

ANDREA CRISTINA DE ANDRADE GAMA BERGAMINI

HUMANIZAÇÃO EM UMA UTI-ADULTO NO DISTRITO FEDERAL

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB

Brasília - DF

2008

ANDREA CRISTINA DE ANDRADE GAMA BERGAMINI

HUMANIZAÇÃO EM UMA UTI-ADULTO NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria da Glória Lima

Brasília - DF

2008

Universidade de Brasília – UNB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Dissertação aprovada em: 12/02/2008.

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Maria da Glória Lima

Prof^a. Dra. Helena Eri Shimizu

Prof^a. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez

Prof^a. Dra. Jane Lynn Garrison Dytz

FICHA CATALOGRÁFICA

Bergamini, Andrea C. de A. Gama

Humanização em uma UTI-adulto no Distrito Federal/Andrea Cristina de Andrade Gama Bergamini – Brasília – DF 2007.

166f

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria da Glória Lima

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde.

1. Humanização. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Qualidade da Assistência. 4. Trabalho Multiprofissional.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu querido marido Rodrigo, que vivenciou comigo todas as etapas deste estudo, com muita paciência, compreensão e amor e, que aprendeu a renunciar muitas horas do nosso convívio. Aos meus filhos Pedro e Gabriel, pela felicidade que trazem ao nosso lar diariamente, pelos sorrisos, pelos muitos “mamãe eu te amo” e por trazerem alegria à minha vida todas às vezes que me encontrava tensa e com as responsabilidades do mestrado. A vocês, meus filhos, dedico o meu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, minha fonte inesgotável de vida. Pela presença constante em meu caminho, por ter me concedido força, coragem e determinação.

Aos meus pais, por terem me ensinado a ser íntegra, responsável e a seguir o caminho do bem. Especialmente a minha mãe, por ter sido exemplo de um verdadeiro amor materno. E ao meu pai, que já não mais divide este mundo conosco, sei que esteve torcendo e está muito feliz por mais uma conquista de sua filha.

As amigas, Maria Clara, Marcia e Cristiane, pela amizade e companheirismo, o meu verdadeiro obrigado.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof^a Dra. Maria da Glória, pela orientação segura, reconhecido saber e amizade verdadeira cultivada a cada encontro, a quem serei sempre grata, por ter me aceitado como orientanda, incentivando-me em tempo de incertezas, levando-me à esperança e vontade de vencer.

Muito Obrigada!

Ao Instituto do Coração do Distrito Federal, Incor-DF, pelo apoio e permissão para execução desta pesquisa.

A Universidade de Brasília, pela oportunidade de vivenciar o mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília pelos grandes ensinamentos.

Aos professores, Helena, Edgar e Volnei, pelas contribuições oferecidas na qualificação e pelo incansável compromisso com o crescimento científico do aluno.

A todos os pesquisados, envolvidos neste estudo, pelo respeito e pelo muito que me ensinaram e me inspiraram a construir esta história que hoje também é minha.

Aos colegas de mestrado, pelas contribuições oferecidas e companheirismo nos momentos difíceis dessa trajetória.

Aos colaboradores da secretaria do mestrado, pelo acolhimento dispensado ao longo desses anos e pela disposição e disponibilidade em nos ajudar.

Aos meus colegas de trabalho, por toda a força nos momentos de dificuldade.

A todos os amigos que se fizeram presentes de maneira terna e afetiva durante essa trajetória, fortalecendo-me para a concretização dessa pesquisa.

Especialmente, aos pacientes que aceitaram participar desta pesquisa contribuindo diretamente para o meu progresso profissional e para melhoria da qualidade do cuidado.

BERGAMINI, A. C. A. G. Humanização em uma UTI-Adulto do Distrito Federal. Brasília, 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília. Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília, DF. 166p.

RESUMO

Neste estudo buscamos analisar o processo de humanização na assistência promovida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Instituto de Coração do Distrito Federal (INCOR-DF), na percepção dos profissionais de saúde e clientes, tomando como referência o Programa Nacional de Humanização. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa descritivo-exploratório. Os procedimentos para a coleta de dados foram a observação não participante e entrevistas semi-estruturadas individuais aplicadas com 10 profissionais de saúde, e 10 clientes que estiverem internados na UTI. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2007, e analisados descritivamente, pela Técnica de Análise de Conteúdo Temático proposta por Bardin. Da análise dos dados emergiram categorias temáticas interdependentes, definidas por critérios quantitativos e qualitativos. Junto aos clientes foram identificadas sete categorias: Uma experiência de passar por uma UTI; Os profissionais da UTI; O ambiente físico da UTI; Necessidades básicas; A família e os amigos; Qualidade da assistência e Assistência humanizada. Nos discursos dos profissionais cinco categorias temáticas foram identificadas: Assistência integral ao cliente da UTI; O espaço físico da UTI; A equipe da UTI; Humanização; Dificuldades no processo de trabalho. Verificamos que, para os clientes, o significado de uma internação na UTI remete a sentimentos de gravidade da doença e proximidade da morte, porém eles apontaram que a competência técnica, a atenção e o carinho dispensados pelos profissionais da UTI ajudaram a superar e aceitar o cuidado, sentindo-se acolhidos, gratificados e seguros com o atendimento recebido no período de internação. Na avaliação dos profissionais de saúde, consideraram que prestam uma atenção integral e humanizada, devido à disponibilidade de condições adequadas de trabalho. Ao mesmo tempo, ressaltam a utilização da comunicação, o toque, o acolhimento, a participação da família e as condições de trabalho para a ampliação do cuidado. Os resultados também revelaram que o atendimento humanizado na percepção dos clientes, está na utilização adequada das tecnologias disponíveis, com a valorização dos recursos materiais, a competência técnico-científica e a qualidade da relação existente entre profissionais e clientes dentro da UTI. Os sujeitos, em relação ao ambiente físico, apontaram a interferência excessiva de ruídos e a luminosidade para o conforto dos clientes. Os resultados indicam que, na UTI do INCOR-DF, há uma preocupação com a qualidade do atendimento e com a promoção de uma assistência humanizada junto aos clientes, segundo diretrizes do Programa Humanizaus. Faz-se necessário para a conformação do trabalho em equipe na concepção integração ou interdisciplinar que os profissionais busquem conhecer as diretrizes políticas do Programa Nacional de Humanização, de forma a nortear melhor a sistematização do cuidado e da gestão da assistência e a aplicação efetiva de protocolos, de forma que, possam dar o melhor atendimento para os clientes internados na perspectiva da integralidade do cuidado. Contudo, o momento político institucional pode significar um retrocesso na continuidade dessa construção e do acesso aos usuários do SUS a um serviço de qualidade, sendo necessária a realização de novas pactuações entre gestores, profissionais de saúde, clientela e comunidade.

Palavras-Chaves: Humanização; Unidade de Terapia Intensiva; Qualidade da Assistência; Trabalho multiprofissional.

BERGAMINI, A. C. A. G. Humanization in an Intensive Care Unit*-adult from Federal district. Brasília, 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília. Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília, DF. 166p.

ABSTRACT

In this study we looked for to analyze the humanization process in the attendance promoted in the Unit of Intensive (INTENSIVE CARE UNIT) Therapy of the Institute of Heart of Federal district, (INCOR-DF) in the professionals' of health perception and customers, taking as reference the National Program of Humanization. It is a descriptive-exploratory study of qualitative approach. The procedures for the collection of data were the observation no participant and interviews semi-structured individual applied with 10 professionals of health, and 10 customers that be interned in INTENSIVE CARE UNIT. The data were collected in the period of April to June of 2007, and analyzed descriptive, for the Technique of Analysis of Thematic Content proposed by Bardin. Of the analysis of the data interdependent thematic categories emerged, defined for quantitative and qualitative criteria. Close to the customers were identified seven categories: An experience of passing for an INTENSIVE CARE UNIT; The professionals of INTENSIVE CARE UNIT; The physical atmosphere of INTENSIVE CARE UNIT; Basic needs; The family and the friends; Quality of the attendance and humanized Attendance. In the professionals' five thematic categories speeches they were identified: Integral attendance to the customer of INTENSIVE CARE UNIT; The physical space of INTENSIVE CARE UNIT; The team of INTENSIVE CARE UNIT; Humanization; Difficulties in the work process. We verified that, for the customers, the meaning of an internment in INTENSIVE CARE UNIT sends to feelings of gravity of the disease and proximity of the death, however they pointed that the technical competence, the attention and the affection released by the professionals of INTENSIVE CARE UNIT helped to overcome and to accept the care, being welcomed, rewarded and safe with the service received in the internment period. In the professionals' of health evaluation, they considered that pay an integral attention and humanized, due to readiness of appropriate conditions of work. At the same time, they emphasize the use of the communication, the touch, the reception, the participation of the family and the work conditions for the enlargement of the care. The results also revealed that the service humanized in the customers' perception, it is in the appropriate use of the available technologies, with the valorization of the material resources, the technician-scientific competence and the quality of the existent relationship between professionals and customers inside of INTENSIVE CARE UNIT. The subjects, in relation to the physical atmosphere, pointed the excessive interference of noises and the brightness for the customers' comfort. The results indicate that, in INTENSIVE CARE UNIT of INCOR-DF, there is a concern with the quality of the service and with the promotion of an attendance humanized the customers close to, according to guidelines of the Program for Humanization. It is done necessary for the resignation of the work in team in the conception integration or interdisciplinary that the professionals look for to know the political guidelines of the National Program of Humanization, in way to orientate the systemization of the care better and of the administration of the attendance and the application executes of protocols, so that, they can give the best service for the customers interned in the perspective of the care. However, the institutional political moment can mean a retreat in the continuity of that construction and of the access to the users of SUS to a quality service, being necessary the accomplishment of new agreements among managers, professionals of health, clientele and community.

Word-key: Humanization; Unit of Intensive Therapy; Quality of the Attendance; Work professional.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

INCOR-DF – Instituto do Coração do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNH – Programa Nacional de Humanização

Humanizasus – Programa Nacional de Humanização

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Caracterização sócio-demográfico dos clientes entrevistados. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília, 2007..... 57
- Tabela 2.** Distribuição numérica e percentual dos clientes entrevistados segundo internações prévias e tempo de internação em UTI. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília, 2007..... 69
- Tabela 3.** Apresentação das categorias temáticas identificadas nos discursos dos clientes entrevistados na UTI. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília, 2007..... 60
- Tabela 4.** Caracterização do perfil sócio-demográfico dos profissionais da UTI entrevistados. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília, 2007..... 99
- Tabela 5.** Distribuição numérica e percentual dos profissionais participantes da entrevista segundo categoria profissional e tempo de trabalho na UTI. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília, 2007..... 101
- Tabela 6.** Apresentação das categorias temáticas identificadas nos discursos dos profissionais entrevistados. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília, 2007..... 101

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO..... 15

CAPÍTULO 1 – QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

1.1 - A humanização do cuidado em saúde 21

1.2 - A UTI e a perspectiva de humanização 32

1.3 - O INCOR no Distrito Federal e a Unidade de Terapia Intensiva 41

OBJETIVOS 45

QUESTÃO DA PESQUISA 46

CAPÍTULO 2 – ABORDAGEM METODOLÓGICA PARA A CONDUÇÃO DA PESQUISA

2.1 - Escolha do Método 47

2.2 - Local do Estudo 48

2.3 - Sujeitos do Estudo 48

2.4 - Procedimentos de Coleta de Dados 49

2.5 - Procedimentos de Análise 52

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS

3.1 - Caracterização dos Clientes Internados 57

3.2 - Apresentação e discussão das categorias temáticas identificadas nas entrevistas dos clientes	60
3.3 - Caracterização dos Profissionais da UTI entrevistados	99
3.4 – Apresentação e discussão das categorias temáticas das entrevistas dos profissionais de saúde da UTI	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a questão da “humanização” ganhou relevância em diferentes áreas da vida social. Na área de saúde, a expressão humanização tem sido usada em diferentes frentes de atividades e com significados variados (PUCCINI, 2004). O termo “humanização em saúde” não tem significado homogêneo, mas polissêmico. Ainda, de forma geral, se refere às questões éticas envolvidas no ato de cuidar da pessoa enferma, à melhoria das relações entre profissionais de saúde e clientes, com um enfoque especial à relação médico-cliente e às condições de trabalho dos profissionais da área de saúde (CAPRARA, 1999; 2006; SILVA, 2002; NASCIMENTO JUNIOR E GUIMARÃES, 2003; MARTIN, 2004; MINAYO, 2004; PESSINI, 2004).

Os avanços científicos e tecnológicos ocorridos no âmbito da saúde têm contribuído para a redução dos índices de morbimortalidade, aumentando a expectativa de vida dos indivíduos e otimizando ainda mais as atividades técnicas dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Entretanto, apesar da relevância desse fato, esse progresso não tem assegurado uma assistência voltada para os valores humanos.

As discussões em torno da assistência humanizada são amplas, e não se direcionam apenas para questões técnicas e estruturais, mas também contemplam a valorização dos relacionamentos estabelecidos entre os profissionais e a clientela.

Existem vários documentos editados pelo Ministério da Saúde (MS), os quais serão citados ao longo desta dissertação, que consubstanciam a afirmação anterior. Tais documentos trazem duas vertentes de extrema importância para que a humanização hospitalar possa acontecer: a qualidade dos serviços de saúde e o relacionamento estabelecido entre profissionais e clientela.

Especificamente, quando se trata de uma UTI, a humanização torna-se de grande importância por ser um momento crítico que envolve não só o cliente internado, mas também sua família, devendo a equipe de saúde proporcionar um ambiente que venha favorecer um relacionamento harmonioso entre profissional de saúde e cliente.

Sabemos que as práticas da Terapia Intensiva, pelo próprio perfil que envolve esta unidade, fazem com que os profissionais de saúde atuem numa constante predominância da

intervenção técnica, adotando posturas autoritárias e tecnicistas, não oportunizando ao cliente e sua família, principais protagonistas do processo, uma participação em sua recuperação.

O paradigma biomédico sobrepõe em muitas situações ao cuidado humanizado, valorizando as Ciências Biológicas e a visão positivista do mundo. Barros (1984) ressalta que o modelo biomédico estimula o médico a aderir a um comportamento cartesiano. Nesse sentido, o corpo é uma máquina, a doença uma consequência do desarranjo da máquina, devendo haver separação entre observador e objeto observado, dificultando, desta forma, a valorização do todo.

Assim, o relacionamento interpessoal também se torna desnecessário. Da mesma forma Maldonato e Canella (1988) destacam que a formação médica é alienada e alienante, na medida em que coloca ênfase na doença e não na pessoa atendida. O ensino com esse enfoque conduz o médico à ilusão de onipotência e uso do poder.

Os demais profissionais de saúde também adotam essas posturas e terminam por reproduzir esse modelo. No ensino da enfermagem, há presente uma formação tradicionalmente técnica biologizante, mecanicista, curativa, do marco flexneriano e cartesiano. Ocorrem dicotomias entre prevenção e cura, trabalho manual e intelectual, teoria e prática são reforçadas, havendo perda da totalidade (CAMARGO, 1996; BARRETO; MOREIRA, 2002). E, com isso, esse reflexo de formação pode acabar por se reproduzir na organização do trabalho em saúde.

Importante ressaltar que, além do modelo biomédico que influencia os relacionamentos entre equipe de saúde e clientela, há outros elementos que mediam a construção desses relacionamentos. O campo da saúde brasileira vem sendo alvo de uma política mundial que podemos considerar desumana. O modelo neoliberal, com o foco de redução de custos configura uma diminuição do investimento nos serviços públicos de saúde. Almeida et al (1996) ressaltam que a proposta neoliberal que configura o ajuste político e econômico do Estado, privatizando as ações que seriam de sua responsabilidade, traz para a área de saúde cada vez mais forte a idéia do Estado mínimo. Esta idéia está pautada na cidadania regulada, sendo a saúde um direito do cidadão, mas responsabilidade da sociedade. As estratégias priorizadas são a privatização, a descentralização e a focalização. A privatização é traduzida pela enorme expansão ocorrida na medicina de

grupo, cooperativas de saúde, remetendo a regularização desses serviços ao mercado e não ao Estado. A descentralização configura uma finalidade específica de racionalização de custos e não de distribuição de poder. E, por último, a focalização, uma das estratégias mais disseminadas, implicando na elaboração de propostas, as quais destinam recursos a grupos específicos, estabelecendo uma assistência seletiva.

Ainda, conforme Almeida et al (1996), a proposta neoliberal contrapõe o Sistema Único de Saúde (SUS), que se encontra assentado nos seguintes pilares fundamentais: o conceito de saúde como direito da cidadania e dever do Estado, e a reformulação do sistema de saúde como uma proposta estratégica. Nesse contexto, em vista das restrições de financiamento, o direito à saúde, apesar de garantido por lei, na prática não tem sido prioridade (MERHY et al, 1997). Conseqüentemente, o SUS distancia-se das iniciativas de humanização. Esse distanciamento pode ser constatado nas filas dos serviços de saúde, nos corredores de prontos-socorros de hospitais públicos ao funcionarem como enfermarias, assim como, nas carências institucionais, no que se refere a recursos materiais e humanos.

A equipe da saúde, situada na ponta do sistema, acaba absorvendo essa política que desumaniza. Muitas vezes, o profissional se vê diante de questões éticas conflitantes onde precisa tomar a decisão sobre qual cliente terá uma chance maior de sobreviver, como a situação em que há apenas um leito disponível na UTI. Somado a isso, há fatores como a sobrecarga de atividades, longas jornadas de trabalhos e baixos salários, que acabam por contribuir ainda mais para o desgaste físico e emocional.

A rigor, a atividade assistencial constitui para a equipe de saúde fonte de gratificação e estresse. São fontes gratificantes: diagnosticar e curar, tratar corretamente, prevenir, ensinar e ser reconhecido por sua competência. Por outro lado estão os fatores estressantes: o contato freqüente com a dor e o sofrimento; lidar com as expectativas dos clientes e suas famílias; atenderem clientes trabalhosos no sentido de serem agressivos e hostis e de não aderirem ao tratamento (MARTINS, 2003). Estudos realizados em UTI com profissionais enfermeiros destacam o trabalho em UTI como fonte de realização e estresse (SHIMIZU, 1996; LIMA, 1993).

Diante desse contexto, falar em humanização parece algo muito distante e até mesmo abstrato. Porém, a mobilização em torno de uma assistência humanizada surge

como uma singular estratégia para melhorar a qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde.

Tal realidade vem levantando discussões em todo o Brasil acerca da assistência humanizada no âmbito hospitalar, como também o seu significado nos serviços de saúde. A falta de recursos financeiros não deve ser uma desculpa para a inexistência de um programa de humanização, mas deve ser um motivo para realização de estratégias objetivando economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos com procedimentos desnecessários e suas complicações (MERHY et al, 1997). É uma forma de utilizar tal dificuldade como uma relação custo-benefício para melhora da assistência prestada, pois os profissionais que, assistem direta ou indiretamente aos clientes, são os verdadeiros responsáveis pela humanização.

Conceitualmente, humanizar significa possuir uma visão holística do cliente, sendo de extrema importância o desenvolvimento de características do ser humano: a sensibilidade, o respeito, a solidariedade (ZAMPIERE, 1999). Focalizando os aspectos pessoais do profissional, Bruggemann (2003) relata que o cuidado humanizado é composto por elementos essenciais, como: relacionamento, presença genuína, compartilhar conhecimentos, atitude de compreensão, sensibilidade, competência técnica e interdisciplinaridade.

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

A humanização representa, então, um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao cliente, assim como espaços de trabalhos

favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e clientes (DESLANDES, 2004; PUCCINI E CECÍLIO, 2004).

Dessa forma, acreditamos que, para o sucesso da humanização como um todo, o relacionamento entre profissionais e cliente é decisivo. Esse relacionamento pode ser denominado uma forma de terapia. Stefanelli (1993) destaca o relacionamento terapêutico como um importante instrumento de ajuda às pessoas, subsidiando uma assistência que proporciona conforto, apoio, confiança, segurança física e emocional. O relacionamento terapêutico é operacionalizado através do interesse, aceitação, comunicação, respeito e empatia. A empatia pode ser entendida como a capacidade de se colocar no lugar do outro e tem sido considerada como um elemento facilitador e essencial do relacionamento terapêutico (DANIEL, 1983; HOJAT et al, 2002). Com isso, torna-se também um facilitador da assistência humanizada.

A humanização, então, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional. Pressupõe, então, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu cliente, como também uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Nessa perspectiva, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana (BACKES, LUNARDI E LUNARDI FILHO, 2006).

Com o objetivo de buscar o entendimento do processo de humanização direcionado para a assistência promovida na UTI, totalizando as idéias referentes às diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH), surge na nossa prática profissional a necessidade de aprofundamento acerca do tema, utilizando, para tal, a elaboração desta dissertação. Pressupomos que, visto a Instituição em estudo apresentar como filosofia a humanização do atendimento prestado, os valores que integram esse processo sejam por ela reconhecidos, assim como suas ações realizem-se conforme os princípios da humanização.

Visando apresentar as linhas gerais de investigação, este estudo está assim organizado: um capítulo inicial conceitual sobre a humanização do cuidado em saúde, haja vista que esse conceito não é uma noção evidente, auto-explicativa, mas apresenta um leque

de compreensões, discutidas na literatura acadêmica, e, ainda, um capítulo para a caracterização da Instituição hospitalar e da unidade em estudo.

Nos capítulos seguintes são apresentadas as etapas metodológicas percorridas pela pesquisadora, no que tange aos procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados, a fim de atingir aos objetivos propostos. Em seguida, visualiza-se a apresentação e discussão dos resultados encontrados, tomando por base a questão norteadora do estudo. Por último, constam as considerações finais frente aos resultados encontrados acerca das percepções dos profissionais e clientes quanto ao atendimento e o processo de humanização na UTI investigada.

CAPÍTULO 1 – QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

1.1 A humanização do cuidado em saúde

A rigor, humanizar é tornar humano. Esse conceito tão genuíno vem sofrendo modificações com o passar dos tempos, havendo mudança de enfoque. Na antiga Grécia e Roma, o homem era exaltado sobre os valores da beleza, força, harmonia e heroísmo. No mundo cristão, o humanismo realçou o valor do homem como pessoa, isto é, como princípio autônomo e individual de consciência e responsabilidade, aberto à plenitude do ser e orientado por Deus. O humanismo moderno de Descartes, Kant, Hegel faz da subjetividade do homem o ponto de partida e construção de toda realidade (SILVA, 2001).

Partindo para uma contextualização histórica, a concepção de “humanismo” surge na atmosfera de ebulição do Renascimento, paralela ao nascimento da ciência moderna, instaurando a noção da dignidade humana e erigindo a realização do potencial natural do ser humano como meta intelectual. A partir de então, irá progressivamente consolidar-se na mentalidade pós-renascentista uma direção de vontade, impelindo à manipulação e modificação da natureza, a convicção crescente de que a única restrição cabível ao empenho humano é aquela estabelecida por sua própria decisão. Silva (2001) escreve que os valores humanos influenciados pelo naturalismo da era pré-socrática inauguraram uma nova tendência filosófica, tendo o homem como centro do universo e, o princípio humano como centro motor cultural e científico, denominado humanismo.

Sob a influência do humanismo, Hipócrates desenvolveu a arte de curar numa época em que a relação médico-paciente fundamentava-se na amizade e na qual predominava a confiança do cliente na medicina e no médico. Logo, sobre esta base do humanismo, os profissionais da UTI, chamados intensivistas, não poderão se distanciar.

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

A humanização pode ser um objeto de distintas interpretações, sendo que o cuidar está diretamente envolvido em suas singularidades. Segundo Zoboli (2003, p.25):

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

Entendemos, então, que o cuidado envolve relações humanas, pois lida diretamente com a pluralidade de valores e crenças dos indivíduos envolvidos na assistência aos clientes. Para Vasquez (2000), o comportamento, o hábito, os valores, a cultura e as crenças expressas pelos seres humanos na sociedade constituem a moral. Já a ética, trata do estudo das relações e do caráter das ações desses indivíduos.

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

O conceito de humanização pode ser traduzido ainda como uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do cliente, da família e da equipe. Então, humanizar é individualizar a assistência frente às necessidades de cada um. Entendemos que promover humanização em uma UTI, não é apenas uma questão de mudanças das instalações físicas, mas, principalmente, representa uma mudança de comportamento e atitudes frente aos clientes e seus familiares. As mudanças do ambiente físico são importantes, mas não podem ser consideradas o foco principal.

Sobre o mesmo tema, Rios (2003) escreve que é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e sócio-culturais de clientes e profissionais da área de saúde, importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento.

Diz ainda a mesma autora que para a humanização da assistência são importantes: o aprimoramento da relação profissional-cliente; a contratação de profissionais para absorver a demanda; aquisição de novos equipamentos; revisão da formação dos profissionais com reestruturação dos currículos das faculdades da área de saúde; capacitação permanente dos profissionais e melhoria das condições de trabalho.

Assim, para que os profissionais de saúde possam exercer a profissão com honra e dignidade, respeitar o outro e sua condição humana, necessitam manter sua condição humana também respeitada. Para tal, é necessário trabalhar em adequadas condições, receber uma remuneração justa e o reconhecimento de suas atividades e iniciativas. Porém, na maioria das instituições de saúde, muitos profissionais estão aquém da reconhecida valorização de si e do seu trabalho (BACKES, LUNARDI E LUNARDI FILHO, 2006). Os trabalhadores precisam ser estimulados a buscar maior envolvimento e interesse pelo trabalho, o que requer a sua valorização, a humanização do ambiente e das relações de trabalho. Isso implica em desenvolver ações que vão ao encontro não só dos gestores e clientes, mas também desses agentes que cuidam e ao mesmo tempo precisam ser cuidados pela organização. A humanização passa a ter como núcleo do seu conceito a idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética na relação entre clientes e profissionais de saúde.

Quando se define a humanização hospitalar como expressão da ética, a filosofia da instituição necessita convergir para a construção de estratégias que contribuam para a humanização do/no trabalho. Tais estratégias devem contemplar o estímulo à participação e à comunicação efetiva, mantendo a qualidade na relação dos gestores com todas as categorias profissionais, dos profissionais entre si e desses com os clientes. Por conseqüência, aumenta a necessidade de se manter as relações em um plano horizontal, diferentemente da realidade vertical originário no cenário da saúde. Essa alteração de plano deverá ser pautada na liberdade de ser, pensar, falar, divergir e propor, através do exercício

da autonomia, ou seja, da relação sujeito-sujeito, valorizando tanto a pessoa que cuida quanto a que está sob cuidado profissional (BACKES, LUNARDI E LUNARDI FILHO, 2006).

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

A humanização pode, então, ser traduzida como um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de saúde, através de interações mais simétricas entre todos envolvidos nesse processo e do estabelecimento de uma relação adequada entre profissionais e clientes do setor saúde (HOGA, 2004).

A partir daí, a humanização torna-se um desafio social nos aspectos da cultura organizacional, nas relações assimétricas entre profissional-cliente e na hegemonia de uma objetividade científica utilitarista (HOGA, 2004).

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

O movimento humanizador procura articular coerentemente, numa perspectiva transformadora, tudo o que haja de positivo em cada uma das inúmeras novas experiências e contribuições, em diferentes atividades. Essa definição implica em uma conceituação preliminar da essência do homem anterior à sua existência prática, o que pode acarretar paradoxalmente a exclusão de certos seres humanos da humanidade. Por isso, em defesa do

ser humano, o humanismo tradicional foi tão atacado por propostas filosóficas que "podem ser indiferentemente qualificadas de anti-humanismo - pelo fato de recusarem a situação à qual o homem chega historicamente - e de humanismo - pelo fato de proporem um dever mais digno para o ser humano" (DESLANDES, 2004).

A proposta da humanização também está inserida na perspectiva qualitativa onde há o respeito à diferença, a valorização do protagonismo dos sujeitos (profissionais e clientes) e a centralidade da comunicação (DESLANDES E AYRES, 2005).

Há um crescente debate relacionado com a qualidade da assistência prestada na saúde. Esta qualidade refere-se ao emprego da tecnologia e da ciência de forma adequada dentro de uma interação entre profissionais e clientes (DESLANDES E AYRES, 2005). O conceito de humanização da assistência, apesar da polissemia, pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada e significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e clientes, além de fazer surgir novas práticas cuidadoras (PUCCINI E CECÍLIO, 2004).

No contexto hospitalar, especificamente das unidades de terapia intensiva, a humanização reflete em toda estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valorizando e respeitando clientes e profissionais de saúde, de forma a garantir um atendimento de elevada qualidade. A humanização passa a ter um conceito que irá resgatar a valorização das características da humanidade (MATSUDA, SILVA E TISOLIN, 2003).

A humanização, como projeto de mudança do Sistema Único de Saúde, teve início em meados dos anos 90 através das iniciativas de um pequeno grupo de sanitaristas no Estado de São Paulo.

As novas condições para a organização das ações de saúde no Brasil, concretizadas com a regulamentação do SUS, na Constituição de 1988 e na legislação ordinária que se seguiu, Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90, inauguraram um novo ciclo de disputas, qualitativamente distinto das questões e problemas que tomavam conta da agenda político-social da área da saúde. A saúde como direito social é a mudança fundamental anunciada pelo SUS. A reconstrução do sistema de saúde em novas bases, portanto, não é tarefa simples, pois ultrapassa um questionamento conceitual interno da área, restrito apenas aos seus técnicos e profissionais. Assim, para a sua consolidação, torna-se gradativamente insuficiente apenas o posicionamento crítico em relação ao conceito limitado da saúde ou

em relação à forma de organização dos serviços, dicotomizada entre as ações individuais e as coletivas e, entre prevenção e cura. O conceito saúde tornou-se mais abrangente permitindo, então, a criação de formas de transformar social e politicamente uma ação cuidadora integral como direito de cidadania (DESLANDES, 2004).

Ainda Deslandes (2004), na dimensão da organização dos serviços e das práticas, os princípios do SUS, em especial o da integralidade das ações, são qualificadores do direito social, impulsionando novas visões sobre as necessidades previamente existentes. Isto é, a construção de uma política universal direcionando projetos da saúde concentrados na disputa pelos princípios da universalidade, da autonomia crítica, do controle social, da formatação da equidade e da conseqüente política de financiamento do sistema, objetivando a integralidade da assistência em todos os níveis de atenção.

