munari DB, Queiroz ALB, Fernandes CNS. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Rev. bras. enferm.* 2005;58(2):203-7.
161. Peduzzi M. Trabalho em equipe multiprofissional. *Rev. saúde publica.* 2001;35(1):103-9.
162. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. latino-am enfermagem.* 2005;13(2):145-50.
163. Duarte ED, Sena RR, Xavier CC. Processo de trabalho na UTI neonatal: construção de uma atenção orientada pela integridade. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009;43(3):647-54.
164. Kestenberg CCF, Reis MMSA, Motta WC, Caldas MF, Rodrigues DMC. Cuidando do estudante e ensinando relações de cuidado de enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2006;15(Esp):193-200.
165. Waldow VR. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):140-5.
166. Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Rev. latino-am enfermagem.* 2005;13(6):1019-26.
167. Dezorzi LW, Crossetti MGO. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. latino-am enfermagem.* 2008;16(2):212-7.
168. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface comun. saúde educ.* 2009;13 Suppl 1:571-80.
169. Padilha MICS, Maia AR, Vieira M, Machado C. Significados das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. *Rev. bras. enferm.* 2004;57(6):724-8.
170. Garcia PC, Gonçalves LA, Ducci AJ, Toffoleto MC, Ribeiro SC, Padilha KG. Intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: análise segundo o Therapeutic Interventions Scoring System-28 (TISS-28). *Rev. bras. enferm.* 2005;58(2):194-9.
171. Salomé GM, Espósito VHC, Silva GTR. The nursing professional in an Intensive Therapy Unit. *Acta Paul. Enferm.* 2008;21(2):294-9.

172. Gonzalo VN, Reinhar DDT, Filho W. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. [Série Saúde & Cidadania, v. 12].
173. Moritz RD, Lago PM, Deicas A, Nilson C, Machado FO, Othero J. et al. 1º Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2009;21(3):306-9.
174. Silva FS, Pachemshy LR, Rodrigues IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter intensiva*. 2009;21(2):148-54.
175. Chaves AAB, Massarollo MCKB. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades Terapia Intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009;43(1):30-6.
176. Oliveira AC, Sá L, Silva MJP. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. *Rev. bras. enferm*. 2007;60(3):286-90.
177. Faria DAP, Maia EMC. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. *Rev. latino-am enfermagem*. 2007;15(6):1131-7.
178. Carvalho KK, Lunardi VL. Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidades de terapia intensiva. *Rev. latino-am enfermagem*. 2009;17(3):308-13.
179. Vianna A, Piccelli H. O estudante, o médico, o professor e a morte. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 1998;44(1):21-7.
180. Souza LB, Souza LEEM, Alves e Souza AM. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. *Rev. bras. enferm*. 2005;58(6):731-4.
181. Brasil. Lei nº 10.241, 17 de março de 1999. Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde [texto na Internet]. *Diário Oficial do Estado de São Paulo (SP)*; 1999 Mar 18 [citado 2010 Dez 09]. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=LeisProjetosIntegra&id=7>
182. Takaki MH, Sant'ana DMG. Empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare enferm*. 2004;9(1):79-83.
183. Baggio MA. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Rev. eletr. enferm*. [periódico na Internet]. 2006 [citado 2010 Out 10];8(1):9-16. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm

184. Pinho LB, Santos SMA, Kantorski LP. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Texto & contexto enferm.* 2007;16(4):703-11.
185. Almeida VCF, Lopes MVO, Damasceno MMC. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2005;39(2):202-10.
186. Oliveira PS, Nobrega MML, Silva ATMC, Filha MOF. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva. *Rev. eletr. enferm.* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2010 Out 10];7(1):54-63. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/861/1034>
187. Inaba LC, Silvia MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2005;39(4):423-9.
188. Marques RC, Paes MJS, Motta OFM. Comunicación efectiva con familiares de pacientes en cuidados críticos: opinión de los profesionales de salud. *Rev. enferm. herediana.* 2008;1(2):65-70
189. Pereira MER, Bueno SMV. Lazer: um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. *Rev. latino-am enfermagem.* 1997;5(4):75-83.
190. Ferreira MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2006;59(3):327-30.
191. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev. bras. enferm.* 2008;61(3):312-8.
192. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev. bras. enferm.* 2010;63(1):38-42.
193. Melo MRAC, Fávero N, Évora YDM, Nakao JRS. O Sistema Único de Saúde e as ações do enfermeiro em uma instituição hospitalar brasileira. *Rev. panam. salud publica.* 1999;6(6):408-14.
194. Spagnol CA. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. *Cienc. saude colet.* 2005;10(1):119-27.
195. Dei Svaldi JS, Lunardi Filho WD, Gomes GC. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura como disciplina. *Texto & contexto enferm.* 2006;15(3):500-7.
196. Bellato R, Pereira WR. O gerenciamento em enfermagem frente a pauperização das condições materiais de trabalho. *Rev. bras. enferm.* 2004;57(4):479-83.

197. Dallari DA. Direitos Humanos e cidadania. São Paulo: Moderna; 1998.
198. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. Rev. latino-am enfermagem. 2004;12(2):250-7.



Anexos

ANEXO – 1

TÍTULO DO ESTUDO: Percepção da Humanização das Condições de Trabalho por trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva.

Sou Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas I da Faculdade de Medicina de Marília, estou desenvolvendo um estudo sobre a percepção da Humanização das condições de Trabalho de Trabalhadores da Unidade de Terapia Intensiva, visando contribuir com dados que possam melhorar as condições de trabalho e de Humanização da UTI. Respondendo a três questões norteadoras sobre Humanização das condições de trabalho. As entrevistas serão gravadas através de um aparelho MP4 marca MID e posteriormente descartadas.

Caso possa colaborar com o estudo, para atender as exigências de pesquisa com seres humanos queira, por favor, preencher o termo de consentimento. Eu

_____,
portador do RG: _____, escolaridade, _____, após ter sido informado (a) sobre o trabalho, concordo em participar, tendo garantido os direitos abaixo relacionados, de:

Receber todas as informações que achar necessárias sobre a pesquisa a ser desenvolvida.

Ter minha identificação preservada;

Retirar meu consentimento em qualquer parte dos questionários a sem ter problemas por este ato;

Não sofrer nenhum prejuízo por minha participação;

Ser informado (a) dos resultados dos estudos;

Reconheço ainda que os resultados do estudo possam ser divulgados em eventos científicos ou publicados em revistas científicas.

Qualquer dúvida quanto ao estudo poderá ser sanada pelos telefones (14) 34021744 ramal 1025.

Marília, _____ de _____ de 2010

Assim. Do Entrevistado

Pesquisador responsável

Vanessa Cecília de Azevedo Michelan

RG 29.183.801-7

ANEXO – 2

**FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA****Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos – CEP/FAMEMA**

Marília, 12 de Maio de 2008

Ilmo(®) Sr.(®)
Vanessa Cecilia P De Azevedo
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 118/08, intitulado: "Percepção da Humanização das Condições de Trabalho por Trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva", foi considerado **APROVADO "Ad Referendum"** após responder as pendências apontadas em Reunião Ordinária – 28/04/2008, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

ANEXO 3 – Cd de depoimentos