Assim, essa autora sugere que, sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial pode ser desenvolvida não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém. Isto é, a humanização induz a pensar que não é possível somar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de "oferta organizada" de serviços de saúde.

No sentido de reforçar, ampliar e disseminar a humanização nos hospitais, o Ministério da Saúde, em 2000 criou o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH). Tal iniciativa engloba ações integradas que viabilizam a melhoria na qualidade e eficácia dos serviços prestados, objetivando o aprimoramento das relações interpessoais. As ações humanizadas, nesse sentido, visam à integração da eficiência técnica científica, a ética, o respeito e as necessidades dos clientes. Inicialmente, esse programa aborda a humanização como um todo, isto é, não há um direcionamento para atividades específicas como das unidades de cuidados intensivos. Seus princípios norteadores, resumidamente, constituem em: valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e de sujeitos; fortalecimento do trabalho em equipe; e atuação de modo cooperativo (BRASIL, 2004a).

O PNHAH surge como uma tentativa de enfrentar os problemas relativos à má qualidade nas várias áreas do atendimento hospitalar, voltando-se para as necessidades de clientes e profissionais. Incentiva o acolhimento das pessoas, a promoção de uma cultura de respeito e valorização humana no cuidado aos clientes e a ampliação da qualidade técnica da assistência (BRASIL, 2004a).

O PNHAH atua em vários aspectos objetivando a institucionalização do processo de humanização. Dentre esses, a participação dos profissionais nos processos de discussão, valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional aliados à educação permanente. Propõe ainda uma política incentivadora de protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde. No âmbito financeiro, propõe a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e, na gestão, realiza o acompanhamento, o monitoramento e avaliação das ações realizadas de modo integrado às demais políticas de saúde na perspectiva da humanização (BRASIL, 2004a).

Em 2003, no primeiro ano do Governo Lula, o PNHAH foi extinto e substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH), Humanizaus. Essa política faz parte do esforço para melhorar o sistema público de saúde e torna-se tributária do contexto da reforma sanitária, inaugurada na década de 80 e formalizada na Constituição de 1988, que visava assegurar o direito universal à saúde no país. Isso se torna evidente no próprio documento do Humanizaus, quando afirma que a saúde, como “direito de todos e dever do Estado”, é uma “conquista do povo brasileiro” e que toda conquista é “resultado e início de outro processo” (BRASIL, 2004, p.7).

O Ministério da Saúde promoveu encontros em forma de oficinas regionais e nacionais que favoreceram o processo de mobilização de parte dos trabalhadores e clientes em prol de uma política de humanização. Desse processo resultou o documento oficial da PNH, que definiu a humanização como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde”. Essa valorização implica na abertura do princípio democrático da participação. Entre os princípios norteadores da política está a “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos dos cidadãos” (BRASIL, 2004a, p.17). O documento evidencia a proposta da humanização do SUS pautada pelo princípio do direito

à saúde com qualidade. A qualidade aqui não está reduzida ao bom atendimento e cordialidade, mas ao conjunto de condições que possibilitam ao cliente ter assegurado o acesso a serviços de saúde e ter seus problemas de saúde atendidos com grau satisfatórios de resolução.

Devemos considerar, porém, que a construção do SUS é complexa, sendo fruto de um processo que há décadas passa por transformações. Apesar de passos importantes terem sido dados, é necessário avançar mais, envolvendo, inclusive, diversos setores da política social.

A integralidade do cuidado deixa de ser, portanto, uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas. Os diferentes saberes e práticas são necessários para a realização do cuidado pelos profissionais de saúde a uma pessoa, contribuindo ainda mais para a visão como um todo e apontando para a necessidade do trabalho multiprofissional. Para que a integralidade realmente aconteça é imprescindível o fortalecimento do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador. A singularidade de tal acontecimento constitui uma peça fundamental e estrutural na defesa dos princípios do direito à saúde. Integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo novo princípio, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde (DESLANDES, 2004).

Ao mesmo tempo em que acontecem avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão de saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, há uma desaceleração no investimento na qualificação dos profissionais. Tal fato interfere ainda mais na qualidade das relações entre os diferentes profissionais de saúde e entre estes e os clientes. Interferem também na qualidade da assistência prestada e no preparo na relação com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção (BRASIL, 2004a).

No campo político, a humanização atua dirigindo diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS, conseqüentemente, aumentando o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS: profissionais, gestores e clientes. Com isso, a humanização é tomada como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, onde sujeitos

sociais mobilizados são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BRASIL, 2004a).

É preciso reconhecer, entretanto, que muitas instituições, com os crescentes cortes de verbas públicas, enfrentam dificuldades para se manter. O quadro profissional limitado, a deficiência de recursos materiais, as condições insalubres de trabalho e as novas e contínuas demandas tecnológicas aumentam a insegurança e favorecem a insatisfação no trabalho. O clima desfavorável tem contribuído progressivamente para relações de desrespeito entre os próprios profissionais, bem como para a geração de uma assistência fragmentada e, cada vez mais, desumanizada. Sendo assim, torna-se premente que a filosofia institucional, assim como as políticas públicas de humanização, esteja igualmente voltada para a vida e a dignidade dos trabalhadores de saúde, quando o que se pretende realmente seja a humanização do cuidado nas instituições de saúde (BACKES, LUNARDI E LUNARDI FILHO, 2006).

A atenção às condições de trabalho dos profissionais da área de saúde evidencia-se no documento do PNH e repercute a reação dos trabalhadores da saúde à precarização das condições de trabalho do SUS. O modelo de atenção do SUS seria marcado por: fragmentação do processo de trabalho; esgarçamento das relações entre os diferentes profissionais; precária interação nas equipes; burocratização; processos verticalizados; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores voltada para a gestão participativa e; trabalho em equipe e desrespeito aos direitos dos usuários (BRASIL, 2004, p.13).

Segundo a Política Humanizadas, a humanização supõe troca de saberes, incluindo os dos clientes e sua rede social, diálogo entre profissionais e modos de trabalhar em equipe (BRASIL, 2004a). Pode-se dizer que o Humanizadas consegue resumir, de forma objetiva, tudo o que envolve o humanizar, e que essa política vem como uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde. Ela deve operar transversalmente em toda a rede SUS, a fim de que não se torne apenas mais um programa.

A dimensão transversal da Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS implica, necessariamente, para sua efetuação, um construir coletivo como afirmada por diversos autores. Mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes, articulá-los e, a partir daí, propor diretrizes, traçar objetivos e definir estratégias de ação na sua estruturação e composição. Há necessidade de constante comunicação com

as especificidades da área de saúde para que tudo possa ocorrer de forma transversal em sua prática.

A partir do momento que ocorreu a fragmentação dessa política de humanização, afastou-se também a proposta inicial da política SUS, sendo necessário um resgate de forma transversal da humanização na saúde. A humanização como política pública deve construir saberes e um espaço que permita troca de experiências e conhecimentos, investindo tanto no processo do cuidar quanto na equipe multidisciplinar relacionada.

A melhoria do ambiente das unidades de saúde do SUS é outro dispositivo que integra o conjunto de propostas da PNH. A ambiência refere-se “ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006a, p.5).

O conceito de ambiência está relacionado em três eixos: 1) o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; 2) o espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; 3) o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática (BRASIL, 2006a).

A qualificação do ambiente supõe repensar o espaço físico de modo a favorecer as interações que nele ocorrem. Entretanto, uma reformulação exigiria o investimento na recuperação e reorganização desses espaços. A realidade prevalecente, especialmente nos hospitais, pode estar distante disso: instalações precárias, falta de materiais e dificuldades de obtenção de recursos para a manutenção da estrutura física.

Em se tratando de UTI, este espaço se apresenta como um instrumento importante em relação à possibilidade de provocar reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho. A discussão de um espaço de cuidados intensivos e de alta complexidade é um dos elementos fundamentais para operacionalização da tão almejada humanização em saúde. A valorização desse espaço ocorre quando entendemos que a construção do meio

deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade da inclusão.

Existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando aplicados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, podendo contribuir de forma significativa no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004a).

Em relação à iluminação, dentro da proposta de ambiência trazida pelo MS, seja natural ou artificial, deve contribuir para a composição de uma ambiência mais aconchegante, permitindo, ao mesmo tempo, a realização das atividades necessárias e garantindo a privacidade dos clientes. Os ambientes devem propiciar a todos os clientes uma noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol.

Outros fatos destacados dentro deste conjunto que compõe o ambiente são o som e as cores. A presença de música ambiente pode facilitar o processo de interação com o cliente. Por outro lado, é importante também a proteção acústica que garanta a privacidade e o controle de alguns ruídos, como no caso dos provenientes das tecnologias utilizadas nas UTIs. Já as cores podem ser um recurso útil, uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam os nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso (BRASIL, 2006a).

Knobel (1999) refere que um ambiente humanizador deve ser uma filosofia e um indicador de qualidade nas UTIs. Em um estudo apresentando as intervenções realizadas para diminuir o estresse da família e cliente, enfoca aspectos relacionados à família, cliente, ambiente e pesquisa de satisfação para o aprimoramento do projeto humanização. Entre esses, enfatiza o ambiente físico, com janelas com vistas para o exterior, se possível, com plantas, quadros decorativos, luz natural, cores leves, relógio analógico, televisão, telefone e também toaletes embutidos ou escamoteáveis para o deslocamento de clientes de seus leitos. Essas mudanças visam trazer autonomia para o cliente e minimizar o estresse causado pelo ambiente.

Uma questão também bastante enfatizada dentro das UTIs refere-se à privacidade e individualidade do cliente. A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do cliente.

Ela pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis, de forma a permitir ao mesmo tempo a integração e a privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e possibilitando atendimento personalizado. Individualidade refere-se ao entendimento de que cada cliente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao cliente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, dentre outros cuidados que permitam ao cliente preservar sua identidade (BRASIL, 2006a).

A humanização envolve não apenas estratégia de informação e relativas a aspectos ambientais. É claro que esses também fazem parte, mas considerar a singularidade, valorizando o ser humano nesse seu momento ímpar, é ponto inicial nesse processo. Isso implica considerar sua integralidade, envolvendo todas as esferas de relação do homem doente, desde as necessidades fisiológicas até a relação com a família.

Tomando a humanização como baliza teórica, realizamos a seguir uma reflexão de como as possibilidades e limites se fazem presentes no cenário dos serviços de unidades de terapia intensiva.

1.2 A UTI e a Perspectiva de Humanização

O aspecto humano do cuidado é um dos mais difíceis de ser implementado, principalmente quando se trata de Unidade de Terapia Intensiva, onde a rotina diária e a complexidade que envolvem o ambiente, faz com que os membros da equipe esqueçam-se da importância do toque e da comunicação com o ser humano que está à sua frente. Uma das maiores dificuldades está relacionada com sobreposição de todo um sistema tecnológico em relação à demanda individual dos clientes desta unidade (VILA E ROSSI, 2002).

Knobel (1999) destaca que as questões históricas também são relevantes e ajudam na compreensão das dificuldades de mudanças de atitudes no campo da saúde. Os hospitais surgiram a partir de cárceres, de abrigos para indigentes e de espaços de clausura e isolamento para enfermos de doenças epidêmicas incuráveis. Eram estabelecimentos em

que o tratamento correspondia à intenção de castigo e segregação social. Em relação ao surgimento das UTIs também não foi muito diferente.

Segundo Lino e Silva (2001), as primeiras UTIs criadas no Brasil datam de 1960 no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro e de 1961 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo-se desenvolvido nas demais regiões a partir de 1970.

Apesar de estarmos no século XXI, pelo senso comum, as UTIs ainda são consideradas como destinadas para clientes sem perspectivas terapêuticas ou com grandes possibilidades de morrer. Quando buscamos a história do surgimento das primeiras UTIs, onde eram destinadas a clientes ditos “moribundos”, justifica-se a prevalência da existência de conceitos retrógrados (KNOBEL, 1999). É claro que a história já evoluiu bastante e está evoluindo cada vez mais. Surgem novas UTIs que passam a agregar ao tratamento clínico tradicional novas propostas terapêuticas visando seu cliente como um todo, considerando seus desejos, seus afetos, suas ansiedades e a importância da presença de sua família num momento tão crítico em sua vida.

Surgem também nas UTIs necessidades de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a clientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os clientes em um núcleo especializado.

Essas medidas de suporte deram origem a novos conceitos de Unidade de Terapia Intensiva que, segundo o Ministério da Saúde (MS), consiste:

São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenha acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico.

Esta definição deixa clara a finalidade curativa e a complexidade do cuidado presente nessas unidades, as quais mais evidenciam em seu ambiente os modelos intervencionistas e curativos adotados pela medicina.

Embora seja o local ideal para o atendimento a clientes agudos graves recuperáveis, a UTI parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Esses fatores agressivos não atingem apenas seus clientes, mas também a equipe

multiprofissional que convive diariamente com estresses relacionados à própria dinâmica desta unidade (VILA E ROSSI, 2002).

Di Biaggi (2001) aponta que as relações humanas dentro das terapias intensivas também se dão de forma diversa do que no restante do hospital. O doente internado na UTI é sempre um cliente grave e em risco. O fantasma da morte ou da seqüela está sempre presente. Muitas vezes sedado, em coma, desarcodado, com dores intensas, sem poder se mexer ou até sentar-se, entubado ou em respiração assistida, privado de água e de alimentação por boca, sem mesmo entender direito o que está acontecendo. Além disso, com privação de sono, com cânulas endotraqueais, monitorização permanentemente sonora, desconfortável, o doente está literalmente impossibilitado de manter um contato profissional-cliente através da fala, o que, em geral, traz um grande desconforto aos profissionais da unidade.

A família, por sua vez, participa ativamente de todo o movimento da UTI. Ao cliente, cabe entregar o corpo e tudo mais que significa e, o controle da existência para a equipe de saúde. Os profissionais assumem esse cliente e passa a responder por ele. A família, cuidadora oficial, entregará, de forma muitas vezes não muito amistosa, o cliente, mudará o rumo de conduta e terá de se adaptar a nova situação. A família ressent-se da “perda” imediata e a equipe se responsabiliza pelo “cliente grave”. Cabe ao cliente, por sua vez, ter uma relação de confiança e respeito com o profissional intensivista e enfrentar uma experiência que o obrigará a viver condições de difícil tolerância psicológica. A relação profissional-cliente-família e o reconhecimento do cliente como “ser humano” passam a ser prioritários na prevenção de seqüelas emocionais importantes (DI BIAGGI, 2001).

A partir daí, a humanização torna-se um processo que envolve todos os membros da equipe na UTI. A responsabilidade da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no cliente. Inclui a avaliação das necessidades dos familiares, o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados, além da preservação da integridade do cliente como ser humano. Com a internação de um ente querido em uma UTI, os familiares ficam desesperançados, deprimidos, o que colabora para a desestruturação sob o ponto de vista emocional. Cada indivíduo deve ser considerado único, tendo necessidades, valores e crenças específicos. Manter e preservar a sua dignidade significa respeitar os princípios da moral e do código de ética em saúde.

Os clientes internados em UTI são, na maioria das vezes, dependentes e podem sentir-se impotentes com a falta de autonomia e o controle de si mesmo. Além disso, ficam cercados de pessoas ativas e ocupadas, o que freqüentemente pode ser um coadjuvante para a instalação da ansiedade e de sentimentos de isolamento. A equipe hospitalar que ignora a presença de um cliente, independentemente do seu estado de vigilância, contribui para que ele se sinta isolado. Essa sensação de isolamento pode ser reduzida através de conversas sobre o tratamento com o cliente e por contato tranqüilizador em momentos de medo.

Logo, dentro de uma UTI, o cuidar deve ser sinônimo de cuidado humanizado, mas tal realidade nem sempre é encontrada. O cliente da UTI, como de todo setor saúde, necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. Para tal, as decisões devem estar baseadas na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas deste cliente (VILA E ROSSI, 2002).

Vila e Rossi (2002) acrescentam que a doença grave e o medo de morrer também separam o cliente de sua família. É necessário o desenvolvimento imediato de relações dependentes e íntimas com estranhos. O clichê tranqüilizador, “você ficará bem”, freqüentemente oferecido pela equipe que tenta confortá-lo, serve apenas para reforçar a sensação de distância que o cliente está sofrendo. Ele impede a expressão de tremores e as perguntas sobre o que ocorrerá a seguir. A eficiência e a atividade que circundam o cliente aumentam a sensação de separação. Enfim, a insegurança do cliente deve ser considerada também como fator determinante para o processo de humanização.

Dentro do contexto da realidade assistencial existente nas UTIs, as especificidades fazem com que os profissionais desse serviço atuem de maneira impessoal, interferida pela complexidade tecnológica, ocasionando a fragmentação do cuidado. As deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo, e a falta de filosofias de trabalho e ensino voltado à humanização de maneira efetiva, fazem com que apareçam algumas dificuldades em relação à construção desse processo (MATSUDA, SILVA E TISOLIN, 2003). Deslandes (2004) acrescenta que essa busca humanizadora se traduz na melhoria na relação profissional de saúde e cliente, onde dentro de uma UTI há uma intenção em amenizar as condições do atendimento, entre outras proposições.

Como esperado, o início do século XXI vêm requerendo das instituições de saúde e dos seus provedores um ajuste quase contínuo e modificações rápidas. As UTIs devem, ao longo dos anos, cada vez mais, acomodar clientes críticos, com patologias reversíveis. A equipe, por sua vez, tem despendido inúmeras horas em discussões de casos clínicos, tomando decisões baseadas em mais exames complementares, utilizando um poderoso arsenal terapêutico e intervencionista através de equipamentos de última geração, ajustando e registrando dados em sistemas computadorizados sofisticados (VILA E ROSSI, 2002).

Por tudo isso, a UTI passa a ser um excepcional campo para pesquisas do efeito terapêutico da estruturação e das modificações do ambiente físico sobre os clientes hospitalizados e a equipe. Os custos podem ser extremamente altos, o que tem levado pesquisadores a desenvolverem novos tratamentos na tentativa de reduzir o tempo de internamento na UTI. Como resultado das modificações contínuas dentro do ambiente da UTI, a equipe interdisciplinar é quase unânime em concordar com o aumento da flexibilidade nesses ambientes.

Surge, com isso, a importância relacionada com a humanização no trabalho como um recurso capaz de produzir e/ou melhorar a satisfação dos profissionais. Assim, a humanização é concebida como atendimento das necessidades de biopsicossocioespirituais do indivíduo tanto no contexto do profissional quanto do cliente (MATSUDA, SILVA E TISOLIN, 2003).

Os profissionais de saúde que trabalham em UTI são confrontados diariamente com questões relativas à morte, o que pode ser relacionado às causas geradoras de estresse. Estudos assinalam a violenta gama de estímulos emocionais nocivos aos quais os profissionais de saúde estão intermitentemente expostos. Tais fatores são: a atitude (muitas vezes interpretada como agressiva e/ou invasiva) de lidar com a intimidade emocional e corporal do cliente; conviver com limitações técnicas, pessoais e materiais em contraponto ao alto grau de expectativas e cobranças trazidas pelo próprio profissional, clientes e familiares; solicitação intermitente de decisões rápidas e precisas, como a cruel e desumana tarefa de “selecionar” quem usa este ou aquele equipamento, por falta de suficiência de recursos. Diante dessas questões, espera-se que as equipes estejam treinadas e experimentadas para lidar com tais situações (CHIATTONNE, 1997; NOTO, 1984; MARTINS, 1991).

Para que as situações de estresse sejam amenizadas, os profissionais de saúde deverão atuar de forma co-participativa no processo de gestão, possibilitando a colocação das necessidades das diferentes categorias profissionais, permitindo a harmonização do trabalho em equipe. A assistência em saúde demanda participação multiprofissional, pois nenhuma categoria profissional consegue individualmente a totalidade humana na vivência do processo saúde-doença, favorecendo maior atenção aos seus clientes e promovendo melhoria da qualidade de atendimento, aspecto essencial da assistência humanizada (HOGA, 2004).

A hospitalização em UTI introduz cliente e família em um ambiente inóspito, onde a exposição intensa a estímulos noceptivos como o estresse e a dor são frequentes (MOREIRA et al, 2003). Ruídos, luz intensa e contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos são constantes nessa rotina. O tratamento altamente especializado, do qual depende a recuperação do cliente, instaura vários desafios ao próprio cliente e seus familiares. O mesmo acontece com a equipe profissional, porém de forma mais gradativa e até mesmo aparentemente despercebida.

Com isso, várias propostas de mudança acontecem nas UTIs a partir da proposta do Humanizaus, dentre elas, um espaço físico mais adequado de forma a permitir a privacidade e o repouso tranquilo do cliente, aumento do horário de visitas ou até mesmo a presença de um familiar durante todo período de internação, e, principalmente, o cuidar humanizado do profissional de saúde. Para tal, há a necessidade do rompimento da barreira tecnológica existente dentro de uma UTI, esta que é considerada uma das grandes dificuldades destes profissionais. A preocupação em conhecer e utilizar os aparatos tecnológicos mais modernos do mercado pode afastar tal profissional de um gesto tão simples como o toque.

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

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

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

Sabemos os grandes benefícios trazidos pelas tecnologias, pois eles facilitam a atuação dos profissionais e beneficiam o cliente à medida que cada dia tem ao seu alcance inovações para a resolutividade dos problemas e para a manutenção de suas vidas. Mas a tecnologização de vida ampliou a assimetria do poder, tornando as relações desiguais, possibilitando aos profissionais interferir de forma mais incisiva na vida humana, propiciando a esperança de uma vida melhor e, ao mesmo tempo, impondo questionamentos quanto ao futuro dos seres humanos (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004).

Ofertar uma assistência que provenha a melhor tecnologia de saberes, procedimentos e equipamentos, conjugada ao acolhimento das necessidades intersubjetivas dos clientes e profissionais e ao reconhecimento das lógicas culturais dos familiares, é um dos grandes desafios para a realização de uma assistência humanizada.

Outro fato condicionante para esta assistência humanizada está relacionado com a linguagem deste profissional. Deslandes (2002) enfatiza que a humanização do atendimento deve contemplar fundamentalmente a democratização das relações. É necessário mais diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e cliente. Há também a necessidade do reconhecimento dos direitos, da subjetividade e da cultura, ou ainda, do reconhecimento das expectativas de profissionais e clientes como sujeitos do processo terapêutico. Os profissionais de saúde, por serem conhecedores de uma linguagem técnica, muitas vezes se colocam em uma postura superior, onde deveriam estar realizando uma comunicação acessível e de fácil compreensão na orientação do cliente e esclarecimento de dúvidas de familiares.

O termo comunicação pode se referir a qualquer meio de transmissão de informação, a qualquer mensagem produzida por esse meio, ou ainda a um objetivo específico ao se utilizar esse meio. Quando se refere à comunicação dentro do contexto de humanização, há uma situação de profunda relação entre dois ou mais agentes que estejam dialogando. Deverá existir muito mais um aspecto hermenêutico da comunicação do que seu conteúdo instrumental ou semiótico (MARTINS, 2001).

O autor acrescenta que o primeiro passo na comunicação com o cliente é reconhecê-lo como ser humano. Entender e aceitar sua individualidade e o momento doloroso que está passando. É, na medida do possível, nos olhar sob a ótica do outro, procurando oferecer o que no fundo gostaríamos de receber. Quebrar barreiras, aproximar, deixar tabus de lado, simplificando as relações.

Esta comunicação, então, deve ser considerada como importante instrumento para a construção de uma UTI mais humana, descontraída, harmoniosa e eficiente. A comunicação deve ser entendida como um projeto, e não como um simples dado no processo de atendimento humanizado. Uma comunicação verdadeira é o projeto que permite um verdadeiro cuidar do cliente, e não um simples tratar.

Com isso, a humanização também depende da capacidade de falar e ouvir, pois para que as coisas do mundo tornem-se humanas, é preciso que exista um diálogo, ou seja, uma forma de comunicação para viabilizar as relações e interações humanas. Esse processo não deve ser apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo previamente estabelecido, mas sim uma forma de conhecer o outro, compreendê-lo e construir metas em conjunto para um bem-estar mútuo. A própria definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, como sendo o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente ausência de doença ou enfermidade” faz com que o modelo estritamente biomédico seja ampliado para um olhar mais abrangente onde exista até mesmo a possibilidade de se colocar no lugar do outro, conceito de empatia trazido por Daniel (1983) e Hojat et al (2002).

Nesse contexto, Deslandes (2004) analisa o discurso oficial do Programa, especificamente do Manual do PNHAH (Brasil, 2004a), comentando que o uso do termo, apesar de óbvio, pois trata de práticas de saúde feita para e por seres humanos, deixa subentendido que tais práticas estão (des)humanizadas. Os eixos principais de sua análise

compreendem a importância do diálogo entre profissional e cliente, a ligação entre tecnologia e relacionamento entre as pessoas e melhorias das condições de trabalho do profissional de saúde.

Deve-se então, buscar o sentido do cuidar como uma intervenção que passa a ser não apenas o estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação das tecnologias disponíveis, mas o exame da relação entre finalidades e meios em seu sentido prático, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissionais e clientes (OLIVEIRA, LANDRON E SILVA, 2005).

A partir daí, as práticas profissionais adquirem ganhos qualitativos quando as ações de cuidado são dotadas de intencionalidade, sobretudo quando utilizados recursos de toque corporal, de suporte físico e emocional que deveriam permear a realização dos procedimentos e as intervenções junto aos clientes. É essencial que a intenção dirigida a um objetivo claro esteja presente (HOGA, 2004).

A humanização da assistência à saúde passa sob um campo multidimensional em que cada faceta possui sua importância e significado. Requer, portanto, atenção a inúmeros aspectos. Estes devem ser norteados e alinhados a uma filosofia organizacional, cujos princípios devem estar claramente estabelecidos e viáveis de serem concretizados na prática (HOGA, 2004).

Resumidamente, a humanização em UTI representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e clientes (CECÍLIO, 1994; DESLANDES, 2002; PUCCINI, 2002).

Durante minha trajetória profissional como enfermeira assistencial e responsável pela educação continuada em Unidade de Terapia Intensiva, oportunizou-me relações profissionais com clientes, familiares e toda equipe interdisciplinar. Apesar da existência de inúmeros estudos acerca do tema proposto, percebo que o caminho para a humanização da assistência é longo, pois se sabe que requer muitas mudanças na percepção do profissional em relação à doença e o doente, como também melhora nas condições de trabalho e qualificação, com ênfase no relacionamento interpessoal.

Entretanto, acreditamos que a relevância deste estudo está na possibilidade de contribuir para que alguns profissionais repensem seus valores e suas atitudes. Ainda, através dos princípios da humanização, promovam transformações para melhorar a qualidade da assistência, estimulando que a mesma perpassa pelo compartilhamento de perspectivas nos diversos aspectos da existência humana. Dentro do contexto hospitalar, escolhi para o desenvolvimento do estudo a Unidade de Terapia Intensiva do Instituto do Coração do Distrito Federal, que tem como filosofia a ciência e o humanismo em todos os níveis de seu atendimento, aliado a um contínuo aperfeiçoamento técnico-científico de seus colaboradores. No capítulo a seguir realizamos uma breve caracterização da unidade de terapia intensiva em estudo e da Instituição que se encontra inserida.

1.3 – O INCOR no Distrito Federal e a Unidade de Terapia Intensiva

O Instituto do Coração do Distrito Federal (INCOR-DF), no qual foi desenvolvido este estudo, é uma instituição hospitalar de caráter filantrópico que tem como mantenedora a Fundação Zerbini. O INCOR-DF é uma instituição especializada no tratamento cirúrgico e clínico de doenças cardíacas, incluindo atendimentos de alta complexidade. Apresenta moderna tecnologia necessária para o tratamento de clientela do Sistema Único de Saúde, que representam 90% do atendimento realizado na instituição. Os clientes podem ser admitidos por transferência de hospitais públicos do Distrito Federal e dos demais Estados do Brasil com solicitação prévia de vaga e, ainda, encaminhados do ambulatório do INCOR-DF, mediante avaliação da equipe multiprofissional. Atendem ainda beneficiários de convênios e seguros médicos e clientes particulares, representando em torno de 10% do número total dos atendimentos.

A equipe de colaboradores que compõe o INCOR-DF está voltada para a especialidade de atendimento em cardiologia desde o nível ambulatorial, passando pela unidade de internação clínica e cirúrgica, serviço de diagnóstico por imagem e de hemodinâmica, centro cirúrgico e, finalmente, unidades de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal. Os profissionais de saúde são compostos por médicos inseridos nas diversas especialidades da cardiologia, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, técnico de farmácia, assistente social e psicóloga. Também

faz parte do quadro de colaboradores uma equipe administrativa nas diversas áreas de atendimento. Todos os colaboradores apresentam vínculo com a Instituição em regime celetista, não havendo, dessa forma, prestadores de serviços. A Instituição, por ser um hospital de especialidade cardiológica, procura manter um quadro de profissionais que atenda a demanda das necessidades dos seus clientes. No caso dos clientes apresentarem alguma patologia que necessite tratamento de outras especialidades, é utilizado um convênio com a rede SUS e o Hospital das Forças Armadas de Brasília, onde são realizados os atendimentos necessários, como por exemplo, a realização de endoscopias ou a solicitação de um parecer da urologia.

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto é composta por 15 leitos destinados para clientes cirúrgicos e não-cirúrgicos. A taxa de ocupação dessa unidade está em torno de 90% mês. Os leitos são dispostos em forma de boxes individuais permitindo uma visão central para os profissionais de saúde, mas que permite uma individualidade para os clientes internados através da existência de uma divisão móvel. Dentro da unidade existe toda a tecnologia necessária para suprir as demandas dos clientes internados.

Os profissionais de saúde que fazem parte do quadro de pessoal efetivo dessa unidade são médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. São divididos nos diferentes turnos de trabalho, cumprindo carga horária de seis horas nos períodos da manhã e da tarde, e plantão de doze horas no período noturno. As atividades desenvolvidas pelos profissionais são inerentes a cada categoria profissional.

Os clientes internados na UTI são provenientes de alguma unidade dentro da Instituição ou transferência de hospital da rede pública após contato prévio para solicitação de vaga. A admissão é realizada pela equipe multiprofissional, sendo priorizadas as urgências clínicas para, em seguida, ser estabelecido pela equipe médica a conduta terapêutica. Quando os clientes recebem alta da unidade a família é acionada pelo profissional enfermeiro e, após a chegada de alguma familiar, o cliente é conduzido para a Unidade de Internação. Previamente, acontece a passagem de plantão de cada categoria profissional da UTI para sua respectiva categoria na Unidade de Internação.

Os custos do INCOR-DF provenientes dos clientes SUS são repassados pelo Governo do Distrito Federal de acordo com o envio das faturas realizadas baseadas na Tabela SUS. Os clientes recebem o tratamento necessário durante a internação e, passa a ter

um prontuário no INCOR-DF para acompanhamento e eventuais necessidades. Com isso, a Instituição, configura-se como um centro de referência de atendimento em cardiologia, com grande responsabilidade e importância para a população do Distrito Federal e das regiões mais próximas.

Contudo, a Fundação ZERBINI, mantenedora do INCOR, tem sido objeto da mídia local e nacional nos últimos meses, frente à dificuldade de sustentação financeira, uma crise que se agrava a cada dia. Essa crise está afetando tanto o INCOR-DF quanto o INCOR situado na cidade de São Paulo. Em virtude disso, a Fundação ZERBINI realizou uma separação administrativa e financeira dessas duas Instituições em busca de melhores soluções para os problemas que vem acontecendo. Em relação à crise, estaremos focados nas situações relacionadas com o INCOR-DF, por ser o local de desenvolvimento desta pesquisa.

Os profissionais do INCOR-DF estão sendo surpreendidos a cada dia com novas notícias nos meios de comunicação e verbalizam que as informações contidas nessas reportagens geralmente não são discutidas no âmbito institucional. Com o surgimento de novos fatos a cada dia na imprensa e a falta de informação por uma assessoria interna, o corpo de recursos humanos do INCOR-DF sente-se inseguro quanto ao futuro da Instituição e quanto à permanência deles na Instituição. Essa situação tem levado a um momento de desgaste profissional, pois tem implicado em atraso no pagamento do salário e benefícios de transporte e alimentação, com grande insatisfação entre os profissionais. Além disso, os profissionais relatam que essa situação tem implicado negativamente nas condições materiais para assegurar a manutenção da qualidade do atendimento, pois tem havido demora na entrega de materiais e medicamentos, como também a falta dos mesmos.

Do outro lado, encontram-se os clientes que precisam da Instituição para ter o acesso e a continuidade a um tratamento com qualidade. Os clientes, ao tomarem conhecimento da situação crítica do INCOR-DF pelos meios de comunicação, e com receio de não conseguirem levar adiante o tratamento que tiveram início, ligam constantemente para o serviço buscando informações junto aos profissionais. Estes, por sua vez, não se sentem em condições de esclarecer seus clientes, pois possuem as mesmas informações que os clientes, que são as divulgadas pela imprensa.

Com isso, momentos de preocupações e de insegurança estão sendo trazidos tanto para os profissionais de saúde quanto para os clientes e para a própria população em geral. Neste estudo apontamos que tais questões relatadas devem ser consideradas para o entendimento do momento de intranqüilidade que os profissionais e clientes verbalizam nas suas narrativas.

A necessidade de humanizarmos a assistência prestada vem ocupando um lugar importante nas discussões entre profissionais de saúde e nas políticas de saúde, onde incluo meu interesse neste tema, dado a função que assumo como profissional na qualidade de enfermeira supervisora da unidade de pré e pós-operatório, e pela importância de melhoria constante na qualidade do atendimento.

O INCOR-DF, filosoficamente, traz como visão e missão tornar-se centro de referência e excelência nos serviços de saúde clínica e cirúrgica em cardiologia, na área de assistência, ensino e pesquisa, com reconhecimento nacional e internacional e, ainda, prestar assistência especializada e individualizada aos clientes e seus familiares, com elevado padrão de qualidade tecnológica e humanística. Tomando a humanização como baliza teórica e considerando a filosofia do INCOR-DF, parto da premissa que o processo de humanização deverá estar inserido nesse contexto. Porém, trazendo tais fatos para a realidade cotidiana da unidade em estudo, surgem inquietações relacionadas em como está o atendimento prestado pelos profissionais junto aos clientes, e se as concepções trazidas pela filosofia da Instituição estão sendo colocadas em prática no seu dia a dia, conforme diretrizes presentes na política do Humanizaus. Na seqüência, passamos a apresentar os objetivos e a questão norteadora para este estudo.

OBJETIVOS

Considerando que as Unidades de Terapia Intensiva apresentam, por si só, características que favorecem a presença de um ambiente hostil devido à grande diversificação de situações, podendo ocasionar prejuízo nas relações e no desempenho dos profissionais durante a assistência prestada, traçamos o seguinte objetivo:

Conhecer e analisar as características do atendimento prestado na Unidade de Terapia, na ótica dos profissionais de saúde e clientes, tomando como referência as recomendações do Programa Humanizadas do Ministério da Saúde.

Seguindo um caminho para conhecimento e caracterização do atendimento prestado e suas possíveis limitações dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, acrescentamos:

- Identificar as percepções de profissionais e clientes acerca do atendimento no que tange ao processo de humanização da assistência.
- Caracterizar a assistência prestada e as relações estabelecidas pelos profissionais da unidade junto aos clientes.
- Levantar as dificuldades e facilidades sentidas pelos profissionais e clientes que passaram pela unidade em relação ao atendimento oferecido.
- Identificar as percepções de profissionais e clientes acerca do processo de humanização da assistência.

QUESTÃO DA PESQUISA

De acordo com a literatura consultada e após a realização de leituras ao longo de todo o tempo sobre clientes críticos, muitas inquietações fazem surgir naturalmente. Dentro das considerações relativas à Unidade de Terapia Intensiva no que diz respeito às características dos clientes internados, aos recursos tecnológicos presentes e aos aspectos considerados fundamentais para os profissionais desta unidade, podemos considerar que a assistência prestada tem sido efetiva e importante na recuperação de muitas vidas. Ainda dentro desta trajetória, o Ministério da Saúde cria o Programa Humanizadas com o objetivo de promover uma assistência de qualidade a todos os clientes da rede SUS. Entretanto, a minha inquietação em relação à abordagem da pessoa do cliente continua presente, o que me leva a indagar: “de que forma vem acontecendo a proposta humanizadora da assistência dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto frente às recomendações do Humanizadas”?

Para alcançar os objetivos propostos, utilizamos o caminho metodológico descrito a seguir.

CAPÍTULO 2 – ABORDAGEM METODOLÓGICA PARA CONDUÇÃO DA PESQUISA.

2.1 Escolha do método

Este capítulo descreve a metodologia utilizada durante a pesquisa, os sujeitos, os procedimentos e os instrumentos utilizados para obtenção dos dados e, finalmente, os critérios adotados para a análise e interpretação dos mesmos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde, utilizando-se de um estudo exploratório, foram feitas observações não-participante e entrevistas semi-estruturadas e, para a organização dos dados, realizada a análise de conteúdo, onde foram observadas as orientações de Bardin (2004) para a técnica de análise de categorias.

Uma pesquisa de natureza qualitativa, conforme Minayo (2004), trabalha os motivos, aspirações, valores e atitudes, ao lado dos fenômenos que não podem ser quantificados. Para esta autora, essa análise tem como missão o entendimento da “complexidade das relações sociais que criam, alimentam, reproduzem e transformam as estruturas”, considerado do olhar de quem vivencia esta realidade: os atores sociais (MINAYO, 2004, p.204).

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 2001).

Por meio da pesquisa qualitativa é possível obter o significado dos acontecimentos vividos pelas pessoas, na realidade social, considerando-as como atores, pois, de acordo com Triviños (1995, p.128), “uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa é de sua atenção especial pelos pressupostos que servem de fundamentos à vida das pessoas”.

Para Triviños (1995, p.130), os estudos de natureza qualitativa “pretendem descrever, com exatidão, os fatos e fenômenos de determinada realidade”, sendo objetivo de este estudo compreender a realidade vivenciada pelos profissionais e clientes na unidade

de terapia intensiva, na perspectiva de suas concepções em relação ao processo de humanização da assistência.

2.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva-adulto do Instituto do Coração da Fundação Zerbini (INCOR-DF), hospital especializado em cardiologia, instituição filantrópica, localizada no Distrito Federal. A unidade em estudo dispõe de 15 leitos em atividade destinados a clientes coronarianos, cirúrgicos e não-cirúrgicos. A unidade também não possui protocolos que direcionem as atividades realizadas pelos diferentes profissionais que atuam na UTI em estudo, o que pode dificultar a organização do processo de trabalho e a padronização de procedimentos que otimizem a assistência prestada. Porém, existem manuais de conduta terapêutica, que constituem algoritmos de tratamento para as diferentes patologias existente, que auxiliam na decisão de condutas médicas. A equipe é constituída por 10 médicos, 16 enfermeiros, 07 fisioterapeutas e 15 técnicos de enfermagem, atuando em turno de 06 horas no período diurno e 12 horas no período noturno, com carga horária contratual de 40 horas semanais. Os profissionais psicólogo, assistente social e nutricionista atuam em caráter de interconsulta de acordo com prescrição médica.

2.3 Sujeitos do estudo

Para que fossem alcançados os objetivos da pesquisa, os sujeitos escolhidos foram profissionais de saúde de nível superior e clientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital. Os profissionais de saúde escolhidos foram médicos, enfermeiros e fisioterapeutas que atuam por um período mínimo de seis meses, cumprindo carga horária no serviço. Os critérios utilizados para as escolhas dos clientes foram a idade, serem maiores de 18 anos, que tenham passado pela experiência de internação em UTI por período superior a 24 horas, sem prejuízo das funções psíquicas de consciência e de linguagem, e que possam falar da realidade vivida neste serviço durante seu período de internação.

Sendo assim, o número total dos participantes foram 10 clientes da UTI e 10 profissionais de saúde, sendo que destes profissionais, 03 são médicos, 03 são fisioterapeutas e 04 são enfermeiros. A amostra foi escolhida de forma conveniente e o término das entrevistas se deu pela saturação dos dados.

2.4 Procedimentos de coleta de dados

Para viabilização desse Projeto, o primeiro passo foi enviar a proposta do estudo ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Instituição em estudo, e após a sua aprovação (ANEXO I), a coleta de dados foi realizada.

Para a coleta de dados foram utilizadas duas etapas: a observação não participante e a técnica da entrevista semi-estruturada. Na primeira etapa, do tipo aberta ou exploratória, foi utilizada a observação não participante, conforme recomenda Triviños (1995). Nessa etapa, no papel de participante como observadora, foram definidas parcialmente minhas atividades, de modo que as observações fossem mais fidedignas. A observação não participante é uma das técnicas que assume um status de tal centralidade no trabalho de campo da pesquisa qualitativa que, para muitos autores, é vista não apenas como uma estratégia, mas como um método mesmo (MINAYO, 2004).

Ainda, para Minayo (2004), a observação é uma forma de complementar a captação de realidade empírica. A observação do tipo não participante deixa transparecer para o observador e para o grupo/sujeitos da pesquisa que a relação é meramente de campo. A participação tende a ser mais profunda devido a uma observação informal, da vivência dos fatos mais relevantes e no acompanhamento das práticas cotidianas.

Após autorização da Diretoria da Instituição e das supervisoras da unidade, iniciei o processo de observação, realizado no período de 10 a 17 de março de 2007. Como profissional enfermeira da Instituição e com o cargo de supervisora, observei que a minha presença causou certa inibição na equipe durante os cuidados. Porém, no decorrer das atividades e da própria dinâmica da unidade, minha presença tornava-se indiferente para a equipe. As observações se deram em diferentes turnos de funcionamento da unidade e, ao todo, foram feitas 40 horas de observação.

Os dados gerados a partir das observações, registrados nos diários de campo, foram de suma importância no momento da análise dos textos realizados pela transcrição das entrevistas. Em inúmeras vezes, os dados provenientes das observações permitiram-nos compreender melhor o que estava sendo dito pelos entrevistados. Era como se essas observações esclarecessem o que os entrevistados falaram, e isso se deu porque as notas de campo ofereceram subsídios sobre o contexto em análise.

A segunda fase foi constituída pela entrevista, onde foram entrevistados profissionais de saúde de nível superior que atuam na Unidade de Terapia Intensiva em estudo e clientes internados, respeitando os critérios expostos na escolha dos sujeitos. Para a entrevista junto aos sujeitos foram utilizados dois modelos de roteiro de entrevista, sendo um para profissionais de saúde e outro para clientes, anexos II e III, respectivamente. A primeira parte do roteiro foi organizada contendo uma breve e objetiva caracterização dos sujeitos. Para os profissionais de saúde, contemplaram informações sócio-demográficas referentes à idade, sexo, estado civil, religião, e informações profissionais, como categoria profissional e tempo de trabalho na unidade. E para os clientes, informações como idade, sexo, estado civil, religião, internações anteriores e tempo de internação na UTI. A segunda parte foi composta pelo roteiro semi-estruturado com questões abertas diretamente relacionadas ao objeto de estudo e à vivência dos profissionais de saúde da UTI e dos clientes que estiveram internados na unidade, visando o alcance dos objetivos propostos.

O roteiro da entrevista com os profissionais foi orientado pelas seguintes categorias de análise: o trabalho na UTI, a assistência na UTI e o Programa de Assistência Humanizada do Governo Federal, utilizado como base para análise do atendimento prestado dentro da unidade em estudo. Para a finalização da entrevista tentamos realizar todo um resumo da assistência prestada, deixando um espaço para que os profissionais pudessem relatar os aspectos positivos e negativos das suas atividades e realizassem as sugestões.

Em relação à entrevista com os clientes, as categorias de análise utilizadas foram: a assistência em UTI, focando a avaliação do atendimento recebido e a ambiência; e assistência humanizada, verificando a presença de práticas humanizadas. A realização desse roteiro foi importante para a condução das entrevistas.

Minayo (2004) descreve que a entrevista não se constitui somente em uma fonte de informações, pois além de ser uma técnica de coleta de dados com diferentes abordagens, é um modo de interação, cujas respostas dos sujeitos pesquisados podem ser influenciadas pelas relações estabelecidas entre o entrevistado e o entrevistador estando, portanto, sujeitas à mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade. Como ressalta a autora, “ninguém coloca uma pergunta se nada sabe da resposta, pois então não haveria o que perguntar” (MINAYO, 2004, p.93).

Segundo Triviños (1995), a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados, porque além de valorizar a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Polit e Hugler (2004) acrescentam ainda, que a entrevista semi-estruturada tende a ser como conversas, por natureza. Os estudos de campo fazem uso desse método para a reunião dos dados do auto-relato. A meta dessas entrevistas é a elucidação das percepções que os respondentes possuem acerca do mundo dos sujeitos pesquisados.

Do ponto de vista conceitual, a entrevista é discutida sob um amplo espectro de questões. Para Minayo (2004), o debate passa por um largo leque de aspectos que vão desde o problema da fidedignidade do entrevistado ao tema do caráter da interação social estabelecido entre o pesquisador e o respondente. A autora centra esta discussão em dois aspectos que tiram a suposta assepsia da entrevista como técnica neutra de coleta de dados para lançá-la em um campo de conflitos e contradições. Um desses aspectos refere-se à questão dos critérios de representatividade da fala individual. O outro diz respeito ao caráter conflitivo inerente às interações sociais que colocam os envolvidos na situação de uma entrevista. Como exemplo, em uma relação assimétrica que deve ser, adverte, reconhecida como um dado condicionante da pesquisa “compreendida e assumida criticamente em todo o processo de construção do saber” (p.115).

O instrumento foi validado com profissionais de UTIs de outras instituições, que se dispuseram voluntariamente a colaborar. Após a realização, foram feitas as adequações necessárias relativas às questões norteadoras.

As entrevistas foram agendadas com os sujeitos visando um clima favorável para a realização da entrevista, sendo conduzida em sala reservada e livre de ruídos, e por um

único entrevistador. Em função da minha participação na Instituição como Enfermeira Supervisora, para as entrevistas junto aos profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas), um entrevistador recebeu treinamento para a realização das mesmas para evitar vieses nas informações recebidas durante o curso da entrevista. As entrevistas com os clientes internados foram realizadas pela pesquisadora, no dia posterior da alta da UTI, enquanto os clientes encontravam-se internados na Unidade de Internação. Elas foram realizadas no quarto ou enfermaria que se encontravam os clientes internados e, agendadas previamente no dia da alta da UTI. Optei por realizar as entrevistas ao final da tarde, devido a uma maior disponibilidade dos clientes e de não interferir nas atividades da unidade.

No dia e hora agendados, antes do início da entrevista foram reiterados os objetivos, assegurados o anonimato, a confidencialidade das informações prestadas e a voluntariedade de participação. Foi explicado que o conteúdo seria utilizado apenas com finalidade científica nesta pesquisa, assim como esclarecidas as possíveis dúvidas sobre o estudo. As entrevistas com os sujeitos foram realizadas respeitando suas privacidades, após o consentimento expresso, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV), cumprindo os preceitos éticos definidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

As entrevistas foram realizadas no período de abril a junho de 2007. O tempo médio de cada entrevista foi cerca de 50 minutos. A forma de registro das informações utilizadas neste estudo foi a gravação em áudio, através de aparelho eletrônico próprio, com a concordância dos sujeitos, devido à possibilidade de registrar a fala do entrevistado imediatamente e na sua íntegra. Ao mesmo tempo, o entrevistador pôde se ater às expressões não-verbais, realizando anotações pertinentes, sendo esta uma forma de registro de informações complementares. As entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora.

2.5 Procedimentos de análise

A humanização permeia as relações humanas no processo de trabalho dos profissionais de saúde e dos seus clientes e pode ser reconhecida por diferentes métodos de

análise de dados. Para a realização deste estudo optamos pela análise de conteúdo descrita por Bardin (2004, p. 91), como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) desta mensagem.

A opção pela análise de conteúdo se deu através da escolha de um método que possibilite o descobrimento de experiências, crenças, valores, vivências e pensamentos dos sujeitos da pesquisa, utilizando para isso, uma técnica metodizada, composta de passos sequenciais e, que através da linguagem no discurso do sujeito da pesquisa, tem o material primordial para sua operacionalização.

Para a análise dos dados coletados, os relatos foram transcritos pela pesquisadora e a análise, por sua própria natureza e subjetividade, foi fundamentada na abordagem qualitativa e sistematizada conforme a Técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática, proposta por Bardin (2004). A autora parte da premissa de que tudo que é dito ou escrito, é possível de ser submetido à análise de conteúdo, para instrumentalizar e operacionalizar a análise dos artigos.

Bardin (2004, p.31) ressalta a dificuldade de se compreender a análise de conteúdo como um método uniforme, alertando para o fato de que se trata, antes, de *um conjunto de técnicas de análise das comunicações*. Por isso, a autora complementa que se deve entender a análise de conteúdo não como um instrumento, mas como um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

Por essa razão, adotamos um dos procedimentos específicos desse “conjunto de apetrechos”, a análise categorial temática, proposta por Bardin (2004), a qual pretende tomar em consideração a totalidade de um texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido.

Ainda de acordo com a autora, “esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, e frequência de aparição podem significar alguma coisa com o objetivo analítico escolhido” (p.115).

Percorremos, neste estudo, as seguintes etapas na técnica de análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretações (BARDIN, 2004).

A pré-análise constitui a fase organizacional do material a ser analisado. Nesse estudo os instrumentos submetidos à análise foram as entrevistas captadas em um gravador e posteriormente transcritas integralmente. Foi a fase de operacionalização e sistematização para a exploração do material.

Procedeu-se a leitura dos textos selecionados, como descrito anteriormente. Na fase de exploração do material foram realizadas novas leituras – leituras flutuantes, assinalando-se as idéias importantes em vistas à organização do material coletado para destacar os temas, as idéias-chave e os núcleos de sentido. Para Bardin (2004, p.106), “o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atributos, de valores, de crenças, de tendências, etc.”

Essa autora refere ainda que a pré-análise é o momento onde ocorre a escolha e organização do material a ser analisado. Neste momento é que ocorrem as transcrições das entrevistas que constituíram o “corpus” da pesquisa (conjunto de documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos); respeitando algumas regras preestabelecidas que são: a exaustividade (em que se esgota a totalidade da comunicação); a representatividade (em que a amostra deve representar o universo que se deseja demonstrar); a homogeneidade (em que os dados devem estar refletindo o mesmo tema, com técnica de coletas iguais e indivíduos semelhantes para realizar esta ação); a pertinência (os documentos ou entrevistas devem atender os objetivos da pesquisa) e a exclusividade (as unidades de registro não devem ser classificadas em mais de uma categoria).

As leituras e releituras mostraram que os discursos são ricos em seus conteúdos, que embora identificados alguns erros gramaticais e sintáticos, de maneira alguma representaram prejuízo à compreensão textual.

Para Bardin (2004), não existe nada pronto para aqueles que pretendem utilizar a análise do conteúdo como método para suas investigações. Há algumas regras básicas que permitem ao investigador adequá-las ao domínio e aos objetivos pretendidos, reinventando a cada momento uma maneira de analisar. Os dados brutos foram elaborados e identificados, alcançando os núcleos de sentido, apreendendo tanto o conteúdo manifesto quanto latente dos dados; estes que foram tratados de forma a se apresentarem

significativos e válidos. Portanto, foi necessário realizar a classificação e a agregação dos dados por núcleos temáticos, trabalhados a seguir, à luz do referencial metodológico elaborado por Bardin (2004).

Seguindo esta sistemática, delimitou-se a técnica de análise de conteúdo como análise categorial temática. Para Bardin (2004), a análise por categoria é a técnica mais utilizada na prática, sendo a análise temática, ou investigação de temas, a possibilidade rápida e eficaz de categorização, podendo ser aplicada a discurso direto e simples. A análise temática, igualmente, pode ser desenvolvida diante do desmembramento do texto em unidades, que são reagrupadas em categoria, segundo analogia dos temas.

Esse processo culminou nos agrupamentos e categorizações por similaridade temática. A utilização da técnica de análise temática, dentre outras da análise de conteúdo, foi escolhida por retirar do texto em estudo uma unidade de significação (o tema), a partir de critérios orientadores desta análise; e como enfatiza Minayo (2004) é entre as técnicas aquela que mais se ajusta à investigação qualitativa em saúde.

Os objetivos iniciais estabelecidos para a análise dos depoimentos incluíram a identificação dos temas emergentes nos discursos e sua posterior relação com os mesmos enfatizados pelas abordagens teóricas. Como índice e indicadores, foram adotados, para a análise, os temas em destaque nos discursos e, como indicadores, sua presença ou ausência nos depoimentos discursados.

A análise temática tem como proposta exibir os “núcleos de sentido”, sua frequência e/ou presença, integrantes da comunicação, sendo significativa para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa.

A etapa de exploração do material correspondeu à transformação do conteúdo dos textos analisados, organizados em unidades que possibilitaram as expressões de seu conteúdo. O tratamento dos textos incluiu a especificação de unidades de registro e de contexto, as especificações de categorias de classificação e agrupamento, além da enumeração dos mesmos.

Durante as leituras, nessa etapa de análise, procurou-se compreender o que os sujeitos quiseram dizer nas respostas dadas, buscando tematizar suas percepções e intenções para, em seguida relacioná-los aos temas incluídos nas categorias estabelecidas.

Dentro das categorias de classificação e agregação, as unidades percebidas nas entrevistas, possibilitaram seu agrupamento de acordo com os temas abordados. Como para esta pesquisa, utilizamos dois perfis de sujeitos, as análises foram realizadas respeitando os dois grupos: clientes e profissionais de saúde.

As categorias temáticas identificadas nas entrevistas dos clientes foram:

- Categoria Temática 1 – Uma experiência de passar por uma UTI.
- Categoria Temática 2 – Os Profissionais da UTI.
- Categoria Temática 3 – O Ambiente físico da UTI.
- Categoria Temática 4 – Necessidades Básicas.
- Categoria Temática 5 – A Família e os Amigos.
- Categoria Temática 6 – Qualidade da Assistência.
- Categoria Temática 7 – Assistência Humanizada.

As categorias temáticas identificadas nas entrevistas dos Profissionais de Saúde foram:

- Categoria Temática 1 – Assistência Integral ao Cliente da UTI.
- Categoria Temática 2 – O Espaço Físico da UTI.
- Categoria Temática 3 – A Equipe da UTI.
- Categoria Temática 4 – Humanização.
- Categoria Temática 5 – Dificuldades no Processo de Trabalho.

O tratamento dos resultados se fez pela inferência e interpretação dos conteúdos. A inferência, “operação intelectual por meio da qual se afirma a verdade de uma proposição em decorrência de sua ligação com outras já reconhecidas como verdadeiras” (HOUAISS, 2006, p.58).

Buscou-se a consolidação das convergências, divergências e o inusitado dos dados, de modo a analisar os achados à luz do referencial teórico. E, ainda, observou-se nas unidades de registro, uma ligação entre as outras da mesma categoria e a representação do significado da comunicação entre o emissor e o receptor, ou seja, conseguimos investigar a causa a partir do efeito que ela produz (BARDIN, 2004).

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados obtidos junto às duas populações estudadas (10 profissionais de saúde e 10 clientes da UTI). A análise foi feita de acordo com a natureza dos dados produzidos. A pesquisa produziu resultados derivados dos textos gerados a partir das transcrições das fitas de áudio gravadas durante as entrevistas, que foram comparados com aqueles emergidos das observações e das anotações realizadas no diário de campo. As análises estão organizadas nas seguintes seções: caracterização dos clientes e dos profissionais de saúde e; apresentação e discussão da análise qualitativa de cada grupo, com suas respectivas categorias temáticas, tomando para análise a questão norteadora e o referencial teórico.

Para essa análise qualitativa, nos limitamos à realização de operação estatística simples visando identificar a frequência das categorias temáticas emergidas das falas dos grupos entrevistados. Essas estatísticas estão apresentadas em forma de tabelas, nas quais foram feitos a caracterização do surgimento das categorias e o percentual de seu aparecimento. Dessa forma, procurou-se verificar a relevância do significado das categorias durante a realização da análise. Tais dados também foram utilizados como subsídios durante a análise e interpretação dos dados.

3.1 Caracterização dos clientes internados

A caracterização sócio-demográfica desse grupo foi elaborada a partir de variáveis: idade, sexo, estado civil e religião, as quais estão contempladas na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfico dos clientes entrevistados na UTI. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília. 2007.

Variáveis	N	%
Idade		
35 a 45 anos	1	10%
46 a 50 anos	5	50%
51 a 60 anos	3	30%

61 a 70 anos	1	10%
Sexo		
Feminino	4	40%
Masculino	6	60%
Estado Civil		
Casado	7	70%
Solteiro	1	10%
Outros	2	20%
Religião		
Católico	7	70%
Protestante	2	20%
Outros	1	10%

Quanto à caracterização sócio-demográfica, 60% dos clientes entrevistados são do sexo masculino, significando que durante o período da coleta de dados houve uma maior predominância de clientes internados do sexo masculino. Esses dados vão ao encontro das diretrizes da American Heart Association (2006), onde são feitas considerações sobre o maior acometimento de homens com problemas cardiovasculares, mas destacam ainda que tal fato não é uma regra.

Sobre a faixa etária, houve maior achado de clientes entre 46 a 50 anos, 01 cliente adulto jovem na faixa de 35 a 45 anos e apenas 01 cliente com idade acima de 60 anos.

Em relação ao estado civil, houve predominância de clientes casados e 02 clientes viúvos. Da mesma forma, a religião católica foi mais representativa e apenas 01 cliente nomeou sua religião como a credibilidade em Deus. A internação na UTI pode apresentar diferentes significados para os clientes internados e, de acordo com Leahey e Wrigth (2002), a religião influencia as crenças sobre doenças e adaptação à realidade, podendo incentivar ou contrabalançar as emoções como medo, culpa e esperança. A religião aparece como garantia ou proteção simbólica, oferecendo alívio dos seus sofrimentos e males, como também conforto e solidariedade do apoio social.

Os clientes entrevistados também foram questionados quanto à existência de internações prévias na unidade em estudo ou em outra unidade de terapia intensiva. Foram também considerados o tempo e internação de cada cliente entrevistado na UTI em estudo, cujos resultados estão organizados na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição numérica e percentual dos clientes entrevistados segundo internações prévias e tempo de internação em UTI. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília. 2007.

Variáveis	N	%
Internação prévia em UTI		
Sim	3	30%
Não	7	70%
Tempo de Internação na UTI		
2 a 4 dias	3	30%
5 a 6 dias	4	40%
7 a 9 dias	2	20%
10 a 12 dias	1	10%

Quanto à internação prévia nessa ou em alguma outra UTI, apenas 03 entrevistados apresentaram essa caracterização. Um dos entrevistados tinha história prévia de internação na UTI em estudo. Podemos perceber o quanto a experiência de internação em uma UTI foi nova para os demais clientes em seus discursos, como também para os que já vivenciaram a experiência de internação em uma dessas unidades. Esse fato mostra que, na maioria das vezes, uma internação em UTI será sempre algo novo para quem a vivencia. Tais características serão analisadas e discutidas no decorrer da análise dos resultados apresentados.

Quanto ao tempo de internação, podemos observar uma média em torno de 5 a 6 dias. Tal fato condiz com o que está recomendado para o perfil de clientela de uma UTI. Nos dias atuais, o período de internação em uma UTI deve ser o mais breve possível, com o objetivo de evitar maiores complicações clínicas, a exemplo de uma infecção hospitalar e aparecimento de algum transtorno psíquico pelo processo de afastamento do seu ambiente familiar (KNOBELL, 1999).

A análise final categorial-temática sobre a percepção dos 10 clientes entrevistados sobre o atendimento recebido na UTI, no que tange aos aspectos envolvidos no processo de humanização, resultou em 07 categorias temáticas identificadas, que reuniram os núcleos de sentidos que emergiram nos discursos, cujas frequências estão apresentadas na tabela 3.

Tabela 3: Apresentação das categorias temáticas identificadas nos discursos dos clientes entrevistados na UTI. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília. 2007.

Categorias Temáticas	N	%
Uma experiência de passar por uma UTI	10	100%
Os Profissionais da UTI	10	100%
O ambiente físico da UTI	08	80%
Necessidades Básicas	10	100%
A Família e os Amigos	10	100%
Qualidade da Assistência	09	90%
Assistência Humanizada	10	100%

Verificando os dados obtidos na tabela 3, podemos observar uma representatividade significativa na maioria das categorias temáticas apontadas. Tal fato pode estar relacionado com uma homogeneidade no atendimento recebido e percebido pelos clientes internados.

Na sequência, são analisadas em separado cada categoria temática que surge na elaboração dos discursos dos clientes, como também são demonstradas na tabela 3, evidenciando as unidades de sentido e verbalizações correspondentes.

3.2 Apresentação e discussão das categorias temáticas identificadas nas entrevistas dos clientes.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 1 - Uma experiência de passar por uma UTI.

Para os clientes, a experiência de estar em uma UTI vem com diferentes sentimentos, tais como, tristeza, medo, angústia, incerteza e insegurança. Esses sentimentos, inicialmente trazem no contexto da UTI, uma associação à gravidade da doença e proximidade da morte. Durante o período de internação, esta percepção vai se modificando de forma que a UTI passa a ser um local de recuperação. Consideram a UTI do INCOR-DF como “diferente” pelo ambiente acolhedor, seguro e necessário para sua recuperação. Para alguns entrevistados, estar internado na UTI, apesar de toda receptividade e carinho recebido, é sempre uma experiência muito difícil. Outros consideraram que, apesar da gravidade da doença, a UTI foi uma boa experiência.

Temas:

- Pensei que a UTI fosse um lugar de tristeza.
- ... a minha experiência na UTI.
- Minha chegada na UTI...
- A UTI daqui é maravilhosa!
- Nunca tinha ido dentro de uma UTI.
- ... minha internação na UTI
- Ficar na UTI é uma experiência difícil ...
- ... minha história de vida na UTI...

- Quando vi já estava na UTI...
- Fui para UTI...

Essa categoria compreende a experiência de passar pela internação em uma UTI dentro da visão dos clientes, que vai assumindo diferentes significados desde a chegada até o momento da alta. Nos discursos apresentados vemos ainda a presença de conceitos inerentes à proposta inicial de uma unidade de terapia intensiva, que vai do medo frente ao desconhecido ao sentimento de segurança pelo atendimento recebido

A UTI ainda é caracterizada como um lugar sombrio, algo desconhecido. Logo, todo lugar com essa caracterização pode causar sentimentos de ansiedade, medo e confusão, os quais são percebidos através dos discursos dos clientes entrevistados. Vemos, então, que conceitos antigos das UTIs ainda prevalecem nos dias de hoje.

- Eu tinha uma noção mais ou menos, mas eu nunca tinha vivido aquilo.

- Pensei que UTI fosse um lugar de tristeza, de muita correria e que o paciente ficava jogado sendo controlado por máquinas e que os profissionais só chegavam perto de você para fazer algum medicamento ou procedimento, como eles falam.

- Nunca tinha ido numa UTI nem pra visitar. Sabia que iria para UTI porque me explicaram tudo que iria acontecer e, isto, ajudou um pouco. Eu fiquei três dias na UTI e foram três dias bem grandes porque mesmo sendo bem tratado, ninguém gosta de ficar no hospital e ainda mais dentro de uma UTI.

Percebemos, ainda, que a chegada na UTI, nas representações dos clientes, está inserida na proximidade da morte e na gravidade da patologia, fazendo com que ocorra uma dependência deles aos cuidados complexos e aparelhos sofisticados conduzidos pelos profissionais de saúde. Observa-se que o momento da internação do cliente em UTI, os sentimentos de ansiedade e de medo da morte estão mais acentuados.

- O nome da UTI assusta muita gente, só de ouvir falar esse nome, muitas coisas vêm na cabeça da gente, agente sabe que o lugar é pra tratar a gente, mas não queremos ficar lá...

Para Sebastiani (2002), a UTI é culturalmente vinculada à idéia de sofrimento e morte iminente, por clientes e familiares. Na verdade, por ser uma unidade do hospital que se dedica ao atendimento crítico, ou seja, aos casos em que há gravidade e que exigem serviços constantes e especializados, esse tipo de imagem mistificada denota certa faceta de realidade.

No início do intensivismo, na década de 60, os clientes de UTI morriam nas primeiras 24 horas, promovendo uma relação direta dessa unidade com a morte, a dor e o desespero. Atualmente, uma UTI, pode manter o cliente com possibilidade de recuperação com um tempo médio de 10 dias até um tempo indeterminado, para que se restabeleça o equilíbrio orgânico, dando continuidade ao tratamento dentro de todas as suas possibilidades (DI BIAGGI, 2003).

Mas este estudo revela também que quando os clientes vivenciam a experiência de internar-se nessa unidade, sua visão relacionada à UTI vai mudando.

(...) No começo, a hora que eu entrei achei muito apavorante, eu pensei, eu devo tá morrendo pra está nesse lugar, vi as pessoas cheia de coisa e pensei será que eu vou ter que usar tudo isso, devo tá morrendo sabe como é, já ouvi dizer que UTIs não são lugares agradáveis e já tive experiência em outro hospital que não foi nada boa. Mas a UTI daqui é maravilhosa. E sei que tô falando, já passei três vezes por aqui, na mesma UTI. Você é muito bem recebido desde do momento que passa pela porta da UTI, você encontra pessoas sorrindo, te chamando pelo nome, te dizendo seja bem vindo, esperamos que o senhor saia logo e que seu tempo aqui com a gente seja muito tranquilo. Parece até que chegamos num hotel e não na UTI. É verdade!! Olha a minha experiência na UTI, como diz o outro, se eu pudesse e se meu dinheiro desse, como diz o outro, eu levaria todos para cuidar de mim lá em casa (...)

- Nunca tive numa UTI então você pode imaginar como é. Ah! Fácil não foi né... Apesar que lá é uma coisa muito boa, ali a gente fica mais seguro, tem muita gente pra cuidar da gente, os médicos, os enfermeiros, os fisioterapeutas, todos tão ali pra fazer a gente melhorar mais rápido.

Os clientes também percebem a UTI como um local especializado no atendimento e recuperação dos clientes graves, oferecendo segurança e tranquilidade, considerando o preparo dos profissionais e sua presença próxima e constante. Porém, os clientes apontam

que esse tipo de entendimento surge gradativamente durante o período de internação, pois a chegada numa unidade intensiva continua sendo algo sombrio e gerador de conflitos internos e ansiedades.

Podemos ainda verificar nos discursos um conflito de decisões quando realizam uma contextualização da experiência de passar por uma UTI. Situações inesperadas, de modo geral, deixam os clientes desconfortáveis, pois revelam a face incerta e insegura de seus cotidianos. Face essa que costuma ser negada, onde podemos perceber a dualidade de sentimentos relacionados com a experiência na UTI. Essas situações inesperadas colocam o homem face a face ao seu horizonte de possibilidades.

(...) Quando cheguei não me lembro muito porque estava mais dormindo que acordado. A gente fica tão assustado de ter que ir pra uma UTI que não se sabe nem como avaliar se foi bom ou ruim. Mais depois que a gente vai chegando e vai se acostumando ... mais ou menos... não se pode dizer que se acostuma com uma UTI... acho que não. Muita gente me vendo e examinando ao mesmo tempo até me deixarem mais confortável e com o quadro de doença mais controlado, acho que é isso. Sabe né, UTI sempre deixa a gente comum friozinho na barriga, quem é que vai pra lá por vontade própria. Existe acho que posso até chamar de um pouco de medo... (risadas), acho que muito medo.

(...) a gente entra numa UTI pensando num monte de coisas, pensa como vai ficar as coisas na nossa casa, como que vai ser a vida daqui pra diante. Deixa a gente muito confuso, um monte de gente diferente cuidando da gente, um local diferente... é difícil ficar a vontade num lugar desse, não tem o conforto da nossa casa... mas depois vai tudo clareando, melhorando, assim né... a gente aprende aceitar e a viver com a doença (...)

Nas entrevistas analisadas, tendo em vista as características peculiares do setor, como comentado, mesmo existindo uma conotação negativa, os clientes avaliam que seja o local ideal para o tratamento de clientes graves e expressam sentimentos de esperança e desejo de recuperação para voltarem ao seu cotidiano.

Castro (1990) mostra também em seu estudo que os clientes internados em UTI percebem-na como um local destinado a clientes graves, o que os aproximam da possibilidade da morte. Entretanto, os recursos tecnológicos da unidade trazem segurança e crença na sua recuperação, caracterizando a internação nesse setor como uma experiência boa, devido à prontidão e a eficiência na assistência prestada pela equipe.

Podemos concluir, então, que a UTI é percebida pelo cliente de maneira paradoxal: ao mesmo tempo em que inspira segurança, pelas possibilidades de recursos terapêuticos disponível, amedronta pela estranheza do local. Cabe ressaltar ainda que não ocorreram questionamentos nem oposições acerca da necessidade da sua internação, pois relatam acreditar que esta é a única forma de restabeleceram sua saúde.

- Ficar na UTI é uma experiência difícil. O corpo cansado, a gente querendo sair da cama e não podia, não dorme direito e se a assistência for feita com carinho e foi como foi lá na UTI, fica mais fácil, a gente recupera até mais rápido. Se tivesse que falar o que precisa fazer pra a UTI ficar melhor eu não sei, não consigo pensar nada agora.

Como caracterizado na literatura, a UTI, por ser um ambiente muito específico, tende a priorizar o imediato, a doença e a necessidade vital. Segundo Nascimento e Trentini (2004), o cliente ao ser internado na UTI, rompe bruscamente o seu modo de viver, incluindo suas relações e seus papéis sociais, por estar vivenciando momentos de extrema incerteza. Mas, além disso, esse fato provoca expectativas e sentimentos diversos frente ao novo desafio e, conseqüentemente, sua segurança emocional pode estar comprometida.

Por outro lado, cabe considerar que, em face à situação inesperada, dolorosa, difícil, com o qual se depara o cliente, além do desconhecimento do mundo existente na UTI, os clientes podem não expor suas dúvidas e queixas, o que não significa que eles não as tenham.

Para Pessini (2004), o sofrimento vivido por um cliente no âmbito hospitalar, notadamente numa UTI, está além da sua dimensão física e biológica. Ele abrange um contexto maior, ou seja, se estende às dimensões psíquica, social e espiritual. A dimensão física é facilmente observada, mas às dimensões psíquica, social e espiritual do sofrimento se entrelaçam, e requer de quem cuida esforços constantes a fim de não negligenciar nenhum deles. Não é apenas a dor física que precisamos controlar, mas proporcionar uma situação harmônica, respeitando a integridade do cliente como pessoa.

Partindo dos cuidados intensivos inseridos em uma proposta humanizadora em UTI, Knobell (1999, p. 1306) traz a seguinte colaboração:

“Humanizar a UTI significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social. Esta prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um”.

Silva (1996) afirma que para se atender às necessidades psíquico-sociais do ser humano, internado, no caso em uma UTI, é necessário humanizar esse espaço, de forma que o homem seja valorizado como ser social e tenha estímulo para seu restabelecimento, com dignidade, equilibrando assim, a sua afetividade, consciência e pensamento.

Com isso, para os clientes em estudo, a UTI mostrou-se um lugar seguro e necessário para o tratamento de suas doenças, pois dispõe de recursos humanos e tecnológicos que representam a possibilidade de recuperação da vida e, com isso, o distanciamento da morte. Expressaram sentimentos de angústia e de solidão em seus discursos, mas apontaram que a atuação dos profissionais, de forma carinhosa, atenta e segura, pôde amenizar esses sentimentos oriundos da experiência de internação em uma UTI.

As atitudes dos profissionais frente aos clientes proporcionam uma aproximação com a realização de uma assistência humanizada. As diretrizes da política de humanização reconhecem que a qualificação da assistência passa pela competência técnica e relacional dos profissionais de saúde, aspecto que será aprofundado na discussão da próxima categoria temática.

Cabe ressaltar a importância da participação dos clientes na avaliação do atendimento, para que se possa fazer correções e ajustes necessários, visando melhorar o cuidado em saúde. Essa avaliação pode ser utilizada como uma das estratégias para a realização de um cuidado humanizado, pois permite uma visão do cliente de forma mais abrangente.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 2 - Os Profissionais da UTI.

Nessa categoria os clientes percebem os profissionais que atuam na UTI do INCOR como pessoas alegres, carinhosas, atenciosas e que apresentam grande disponibilidade para atender os clientes internados Acrescentam que foram muito bem recebidos pelos profissionais, sentindo-se confortáveis e seguros durante a internação. Relatam ainda que a equipe demonstra felicidade nas atividades que realizam dentro da UTI. Informa que os profissionais fazem o cliente sentir-se em casa, sendo tratados como fizessem parte da família UTI, através da realização de orientações antes de realizarem alguma intervenção e oferecendo apoio contínuo para suas necessidades. Observam que existe uma participação

conjunta das diferentes categorias profissionais nas atividades da unidade, com o objetivo de realizarem o melhor atendimento possível. Atribuem a recuperação dos clientes à capacidade dos profissionais de saúde da unidade.

Temas:

- Os Profissionais da UTI.
- Pessoal da UTI.
- Pessoal é maravilhoso...
- Tratamento recebido pelo Pessoal da UTI.
- Equipe da UTI.
- Aquelas meninas e meninos da UTI...
- Os médicos, os enfermeiros, os fisioterapeutas...
- A Equipe da UTI.
- Todos são maravilhosos...
- Meus amigos da UTI.

Nessa categoria os clientes retratam sua visão em relação à equipe profissional da unidade que esteve presente durante o período da internação dos entrevistados. Percebemos, pelas suas narrativas, o quanto os clientes internados estão atentos a todas as rotinas de trabalho na UTI. Unidades fechadas como são caracterizadas as unidades de terapia intensiva, permitem uma maior visualização de diversos espectadores devido a uma maior concentração de pessoas e atividades envolvidas em um complexo de atendimento.

- A equipe trabalha bem direitinho, são profissionais dedicados e gostam do que fazem e parecem ser felizes de trabalharem lá, ... Todos parecem trabalhar em conjunto, dividindo tarefas de acordo com sua profissão, mas na hora de ajudar ao paciente pra sair da cama vai todo mundo junto pra que seja mais fácil para o paciente e para equipe... acredito que seja isso. Isso mostra que o trabalho acontece de forma organizada e em equipe (...)

- Todos são muito alegres, fazem a gente se sentir em casa da melhor forma possível. Os profissionais passam muita segurança no que estão fazendo. É gente pra todo lado, cada um tem sua função e ao mesmo tempo todos trabalham para darem o melhor para o paciente. E esta é a segunda vez que passo pelo hospital. Lá eu até senti gente demais de roda de gente atendendo, lá não faltava gente hora nenhuma, perguntando uma coisa e outra, se precisava disso ou daquilo, eu fui muito bem atendido. Ali é muito bem tratado, muito bem olhado, ali não falta alimento, remédio, não falta nada não, é muito bem olhado. Ali eu tava segurado, senti segurança ali, porque toda hora tinha gente olhando se a gente precisasse tinha gente pra

atender na hora, nem precisava esperar chamar. O pessoal já vinha e perguntava se precisava de alguma coisa.

Os clientes avaliam o atendimento na UTI pela forma como foram tratados pelos profissionais de saúde. Em seus depoimentos, os clientes enfatizam que o cuidado vai além do atendimento ao aspecto físico do cliente, pois reconhecem a importância dos atos de afeto e atenção dispensados pelos profissionais de saúde. Com isso, eles trazem em seus discursos que o cuidado engloba ações que buscam o equilíbrio entre a técnica, o lado fisiológico propriamente dito e as dimensões subjetivas do ser que se encontra doente no momento.

A demonstração de cuidado percebida pelos clientes internados pôde encontrar vários elementos que nos revelam o conhecimento que esses profissionais possuem acerca da complexidade que envolve sua experiência, uma vez que para realizar esse cuidar, precisa manter um relacionamento interpessoal que minimize as tensões que permeiam o convívio entre o cuidador e o ser cuidado.

Os clientes também relatam a existência de uma preocupação em explicar a necessidade da realização de determinada intervenção para que ocorra uma colaboração mútua e, de certa forma, os clientes tornam-se co-participantes do seu processo do cuidado.

O cliente está em um mundo em que o saber é específico e técnico e necessita que esse saber seja usado em prol da recuperação da sua saúde, fato este relatado em alguns discursos. Para isso, submete-se aos cuidados da equipe sob forma de relação de entrega. Corrêa (1998) enfatiza que o profissional, por ser detentor do saber técnico-científico, estabelece com o cliente, objeto desse saber, uma relação de domínio impondo suas ordens, receitas, cuidados e conselhos.

Essa situação está relacionada, no contexto da UTI, à herança do modelo clínico de atendimento alicerçado na clínica anatomopatológica, havendo afastamento da dimensão psicossocial na compreensão do processo do adoecer (LIMA, 1998). Nesse sentido, o profissional pode se aproximar pouco do cliente.

Obviamente que a gravidade do cliente internado na UTI requer e exige ações rápidas e precisas, desenvolvidas por profissionais tecnicamente competentes. Contudo, cada situação pode apresentar indícios que dão pistas para um olhar mais acolhedor.

Não observamos nos seus discursos uma visão de imposição do tratamento por parte dos profissionais de saúde em relação aos clientes internados. A comunicação dos profissionais, na percepção dos clientes, tem ocorrido de forma respeitosa, com o intuito de esclarecimento sobre o lado benéfico da necessidade de determinados procedimentos técnicos pertinentes à terapêutica utilizada. Relatam, ainda, que os profissionais estabelecem um contato contínuo e próximo do cliente. Esses aspectos evidenciam que os clientes consideram que os profissionais os tratam de forma integral e se sentem respeitados em seus sentimentos e desejos dentro de um contexto terapêutico.

- Todos me explicavam como estava e que iam fazer para poder me deixar calmo e diziam que estava tudo bem. Eu fui muito bem tratado, muito bem recebido, bem medicado, o doente ali é muito bem tratado, bem cuidado, o remédio é dado na hora certa, eu não tenho nada que reclamar.

- O pessoal lá é gente boa, todos educados, cuidavam bem da gente, se a gente estivesse precisando de alguma coisa eles sempre iam, sempre estavam do lado da gente. Tratam a gente como gente, explicando tudo que tá acontecendo e o que vai acontecer. Pedem licença pra tudo que vão fazer e é toda hora gente visitando, o médico de plantão, a fisioterapeuta, a enfermeira, o cirurgião e mais um, mais um...

Outro aspecto apontado pelos clientes está relacionado com a forma de organização do trabalho na UTI. As ações realizadas são vistas como sendo feitas em conjunto e as ações da equipe multiprofissional direcionada para a recuperação do cliente.

- Eu chamava e era atendido na hora, na hora todas as vezes. Todos são muito atenciosos. O pessoal também trabalha todos junto, um ajudando o outro. Todos fazem o que gostam de fazer, acho que é isso que faz o paciente ser bem cuidado.

(...) Os médicos são ótimos. As fisioterapeutas, vou te contar, são maravilhosas. Elas falam daqui a pouco vou colocar a máscara no senhor... Elas me dão uma assistência... A enfermagem já falei que são os anjos de candura. O mais legal que como todos trabalham tão juntos, às vezes, você nem sabe quem é quem, porque todos te ajudam, te dão atenção e te dão carinho do mesmo jeito. Você levantou o braço, mexeu com o olho de um jeito diferente alguém vem te atender (...)

Silva et al (2002) citam que a multiprofissionalidade no cuidado faz parte do processo de apropriação do objeto de trabalho, centrado em práticas distintas, porém com um objetivo em comum na esfera integral de assistência nos serviços de saúde. As práticas multiprofissionalizadas são apontadas como sendo uma estratégia privilegiada de aprimoramento do cuidado e de qualidade no atendimento. Todavia, as autoras compreendem que as práticas centradas na atividade multiprofissional também possuem um componente limitante, quando se referem à própria reprodução e organização dos serviços de saúde, além das ações de cuidado centradas na atenção biomédica e fragmentária.

A partir daí, os clientes entendem que as relações estabelecidas entre as equipes profissionais são importantes meios pelos quais os conceitos de “eficiência” e “controle” sobre os cuidados prestados produzem saúde. Quando os clientes colocam que, em alguns momentos, não é possível identificar a categoria profissional de quem está prestando assistência, podemos considerar que existe um trabalho em equipe voltado para o atendimento do cliente.

Os clientes também percebem a existência e a importância das diferentes categorias profissionais para sua recuperação. Tal fato pode apontar para a existência de uma organização e uma definição adequada das atividades desenvolvidas por cada categoria profissional.

Os profissionais que atuam na UTI também são vistos como pessoas que proporcionam tranquilidade e segurança por estarem sempre presentes, ouvindo, dialogando, cuidando ou prestando esclarecimentos sobre a situação que o cliente está vivenciando. Alguns ainda deixam claro nos seus discursos um papel importante desempenhado pelos profissionais dessa unidade, através de palavras de incentivos na recuperação dos clientes, levando-os acreditar no restabelecimento da sua integridade.

Dessa forma, podemos evidenciar na fala dos clientes a importância da realização de uma assistência feita de forma integrada, articulada e coletiva entre os profissionais, que pressupõe uma lógica de trabalho em equipe, baseada na *equipe integração*, com a articulação das ações e interação entre os diferentes agentes de saúde (Peduzzi, 1998:12), ou a da interdisciplinaridade (VASCONCELOS, 2000) na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, assunto que discutiremos mais adiante durante a análise das entrevistas dos profissionais de saúde.

Trazendo a realidade vivenciada pelos entrevistados, podemos considerar que os clientes falam positivamente da comunicação e do atendimento realizado pelos profissionais da UTI. Tal fato se aproxima da existência de uma assistência humanizada, pela questão do estabelecimento do vínculo através do acolhimento, do respeito à individualidade e da confiança estabelecida nas relações. Resgatando os conceitos e diretrizes do processo de humanização, onde se destaca o respeito à individualidade do cliente, podemos dizer que tais princípios são preservados dentro da UTI em estudo e vão ao encontro da proposta de humanização da assistência dentro do Ministério da Saúde.

- Aqui no Incor achei tudo bem diferente do que já tinha ouvido falar de conhecidos meus. As pessoas são alegres, conversam com você, perguntam como você está o tempo todo, perguntam se está precisando de alguma coisa e mais outras coisas que não me lembro agora. Passei muito tempo dormindo e quando acordada sentia muita dor, foi muito difícil, mas logo eu chamava enfermeiros e médicos e todos estavam ali do meu lado, dando todo apoio. Eu também sou muito nervosa e recebi grande ajuda dos profissionais e conforto. Olha, eu só tenho coisas boas para falar deles aqui. Eu fui muito bem recebida, muito bem acolhida por todos, eles sempre estavam ali do meu lado. Me dando remédio e me dando palavras de carinho. Eles trabalham todos juntos, achei muito bom isso, um se preocupa em ajudar o outro para ajudar ainda melhor o paciente. Parece que todos gostam muito do que fazem e da UTI.

Campos (2003) enfoca que há uma redução em considerar que hospitais existem para tratar do corpo biológico, pois, mesmo que procedimentos curativos sejam realizados sobre o corpo biológico, esses sempre mantêm sua condição social de espaços e trocas intersubjetivas.

Dentro desse contexto, percebemos que o cuidar realizado pelos profissionais foi percebido pelos clientes de modo amplo e peculiar. A técnica foi considerada importante, da mesma forma que a abrangência da atenção dispensada pelos profissionais. Conforme Waldow (2004), o cuidado possui uma dimensão muito maior, capaz de transcender a técnica, especialmente porque ele engloba outras dimensões, como a família, as necessidades psicoemocionais, a comunidade, as relações interpessoais e interprofissionais, o afeto, a escuta, a política/filosofia institucional, entre outras. Segundo a autora, o cuidado

está relacionado à dimensão ontológica e epistemológica do ser humano, sendo um processo que determina as ações, o verdadeiro “estar no mundo”, faz parte de nós como seres humanos que nos relacionamos, enfrentamos dificuldades, conhecemos o mundo, a nós mesmos, nossas possibilidades, necessidades e limitações. O ato de cuidar aparece com um significado para o ser humano, que pode classificar o cuidado de acordo com a sua maneira de viver.

(...) A gente fica inchado também. Tem dificuldade de se mexer sozinho e aquele monte de fios pendurados na gente. Sei que precisa de tudo isso, mas é chato. E todos os profissionais me ajudavam muito pra tirar as coisas que me incomodavam e pra que eu possa descansar mais. O tratamento é muito bom. O que ajudou muito foram os profissionais que procuram tratar a gente com atenção e é bastante carinhoso, dá muita atenção pra gente, apesar que eu não gosto muito de conversar até porque estava agoniado pra dormir de verdade e estava doído pra sair de alta (...)

Dessa forma é possível perceber que as ações de cuidado são mais do que meramente um encontro ou uma relação entre atores/sujeitos sociais, ou, ainda, execução de uma técnica ou procedimento. Eles são também uma forma de expressão cultural, pois ele pode variar de acordo com as crenças e práticas sócio-culturais em que as pessoas foram socializadas e educadas.

É importante ressaltar a ansiedade em relação à alta da unidade exposta pelos clientes. Tal fato não está relacionado à insatisfação pelo tratamento recebido, pois não foi demonstrado em nenhuma das narrativas. O que podemos verificar é que, apesar de todo carinho e atenção dispensada pela equipe, a alta da unidade representa a recuperação da saúde e um resgate da sua identidade.

Dentro da totalidade da categoria em questão, os clientes reconhecem nos profissionais uma relação humanizadora através do acolhimento e da qualidade do cuidado proporcionada aos clientes. Podemos verificar também, através das falas dos clientes, que não se percebe uma intencionalidade por parte dos profissionais de saúde em impedir a participação mais ativa dos seus clientes no processo de internação. Porém, em relação ao não estabelecimento de nenhuma crítica que possa questionar a atuação dos profissionais e/ou da Instituição, pode-se ter, por outro lado, a passividade frente ao fato do acesso obtido ao atendimento em uma UTI e a submissão a prática dos profissionais de saúde, o que

suscita a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre as relações de poderes instituídas para avaliar os aspectos positivos da construção de um relacionamento entre profissionais e clientes de forma mais democrática.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 3 - O ambiente físico da UTI

Nesta categoria, os clientes descreveram situações e sentimentos vivenciados durante sua permanência na UTI, relacionadas ao ambiente físico da UTI. Eles referiram, principalmente, à fadiga, ao desconforto físico provocado pelos artefatos utilizados e ao barulho existente na terapia intensiva. Eles relatam que o barulho faz parte do trabalho da UTI, que surge através dos monitores, bombas apitando e, acrescentam que acabam acostumando com esses barulhos. Porém, destacam que com menos barulho seria mais fácil o descanso dos clientes. Informam também que durante o dia tem muita gente trabalhando, aumentando ainda mais o barulho. Outro fator mencionado são as luzes, que também atrapalham dormir, pois ficam acesas durante a noite.

Temas:

- Existe barulho sim...
- ... as bombas apitando...
- barulho existe.
- As luzes e o barulho.
- São muitos aparelhos que fazem barulho.
- São sons de todos os tipos na UTI...
- Máquinas e pessoas falando...
- A luz fica acesa todo tempo...

Nessa categoria, os clientes apontam para particularidades inerentes ao ambiente físico da UTI e, de modo geral, consideram os ruídos, a iluminação e a estrutura física em si, como algo necessário dentro de uma unidade de terapia intensiva. Entretanto, eles não descartam as possíveis interferências que esse ambiente pode vir a causar na recuperação do cliente internado.

Os clientes entendem que fatores como barulhos, movimentação excessiva, excesso de luminosidade, entre outros, são considerados incômodos. Desta forma, esses fatores podem prejudicar o cuidado prestado.

- Acho que o barulho faz parte do trabalho da UTI, consegui dormir bastante, não sei se por cansaço ou por remédio. Acho também que o paciente acaba acostumando com estes barulhos. Se desse pra ter menos

barulho é claro que seria mais fácil pra dormir, mas a cortesia de todos os profissionais acaba fazendo do barulho um problema muito pequeno.

Na UTI estudada observou-se a existência inadequada de ruídos das máquinas e da própria equipe trazidos pela dinâmica da unidade. Os clientes consideram, como colocado anteriormente, tais fatores como “naturais” para um ambiente de UTI.

- Existe barulho sim, mas acho que é porque tem muitas pessoas e muitas máquinas que fazem barulho e quando junta tudo, vira um barulhão. Mas não me atrapalhou para dormir, pois acho que tomei remédio para isso e os remédios que tiravam a minha dor também me faziam dormir e relaxar.

As características físicas e estruturais diferenciam a UTI das unidades de internação comuns, por possuírem aparelhos sofisticados, rotinas diferenciadas e profissionais capacitados para a execução de técnicas para a recuperação e manutenção da vida. A planta física desses serviços, geralmente separando os leitos por divisórias, tem por finalidade a supervisão contínua e individual, na tentativa de oferecer melhores condições de atendimento ao cliente.

A luminosidade artificial, também constante, é vista como algo estressante que deveria ser amenizado. Associam a presença da luz como uma forma interminável do período diurno e, com isso, como se não existisse um momento para dormirem.

- Outra coisa é que na UTI as luzes atrapalham, se tivesse como individualizar a iluminação para facilitar o sono seria melhor. Durante a noite elas ficam acesas, não todas, mas quase todas, sei que se precisa preparar medicações, ajeitar os pacientes que estão lá... Eu não consigo dormir com luz no rosto. O barulho existe... sabe como é... gente falando, os aparelhos e tudo mais, às vezes alguém passando mal... mas não é tão ruim, dá para acostumar.

Quando alguém entra em um Hospital, o primeiro impacto é do ambiente físico, seguido, como no caso da UTI, da total falta de intimidade e da transformação de sua vida privada em pública, permanentemente acessível aos profissionais. A equipe do hospital assume todo o controle dos meios, recursos e mobilidade dos clientes, incluindo recursos físicos e de informação. Esta hospitalização pode causar vários estressores, como o físico.

O estressor físico é constituído pelas percepções físicas como ruídos, odores e luminosidade, podendo causar emoções negativas na maioria dos clientes (RODRIGUEZ-MARIN, 1995).

O estranho maquinário, as constantes privações, interrupções de sono, superestimulação sensorial, sede, dores, abstinência de alimentos comuns, alimentação endovenosa ou nasoenteral, respiração por ventiladores, monitorização cardíaca e as suas sinalizações, os cateteres, procedimentos invasivos, a imobilização do cliente e ainda a superlotação de equipamentos no local, provocam situações que propiciam a alterações psicopatológicas para o cliente, sua família e para a equipe de saúde (GUIRARDELLO ET AL, 1999).

Apesar de ter sido relatado de forma justificada, a interferência do ambiente físico na recuperação do cliente não deixou de ser apontada como um fator estressante durante o período de internação. Acreditamos que a atenção dispensada pelos profissionais, tão enfatizada pelos clientes, tenha amenizado tais ocorrências.

As tecnologias também são colocadas como algo extremamente importante e necessário, mas que acabam interferindo no sono e repouso dos clientes. A presença de equipamentos estranhos, conexões e alarmes também contribuem para o estresse físico e emocional dos clientes internados.

No sentido de melhorar a qualidade do atendimento prestado aos clientes internados na UTI, é fundamental que os estressores apontados sejam avaliados e rediscutidos. Os níveis de ruído de UTI, na avaliação dos clientes, encontram-se elevados em decorrência dos inúmeros alarmes e equipamentos, além da conversação da própria equipe hospitalar.

Para Brunner et al (1993), o estresse é o estado produzido por uma alteração do meio ambiente, a qual é notada como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o equilíbrio do corpo.

O estresse pode ser ocasionado por fatores ambientais (ruídos, iluminação, ventilação, entre outros), fatores organizacionais, contato constante com a morte, entre outros (GOMES, 1988).

Para bem atender o cliente é importante que se consiga um ambiente adequado assim como o controle sobre os fatores que intervenham numa assistência com qualidade. É indispensável que se estabeleçam condições propícias e necessárias para o cliente e

profissional de saúde. O bom desempenho dos profissionais de saúde se reflete numa assistência com qualidade, diminuindo, assim, as percepções desagradáveis do cliente em relação ao ambiente e ao tratamento.

Diante disso, esse ambiente, que deveria ser silencioso e tranquilo, torna-se ruidoso, transformando-se em grande fator de estresse e podendo gerar distúrbios fisiológicos e psicológicos tanto nos clientes como nos profissionais da UTI. No decorrer deste estudo, analisaremos o impacto desse ambiente sob a óptica dos profissionais de saúde, durante a análise da categoria espaço físico.

Exposição a um ambiente com grande sobrecarga de estímulos sensitivos, dolorosos, ruídos, e privação do sono pode exigir o uso de fármacos para controlar a ansiedade e inquietude dos clientes, facilitando o sono e o repouso. O adequado manuseio da sedação e analgesia na UTI também deve ser objetivado, visto que dor e ansiedade são estressores importantes neste meio.

Com isso, o aspecto humanizador em uma UTI adquiriu outras performances: o aspecto físico também precisa ser observado e a planta física ideal de uma UTI será “a que puder realizar a observação individual dos clientes, proporcionar ambiente agradável com boa iluminação e aeração, livre de ruídos, apresentar um espaço suficiente para locomoção da equipe e proporcionar meios de intercomunicação” (ROCHENBACH, 1985, p. 49-54).

Atualmente tem-se dado muita ênfase na necessidade de humanizar o ambiente da UTI. Um programa de humanização hospitalar supõe estabelecer um ambiente e cuidado humano e uma cultura de respeito e valorização não da doença, mas do ser humano que adoecer, contemplando uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto (BACKES E LUNARDI, 2006).

*- Quando vi aqueles fios todos, os monitores, as bombas apitando... -
Eu me senti tipo um internauta..., eu senti que eu estava em outro mundo
mesmo.*

*- Existem muitos fios, muitos barulhos que acham que são
necessários. É muita gente e muito aparelho, isso também atrapalha o
paciente para descansar. Devia existir modos de diminuir o barulho.*

O uso de tecnologias avançadas, sem dúvida, contribui para a obtenção de uma assistência com qualidade. Em relação às tecnologias necessárias, é um grande desafio para o processo de humanização a utilização de meios que diminuam o impacto causado por elas sem que ocorra prejuízo no tratamento do cliente. Dentro de uma UTI, é imprescindível o uso de tecnologias para auxiliarem no tratamento e recuperação do cliente internado, mas estratégias devem ser criadas para que sejam utilizadas em prol da humanização da assistência.

O importante é que ocorra a identificação desses estressores que emergiram das entrevistas, para que se possa implementar estratégias para a humanização do ambiente. Dessa forma, humanização da assistência e a tecnologia poderão coexistir contribuindo para que todos possam receber uma assistência com qualidade.

Não podemos esquecer que o cliente hospitalizado sofre um processo de “separação do mundo”, em que ocorrem mudanças significativas nos hábitos de higiene, alimentação, de eliminação, de sono e repouso, entre outros. Logo, é de extrema importância para efetivação de uma ambiente humanizador, que todos os fatores que influenciam esse processo separador sejam amenizados e, se possível, eliminados (CASTRO, 1990).

As rotinas de horários das medicações também são apontadas como um fator que interfere no repouso do cliente. Devemos lembrar que o perfil dos clientes internados em uma unidade de terapia intensiva vem se alterando nos últimos anos, como também o processo de evolução da doença. Com isso, encontramos nas UTIs clientes acordados, com preservação do seu estado de consciência, o que permitirá uma interação maior com as atividades da unidade e com os profissionais de saúde, como pudemos observar na unidade em estudo.

A UTI que foi criada para clientes sem perspectivas terapêuticas hoje está cada vez mais direcionada para a recuperação do cliente. Devemos lembrar, ainda, que a UTI em estudo está destinada para clientes com doenças cardiovasculares. Logo, apesar da gravidade da doença, muitos clientes apresentam sua capacidade de entendimento preservada e, conseqüentemente, apresentam maior entendimento de suas necessidades e prioridades.

- Às 3 horas da manhã, tem injeção, aí às 5 horas tem injeção de novo, aí não dava para dormir mesmo. Sei que estamos na UTI pra tratar mas os remédios da madrugada podiam não existir. Quando você pega no sono já era, lá vem um te cutucar para tomar remédio. Eles tentam fazer bem de mansinho, mas não adianta porque tem que mexer com a gente. O barulho também atrapalha, no período da noite diminui, mas ainda existe

Assim, o ambiente exerce forte influência sobre os indivíduos e pode estimular ou inibir a interação entre os envolvidos. Engloba não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também “as pessoas que interagem nesse contexto, a sua cultura, o imobiliário, o arejamento, a temperatura, os ruídos e as condições de espaço” (STEFANELLI, 2005, p.37).

O Ministério da Saúde traz dentro do conceito de ambiência três eixos que devem estar sempre juntos para sua composição, já citados no marco teórico. O primeiro eixo está diretamente relacionado com a categoria em estudo. Este eixo refere-se ao espaço que visa a *confortabilidade* focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia -, e garantindo conforto aos profissionais e aos clientes. Os outros dois eixos tratam da produção de subjetividades e do espaço usado para favorecer o processo de trabalho.

Nesse sentido, é importante considerar todos os fatores que possam interferir nessas ambiências, respeitando a privacidade e a autonomia dos clientes da UTI e, ao mesmo tempo, construindo ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam na promoção do bem-estar, desfazendo o “mito” dos espaços das UTIs serem frios e hostis.

O ambiente da UTI pode se tornar um local mais agradável de convivência para amenizar a dor e o sofrimento, estabelecendo-se um plano terapêutico de humanização do ambiente e acolhimento do cliente.

Com isso, podemos verificar que a UTI em estudo precisa trabalhar melhor os conceitos de um ambiente humanizador. Através dos discursos, percebemos claramente a existência de fatores que podem ser amenizados e até mesmo eliminados por meio da ação dos próprios profissionais envolvidos nesse contexto. Cabe aos profissionais de saúde dessa unidade adotar uma postura de construção de um ambiente que promova o conforto, o repouso e a integração do cliente internado.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 4 - Necessidades Básicas

Essa categoria representada pelos clientes internados está relacionada às necessidades básicas, tais como higiene corporal, higiene íntima, eliminações urinárias e eliminações intestinais. Os entrevistados caracterizam como é complicado ser exposto fisicamente na hora das evacuações e da diurese. Sentem dificuldade de exibirem sua intimidade no momento da realização da higiene. Falam o quanto é difícil depender de alguém para realizar o atendimento das diversas necessidades, principalmente as necessidades fisiológicas. Mesmo diante do constrangimento e desconforto frente a essas situações, os clientes ressaltam que os profissionais de saúde estão bem preparados e acostumados com tais situações.

Temas:

- ... quando você tem que mostrar suas partes íntimas...
- ... precisa de ajuda pra tudo...
- ... parte chata das nossas necessidades...
- ruim é que tinha que ser trocado...
- Não tinha como ir ao banheiro...
- Minhas necessidades fisiológicas...
- Necessidades fisiológicas.
- Na hora de tomar banho...
- Não tinha como fazer minha higiene.
- Tive dificuldade de me expor.
- O profissional de saúde está preparado para essas situações.

Dentro desta categoria, as necessidades básicas, como higiene e necessidades fisiológicas, ressaltadas pelos clientes internados vão de encontro ao respeito à intimidade e individualidade de cada cliente na UTI. Esta categoria emergiu em todas as entrevistas, caracterizando uma grande preocupação dos entrevistados quanto à sua exposição corporal. Os clientes revelam o constrangimento de ter que expor o corpo durante a higiene íntima, ainda que pelo profissional de saúde, a situação é sentida como algo invasivo à sua privacidade.

- Até nas horas mais chatas, como quando queremos ter nossas necessidades fisiológicas, é assim que se fala, né? Não tinha jeito. Precisava muito da ajuda da enfermagem e como é ruim quando você tem que mostrar suas partes íntimas para higiene. Sei que eles estão acostumados, mas é uma hora chata e difícil. E como eu nunca tinha passado por isso, foi uma experiência não muito interessante. Mas eles nunca me deixavam suja,

sempre limpavam e cobriam tudo direitinho. Percebi que faziam de tudo para não me deixar com vergonha e que achasse tudo muito normal.

Essa exposição do corpo e a dependência de outrem para atendimento das necessidades fisiológicas referidas pelos clientes podem provocar desconforto e constrangimento tanto para o cliente quanto para o profissional de saúde, apesar de não ter sido relatado algo especificando tal ocorrência.

A invasão do espaço territorial dos indivíduos, por exemplo, do seu lar, seu trabalho, seus pertences, é comum no cotidiano da vida, percebendo-se que as pessoas aprendem a lidar com isto. Entretanto, no âmbito hospitalar, os clientes se deparam com situações que implicam na exposição e manipulação do corpo, na descrição de dados pessoais, hábitos e costumes individuais, entre outras, nas quais a invasão dessa intimidade e da sua individualidade é inevitável.

Percebemos, pelas narrativas dos clientes, que a equipe de saúde procura proporcionar, estimular e favorecer o auto-cuidado referente à higiene corporal e às eliminações. Todavia, em se tratando de UTI, a dificuldade do cliente para o auto-cuidado é inerente a quase todos os fatores que afetam sua saúde. A impossibilidade de ir ao banheiro é freqüente, efetivando-se os cuidados higiênicos e de eliminação no próprio leito, uma vez que geralmente apresentam comprometimento das atividades normais, passando seu atendimento a depender dos profissionais.

- E falando da parte chata das nossas necessidades fisiológicas também foi muito tranquilo, a gente consegue ficar à vontade. Os profissionais não deixam a gente nem um pouco sem jeito, fazem tudo de forma muito normal e aí a gente também nem liga pra o que tá acontecendo. Eu fiz na comadre uma vez porque eu não podia sair da cama. Mas aquilo é horrível. Eu tava usando um medicamento que eu não podia ir no banheiro. No terceiro dia eu já fui ao banheiro. Usar o papagaio para urinar era normal, normal... Agora ô cumadre!!!

Nas narrativas são colocadas que, na medida do possível, o espaço pessoal de cada cliente foi respeitado e também a privacidade nos procedimentos realizados, configurando num atendimento mais humano.

No entanto, é importante ressaltar que todos os eventos relacionados com a categoria em questão receberam atribuições positivas, indicando que, mesmo envolvendo a exposição corporal parcial ou total do cliente durante a realização dos cuidados, o atendimento da equipe da UTI foi considerado adequado para os clientes. Por ser um procedimento rotineiro no exercício profissional, a sua complexidade, em se tratando do pudor corporal, às vezes é esquecida na prática, podendo transformar-se em uma tarefa meramente mecanizada. Mas tais atitudes não foram relatadas pelos entrevistados. Mesmo assim, cabe aos profissionais de saúde refletir sobre essa categoria na organização do trabalho em UTI, bem como sobre os aspectos ético-legais relacionados à privacidade, tendo em vista que nestes serviços o cliente geralmente permanece despido, coberto somente por lençol, devido à característica da assistência, voltado ao atendimento de indivíduos em estado grave.

Leino-Kilpi et al (2001) empreenderam uma revisão de literatura buscando o conceito de privacidade no contexto da saúde e constataram serem raros os estudos sobre esse tema voltados para a prática do cuidado, percebendo que não é fácil sua definição. Os autores acrescentam não haver uma definição universal, concluindo que o conceito de privacidade é muito complexo e implica diferentes perspectivas e dimensões.

A condição de nudez para os clientes nas UTIs vem sendo justificada pela necessidade de manipulação do corpo e manuseio dos aparelhos e equipamentos, principalmente em situações de emergência, como também para favorecer o acompanhamento constante da evolução do quadro clínico (SILVEIRA, 1997).

No âmbito da terapia intensiva, o cuidado contínuo e rigoroso direcionado ao cliente, a tecnologia instalada e o ritmo de trabalho acelerado podem ocasionar uma exposição corporal freqüente dos clientes internados. Os clientes não relatam em seus discursos alguma atitude intencional da equipe em relação à exposição, mas como algo inevitável e necessário. Percebemos, então, a necessidade de uma maior atenção em relação ao contexto apresentado para que se possam minimizar os fatos que podem se transformar em mais uma fonte de estresse para os clientes.

Na UTI, a equipe direciona sua atenção para as situações de crise, sendo quase impossível controlar todas as que expõem os clientes às condições consideradas desumanas,

como exposição corporal, dor, desconforto, ansiedade, receio do desconhecido e dos aparelhos, além do medo de morrer (PEIXOTO, 1996).

Nas narrativas dos clientes podemos perceber que os profissionais da unidade apresentam grande preocupação em evitar constrangimentos gerados por uma exposição corporal. Isso não significa que não ocorram situações de desconforto que possam até mesmo afetar a relação profissional e cliente. Além disso, os clientes apontam tais situações como dificuldades apresentadas durante o processo de internação.

- Tomar banho, se é que se pode chamar aquilo de banho, acho que é o famoso banho de gato que se dizem por aí. Hoje acho tudo muito engraçado, mas na hora não era muito bom. Se bem que dá um alívio tão grande quando a gente toma o tal banho de gato e como a gente se sente mais recuperado. E como já disse o pessoal deixa a gente à vontade, conversa coisas pra deixarem a gente bem distraído e nem perceber o que está acontecendo que a vergonha é esquecida. Além do mais, o profissional de saúde está bem preparado e acostumado com estas situações.

- Não tinha como ir para o banheiro e eu travei o intestino. Pensava como seria pra conseguir fazer minhas necessidades sem ninguém ver. Sabia que não era possível. Acho que isso me deixou mais doido para ir embora e sem paciência.

Percebe-se também que grande parte dos clientes entende a necessidade de expor o corpo para a realização da assistência, aceitam e colaboram. Entretanto, isto não é fator condicionante para uma diminuição da sensação desagradável ante a exposição de sua intimidade.

Dugas (1988) enfatiza ser fundamental investigar os hábitos de eliminação vesical e intestinal do cliente, a fim de investigar anormalidades, procurando relacionar as alterações com os possíveis fatores que possam interferir no padrão de normalidade. Entre tais fatores podem-se citar os emocionais, os nutricionais, os patológicos e alguns medicamentos.

Os clientes internados em UTI estão sujeitos à influência de mais de um deles, o que pode causar alterações no padrão normal de eliminação. Além disto, a indicação de repouso no leito limita as atividades físicas, impossibilitando a ida ao banheiro e interferindo também no peristaltismo intestinal.

O cuidar em enfermagem para Figueiredo e Machado (1996), identifica-se e caracteriza-se pelo conjunto de conhecimentos e habilidades técnicas, decorrentes da prática profissional. Os autores consideram o cuidado humano a essência fundamental dessa profissão e enfatizam que as atividades de cuidar não devem se confundir com as rotinas e tarefas mecânicas, por serem desfavorecidas pela objetividade e pela racionalidade, ou seja, carentes de subjetividade e humanização.

Proteger a intimidade dos clientes na UTI deve ser sempre uma preocupação demonstrada pela equipe de saúde, uma vez que a planta física desses ambientes e a distribuição dos leitos geralmente comprometem a manutenção da privacidade. Além disso, o espaço pessoal e o corpo do cliente são violados constantemente pelos profissionais, lembrando-se que a manipulação e a exposição corporal são inerentes a diversas atividades do cuidar. Pois, segundo Figueiredo (1999), não há como admitir distância entre o corpo que cuida e o corpo que recebe os cuidados.

É reconhecível que a manutenção da privacidade do cliente é um desafio para a equipe, pela especificidade da assistência e característica física das UTIs. Para tanto, destacamos que é preciso visualizar o cliente considerando a estrutura que o compõe, abrangendo os valores culturais, históricos e sociais, somados aos aspectos emocionais que permeiam o indivíduo hospitalizado

Entretanto, observamos através das falas dos clientes internados que, à medida que os cuidados foram efetuados e pela forma como a assistência prestada foi conduzida, reações de constrangimento foram amenizadas, sugerindo que a equipe contornou com eficiência os conflitos oriundos da exposição corporal.

A maioria dos autores que abordam aspectos relacionados à humanização na UTI aponta a persistência do entendimento comum relacionada às características da assistência. Comentam que a prioridade dessa assistência está na manutenção da vida e recuperação da saúde, pouco se valorizando o respeito à individualidade e à privacidade dos clientes, principalmente quando inconscientes. Na UTI em estudo não foi muito diferente, apesar dos discursos indicarem a existência de uma assistência diferenciada, voltada para uma preocupação com o cliente de forma mais abrangente. Porém, durante o período de observação não-participativa pude constatar que essa realidade relatada nos discursos não é uma constante, quando relacionada aos cuidados prestados aos clientes inconscientes.

Percebe-se, através dos discursos apresentados, que os profissionais de saúde estavam atentos à necessidade de preservação da intimidade, priorizando a proteção corporal e os sentimentos dos clientes, respeitando e procurando manter sua privacidade. Logo, podemos dizer que os profissionais de saúde direcionaram o cuidado prestado de forma individualizada, voltado para as necessidades de cada cliente, demonstrando a preocupação e o esforço dos profissionais em proteger e manter a privacidade dos clientes, revelando a importância conferida por eles a este aspecto que permeia o cuidado intensivo. Porém, durante a realização dos cuidados com clientes em estado de inconsciência, a atenção dos profissionais está direcionada para a estabilidade hemodinâmica durante a manipulação, fazendo com que não ocorra a preocupação com a exposição corporal do cliente. Assim, é necessário que os profissionais de saúde planejem suas atividades de cuidado, preservando a intimidade como um todo, indiferentemente do estado de consciência dos clientes internados.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 5 - A Família e os Amigos

Essa categoria é caracterizada pelos clientes sobre a importância da presença e participação da família durante o período de internação na UTI. Os entrevistados apontam o quanto o horário de visitas é um momento feliz. Relatam que na UTI do INCOR existem muitos horários de visita e flexibilidade para que todos os amigos e familiares possam visitá-los. Acrescentam também que os médicos e enfermeiros esclarecem todas as dúvidas dos familiares e amigos, fornecendo todas as informações acerca do quadro de evolução da doença. Os discursos também destacam o quanto é ruim ficar longe da família e dos amigos, apesar de toda a assistência recebida.

Temas:

- A Família e os Amigos são muito importantes...
- Família foi ótima participação...
- Minha família sempre foi me visitar.
- A Família é muito importante.
- Meus Familiares e Amigos foram me visitar...
- Senti falta da minha família.
- Meus amigos e familiares...
- Todos puderam me visitar.
- Família é tudo.
- Tive apoio da família e amigos...

Essa categoria está caracterizada pela ruptura com o cotidiano familiar vivenciada pelos clientes internados na UTI, emergindo nos depoimentos de todos os entrevistados. Considerando que as admissões em UTI raramente são planejadas, é difícil para qualquer cliente lidar com essa distância “obrigatória” de seus familiares e amigos. Como a internação em UTI é algo imposto para o cliente e sua família, sentido com impacto, a familiaridade a essa nova realidade ocorre de forma lenta e gradativa.

- A família e os amigos são muito importantes pra mim. Precisava muito do carinho de todos e que eles pelo menos pudessem olhar pra mim e apertar minha mão. Ajuda a gente ter vontade de ficar boa mais rápido pra poder ir pra casa e finalmente descansar. Eles sempre vinham nos horários corretos, nunca foram barrados por ninguém. Tem dois horários de visita, né? Acho que é bom, pois o tempo da visita é longo, a gente pode aproveitar mais a família e amigos. Minha família também sabia de tudo que estava acontecendo comigo e ficavam com o coração mais sossegado, acho. Ah! Durante a visita, os médicos e enfermeiros também acompanham para tirarem dúvidas de todos, explicar sobre os fios, remédios, tratamentos e outras coisas.

- É ruim ficar longe da família e dos amigos e da sua casa, mas precisei para poder ficar bom e os profissionais me ajudaram muito para que eu não ficasse triste.

O contato significativo com a família pode ser um recurso que aproxima o profissional do cliente, no que tange à sua dimensão vivida, incorporando aos cuidados outros elementos que ultrapassem a visão estritamente biológica. A família e os amigos trazem uma demanda vivencial que revela o homem em sua humanidade, o que, apesar de se chocar com a perspectiva técnica racional, pode despertar o profissional para a faceta humana de sua prática.

Durante a realização do diário de campo pude presenciar essa situação ao perceber que, a cada dia, o nível de ansiedade era reduzido, ficando mais confortável vivenciar a internação à medida que ia se aproximando desse novo cotidiano. Pois, durante os horários de visitas, familiares e amigos ajudavam os clientes internados a acreditarem na necessidade do tratamento em uma UTI e a terem esperanças de uma breve recuperação.

Outro fato é a aceitação da interferência significativa da equipe de saúde nas relações entre familiar e cliente. Apesar de temer o desconhecido, permite que seu familiar

seja entregue àqueles que detêm o saber específico: a equipe de saúde (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002).

Santos (1998) lembra que a família deseja compartilhar com a equipe a possibilidade de acompanhar, envolvendo-se na recuperação da pessoa internada. Logo, o fato da equipe profissional disponibilizar horários alternativos de visitas e esclarecimentos contínuos sobre o quadro clínico dos seus familiares internados, como relatado nas entrevistas, faz com que um diferencial humanizador faça parte do cotidiano da UTI em estudo.

- Família foi ótima a participação. É um lugar que a família deve ser restrita a visita, mas dão esta oportunidade para eles e para os amigos também. Achei ótimo o tratamento que eu tive. Está muito bom. Meus familiares estavam sempre bem informados de tudo que estava acontecendo comigo, há bastante horário de visitas, permitindo que muitos possam visitar a gente. Isso facilitou a minha recuperação, pois é sempre muito bom ver alguém que você ama por perto. Dá pra ver que as pessoas que trabalham aqui sabe que é importante pro paciente se recuperar que a família e os amigos fique perto quando podem sem atrapalhar o trabalho dos profissionais. A gente sabe que na UTI tem muito serviço difícil, muita correria e que é pro bem do paciente, pro paciente saí recuperado e poder ficar perto das pessoas que ele ama.

- Todos entraram direitinho, todos que estavam em Brasília, porque eu não sou daqui. Os profissionais sempre davam notícias de como estava indo meu quadro pra deixar minha família tranqüila, ainda mais, como falei, que a maioria não são daqui. Não tive muita visita por causa disso. A assistente social ajudou a minha família para ficar em Brasília para poder me ver. Isso me deixou feliz porque mesmo com todos tratando a gente bem, a família da gente faz muita falta.

O termo UTI continua sendo sinônimo de gravidade e morte. As pessoas ficam sensíveis e acabam gerando estigmas em relação à internação. A presença de um doente internado na UTI pode causar prejuízos dentro de um núcleo familiar, por isso, reforçamos que o processo de humanização deve abranger clientes, equipe de saúde e familiares.

Nesse sentido, a família pode e deve colaborar com a equipe da UTI, ela atua como um recurso através do qual o cliente pode recuperar ou mesmo adquirir confiança no tratamento e aceitar melhor os cuidados. Assim, estratégias devem ser elaboradas,

focalizando a família como o suporte para o equilíbrio e melhora do cliente (LEMOS, 2002).

A família é a referência para a pessoa no que tange ao apoio afetivo, psicológico, valores humanos e éticos, além de outras ferramentas necessárias para seu pleno desenvolvimento físico e mental. Os eventos do cotidiano são fatores que exercem forte influência na manutenção do equilíbrio familiar. Por isso, no momento em que um dos seus membros vivencia algum evento adverso, alheio às suas experiências, pode ocasionar-se um desequilíbrio na família como um todo (OLIVEIRA, 1998).

Compreendendo a família como sendo uma rede de relações inerentes ao ser humano, de alguma forma fazemos ou fizemos parte dela, construímos nossa trajetória de vida muitas vezes junto a ela, em quase todos os momentos de nosso processo de viver. Mesmo que na UTI exista um maior contato dos profissionais com os clientes, é importante salientar a família como uma unidade a ser considerada no plano terapêutico, em se tratando de uma perspectiva humanizadora de atenção à saúde.

Portanto, humanizar a família e o cliente significa oferecer um cuidado holístico a ambos, considerando suas crenças, valores, individualidade e personalidade. Cada cliente é um ser único, porém envolvido em um contexto familiar, e juntamente com sua família, possui uma história de vida que deve ser respeitada para que se possa manter a dignidade desse grupo durante a internação.

- Durante as visitas, meus familiares e amigos foram me visitar e foi muito importante esta visita, sempre ajuda na recuperação. É bom vê cara conhecida, aumenta a vontade de sair logo da UTI, de ficar bom logo. A família da gente sempre dá muito apoio pra gente se recuperar logo, sabe como é (...)

É fato que a UTI apresenta características totalmente diferentes de outras unidades. É um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto do doente e familiar como dos profissionais que ali desempenham suas atividades. A internação na UTI rompe bruscamente com o modo de viver do cliente e de seus familiares. O cliente sente-se impedido de manter sua identidade, seus valores, sua autonomia, levando-o à incapacidade de tomar decisões e de se auto-cuidar, aumentando ainda mais a necessidade do seu ambiente familiar.

Logo, é necessário que o profissional tenha essa percepção acerca das necessidades de clientes e familiares. E para que isso aconteça, o diálogo entre os profissionais de saúde, cliente e familiares devem favorecer um relacionamento de confiança para a obtenção de bons resultados para assistência com qualidade. Isto remete a um significado de humanização da assistência, com interação entre clientes, familiares e cuidadores.

Assim, não basta que a família seja esclarecida de toda a situação do cliente internado, mas é preciso que essa família seja convidada para participar diretamente da dinâmica de tratamento.

Dentro da UTI em estudo, verificamos a existência de um diálogo esclarecedor sobre o estado clínico dos clientes e, ainda, uma flexibilidade no horário de visitas. Porém, não identificamos na observação realizada, fatores que evidenciam uma participação ativa dos familiares na assistência prestada. Os horários de visitas são realizados de forma rápida e objetiva. A equipe profissional limita-se em esclarecer como está a evolução do quadro clínico do cliente internado, não havendo a preocupação em conhecer o contexto familiar e às necessidades sentidas pelos familiares, não existindo aberturas para isso. Procura, ainda, deixar os familiares mais sozinhos com os clientes, evitando maiores interações e estabelecimento de vínculos entre família, cliente e profissional de saúde. Pudemos perceber que, no momento de visita, os profissionais de saúde aproveitam para organizarem a unidade, realizarem as anotações nos prontuários e livros de registro da unidade, ou ainda, se ausentarem para alguma outra atividade. Tal fato remete a uma necessidade de uma avaliação melhor da assistência oferecida aos familiares, considerando suas perspectivas e culturas, minimizando as situações de estresse perante a internação na UTI.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 6 - Qualidade da assistência.

Os clientes entrevistados definem a qualidade da assistência como o carinho recebido pelos profissionais da UTI, como a sensação de segurança no atendimento prestado e, ainda, pela preocupação demonstrada pela equipe de saúde com a recuperação do cliente. Relatam que os profissionais fazem tudo para dar um atendimento com qualidade. Acrescentam que, para a assistência prestada ter qualidade, é preciso ter boas aparelhagens e profissionais capacitados. Além disso, esses profissionais precisam ter muito carisma pelo cliente. Colocam que qualidade é algo que precisa existir e tem que estar relacionada com atitudes que deixem o cliente e sua família felizes e satisfeitos. Concluem que, para ter qualidade na UTI o cliente tem que ter tudo que precisar.

Temas:

- Qualidade da Assistência.
- Assistência de Qualidade.
- ... que tem qualidade.
- Qualidade tem que ser coisas boas...
- ... para ter qualidade tem que ter de tudo que o paciente precisar.
- Qualidade é tudo que tive...
- Aqui tem qualidade.
- Qualidade é ser bem cuidado ...
- Fui tratado com qualidade...

A categoria qualidade da assistência foi caracterizada neste estudo nos aspectos da competência e qualidade técnica da equipe profissional, da alta resolutividade do serviço prestado, da qualidade e quantidade de equipamentos existentes e, principalmente pelo tratamento “carismático” prestado pelos profissionais da UTI.

Um dos entrevistados destaca que no INCOR-DF não foi preciso ter plano de saúde para receber um atendimento de qualidade. Na visão desse cliente, para se receber um atendimento adequado e com qualidade, é necessário ter condições extras, como um plano de saúde. Verificamos, com isso, como está sendo percebida pelos usuários, a saúde oferecida pelo Sistema Único de Saúde, algo que nos conduz para uma necessidade de reflexão mais profunda em relação às práticas dos profissionais de saúde e do modelo de atenção à saúde. Esse fato também nos mostra como o cliente se sente gratificado em receber um atendimento melhor qualificado em um serviço público, que busca na realidade dos serviços concretizarem os princípios da acessibilidade, da integralidade e da equidade, o que não ocorre na maioria dos serviços de saúde do SUS, que ainda tem sua lógica pautada no modelo clínico biológico.

Com isso, na UTI em estudo, o objeto da atenção mostra-se direcionado para as necessidades do cliente, independentemente da sua condição social. Podemos dizer, também, que é uma forma de cuidado conduzida pela ética profissional pautada na valorização e respeito pelo cliente internado.

- Aqui no INCOR o paciente pode ter qualidade de atendimento sem ter um plano de saúde.

(...) Em termo de UTI eu não tenho como definir assistência de qualidade porque eu tive em uma UTI em um hospital público e estive aqui e a diferença é de 1 para 10. Lá é muita carência e tal e aqui é coisa de primeiro mundo em tudo tratamento, higiene tudo o que se pode dizer de bom em uma UTI eu acho que está ali. Então acho que esta é a qualidade que todos deveriam receber. Qualidade pra mim não é só ter os melhores aparelhos e materiais, isso é importante, mas profissionais com capacidade, que sabem o que estão fazendo e ao mesmo tempo, tenham muito carisma pelo paciente é que faz ter grande qualidade um serviço de saúde. É isso que encontrei na UTI do INCOR DF, todos são maravilhosos. Acho que já te falei isso algumas vezes na entrevista, mas gosto de repetir. E como já disse que tive experiência que não foi muito boa em um hospital da rede posso ter certeza do que estou falando. E o mais legal é que o paciente pode ter qualidade de atendimento sem precisar ter um plano de saúde. O meu caso serve como exemplo e pode contar pra todo mundo isso e eu assino embaixo.

Em um sentido mais amplo, o cuidado configura-se em valorizar a sabedoria do vivido, sendo esta, composta de saberes técnicos, saberes populares, convicções, valores pessoais e religião. Essa sabedoria, quando dignamente respeitada, permite que ocorra o desenvolvimento de atitudes e espaços fecundos a um genuíno encontro intersubjetivo. Entre alguns desafios para a reconstrução do cuidado estão: voltar-se à presença do outro, otimizar a interação e enriquecer horizontes (AYRES, 2004). Os registros também nos mostram que a qualidade da assistência é percebida pelo envolvimento pessoal que os profissionais realizam com os clientes, não enfatizando apenas a questão técnica. O cliente é atendido de forma individualizada, considerando o contexto trazido por ele.

Stefanelli (1982) refere que o envolvimento emocional é uma consequência do relacionamento terapêutico, que inclui uma seqüência de interações entre seres humanos, sendo natural que haja certo grau de participação emocional entre eles. Ainda na concepção da autora, para que esse envolvimento seja mantido em nível terapêutico é necessário que os profissionais tenham consciência, que as necessidades a serem satisfeitas, sejam as dos clientes e não as deles.

No entanto, é de conhecimento geral que o envolvimento pessoal com os clientes é tradicionalmente impedido aos profissionais, sob alegações que isso possa influenciar negativamente nas condutas terapêuticas. O próprio processo de formação contribui para essa visão. Nas universidades, a medicina vê a pessoa humana como objeto de estudo, consumidora de tecnologias, ficando à parte os relacionamentos, o envolvimento do

estudante com o cliente, sendo que essa concepção se perpetua na vida profissional dos médicos (CAMARGO, 1996).

Ainda percebemos que os profissionais se comunicam com os clientes não apenas de forma verbal, mas também os ouvindo. O ouvir surge como uma forma de apreender as necessidades dos clientes, sendo referência na implementação da assistência.

- Eu não sei definir ao certo, apesar do tempo que fiquei, foi tudo rápido. Eu não sei te dizer assim. Acho que quando a gente se sente segura no local que a gente está, é um tipo de qualidade que queremos. Receber carinho, ouvirem a gente, se preocuparem com a nossa recuperação e com o dia da alta para enfermaria também é muito importante. Acredito que isso seja qualidade da assistência. Sei que os aparelho modernos, os medicamentos também não podem faltar pra recuperação do paciente ser mais rápida.

- O paciente na UTI fica mais tranqüilo quando conversa com os profissionais e eles explicam tudo pra gente que está acontecendo, acho que também é qualidade. Tudo que faz a gente melhor é qualidade, não é? Sei que nem todo mundo sai da UTI, mas sei que aqueles profissionais que conheci fazem de tudo pra dá um atendimento que seja de qualidade, pra que todos fiquem felizes e fiquem com a saúde boa.

Segundo Caron e Silva (2002), a comunicação entre profissionais e clientes tem sido ultimamente apontada como um elemento relevante na qualidade da assistência em saúde. Para essas autoras, pela comunicação podemos compreender a visão do mundo do cliente, identificar o que ele sente, com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem. Desta forma, a comunicação gerará auto-estima, apoio, conforto e confiança, resultando em “excelência no cuidado”.

Da mesma forma, o ouvir não deve ser apenas uma ação, mas deve assumir a conotação de uma escuta com sensibilidade. Segundo Barbier (2002), a escuta sensível trata-se de um “escutar – ver”, no qual o profissional deve sentir o universo “afetivo, imaginário e cognitivo do outro para poder compreender de dentro, suas atitudes, comportamento e sistemas de idéia, de ouvir, de símbolos e de mitos” (p.01). A escuta sensível apoia-se na empatia, reconhecendo a aceitação incondicional do outro, não havendo julgamentos.

Ressalvamos que, de certo modo, esse modelo de escuta para compreender melhor também foi encontrado em nosso estudo quando os clientes apontaram que foram ouvidos de forma que pudessem conhecer o processo terapêutico.

Outro fato relacionado à qualidade da assistência apontada pelos clientes está relacionado à capacidade técnica dos profissionais e à presença de tecnologias necessárias para o tratamento.

- Tem que ter boas aparelhagens, bons profissionais. Aqui tudo é de primeira e se eu pudesse eu daria nota 20. Qualidade da assistência é ter este pessoal que trabalha aqui e o jeito que eles atendem a gente, é fazer tudo pra gente ficar bom logo e a gente percebe que esta qualidade existe porque os profissionais gostam de fazerem o trabalho deles. A qualidade também é quando a gente chama eles e eles vem atender a gente a toda hora, parece até que só você tá internado na UTI e que todos estão cuidando só de você. O médico está todo minuto ali em cima, as enfermeiras não saem de pertinho, explicam tudo que tá acontecendo. Quer qualidade melhor que essa, eu não conheço.

- O hospital tem que ter uma estrutura boa, aparelhagem, o corpo humano, o pessoal, a atenção, alegria, acho que ajuda bastante, isso é essencial num hospital. Qualidade tem que ser coisas boas, que deixem a gente, o que digo, o paciente e sua família, felizes e satisfeitos. Acho que aqui tem tudo isso e o ambiente é muito confortável e seguro.

Podemos verificar que os clientes internados realizam uma abrangência de todas as necessidades para que se tenha qualidade em uma UTI. Com isso, para esclarecimento, trazemos alguns conceitos de tecnologia, segundo, Merhy (2000), que podem ser compreendidos no contexto de uma unidade de terapia intensiva.

Esse autor classifica as tecnologias em: *tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves*. Tecnologias duras são entendidas como aquelas constituídas por equipamentos do tipo máquinas, instrumentais, normas, rotinas, estruturas organizacionais. Estão relacionadas ao instrumental, geralmente vinculadas à mão do profissional ou ao fazer técnico, como por exemplo, o estetoscópio, o oxímetro, entre outros. Tecnologias leve-duras são os saberes estruturados, como a fisiologia, a anatomia, a psicologia, a clínica médica e cirúrgica e tantos outros saberes que atuam no processo de trabalho. Já as

tecnologias leves são as implicadas com o conhecimento da produção das relações entre sujeitos, pois está presente no espaço relacional trabalhador-usuário, e só se materializam em atos. São caracterizadas pelo acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros e de subjetividades.

Lembramos que o trabalho na UTI deve focar não apenas a competência técnica para manusear a tecnologia dura e leve-dura utilizada para o cuidado, mas também a qualificação dos profissionais para lidar de maneira mais humana com os indivíduos que ali se encontram e seus familiares, abrangendo as ferramentas das tecnologias leves.

É necessário que estejamos atentos, diz Barbosa (1999, p.14) “ao fato de que a humanização do cuidar, mesmo diante de todo o uso da tecnologia, ocorre através das pessoas que fazem esta mediação, influenciando o modo como ela se dá”. Portanto, acreditamos ser indispensável o uso da tecnologia dura em UTI, porém, esta não deve ser um obstáculo que afaste o trabalhador do contato direto com o indivíduo hospitalizado que a utiliza.

Ademais, deve-se manter a observância de que geralmente os clientes vivenciam a UTI como um local que possibilita a recuperação de sua saúde pelos recursos tecnológicos e humanos de que dispõe para assistência, constituindo-se em um espaço de segurança pela percepção de garantia quanto o atendimento de eficiência (CASTRO, 1990).

No que tange a qualidade da assistência da UTI em estudo, podemos considerar que a caracterização realizada pelos clientes internados demonstra uma visão bastante ampla, englobando vários níveis de assistência. Sem dúvida, a UTI em estudo preconiza a disponibilidade de equipamentos necessários ao tratamento e a capacidade técnica do profissional de saúde. Porém, a inexistência de um protocolo de avaliação de qualidade limita o aprofundamento de uma análise mais adequada sobre a existência de uma qualidade almejada por clientes e seus familiares, como também pelos profissionais de saúde. Para tal, seria necessária a realização de um estudo sobre a satisfação dos usuários em relação à qualidade dos serviços prestados.

Dentro da unidade existem algumas ações direcionadas para o planejamento da assistência individualizada para o cliente internado, através da elaboração do plano de cuidados pelo profissional enfermeiro. Entretanto, esse plano é mais utilizado como uma exigência de rotina da unidade, sendo pouco operacionalizado na prática, fato este,

observado durante a pesquisa de campo. Pudemos perceber que poucos profissionais de enfermagem utilizam esse plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro durante o plantão noturno, como base para a realização do cuidado.

Com isso, verificamos a necessidade da realização de uma discussão acerca da avaliação da necessidade de implantação de uma sistematização da assistência dentro da UTI em estudo. Na verdade, a proposta inicial da Instituição foi dimensionada para a implantação de ações sistematizadas, com utilização de protocolos técnicos e assistenciais, visando à otimização e a qualidade da assistência prestada. Em virtude dos acontecimentos econômicos e políticos, conforme relatado anteriormente, os projetos foram interrompidos justificados pelo acúmulo de atividades devido à redução do quadro profissional.

Assim, existe ainda dentro da assistência prestada na UTI em estudo uma lacuna a ser preenchida em relação à existência de um planejamento de atendimento, como também uma maior participação e envolvimento dos clientes e familiares no processo terapêutico, algo que poderia auxiliar na implantação e manutenção de um cuidado, atendendo às expectativas de clientes e familiares. Sem olvidar-se da realização de uma assistência com qualidade dentro das perspectivas de clientes, familiares e profissionais de saúde.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 7 - Assistência Humanizada

Os clientes apresentam diferentes sentidos quanto ao que consideram ser uma assistência humanizada. Define a palavra humanizar como tratar “gente como gente”. Acreditam que tudo na UTI em estudo está bem humanizado. Humanizar, nas suas narrativas, é quando os clientes estão em primeiro lugar: “Humanização é a equipe da UTI, pois quando estão trabalhando percebemos a humanização”. Os clientes reconhecem que na UTI recebem assistência humanizada quando há eficiência, quando se sentem seguros e recebem tratamento adequado. Acrescentam que a limpeza do ambiente e o conforto na UTI também fazem parte de uma internação humanizada. Eles definem, ainda, a humanização como ser bem recebido e bem atendido em todo momento que precisar.

Temas:

- ... fazer Humanizar...
- ... pacientes sempre em primeiro lugar...
- ... a gente vê humanização.
- Humanização.
- Internação Humanizada.
- Humanizar por humano...
- ... a gente é bem cuidado.

- ...todos são humanizados.
- Essa UTI é humanizada.
- Tratam a gente bem...

Nessa categoria, podemos verificar através das narrativas dos clientes, que a assistência humanizada torna-se uma síntese de todas as outras categorias analisadas. Essa categoria abrange todo o tratamento que o cliente recebe desde sua internação até o momento de sua alta, incluindo dimensões do conceito de ambiência até a participação dos seus familiares. Podemos dizer, de forma resumida que, a visão dos clientes entrevistados, tem correspondência com a proposta humanizadora do Programa do Governo Federal, em seus princípios conceituais e operacionais.

- Humanizada... Deixa pensar... Se você pega tudo que falei, as coisas que passei vai ser uma assistência humanizada. A palavra já diz que é tratar a gente como gente e isso o pessoal da UTI fez muito bem, me fazem senti gente e gente importante. Ah sim... É tudo isso e mais um pouco que devo ter esquecido de contar... São muitas coisas... a palavra pra ajudar acalmar... Quando dá um remédio... Mexe no aparelho, um sorriso, tudo isso é ser humano, fazer humanizar, isso é muito importante pro paciente se recuperar, ficar com a cabeça boa, não dizem que a cabeça manda no corpo?

- Acho que humanização é você ser bem recebido na UTI e ser bem atendido em todo momento que precisa. A minha internação eu posso dizer com toda certeza que foi muito humanizada. Os profissionais se preocupavam comigo o tempo todo, tratavam com muito profissionalismo todos da UTI, acho que tá dentro de humanização. Tudo limpinho e confortável, é assim que trata a pessoa, o humano, é internação humanizada. Foi muitas coisas que passei, acho que fiz um pequeno pedaço de tudo e vi que tudo foi bem atendido.

Assim, estaremos tomando para a análise da categoria humanização da assistência, a interação existente entre profissionais e clientes, conformando as relações de cuidados, a ambiência e os recursos existente nessa unidade. Tais fatores são facilitadores para a construção de processos de cuidado e de atenção visando à integralidade da assistência prestada.

Sob o ideal de “humanização em saúde” observam-se diferentes iniciativas no Brasil, tanto na forma de uma Política Nacional, como o Humanizaus, como de propostas

técnicas mais específicas. As propostas de humanização têm dado especial ênfase à integralidade da atenção e, em particular, às interações entre profissionais e usuários nos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

Deslandes (2004) realiza uma crítica relacionada ao termo “humanização”. A autora coloca que o termo vem sendo usado amplamente na área de saúde, constituindo-se em um conjunto de iniciativas que se caracterizam pela qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento do cliente como co-participante do plano terapêutico, como um indivíduo permeado por subjetividades e referências culturais. Embora em nosso meio seja difundido o termo “humanização”, ele parece apresentar ambigüidades, já que se pode subentender que as práticas em saúde seriam desumanizadas ou não feitas por seres humanos.

Alguns clientes entrevistados tiveram a mesma impressão de ambigüidade colocada pela autora quanto ao termo utilizado. Em suas narrativas colocaram a questão de “humanizar” como algo que deveria ser inerente em todo contexto da assistência prestada. Relacionam o termo com a interação dos profissionais com os clientes da UTI.

- A gente vê na rede pública que se falam muito de humanizar, mas é engraçado porque já somos humanos e humano tem que saber humanizar? Pra mim deveria ser a mesma coisa.

- Acho que tudo nesta UTI está bem humanizado, não consigo pensar em nada agora que possa melhorar ainda mais. Só peço que todos continuem sempre assim ...humanizados....e que os pacientes sempre estejam em primeiro lugar, pois foi assim que me senti. Agradeço muito a Deus e a toda equipe pela minha recuperação.

Ao analisar a interação existente entre a equipe e o cliente internado na UTI pode se perceber uma grande satisfação dos clientes nesse aspecto, uma relação diferenciada de

entendimentos interpessoais atenciosos e afetivos. Os clientes relatam serem tratados com respeito, cortesia, serem bem recebidos na unidade, sentindo interesse e preocupação pelas suas queixas, um atendimento digno, atencioso, uma escuta qualificada e responsabilização quanto seu problema.

- Humanização.... é difícil saber isso... Já tinham me falado que na UTI é uma experiência, é um lugar onde a pessoa tá nada bom. Mas ali me senti bem, acho que isso é humanização, não é... a gente não sente medo, na UTI daqui a gente pode entrar sem medo porque lá tudo é bom, os médicos, os enfermeiros, tudo é muito bem feito, não tem descuido com a gente e o pessoal é muito simpático, faz a gente se sentir bem, deve ser um jeito de ficá humanizado. Ah... Humanização tem a vê com gente, com pessoas, e a gente se sente pessoa.

Pequenos gestos são valorizados pelo cliente como constitutivos da atenção que recebe para resolução de seu problema de saúde, mas muitas vezes não valorizados e não ensinados ao profissional de saúde, “porque parecem tão óbvios” (FRANCESCHINI, 2005, P.54).

Nesta direção, Franceschini (2005, p.59) assinala que uma das questões importantes para o estabelecimento de vínculos no trabalho em saúde é o “aprendizado da flexibilidade, da escuta qualificada, atenta para além do não dito, da identificação de outras necessidades que são marcadas pela subjetividade presente nas relações”. Chama a atenção para a “complexidade de encontros propiciadores de vínculos qualificados, revelando o aprendizado de que os bons encontros dependem do cuidado com pequenos, mas importantes detalhes” (p.64). Detalhes presentes no cotidiano, mas permanentemente disponíveis para o agir em saúde, sendo necessário, contudo, que não passem despercebidos, ou não sejam valorizados.

Saupe et al. (1999) enfatizam que o cuidado humano nasce de um interesse, de uma responsabilidade com o outro, de uma preocupação, de um afeto, o qual inclui o educar, que, por sua vez, ajuda no crescimento do profissional e cliente. Para Paganini (2000), o cuidado humanizado processa-se através da honestidade, confiança, paciência, competência técnica e emocional.

Dentro desse contexto, a descrição dos clientes como ambiente acolhedor, como relevante no atendimento com qualidade na UTI, perpassando pela competência

profissional e condições adequadas para o atendimento, reflete a incorporação da missão da Instituição INCOR-DF que toma por bússola as estratégias de humanização. Segundo Merhy et al (1997), o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Para esse autor, o encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização constituindo vínculos e compromissos que nortearão os projetos de intervenção. O acolhimento pode ser utilizado como dispositivo para avaliação das práticas cotidianas, a fim de que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Dessa forma, constitui-se elemento essencial para a avaliação da qualidade dos serviços e conseqüente processo de humanização (RAMOS; LIMA, 2003).

Para os clientes, o atendimento tornou-se eficiente porque os profissionais “prestaram atenção” e “estavam próximos” deles, atendendo suas necessidades terapêuticas físicas e emocionais. Por conseguinte, a atenção e proximidade da equipe proporcionaram segurança e tranquilidade.

A paciência dos profissionais também foi outro ponto destacado por esse grupo. Os clientes explicam que através dessa paciência demonstrada pelos profissionais de saúde, ficaram cientes de todo o processo de internação, o que representa outro atributo importante para uma assistência humanizada.

A forma de expressão dos profissionais seja através do diálogo, orientando os procedimentos na UTI, ou através de gestos, como segurar a mão, foi algo confortante para esses clientes.

- Estou feliz de ter tido alta da UTI porque falta pouco para eu ir para minha casa, mas guardarei todos em meu coração e estarei sempre agradecida pelo como me ajudaram a melhorar. Vou levar daqui somente boas lembranças. A humanização que percebi e que tenho é que continue sempre assim e peço à Deus que todos que precisarem passar por uma UTI sejam bem tratados como eu fui.

Com isso, o cuidado surge com conotação humanística quando referenciado pelo cuidado recebido pelos clientes durante a internação na UTI. Esse cuidado, na percepção dos entrevistados, foi interpretado como, uma forma de ajuda num período tão crítico de suas vidas, sendo descrito como contendo atitudes de compreensão e afetividade da equipe.

Os relacionamentos permeados pela disponibilidade do profissional em ajudar, a presença genuína da equipe, o compartilhar do conhecimento com os clientes e as atitudes de compreensão e paciência configuram o cuidado humanizado (SANTOS, 1998).

Waldow (2004, p.36) aponta outros significados do cuidado humano, que inclui a “aceitação, compaixão, preocupação, respeito, proteção, amor, paciência, ajuda”. Ainda na visão desta autora, o cuidado humano retrata a maneira de ser e de se relacionar, caracterizando-se pelo envolvimento, o qual, por sua vez, inclui responsabilidade, manifestação exclusiva dos seres humanos.

Podemos observar nas narrativas dos clientes que as explicações quanto ao diagnóstico e tratamento foram realizadas de forma clara, com palavras que permitissem o entendimento de acordo com a capacidade individual. Isso demonstra vínculo e facilidade de acesso que os clientes têm com os profissionais, podendo até mesmo facilitar a adesão ao tratamento.

Segundo a OMS (World Health Organization – WHO, 2000), o profissional de saúde deve ouvir o cliente cuidadosamente e fornecer explicações de modo que o cliente possa entender, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas.

Para além dos aspectos formais e legais, Franceschini (2005, p.1998) afirma que “são pequenos detalhes da comunicação, muitas vezes, não valorizados como produtores dos sentidos que darão rumo às relações, que configuram os vínculos” e que possibilitam a produção de cuidados no atendimento das necessidades e expectativas dos clientes.

Ainda nessa categoria, a ambiência emergiu como um elemento fundamental que propicia a humanização na assistência.

O conceito de ambiência trazido pelo Ministério da Saúde está relacionado em três eixos, conforme descrito no referencial teórico. Dentro desses eixos trazidos pela ambiência, os clientes destacam de forma positiva a presença de alta tecnologia e profissionais capacitados como fator definidor de humanização, mas fazem críticas quanto aos sons inerentes de uma UTI que interferem no repouso do cliente. Fato já considerado na categoria ambiente físico. Acrescentam que a UTI em estudo promove um ambiente cordial e confortável, permeado pelo respeito, bom humor, segurança, estratégias que visem à humanização como um todo.

Nesse sentido, a atenção aos clientes internados, a receptividade calorosa, o comprometimento com seu momento de sofrimento e o entendimento de suas reações físico-emocionais podem resgatar uma prática de cuidado centrada no significado do modo de viver dessas pessoas, humanizando, dessa forma, o atendimento. A humanização do atendimento nos possibilita pensar nas práticas do cuidado que adota posturas empáticas intersubjetivas, compromisso interpessoal, com a participação da família e dos clientes nas ações. Tais atitudes podem permitir o reconhecimento do cliente como ser participante do processo terapêutico, que tem necessidades específicas, além de direitos e solicitações.

Podemos considerar que, baseando-se nas narrativas dos clientes, a UTI em estudo está caminhando para um processo de humanização conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, mas a humanização, como colocado anteriormente por alguns autores referenciados, é um processo longo e que exige uma participação plena dos envolvidos nesse processo e avaliação constante, de forma a fazer os ajustes quando se fizerem necessários. E, baseando-se na filosofia da Instituição em estudo e nas entrevistas analisadas, percebemos que está sendo percorrido o caminho para a implantação de uma assistência humanizada.

3.3 Caracterização dos Profissionais da UTI entrevistados

A caracterização desse grupo foi elaborada a partir das variáveis: idade, sexo, estado civil e religião. Tais variáveis estão contempladas na tabela 4, onde, em seguida, realizamos uma breve caracterização.

Tabela 4: Caracterização sócio-demográfico dos profissionais da UTI entrevistados. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília. 2007.

Variáveis	n	%
Idade		
25 a 30 anos	3	30%
31 a 35 anos	5	50%
36 a 40 anos	2	20%
Sexo		
Feminino	7	70%
Masculino	3	30%

Estado Civil		
Casado	5	50%
Solteiro	5	50%
Religião		
Católico	7	70%
Protestante	3	30%

Quanto à caracterização sócio-demográfica dos profissionais da UTI, podemos verificar pela tabela acima que a equipe é composta por adultos jovens, com predominância do sexo feminino, que se mantém historicamente e reforçado pelas mudanças do mundo do trabalho. Em relação ao estado civil, metade dos profissionais é casado. E, em relação à religião, todos os entrevistados possuem uma crença religiosa. Segundo Berger (1985) a religião é fruto de uma matriz cultural e cada indivíduo encontra-se impregnado por seus valores culturais e estes se manifestam através da fé no objeto considerado sagrado. Neste contexto, a visão religiosa se propõe a explicar e justificar a doença, o que pode favorecer lidar melhor com as necessidades espirituais dos clientes e com as questões ligadas a sua finitude, mas é importante verificar como essas crenças são vivenciadas pelos profissionais e, se estas se traduzem em ações terapêuticas no espaço institucional. Berger (1985) acrescenta associando a religião a um investimento, socialmente construído, para suprir a carência humana de significados. Transporta-se essa visão para o contexto da enfermidade, onde o doente tem, na religião, um caminho na busca de respostas para questões existenciais, uma estratégia humana na construção de significados para questões incompreensíveis.

Verificamos ainda a que categoria profissional pertence cada entrevistado e o tempo de vínculo na unidade em estudo, com o objetivo de visualizarmos os diferentes perfis existentes na UTI. Lembramos que não é objetivo deste estudo uma análise de resultados frente às diferentes categorias profissionais, mas sim uma análise que abrange os profissionais de saúde da UTI no seu conjunto, de forma a caracterizar a assistência prestada na UTI em estudo, correlacionando-a com as diretrizes políticas para o processo de humanização. Durante a análise, obtivemos os seguintes resultados que estão organizados na tabela 5.

Tabela 5: Distribuição numérica e percentual dos profissionais participantes da entrevista segundo categoria profissional e tempo de trabalho na UTI. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília. 2007.

Variáveis	n	%
Categoria Profissional		
Enfermeiro	4	40%
Médico	3	30%
Fisioterapeuta	3	30%
Tempo de trabalho na unidade em estudo		
6 a 12 meses	3	30%
13 a 18 meses	2	20%
19 a 24 meses	2	20%
>2 anos	3	30%

Quanto ao tempo de trabalho na unidade, 70% dos entrevistados apresenta vínculo nessa unidade por pelo menos um período de 01 ano, o que pode representar um tempo adequado para a adaptação às atividades de trabalho nesse tipo de unidade.

As unidades significativas foram identificadas e organizadas em 05 categorias temáticas conforme está representado na tabela 6. Nessa tabela foi organizada a representatividade por categoria profissional para que pudéssemos verificar a existência de contextos diferentes relacionados ao tema abordado.

Tabela 6: Apresentação das categorias temáticas identificadas nos discursos dos profissionais entrevistados. Instituto do Coração – INCOR-DF. Brasília. 2007.

Categorias Temáticas	Enfermeiro	Médico	Fisioterapeuta
Assistência integral ao cliente	4	3	3
O espaço físico da UTI	4	1	2
A equipe da UTI	4	3	3
Humanização	4	3	3
Dificuldades no processo de trabalho	4	3	2

Analisando a tabela acima, verificamos que o profissional enfermeiro esteve presente no contexto de todas as categorias temáticas identificadas. A categoria espaço físico apresentou pouco representatividade para o profissional médico, o que pode estar relacionado à baixa participação e responsabilização sobre questões relacionadas à organização do espaço físico e administração para a sustentação dos cuidados prescritos, funções tradicionalmente sob a responsabilidade da enfermeira, como também, a um menor

tempo de contato físico e de interação desse profissional com o cliente internado. Já o profissional enfermeiro e fisioterapeuta, diferentemente, muitas de suas atividades necessitam de uma interação mais próxima com o cliente.

Quanto à categoria temática dificuldades no processo de trabalho, houve um consenso entre os profissionais, pois as dificuldades apontadas estão, na sua grande maioria, relacionada ao momento político e econômico que a instituição em estudo está vivenciando. Da mesma forma acontece em relação às facilidades apresentadas, como a adequada tecnologia existente na unidade, o trabalho em equipe e o ambiente avaliado como acolhedor.

A seguir, fizemos uma análise e interpretação dos resultados obtidos nas entrevistas que deram origem às categorias relacionadas na tabela 6.

3.4 Apresentação e discussão das categorias temáticas identificadas nas entrevistas dos profissionais de saúde.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 1 - Assistência Integral ao cliente

Os entrevistados definem essa categoria como a realização de um trabalho assistencial ligado ao cliente através de uma atenção integral ao cliente e sua família. Acrescentam que a assistência consiste em transmitir tranquilidade e segurança ao cliente através da comunicação contínua durante o período de recuperação na UTI. Relatam que cuidar de um cliente em uma UTI abrange diversas modalidades no âmbito profissional. Os profissionais definem a assistência prestada desde a realização de medicações e medidas de higiene e conforto até os procedimentos mais complexos num momento de urgência/emergência dentro da UTI. Consideram também como parte dessa assistência todas as funções administrativas necessárias para manter a qualidade do atendimento prestado e para a organização da UTI. Os registros são ressaltados pelos profissionais como uma forma de manter a continuidade da assistência prestada e, conseqüentemente, da evolução e história da doença em tratamento. A família é citada como parte da promoção dessa assistência, através da realização das orientações necessárias para que ela possa auxiliar o seu familiar cliente de forma participativa na sua recuperação. Os profissionais entrevistados fazem a descrição técnica das atividades e procedimentos necessários para manter essa assistência, tais como verificação dos parâmetros hemodinâmicos, a realização do exame físico e da utilização dos recursos tecnológicos e humanos disponíveis na unidade. E, finalmente, acreditam que a assistência ao cliente também consiste em fornecer apoio emocional para cliente e família, realizando, dessa forma, um atendimento integral.

Temas:

- Assistência integral ao paciente
- Assistência de enfermagem
- A gente faz tudo
- Procuramos sempre conversar com o paciente.
- Promover assistência.
- Cuidar do paciente.
- Assistência prestada.
- Tipo de assistência...
- A assistência abrange muitos tipos de cuidados.

Essa categoria está caracterizada pela assistência prestada na visão dos profissionais de saúde dentro da UTI em estudo. Os profissionais apontam que a assistência prestada na unidade é realizada de forma integral, que o cliente internado é visto como ser individual, com suas concepções e culturas. Os profissionais caracterizam o que constitui esse cuidado integral e acreditam que, através deste, possa acontecer uma interação com o cliente e a promoção de um ambiente mais acolhedor.

- A gente cuida de pacientes graves, pacientes instáveis dando todo o suporte da assistência de enfermagem, apoio emocional, a gente pega o plantão, a gente participa da passagem de plantão, daí a gente divide em escala em quantos pacientes a gente vai assumir, depois é feito um plano de cuidados cumprido em relação às prioridades e o paciente ele recebe todas as medicações que ele precisa, recebe todos os cuidados de conforto, higiene, mudança de decúbito, são realizados sinais vitais, controles hídricos, balanços hídricos, é feita toda a parte de orientação e no decorrer do plantão a gente também resolve as intercorrências que aparecem.

(...) o tipo da assistência é abrangente em todo o sentido tanto de organização administrativa quanto assistencial através de um acompanhamento emocional (...)

Verifica-se nos relatos dos profissionais uma preocupação em desenvolver ações que propicie um atendimento aos clientes em suas necessidades físicas, psíquicas e sociais, o que está condizente com a missão da instituição e com as diretrizes propostas no Humanizausus. O fato de a assistência integral ser o objetivo de atendimento do cliente faz com que a UTI direcione suas atividades para ações humanizadoras, aonde o cliente é referido como central, ou seja, o objeto da atenção dos profissionais de saúde.

A internação em uma unidade crítica, como a UTI, pode desenvolver uma série de sinais e sintomas de desestabilização físico-emocional, tanto em clientes internados como em familiares, como discutido anteriormente, e até mesmo nos profissionais de saúde inseridos. Tais fatos foram relatados nos discursos dos profissionais como uma preocupação, relacionando fatores como risco de vida, incerteza quanto ao tratamento e recuperação, bem como das limitações na prestação de suporte psicossocial para os clientes e familiares.

(...) a gente procura dar assistência integral a esse paciente em todos os aspectos né, tanto nos cuidados quanto na parte é como é que eu vou te dizer, assim de conforto pro paciente, de esclarecimento pro paciente, deixando-o tranquilo e ciente de tudo que está se passando por ele, toda orientação que a gente acha necessário a gente tá passando sempre pro paciente, pros familiares, isso é uma coisa constante né, todos os cuidados que a gente puder tá passando a gente procura fazer né (...)

Com relação ao processo de cuidar, nas unidades de terapia intensiva, é possível ainda verificar diferentes acepções para o cuidado prestado, conforme as necessidades dos clientes e os saberes e as práticas que são adotados pelos profissionais de saúde. Existe, na perspectiva desse cuidado, uma grande preocupação dos profissionais com a interação existente com os clientes internados, através do processo de comunicação.

Souza (2000) ressalta que o cuidado de enfermagem prestado nas unidades de terapia intensiva, de certa forma, é paradoxal. Segundo ela, em algumas situações, é preciso provocar dor, para que se possa recuperar e manter a vida. Em outras situações, não se pode falar, apenas cuidar que não dá sinais de estar sendo percebida como pessoa. Segundo a autora, o cuidado de enfermagem, num caso destes, parece não implicar em uma relação de troca, devido à imobilidade ou falta de diálogo e interação com o outro. Esse paradoxo a faz pensar numa robotização/mecanização das ações de enfermagem.

Tal paradoxo apontado pela autora acima também foi colocado pela equipe multiprofissional da UTI. Demonstram grande preocupação com a existência de um trabalho mecanizado nas suas ações em virtude do aumento da demanda no atendimento prestado. Relacionam também as diversas atividades realizadas no período de trabalho e a necessidade do cumprimento de rotinas para a continuidade da assistência prestada.

- Acredito que nossa assistência é uma assistência de qualidade... Acho que em primeiro lugar você se identificar com o paciente, fazer com que ele estabeleça um laço próximo, um bom relacionamento com você, que você seja realmente a referência dele, é você olhar pro paciente a fim de dar a assistência de enfermagem deixá-lo confortável no leito, limpo, com todos os curativos limpos, é com todas as medicações feitas, na hora certa, deixar o paciente alimentado, ficar por perto o tempo todo pra ver se tem alguma intercorrência, tentar ficar agindo com rapidez e competência quanto a isso e realizar as orientações em relação ao que tá sendo feito com ele, o que tá acontecendo... Acho que isso... Fazer todas as anotações pertinentes de acordo com a instituição. São tantas as atividades que, em alguns momentos, agimos de forma automática ou até mesmo mecânica (...)

(...) a gente tem que fazer evolução de todos eles, aqui no caso, quem faz a evolução são os enfermeiros, assim, por exemplo, ficam 10 pacientes e 2 enfermeiros eu tenho que evoluir 5 e fazer tudo com 5 por exemplo, então isso pesa um pouco e, aí, eu acho que a assistência não fica como deveria ficar, fica aquém um pouco do esperado.

A equipe deve ficar atenta que tantas atividade e atribuições realizadas não façam que os profissionais tornem-se meramente “tarefeiros” e não percebam o contexto da assistência como um todo, considerando as percepções e as subjetividades envolvidas.

- O meu trabalho aqui é assistencial, a gente procura sempre tá lado a lado com o paciente, interagindo com toda equipe, para garantir a qualidade da assistência para o paciente, para o paciente isso é bom, a interdisciplinaridade. Por conta da crise e falta de recursos materiais as condições são limitadas, mas os protocolos de atendimento são bons, é o que temos à disposição, o que a gente tem não compromete a assistência... Todos fazem o trabalho da gente em prol do paciente, pra que ele saia em boas condições e satisfeitos com o atendimento prestado.

Os protocolos, apontados pelos profissionais de saúde, são algoritmos de conduta clínica para o tratamento de diferentes patologias, não sendo, portanto, protocolos assistenciais voltados para as necessidades individualizadas dos clientes internados. Esses protocolos citados, sem dúvida, podem auxiliar na decisão da conduta clínica durante o

período de internação, mas não contemplam o cuidado integral visado pelos profissionais de saúde, conforme relataram em seus discursos.

Lembramos que a Instituição que essa UTI está inserida tem como sua maior clientela os usuários da rede SUS. Apesar da crise política e econômica que a instituição está passando, de acordo com as narrativas apresentadas, a qualidade dessa assistência é uma preocupação constante demonstrada pela equipe.

Podemos verificar que dentro da rede SUS existe a possibilidade de promoção de uma assistência com qualidade, indo ao encontro com as diretrizes do Humanizadas.

(...) a gente faz de tudo procurando dar uma assistência integral do paciente, desde medicação, sinais vitais, exame físico, tudo, tudo que a gente puder tá colaborando com a assistência integral ao paciente. A gente inclusive assim, apóia a família, ao paciente, procurar deixá-lo mais tranqüilo, esclarecer tudo que possível.

Em virtude do contexto trazido durante as atividades realizadas pelos profissionais de saúde dentro da UTI, torna-se necessário que sejam considerados fatores geradores de estresse, tais como, lidar com situações de emergência e com a falta de recursos para o atendimento do cliente internado. É importante ressaltar, ainda, que a internação na UTI necessita da operacionalização de um atendimento cauteloso, intensivo, com exigências físicas e emocionais dos profissionais de saúde que nesse setor trabalham. Em função disso, Sebastiani (2002) a cita como um ambiente culturalmente vinculado com a idéia de morte e de sofrimento também para esses profissionais. Cuidados técnicos e psicossociais demandam tempo, instrumentalização, dedicação, além de comprometimento.

No caso dos profissionais da UTI em estudo, destacamos sentimentos de impotência relatados pelos mesmos devido ao contexto econômico e político caracterizado na Instituição. E tais sentimentos interferem diretamente na assistência prestada, conforme relatado pela equipe profissional.

- Às vezes, quando a UTI tá muito cheia ou quando tem paciente muito grave, se sabe né.... um paciente muito grave precisa que o enfermeiro fique quase todo tempo com ele, aí não dá tempo pra gente dá muita atenção pros outros pacientes. A equipe de enfermeiros tá menor do que tinha antes, então a gente tem que priorizar as coisas. Tem dia que tem 10 pacientes e 02

enfermeiros, aí temos que fazer as coisas de uma forma mais corrida, e a assistência pode, na verdade, cair a qualidade e isso não é bom. Os nossos pacientes apesar de ficarem acordados na sua maioria, são muito graves e precisam de assistência integral e também são muito ansiosos por estarem na UTI, o que é mais que normal, por ficarem longe da família e pela doença em si. Por falar em família, também damos muita atenção pra família, principalmente durante a visita pra deixá-los tranqüilos ou pelo menos orientados de tudo que está acontecendo e poderá acontecer.

- Aqui na UTI o foco está dividido em duas coisas: cuidado direto do paciente e resolução de problemas. Estamos ligados o tempo todo com o paciente, com sua evolução do quadro, com as suas necessidades. O trabalho começa desde o momento que a gente põe o pé na UTI e, muitas vezes, continua em casa, porque ficamos preocupados com um ou outro paciente que está mais grave ou com alguma coisa administrativa da unidade e que precisa da colaboração de todos para resolver. Todos fazem um trabalho em equipe. A nossa preocupação maior é com a situação que estamos passando em interferir na qualidade da assistência prestada, isso não podemos deixar acontecer de jeito nenhum... até acho que estamos nos superando (...)

Nessas ilustrações acima emergem que no contexto de trabalho, as condições de trabalho são tidas como limites para assegurar uma atenção integral ao cliente, o que pode gerar desgaste físico e psíquico no equipe técnica. É importante avaliar esse aspecto e suas implicações, fato estes que serão discutidos posteriormente na categoria dificuldades no processo de trabalho.

Nazário (1999), Souza (2000), Lemos e Rossi (2002) e Nascimento (2003) sinalizam que o ambiente de atendimento intensivo, por mais estressante e agressivo que possa parecer, oferece uma possibilidade ímpar para a prestação do cuidado globalizado, voltado não somente à objetividade do atendimento, como também a subjetividade do cliente. O olhar, os gestos, a preocupação com o doente e o compromisso emocional são alternativas eficazes para se estabelecer um elo com quem sofre, além de romper com o paradigma biomédico que dita o ser humano como o corpo doente que necessita ser restaurado do desequilíbrio, sendo objeto de controle pelos profissionais de saúde.

Conforme esses autores, as diferentes possibilidades de criar e recriar o atendimento na unidade de terapia intensiva, parte do princípio de que essas unidades permitem a interlocução de saberes e práticas voltadas à interação interpessoal. Esta seria uma forma de

resgatar o cuidado humano, solidário e condizente com as demandas psicossociais de clientes e familiares, abalados pelo risco de vida e pelo contexto do ambiente representado.

Na UTI investigada tem sido trabalhadas estratégias, tais como, manter uma comunicação adequada e contínua com os clientes em busca de uma assistência com qualidade. Os profissionais acreditam que estar voltados para as necessidades do cliente e procurarem adaptar-se à realidade existente é uma forma de evitar que o estresse relatado por eles, não interfira na qualidade da assistência prestada. Verificamos, com isso, o compromisso ético que os profissionais dessa unidade demonstram com os clientes e com a Instituição que estão inseridos.

- Eu procuro tá bem focada, procurar ver as necessidades dos pacientes, de todos os jeitos, as físicas, as emocionais, agir antes de complicar, a gente age na precaução, o que estiver na nossa responsabilidade e a gente tiver condição a gente faz, além de dar suporte ao paciente que está fragilizado, procuramos dar um amparo mais humanizado, promover segurança pro paciente. Acho que assistência que devemos dar é tudo isso, temos que gostar do que fazemos e estar sempre procurando estudar e aprender. A gente todo dia aprende alguma coisa.

Percebemos que o uso do vínculo, do acolhimento e do relacionamento terapêutico como forma de expressão do cuidado dentro da unidade em estudo foi algo colocado como uma preocupação para equipe profissional. Ao mesmo tempo, foi possível identificar ações voltadas para este perfil de atendimento nos discursos apresentados. O momento político e econômico vivenciado pelos profissionais é ressaltado de forma contínua podendo ser considerado um fator impedor da percepção dessas ações. Além disso, é relevante uma contextualização de um saber e de um fazer do profissional de saúde, em consonância com o resgate do espaço social, visando à compreensão das necessidades psicossociais e dos significados dos processos de internação para clientes e famílias.

- O atendimento aqui na UTI a gente tenta além de um tratamento de intervenção agudo, a gente tenta ser o mais humano possível, tratando o paciente de forma carinhosa, sem ser pejorativa, a gente faz tudo pra ter uma boa relação de médico-paciente, de profissional-paciente, mas nem sempre é possível, nem com todo paciente, depende também da condição do paciente. Às vezes tem coisas muito pessoais que não podemos interferir,

envolvendo problemas financeiros, que a gente sabe que depois que esse paciente tem alta, não tem nem pra onde ir direito. Dá muito pena e a gente acaba se envolvendo, até com os conflitos familiares. Acho que faz parte do trabalho da UTI essas coisas.

(...) fazer curativo, instalar uma droga, controlar essa droga pra ir diminuindo, desmamando essa droga, retirar dreno, passar sonda, retirar sonda, tudo é o enfermeiro que faz, puncionar, colher sangue, fazer eletro, tudo isso a gente faz além disso, a gente ainda faz exame físico por paciente, fica ali, o paciente ele acaba reconhecendo na gente a pessoa mais próxima depois do familiar dele né porque a gente fica muito próxima a ele aí a gente faz exame físico, a gente que evolui o paciente pra dizer como é que tá o quadro...

A comunicação foi outro recurso identificado pelos profissionais como sendo de importância no desenvolvimento na prática assistencial. Através dos depoimentos, podemos apreender que os profissionais utilizam a comunicação como técnica que visa esclarecer a evolução clínica do cliente, minimizando sua ansiedade. Ainda percebemos que os profissionais se comunicam com os clientes não apenas de forma verbal, mas também os ouvindo.

- O paciente também é bastante ouvido e informado de tudo que acontece. Os cirurgiões conversam com o paciente e com sua família antes da cirurgia acontecer para orientar em tudo que for preciso da cirurgia. Isso é de certa forma faz que o paciente e seus familiares fiquem mais tranquilos e sintam-se mais valorizados pelo hospital e pela equipe. Acho que esse fato merece destaque aqui. Aqui você até pega afeição pelo trabalho, vocês vem com prazer trabalhar.

Os profissionais entrevistados associam a assistência com as relações interpessoais baseadas no acolhimento, no vínculo e no relacionamento terapêutico, acreditam na possibilidade de uma melhor adaptação dos clientes e familiares durante a internação na UTI. As relações pessoa a pessoa que se estabelecem nesse ambiente ainda sugerem a intenção de organizar a lógica do processo de trabalho, centrando-o nessas características, além de uma diluição de cargos e hierarquias, colocando as pessoas que trabalham em contato horizontal com as pessoas que vivenciam um momento de sofrimento em suas vidas.

- Acho que aqui tem uma integração dos profissionais de saúde, a gente tenta fazer as visitas técnicas para discutir o caso dos pacientes com todos os profissionais para tentar integrar o paciente de forma global. Além de darmos uma melhor assistência com essas visitas, promovemos a valorização de cada profissional na assistência prestada ao nosso paciente da UTI. Acreditamos que o paciente faz parte da UTI e que todos fazem parte do seu tratamento, todos tem que assumir a responsabilidade de tratar esse paciente. Isso é muito importante para que as coisas aconteçam de forma mais integrada e com certeza fica mais fácil de resolver os problemas dos pacientes quando todos estão envolvidos.

Nos discursos de alguns profissionais também é colocado a necessidade de realização de uma visita prévia aos clientes que irão realizar o pós-operatório na UTI. Essa é uma estratégia que poderá amenizar a ansiedade e o medo do desconhecido, através de informações esclarecedoras para clientes e familiares.

- O enfermeiro aqui faz tudo que a gente aprende na faculdade e mais um pouco, acho que aqui a gente realmente exerce a profissão de enfermagem. Recebemos o plantão de leito em leito e depois vamos à luta. Procuramos sempre conversar com o paciente, explicar tudo que tá acontecendo e antes de qualquer conduta ou procedimento explicamos o que vamos fazer. É claro que só quando o paciente está acordado, quando não a gente procura conversar com ele pra estimular que ele acorde logo. Sentimos também que devemos visitar o pacientes antes da cirurgia sempre que possível. Essa assistência seria bem melhor.

Outra consideração destacada pelos profissionais foi em relação à oportunidade que o profissional tem na unidade de exercer sua profissão de acordo com o que foi ensinado na graduação. Tal fato remete para a importância que existe para os profissionais de saúde em poderem exercer suas capacidades de forma ampliada, disponibilizando seu conhecimento científico adquirido em prol de uma assistência com qualidade.

Essa realidade colocada pelos entrevistados nem sempre é possível em algumas instituições, principalmente na rede de atendimento público, pela deficiência de recursos materiais e humanos e pela estrutura organizacional da instituição. Dessa forma, oportunidade dos profissionais colocarem em prática todo o potencial de aprendizagem faz com que aumente a sua satisfação, facilitando o estabelecimento de trocas e de acolhimento entre todos os envolvidos na assistência.

Podemos considerar que, os profissionais de saúde, ao refletirem sobre as condições e relações a ao seu modo de agir, inserem-se de maneira crítica e consciente, na realidade. Problematicar a temática da promoção de uma assistência integrada, de forma mais específica, implica numa reflexão dialógica e critica sobre a prática profissional, como percebemos em alguns discursos. Mesmo que tais atitudes estejam sendo realizadas de forma isolada, esses profissionais tornam-se sujeitos transformadores dos valores que norteiam a prática profissional para um entendimento dentro de uma proposta humanizadora.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 2 - O espaço físico da UTI

Os entrevistados definem o espaço físico existente na UTI como adequado. Informam que existe uma área suficiente para que possam colocar tudo o que precisam no *box* do cliente. Cada cliente apresenta um leito individualizado e que permite certa privacidade. Os equipamentos estão acomodados de forma prática para que a utilização dos mesmos seja feita de forma coerente, promovendo conforto e segurança para o cliente. A estrutura também permite visualização do cliente por toda equipe da UTI de forma contínua e adequada. O espaço entre o posto de enfermagem e a distância entre os clientes também é adequada. Os profissionais enfermeiros enfatizam que o espaço é inadequado para o preparo da medicação, promovendo uma aparência desorganizada da unidade durante o período de realização desse procedimento. Outro problema identificado é o ambiente com presença de ruídos constantes, onde muitas vezes interferem no repouso do cliente internado. Identificam que, além dos ruídos inerentes à unidade através da tecnologia existente, a equipe de profissionais são os maiores responsáveis pelos ruídos que mais interferem no repouso do cliente. Acrescentam que a UTI é uma unidade com um grande número de profissionais em um espaço fechado e aliado a toda aparelhagem faz com que esse ruído torne-se bastante inadequado.

Temas:

- ... a gente consegue no leito colocar tudo que a gente precisa...
- Ambiente.
- Um espaço grande.
- Tem muito barulho na UTI.
- Ambiente físico.
- Muitos ruídos.
- Gente falando o tempo todo.

Nessa categoria os profissionais apresentam uma preocupação com o ambiente físico existente dentro da UTI em estudo. O tipo de preocupação se estende desde questões técnicas e operacionais para o desenvolvimento de atividades inerentes ao setor até as

questões que interferem no conforto, na segurança e no repouso dos clientes internados, sendo que em alguns pontos reproduzem a percepção dos clientes.

(...) o ambiente realmente é difícil, é um ambiente que tem barulho, o ambiente que você é constantemente acordado no meio da noite, realmente o paciente não tem muita privacidade, mas tem coisas que não dá para mudar entendeu (...)

Os profissionais de saúde também relacionam o espaço físico com a presença de um ambiente de trabalho adequado para que possam ocorrer interações entre os diferentes sujeitos que estejam envolvidos na assistência dentro da UTI.

- Apesar do estresse que uma UTI representa, de algumas coisas que as pessoas não valorizam, não dão atenção, acho o ambiente de trabalho saudável. Em qualquer lugar sempre vão existir divergência de opiniões, de ações, entre outras coisas mais. Temos uma boa relação com toda equipe, nas diferentes funções e ao mesmo tempo trabalhando para o paciente. Às vezes, a gente se estressa, briga por algum motivo, faltou alguma coisa pro paciente, uma discordância de uma assistência dada, mas tudo se resolve e não levamos nada pro lado pessoal, sabemos que é briga de trabalho. O que mais acontece é quando a gente passa plantão de um jeito pedindo uma coisa e essa coisa não é feita, isso deixa a gente chateado.

Segundo Malkin (1992), alguns fatores têm a possibilidade de propiciar o restabelecimento das pessoas hospitalizadas, entre os quais pode ser citada a possibilidade de comunicação com a equipe médica e de enfermagem e o controle de ruídos. Com isso, uma assistência voltada para os cuidados com o cliente, deve incluir aspectos relativos ao atendimento prestado e ao espaço físico.

Os profissionais da UTI estão cientes de que, muitas vezes, o ambiente torna-se hostil tanto para clientes quanto para seus familiares. Indicam necessidades de trabalharem esse ambiente junto com os clientes e sua família, através de um senso comum. Em seus discursos, fica caracterizada a interferência do ambiente na promoção de um cuidar integral, para que este período diferente na rotina desses clientes torne-se o mais ameno possível. Além disso, o ambiente de trabalho deve permitir que as atividades sejam desenvolvidas adequadamente, de forma que permita a troca de saberes e as interações.

A percepção de um ambiente inadequado, principalmente pela existência de ruídos, relatada pelos profissionais, foi também percebida pelo cliente internado, como discutido anteriormente. Essa situação não foi vista como um agressor na promoção da assistência, porque a atenção e o carinho dispensado durante os cuidados prestados tiveram maior destaque. Mas tais questões podem levar a unidade para um ambiente desumanizador, gerando estresse para toda equipe e clientes, impedindo a implantação de uma assistência adequada.

A tecnologia, apontada como uma das causadoras de ruídos, como já comentado, tem grande importância na manutenção da vida e na recuperação dos clientes internados em uma UTI. No que tange a localização e o modo de utilização dos equipamentos e manuseios dos materiais, os profissionais de saúde da UTI precisam trabalhar melhor o uso dessas tecnologias, de forma que incomodem minimamente o cliente.

O grande desenvolvimento tecnológico voltado para a medicina do século passado e começo desse século trouxe a necessidade do surgimento de grandes centros hospitalares. Por conta dessa tecnologia e do aparelhamento adequado dos hospitais, a equipe profissional de saúde passou a ter a capacidade em tratar patologias cada vez mais complexas. Essas patologias passaram a exigir um controle mais intenso e mais intervencionista, exigindo maior capacitação profissional e a construção de uma unidade mais específica – a UTI.

Essa tecnologia é vista de maneira muito positiva pela equipe da UTI, sendo colocada como facilitadora na manutenção do ambiente físico da unidade. Os profissionais também associam essa tecnologia como uma forma de motivação para realização de suas atividades.

- Aqui é uma UTI que tem de tudo do mais moderno e que dá muita segurança para o paciente e pra quem está cuidando. É muito legal trabalhar tendo estas facilidades, ajuda bastante e dá bastante motivação.

- O espaço físico aqui na UTI é muito bom, dá pra dar uma boa assistência, temos os aparelhos mais modernos do mercado o que facilita bastante o trabalho de toda equipe. Um leito de UTI é muito cheio de coisa, monitor, respirador, cabos pra todo lado, é claro que quando o paciente tá muito grave, ele tem muitas coisas que dificulta um pouco na hora de tá manipulando este paciente, mas a gente sabe que tudo isto faz parte de uma

unidade intensiva. É importante também a gente explicar sempre pro paciente pra que serve todas estas coisas. Temos também um monitor central dentro do posto de enfermagem, além da gente poder ver o se o paciente tá precisando de alguma coisa, todos os parâmetros hemodinâmicos são vistos por toda equipe da UTI. Enquanto a gente prepara a medicação a gente vê tudo que acontece na UTI, isso é muito importante.

Acreditamos que a moderna tecnologia é importante para o alcance de resultados satisfatórios no tratamento dos clientes internados, mas não mandatória nas condutas de atendimento. Consideramos que os profissionais devem estar atentos para que a assistência não aconteça de forma tecnicista, se tornando escravos das tecnologias existentes. É necessário que a equipe esteja atenta para que essa tecnologia não ultrapasse a valorização da individualidade e da percepção do cliente como um todo, o que poderia descaracterizar na sua maior parte, a humanização da assistência prestada.

Funcionalmente, o ambiente é visto, pelos profissionais de saúde, como adequado para que possam desenvolver suas atividades. Uma UTI precisa ter espaços para todos os tipos de atendimento, principalmente relacionados à urgência e à emergência. Não estamos desconsiderando priorizarmos o conforto do cliente internado, mas deve conciliar os objetivos que caracterizam a assistência ao perfil da unidade.

- O espaço físico da UTI eu acho adequado. O espaço ele a gente consegue no leito colocar tudo que a gente precisa sem ficar aquele amontoado de coisa. Nós temos 10 leitos bem distribuídos, temos equipamentos pra todos os leitos, monitores, respiradores, o espaço entre o posto de enfermagem onde a gente faz prescrição e a distância com os pacientes eu acho adequada, agora a gente não tem muito espaço é pra preparo de medicação que a gente faz, no caso, em cima do carro beira leito que é um carro que fica do lado de cada leito. Eu acho esse espaço um pouco inadequado, mas nos demais itens, não tenho o que reclamar não.

Em função de seu objetivo de atenção ininterrupta do cliente 24 horas por dia, as UTIs apresentam uma série de características que as diferenciam do restante do hospital. Suas instalações são desenhadas de forma a destinar a cada cliente um espaço restrito, de fácil acesso, voltada para uma central de controle dos profissionais de saúde da UTI. O

ambiente, por si só, é barulhento por conta da movimentação contínua de profissionais e do ruído próprio dos aparelhos que se mantém ligados continuamente. A luz permanece ligada 24 horas do dia, impossibilitando, muitas vezes, o cliente de ter ciclos regulares de sono ou mesmo distinguir o dia e a noite, como encontrado nas narrativas dos clientes internados.

Os profissionais de saúde, por passarem bastante tempo dentro da UTI focados nas suas atividades, pode não perceber ou até mesmo se acostumarem com a agitação própria do ambiente, esquecendo-se das interferências que um ambiente com ruídos, luz intensa e temperatura artificial, que são fatores estressores que podem vir a prejudicar a assistência prestada.

Segundo Vila e Rossi (2002), a humanização da UTI está intimamente vinculada à atuação dos profissionais de saúde frente aos fatores estressantes. Porém, este aspecto deve ser trabalhado e discutido com a equipe para que não sejam esquecidos e não interfiram em seus processos de trabalho.

- O espaço físico é bom desde a recepção. Tudo é bem organizado, temos espaço bom pra trabalhar e os pacientes também são bem acomodados dentro desse espaço.

(...) cada box de paciente é totalmente individualizado, ele tem um espaço ... grande, ... mesmo que eu falo um pouco alto o do leito 2 não vai escutar o que eu to conversando com o do leito 1.

Na organização do trabalho em saúde, o espaço físico da unidade é um dos instrumentos que compõem as condições materiais necessárias à realização do processo de trabalho. Não é somente onde estão alocadas as coisas e as pessoas, mas expressa, também, como dão as relações sociais entre os diversos profissionais e entre esses e os clientes (LIMA, 1999). Valemo-nos do pensamento de Merhy (2000), quando expõem que são exatamente nesses espaços que são postas em práticas as tecnologias leves (tecnologia das relações), dependentes do trabalho vivo em ato.

Consideramos, pela análise das falas dos profissionais, que a UTI apresenta uma estrutura física adequada para um atendimento técnico-operacional das demandas existentes. Porém, o ambiente físico como um todo precisa ser revisto para que sejam trabalhados os ruídos, a privacidade e o repouso do cliente, bem como a criação de espaços

adequados para o desenvolvimento das atividades dos profissionais de saúde. Dentro de uma perspectiva de humanização, tais fatores também devem ser considerados.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 3 - A Equipe da UTI

Nessa categoria todos profissionais entrevistados consideram que a UTI em estudo apresenta um bom relacionamento dentro da equipe. Definem a equipe como uma equipe integrada, onde existe uma preocupação de um profissional ajudar o outro dentro de sua capacidade, visando promover uma assistência com qualidade ao cliente internado. Existe uma rotina diária nessa unidade para realizarem uma discussão entre toda a equipe multiprofissional e interdisciplinar, visando à colaboração entre os membros dentro da sua área de atuação para a recuperação do cliente internado. Um dos entrevistados define como um momento de encontro de sabedorias em prol do cliente. Informam também que o papel de cada profissional está bem definido e que todos os profissionais apresentam mesmo grau de importância para a promoção da assistência. Enfatizam a necessidade de uma sintonia contínua entre os profissionais intensivistas para que ocorra um adequado andamento das atividades na unidade. Ainda contam com a colaboração de profissionais de outras unidades e especialidades, onde são acionados de acordo com as necessidades apresentadas pelos clientes internados.

Temas:

- Equipe de trabalho muito boa.
- Trabalho realmente em equipe.
- Cada um tem uma atividade.
- A nossa equipe é muito boa para trabalhar.
- Trabalhamos em conjunto.
- Equipe multiprofissional.
- Equipe comprometida com o trabalho.
- ... sintonia entre os profissionais...
- Assistência em equipe.
- Colaboração entre os profissionais.

Essa categoria traz uma caracterização da dinâmica do processo de trabalho e do relacionamento interpessoal entre os profissionais da UTI e a forma que as atividades estão organizadas dentro de suas peculiaridades inerentes a cada profissão.

(...) aqui a gente trabalha com o técnico de enfermagem, com enfermeiro, os médicos, os fisioterapeutas, é um fisioterapeuta por plantão, nós somos em 4 enfermeiros do plantão, tem 3 técnicos e são 2 médicos que se revezam com um residente, acho que o papel de cada um é bem definido, a gente trabalha bastante em equipe, com poucas as exceções. A equipe médica respeita muito a gente, muito mesmo, a gente se dá muito bem, a

troca ela existe realmente e cada um tem a sua função com a sua importância de vida.

Os profissionais afirmam que existe um trabalho feito em prol do cliente internado, independente da função exercida na unidade, existe uma interação constante entre todos os profissionais. Para que possamos definir o tipo de interação existente dentro da equipe multiprofissional da UTI é necessária a avaliação dos conceitos e níveis de prática interdisciplinar.

Peduzzi e Ciampone (2005, p.144) caracterizam o trabalho em equipe como formas de “conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas de cada profissional” e a “prática comunicativa no qual os envolvidos colocam-se de acordo quanto a um projeto comum”, com suas dimensões inerentes ao trabalho em equipe. As autoras acrescentam que quando não ocorre o trabalho em equipe, cada profissional é responsável apenas pelas suas atividades, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela.

Vasconcelos (2002) propõem uma conceituação baseada no nível de cooperação e de coordenação crescente entre as diversas disciplinas. O autor caracteriza multidisciplinaridade como um atendimento individualizado das especialidades profissionais existente, sem qualquer interação e/ou cooperação entre os mesmos. Acrescenta que, apenas o cliente, poderá ser um meio de referência entre os profissionais que utilizam essa forma de trabalho e que este tipo de atendimento é o mais utilizado nos ambulatórios.

Pluridisciplinaridade é caracterizado por esse autor como um sistema de relação em um mesmo nível hierárquico através da troca de informações. Como exemplificação, o autor cita o momento da discussão de um caso clínico entre os profissionais de um determinado cliente. Não há uma tomada de decisão baseada nessa discussão, mas uma troca superficial de informações.

O trabalho em equipe, organizado na concepção da interdisciplinaridade, é definida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação,

das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação de elementos (VASCONCELOS, 2000, p. 47).

Outra conformação do trabalho em equipe, para este autor, é a transdisciplinaridade, “coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do campo, sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; criação de campo com autonomia teórica, disciplinar ou operativas próprias” (VASCONCELOS, 2000: 46).

Partindo de uma análise das falas dos entrevistados acerca do trabalho em equipe e baseando-se no referencial teórico acima, podemos concluir que as práticas de trabalho em equipe estão caracterizadas pela pluridisciplinaridade, uma vez que ainda não foi possível a construção de projeto assistencial comum, orientando e articulando as ações de saúde dos profissionais de saúde na organização do trabalho da UTI investigada.

Verificamos que há uma tendência de horizontalização das relações de poder, com a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma evidência teórica, através de um trabalho em conjunto e uma democratização.

- Nosso trabalho aqui na UTI é interdisciplinar, todos procuram falar a mesma língua, tem compromisso na qualidade da assistência, como já disse, todos procuram estudar muito, tem integração e comunicação adequada para interagirmos e resolvermos todas questões necessárias, tem continuidade, tem competência de todos. É muito bom trabalhar aqui no INCOR, mesmo com essas confusões que estamos passando no momento. A gente acredita que essas coisas vão ser resolvidas e tudo vai ficar ainda melhor. Problemas fazem a gente crescer.

- Bom, a equipe é uma equipe assim integrada ninguém faz nada sozinho né, um tá sempre ajudando o outro e sempre comunicando ao outro. Ah! Vamos fazer isso, ah o que vocês acham? Tudo é discutido, nada é assim de cima pra baixo, a gente sempre discute o que é melhor para o paciente, isso vai desde médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, tudo a gente faz em conjunto.

Durante o período de observação na UTI, presenciei algumas ações que favorecem o trabalho em equipe, tais como reuniões de equipe e visitas clínicas com a participação de todos os profissionais envolvidos na assistência, como médicos plantonistas, cirurgiões, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, equipe responsável pelo controle de

infecção hospitalar, psicóloga, assistente social e nutricionista. Essas visitas são realizadas com o objetivo do conhecimento do quadro clínico do cliente em diferentes dimensões profissionais para decisão de conduta, e como um momento de troca de saberes e informações entre os profissionais envolvidos. Com isso, há uma maior interação entre diferentes sujeitos buscando a promoção de uma assistência adequada ao cliente internado.

Qualquer atividade profissional, inclusive no caso da saúde, é mediada por pessoas, com suas competências profissionais, saberes, práticas e visões de mundo. Uma das tarefas mais relevantes, na esfera da saúde, é aliar os conhecimentos teórico-técnicos à sensibilidade humana para entender e avaliar um indivíduo na sua complexidade biopsicossocial. Entendemos que as relações entre os profissionais e clientes podem ajudar na recuperação e na reabilitação dos clientes internados, e, conseqüentemente, na construção de uma assistência humanizada. Logo, a interação da equipe torna-se fundamental nesse processo.

Verificamos, ainda, em um dos discursos apresentados, a existência de conflitos ligados a uma visão de superioridade da categoria médica em relação à categoria profissional da enfermagem, o que pode implicar dificuldades a uma integração da equipe em relação à tomada de decisões, que tenham como objeto da atenção, o cliente internado, aspecto que foi tão valorizado pelos profissionais entrevistados.

(...) a equipe de enfermagem em si é muito entrosada os médicos rotineiros também, o que a gente tem um pouco de dificuldade ainda são os cirurgiões porque aqui eles têm o costume de terminar a cirurgia, eles entregam o paciente nas nossas mãos, o anestesista não vem sozinho, o cirurgião vem acompanhando até passar pra cama, ele ajuda a passar, mas ele tem aquele negócio de dizer não, eu sou cirurgião e vocês são resto, tipo assim, eles não se envolvem muito com a gente não, diferente do médico rotineiro que é tranqüilo, tem um bom relacionamento.

Esse tipo de comportamento pode ser causado pela própria história do surgimento e da evolução da profissão médica e enfermagem. A medicina é uma profissão antiga, tradicional e consolidada, seu prestígio remonta a milênios de construção social da realidade. De acordo com estudos de Pires (1989), o conhecimento das primeiras técnicas, métodos e ações médicas datam da pré-história, com os homens das cavernas e, como toda ciência foi-se evoluindo, processos terapêuticos e intervenções cirúrgicas aperfeiçoadas,

mas só quem fazia usufruto da assistência médica eram os grandes detentores de poder e status, a classe pobre cuidava-se por meios de pajelanças e curandeiriças (PIRES, 1989).

Deve-se enfatizar também a divisão do trabalho na assistência a saúde: trabalho intelectual e trabalho manual. O trabalho intelectual referia-se à prática médica baseada no conhecimento sistematizado. O manual compreendia as atividades das quais os médicos não se ocupavam, deixando-as a cargo de outras pessoas que não possuíam formação específica para realizar tal trabalho. Essa divisão gerou os primeiros conflitos entre os médicos e as demais pessoas que trabalhavam na ação de saúde (PIRES, 1989).

Resumidamente, a profissão de enfermeira surge da divisão do trabalho do médico, para complementação do trabalho manual dos cuidados com o cliente. Durante o período colonial, eram comumente conhecidas como religiosas, parteiras e voluntárias. O caráter predominantemente feminino também origina e explica a problemática relação entre o médico e a enfermeira, ou seja, o papel de subordinação da mulher ao homem no lar e no trabalho (PIRES, 1989).

Podemos considerar que é estreita a relação entre a enfermeira e o médico, no dia-a-dia do hospital. A dependência mútua dos trabalhos médicos e de enfermagem pode mostrar-se como fonte de disputas e conflitos entre esses profissionais. Pode-se verificar nos resultados apresentados que as estratégias de trabalho adotadas nesta UTI, como já citadas favoreçam processos de trabalho mais compartilhados e coletivizados, propiciando tomadas de decisões de forma horizontalizadas. O relacionamento entre médicos e enfermeiras, de modo geral, mostra-se de forma mais integrada, embora seja importante que possam manter espaços de discussões, uma vez que este se caracteriza como um campo de forças, aonde os conflitos geralmente são em decorrência natural da estrutura organizacional que os coloca em posições contraditórias e da natureza do trabalho que realizam na assistência ao cliente, mas que de qualquer forma, precisam ser explicitados e sanados para que se possa manter uma adequada integração na equipe multiprofissional.

O discurso dos profissionais também intercala a concepção do cuidado integral, adotando a postura de que a equipe está atenta aos cuidados diretos com os clientes, além das necessidades psicoemocionais dos clientes e familiares. Apontam que toda a equipe se envolve visando à totalidade desse cuidado.

(...) é uma equipe que se dá muito bem a gente consegue reverter as coisas muito fáceis (...) procuramos estar sempre perto do paciente e da sua família. Praticamente todos nós agimos da mesma forma, visamos dar cuidado integral pro nosso paciente (...)

Os profissionais associam as atividades exercidas em equipe com um ambiente acolhedor de trabalho. Coimbra (2003) salienta que o acolhimento é um tipo de relação que se produz no trabalho vivo em ato, isto é, no encontro do trabalhador com o cliente, fundamentando-se na escuta e na receptividade, propiciando reorganizar o processo de trabalho em saúde, além de permitir englobar as diferentes demandas dos clientes. Para a autora, o acolhimento é um facilitador da reorganização da lógica do trabalho interdisciplinar, transformando um atendimento centrado na doença em um atendimento centrado no cliente.

Dentro do contexto do trabalho desenvolvido na UTI, observamos que as relações sociais de produção que se estabelecem entre os sujeitos são destaques para a constante reconstrução da realidade objetiva, que se reflete nas condições de atendimento e na promoção de cuidado nesse espaço social. O trabalho na UTI poder-se-ia tornar um dispositivo que possibilita produzir vida no interior das relações sociais constituídas. No entender de Engels (1952), o trabalho corresponde à condição básica e fundamental de toda a vida humana, capaz de modificar a natureza, assim como a si mesmo perante ela. O trabalho dignifica o homem, separando-o das outras espécies de seres vivos, ao permiti-lo controlar os modos de produção e compreender as relações humanas, a vida, a natureza e a si mesmo, como parte da natureza.

Essa forma de organização de trabalho apontada pelos profissionais mostra um desenvolvimento de saberes técnico-científicos baseados na intersubjetividade das relações construídas. O trabalho torna-se algo prazeroso e, conseqüentemente, esse prazer poderá ser refletido no cuidado colaborando com o surgimento de uma atenção pautada na humanização.

Silva et al (2002) citam que a multiprofissionalidade no cuidado faz parte do processo de apropriação do objeto de trabalho, centrado em práticas distintas, porém com um objetivo em comum na esfera integral de assistência nos serviços de saúde. As práticas

multiprofissionalizadas são apontadas como sendo uma estratégia privilegiada de aprimoramento do cuidado e de qualidade do atendimento. Todavia, as autoras compreendem que as práticas centradas na atividade multiprofissional também possuem um componente limitante, quando se referem à própria reprodução e organização dos serviços de saúde, além das ações de cuidado centradas na atenção biomédica e fragmentária.

A discussão em equipe para decidir sobre as condutas de cuidados a serem implementadas, tem uma importante influência para o andamento e o gerenciamento das rotinas de cuidados da UTI. As relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde, nesse setor, e a flexibilização das atividades parecem potencializar as condições de recuperação do cliente internado.

Os profissionais de saúde estabelecem uma relação entre si em uma realidade concreta e em constantes transformações baseadas na dinâmica da própria unidade. O profissional, inserido no contexto instituição e através das relações interdisciplinares terá maior chance de visualizar e encontrar estratégias de ação e enfrentamento coletivo para a resolução de problemas, e, conseqüentemente, o desencadeamento de uma prática mais humanizada e humanizadora.

Observamos que, muitas vezes, as relações perpassam as ações conjuntas voltadas simplesmente ao ato de cuidar. O trabalho, entre outros aspectos, se torna uma forma de o homem interagir e estabelecer relações interpessoais, que teoricamente servem para reforçar sua identidade e o senso de contribuição (BOM SUCESSO, 2002). Nesse sentido, as relações interpessoais permitem compartilhamento de vivências e conflitos, bem como a solução de problemas (MOULIN ET AL, 2000), como também podemos constatar nas entrevistas.

Ferraz (1998, p.163) considera a articulação de várias áreas profissionais entre si e com os outros profissionais ao analisar que

Está implícita no gerenciamento do cuidado ao cliente internado toda intervenção dos profissionais que aí atuam e, como gestores/executores, participam dos processos de articulação, de resistência, de coalizão e parcerias, definindo certa perspectiva para o atendimento.

Afirma, ainda, que para que haja o gerenciamento do cuidado deverá haver uma visão interdisciplinar que inclui todos os profissionais envolvidos no cuidado integral ao cliente internado que deverá ser planejado coletivamente, ou seja, de forma cooperativa e compartilhada.

Outra questão colocada é o fato da equipe manter o foco de atendimento com qualidade, independentemente da situação vivenciada pela Instituição. Isso mostra uma preocupação da equipe profissional em promover uma assistência com qualidade para o cliente internado.

Os profissionais de saúde utilizam o processo de comunicação como uma estratégia para promoção de integração entre os profissionais da unidade e, juntos, possam buscar soluções para o enfrentamento dos problemas e promoção e manutenção da qualidade da assistência.

Girin (1996), ao estudar a função comunicativa, aponta que a linguagem é mais que um simples suporte de informação, é um instrumento de socialização, de acumulação cultural, entre outras funções. Assim, num âmbito de uma organização, pode-se observar uma série de atos de comunicação ligados à definição e à execução dos objetivos da organização.

A articulação das ações executadas pelos diferentes profissionais caracteriza, com a interação e comunicação entre profissionais, o trabalho em equipe (PEDUZZI, 1998 e 2001). Peduzzi (2001, p.106) considera que a comunicação é um denominador comum no trabalho em equipe, pois identificou que “a articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorrem por meio da mediação simbólica da linguagem”. A autora destaca que quando esta comunicação manifesta-se de forma que os agentes desenvolvam em seu trabalho linguagem, objetivos, proposta ou mesmo uma cultura comum, existe a elaboração de um projeto assistencial comum “construído por meio da intrincada relação entre execução de intervenção técnicas e comunicação dos profissionais”. Peduzzi e Ciampone (2005) lembram, ainda, que no trabalho em equipe pode haver desavenças, conflitos ou atritos de pessoas, pois somente o trabalho em harmonia e o acordo entre questões comuns não caracteriza o que denominaram de trabalho em equipe integrado.

Nas relações de trabalho, bem como em todas as relações que o ser humano estabelece, não existe humanização sem uma comunicação eficiente e eficaz. Silva (1996) coloca que a comunicação, no contexto da humanização, não é diferente; ela pressupõe uma relação “com” o outro em vez de “para” o outro, o que representa a soma de expressões verbais e não-verbais. Desse modo, é fundamental que na prática profissional ocorra um repensar de como está acontecendo o processo de comunicação.

A equipe também enfatiza que a humanização se faz pela comunicação. A equipe utiliza essa comunicação como uma forma de amenizar e até mesmo resolver todas as ansiedades e dificuldades que possam surgir durante a internação do cliente e durante as atividades profissionais. Com isso, evidencia a importância da comunicação no contexto interdisciplinar e na relação com o cliente, por entender que, sem comunicação não existe integração, nem senso de equipe e, muito menos, cuidado integral.

Essa integração existente na equipe da UTI, como foi descrita pelos profissionais mostra uma organização de trabalho em equipe, onde o foco é o cliente. Trazendo para as diretrizes do Humanizaus que visa também proporcionar condições de trabalho mais humano, podemos considerar que a UTI em estudo mantém um ambiente favorável para o desenvolvimento de uma comunicação interpessoal positiva envolvendo profissionais e clientes. Apesar de identificarmos que essa harmonia de entendimento não ocorre de forma generalizada, algo que remete a muitas outras questões, percebemos a que existência de uma construção para a qualidade do trabalho em equipe na concepção da interdisciplinaridade ou da equipe integração requer avançar em estratégias na gestão do trabalho e dinâmica comunicacional entre os profissionais que possam avançar na articulação das ações, na integração dos profissionais, de forma a aproximar efetivamente as disciplinas/saberes na organização do trabalho coletivo, ou seja, a construção de projetos assistenciais que tenham a perspectiva da integralidade das ações no cuidado ao cliente.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 4 – Humanização

A humanização é definida como a promoção de uma assistência com qualidade, voltada para as necessidades do cliente internado. Informam que essa humanização está sendo implementada de forma gradativa na UTI do INCOR-DF, pois identificam aspectos a ser melhorados. Informam não ter um conhecimento como um todo, da política do Humanizaus do Ministério da Saúde e, ainda que não buscaram aprofundamento no

assunto. Realizam algumas sugestões que acreditam que colaborem para a promoção de uma assistência humanizada. A família poderia ficar mais tempo com o cliente, para que possa aumentar a proximidade entre os mesmos e favoreça um ambiente acolhedor. Ao mesmo tempo consideram que a presença dessa família poderá interferir nas atividades realizadas na UTI. Acreditam que não existe na UTI em estudo um modelo de humanização como é preconizada pelo Ministério da Saúde, mas relatam a intencionalidade de trabalharem para que essa humanização aconteça e melhore cada vez mais. Destacam que gostariam de passar melhores orientações para clientes e famílias, bem como visitar os clientes antes da cirurgia, sempre que possível. Acreditam que quando o cliente e sua família conhecem a pessoa que irá promover o cuidado bem como a unidade que ficará internado, há uma diminuição da ansiedade do cliente e até mesmo um estabelecimento de confiança para com os profissionais que irão participar diretamente no processo da sua recuperação. Enfatizam que a humanização é algo que já está incorporado no perfil do profissional e atitudes como reconhecer o cliente pelo nome, tratar o cliente como um ser individual, com suas particularidades trazidas pelo ambiente em que vive e respeitando as diferenças, também está dentro do contexto da humanização. Relatam que aconteceram algumas aulas na UTI para orientação quanto ao funcionamento do programa e acerca da humanização. Contemplam também a existência de um contato muito próximo do cliente com os profissionais através da comunicação contínua e do toque nos momentos de grandes ansiedades dos clientes.

Temas:

- Humanização
- Tem que vir da pessoa mesmo a humanização
- A gente o tratou com mais humanidade
- Acho que isso é humanização
- Nossa assistência está caminhando para a humanização.
- Humanizar os processos de trabalho.
- Humanização da assistência.
- Humanizar para melhorar a qualidade.
- Promover humanização.
- Assistência humanizada.

A categoria humanização integra os aspectos que caracterizam uma assistência humanizada em uma UTI na visão dos profissionais de saúde que estão inseridos nessa unidade. Os profissionais de saúde descrevem atitudes necessárias para a implantação de atividades que favoreçam a criação de espaços humanizadores. Alguns destacam também, que a humanização deve estar inerente na pessoa do profissional de saúde. Com isso, verificamos, ao longo dos depoimentos, que, apesar de acreditarem que realizam uma assistência humanizada, os profissionais de saúde apresentam dificuldades em definir de

forma clara o que vem a ser a humanização da assistência e como devem atuar para que essa humanização aconteça.

(...) eu acho que é uma coisa que tá já incorporada no perfil do funcionário, às vezes ele é até cobrado por algumas coisas, mas eu acho que ele tem que vir da pessoa mesmo a humanização, mas eu acho extremamente importante, principalmente em UTI onde o paciente fica longe de tudo, ele tem pouco acesso a família, pouco acesso a pessoas conhecidas, está totalmente entregue as mãos de outras pessoas que ele não conhece (...)

- Eu reconheço todos pelo nome, cada um tem um plano de cuidados diferente que é seguido no decorrer, acho que isso é humanização.

O termo humanização também é caracterizado pelos profissionais da UTI como uma forma de melhoria na qualidade da assistência prestada, onde estão envolvidos os clientes internados, seus familiares, os profissionais que atuam na unidade e todas as outras pessoas que atuam direta ou indiretamente para aumentar a resolutividade, diminuir o tempo de internação e melhorando os processos de relacionamentos. Ainda destacam que a humanização é um processo dinâmico e contínuo. Porém, alguns dos entrevistados informaram desconhecimento em relação ao Programa de Humanização da Assistência do Governo Federal.

Ao mesmo tempo, em que os profissionais manifestam a necessidade de estar conhecendo melhor esse Programa de Humanização para que, através deste, possam realizar ações que norteiem a humanização em sua prática.

(...) aqui na UTI a gente ainda não tem assim uma humanização como é preconizado, como o ministério quer, o ministério da saúde no caso, como deveria, a gente não tem, a gente vai tentar trabalhar para que isso melhore.

(...) não, não totalmente, em parte, eu acho que poderia melhorar, mas no momento não, não considero que seja totalmente humanizada, mas também não é que não tenha nada de humanização, tem em parte (...)

(...) eu creio que futuramente a gente possa tá programando. É uma proposta que eu tenho para passar pra minha chefe, mas eu acho que é

muito importante, o paciente simplesmente acorda na UTI, acho que assim um ponto da humanização que a gente poderia tá fazendo era o enfermeiro da UTI ir antes da cirurgia ou um dia antes pra tá passando, conversando com ele porque ele vai acordar e vai vê a gente, eu acho que isso seria legal, ele acordar mesmo que meio dormindo, meio sonolento e vê, ah essa pessoa eu conheço eu sei onde eu tô, eu acho que isso a gente poderia tá fazendo, eu acho isso importante.

A Humanização definida pelos profissionais de saúde da UTI em estudo está diretamente caracterizada pelo conceito atribuído pela PNHAH. Apesar de colocarem em seus discursos certo desconhecimento desse Programa criado pelo Ministério da Saúde, percebemos uma possibilidade de evolução para as diretrizes contidas nesse programa. Observa-se na fala dos profissionais que a concepção da humanização se volta para a assistência que valoriza a qualidade do cuidado, associado ao reconhecimento dos direitos dos clientes, de sua subjetividade e referências culturais, bem como sinaliza para a valorização dos profissionais e do relacionamento interpessoal.

- Não sei exatamente sobre o Programa de Humanização, mas já ouvi falar, sei que existe alguma coisa sobre o atendimento do idoso, mas as diretrizes eu não conheço. Sei que a teoria é bonita, se pusesse em prática sei que seria bom.

- Não sei nada desse programa do governo, desconheço. Acredito que seja algo que vise dar uma assistência melhor pro paciente, mais humanizada, tratando o paciente com carinho, valorizando, dando importância para ele. Sabemos que o paciente é o motivo pelo qual temos que estudar, trabalhar e se dedicar cada vez mais e mais para podermos tratar esse paciente de forma correta e adequada e a humanização deve fazer parte disso.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde sobre o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar – PNHAH (BRASIL, 2002, p.12),

Humanizar é: garantir sua palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso ainda que esse sujeito ouça do outro, palavras de reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o

outro. Sem isso, nós desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes.

Pode-se perceber, ainda, na análise dos depoimentos obtidos, que houve ênfase nos aspectos éticos, do desenvolvimento da empatia (consciência objetiva e plena de *insight* dos sentimentos, emoções e comportamento de outra pessoa e de seus significados e importância) e na visualização do ser humano em sua totalidade e não como singulares de características fisiológicas, psicológicas e sociais.

Os profissionais entrevistados também definem a humanização utilizando conceitos presentes no cotidiano da prática assistencial, como o de ser humano, de responsabilidade, de respeito, de verdade, de autonomia e de conhecimento. Dessa forma, proporcionam reflexões sobre eles, abrindo uma clareira para atitudes éticas e humanizadas.

Realizando uma contextualização com a percepção dos clientes internados, podemos visualizar que as dificuldades relatadas pelos profissionais não são percebidas ou, pelo menos, não foram apontadas pelos clientes. Os profissionais também percebem a satisfação dos clientes em relação à assistência prestada, justificada não apenas pela capacidade técnica, mas principalmente pela atenção integral dispensada pelos profissionais aos seus clientes em UTI.

(...) a gente vê isso na hora da alta quando eles agradecem (...) agradecer quem ficou com ele e nesse momento que a gente vê que (...) tratou ele com mais humanidade.

Os profissionais de saúde também acreditam que a preocupação com a continuidade do planejamento da assistência presente na UTI, permite um cuidado mais direcionado para o cliente, aproximando para uma realidade humanizadora.

- Na nossa equipe a gente sempre passa o problema do paciente pro outro, a gente sempre passa as coisas pra dar uma continuidade da assistência prestada, a gente vê se faltou alguma coisa, alguma lacuna pra resolver, não se vê isso em outros hospitais, quem faz porque gosta do que faz, você vê que atende mais humanizado, quem não gosta não dá um bom dia pro paciente, trata o paciente como uma máquina. Isso não é legal, isso é falta de humanização. A gente precisa tratar o paciente como gente e não como máquina. Isso pra mim é humanização que devemos fazer.

Qualquer atividade profissional, inclusive no caso da saúde, é mediada por pessoas, com suas competências profissionais, saberes, práticas e visão do mundo. Uma das tarefas mais relevantes, na esfera da saúde, é aliar os conhecimentos teórico-técnicos à sensibilidade humana avaliar e entender um indivíduo em sua complexidade biopsicossocial. Entendemos que as relações entre os sujeitos podem levar à recuperação das pessoas, bem como na manutenção da saúde.

A enfermidade vivenciada por uma pessoa não afeta apenas o seu físico, mas afeta inclusive a sua própria identidade. A doença que a acomete lhe causa um sofrimento que também atinge uma esfera em uma dimensão psicossocial. Por sermos seres humanos, não deixamos de sentir, de ficar preocupados com o que aceitamos ou não, com o que é culturalmente ou socialmente aceito, quando estamos doentes. É importante, portanto, que o profissional de saúde compreenda não somente o que o homem pensa, mas também o que ele sente (SILVA, 2000).

Podemos verificar em seus discursos que os profissionais entendem que chegar próximo ao cliente, interagir com ele, conhecer os medos, os anseios, seus sentimentos, é uma forma de humanizar.

Outro fato manifestado pelos profissionais é a importância da família para proporcionar uma assistência humanizada. Mas, ao mesmo tempo, consideram que ainda não estão preparados adequadamente para incluírem a família nesse processo. Para os profissionais, a família acaba interferindo de alguma forma em seus processos de trabalho. Ainda colocaram que essa situação envolve ações importantes, ou seja, fornecer a informação adequada e condizente com o nível de entendimento dos familiares, e ainda compreender o momento de sofrimento e fragilidade emocional das famílias nessas situações de atendimento crítico.

- É importante no horário da visita fazer com que esse horário não seja interrompido e que seja realmente produtivo, aproveitado. Um gesto um toque já ta incorporado na humanização.

(...) você consegue que o paciente colabore melhor com o tratamento... Que ele entendendo o que tá sendo feito, ele vai colaborar mais com você (...).

- Bom... humanização a gente tá na verdade implementando aos poucos né aqui no hospital. Eu acho por exemplo que o familiar poderia ficar mais tempo por exemplo na UTI, mas assim a gente ainda não conseguiu que isso fosse possível né, porque eu acho assim a família junto com o paciente, assim ajuda muito o paciente né, as vezes atrapalha dentro da UTI, a gente tem muito procedimento, tá sempre assim fazendo alguma coisa com o paciente e o familiar lá dentro. Pra gente profissional acaba atrapalhando (...)

Percebemos que, dentro de uma realidade de produção de tecnologias de relações na UTI, a flexibilização de rotinas das visitas pareceu fundamental para o estreitamento de laços afetivos e para o redimensionamento desse espaço social pelos familiares. Além disso, é possível perceber que tal atitude, de certa forma, significaria romper com o senso comum que determina a UTI como sendo um ambiente preenchido pela fatalidade, pelo sofrimento e pela negatividade. É uma forma de promover a aproximação das famílias e permitir a recuperação da saúde dos clientes junto com seus vínculos sociais.

Ainda que exista uma política institucional que determine a rotina de horários para visitas, ela é flexibilizada pelos profissionais, permitindo a visita de familiares e amigos em outros horários. Tal atitude fortalece ainda mais as relações interpessoais do binômio profissional-cliente. Porém, da mesma maneira, existe uma consciência de que a UTI tem suas rotinas e que estas devem ser respeitadas por ambas as partes, e que a presença da família pode interferir na rotina das atividades realizadas. Acreditamos que alguns profissionais podem ainda não estão preparados para lidar com a presença constante do acompanhante na UTI, proposta esta, que integra o processo de humanização.

- Acredito que estamos procurando cada vez mais dar uma assistência humanizada. Na UCO que é onde ficam os pacientes que estão mais acordados, colocamos televisão para os pacientes, oferecemos livros e até deixamos a família trazer. Fazemos isso para minimizar ambientes hostis que podem ser percebidos pelos pacientes internados. Tem visita dos palhaços da alegria, música no ambiente, a gente se preocupa em oferecer dois horários de visitas para a família, e no caso de pacientes terminais a gente tenta deixar a família o maior tempo possível com o paciente. Em relação aos profissionais, existe carinho e atenção com o paciente, em geral as enfermeiras sempre tentam se envolver de uma forma mais adequada, fica mais perto do paciente, procuram ver e saber o que eles gostam, tentam

confortá-los ao máximo, acho que essa UTI é humanizada por conta disso tudo e muito mais.

A informação adequada e o preparo emocional da equipe para lidar com o sofrimento da família são estratégias imprescindíveis para que a equipe multiprofissional possa promover um ambiente humanizador cuidando integralmente do seu cliente.

No tocante ao atendimento em saúde e aos trabalhos publicados no Brasil, diversos autores tem se dedicado à humanização, seja afirmando sua prática (DEMARCO, 2003), reforçando sua necessidade (TRAVERSO – YÉPEZ & MORAIS, 2004) ou questionando sua definição (DESLANDES, 2004). Além disso, a criação da PNHAH, cuja meta é a valorização da pessoa nas práticas de saúde pública e a utilização de um manual com diretrizes para implantação e fortalecimento das ações de humanização, ilustram bem a notoriedade do tema.

O toque também é algo considerado pelos profissionais de saúde como importante para a realização do cuidado em UTI. Hudak e Gallo (1997) relatam que, mesmo no caso de estarem privados de sensibilidade ao toque, os clientes de UTI podem ser por ele beneficiados, desde que seja planejado pelo profissional. O toque pode ser utilizado para transmitir mensagens ao cliente sobre si próprio, para a percepção do seu corpo e sua auto-estima.

O toque é uma linguagem e, desde o nascimento todas as pessoas têm necessidade de contato tátil, essencial para o seu desenvolvimento, acentuada durante os períodos em que há exposição ao estresse. Nos processos que envolvem enfermidades, o toque é um dos instrumentos de recuperação utilizados pela enfermagem para transmitir sentimento de bem-estar ao cliente (FIGUEIREDO ET AL, 1996).

Os profissionais de saúde, através de suas narrativas, informam que acreditam que o toque pode ser mais um dos fatores determinante da humanização, mas assumem que negligenciam em alguns momentos esse tipo de cuidado.

(...) é você chegar próximo a ele e interagir com ele mesmo, não só vê ele de longe, se você não conseguir chegar próximo a ele, saber os medos, os anseios, fazer com que ele verbaliza pra mim o que ele tá sentindo, eu não vou tá sendo humana com ele e isso a gente consegue fazer aqui.

(...) humanizar também é tocar no paciente, pois precisam muito da nossa atenção e nosso carinho (...)

(...) a gente como profissional da UTI ficamos tão preocupado com o bom funcionamento dos equipamentos, em vigiar se os fios tão todos nos lugares pra que a gente não confunda intercorrências com interferência que acabamos esquecendo de olhar mais pro paciente e chegar mais perto (...)

Nos discursos emergidos também verificamos uma preocupação dos profissionais em estarem mais próximos do cliente internado, não focando apenas o tratamento da doença. Ainda, justificam que não conseguem algumas vezes realizarem tal aproximação, por estar envolvidos com concepções tecnológicas e mecanicistas. Essa situação pode ser comum devido à demanda de atividades realizadas em uma UTI. Existe um complexo tecnológico que exige do profissional intensivista uma atenção especializada para que ocorra uma adequada utilização dos mesmos.

Devemos ainda lembrar que os clientes da UTI passam por diversas situações causadoras de desconfortos físicos e emocionais, e que a equipe profissional deve estar atenta para que possam minimizar esses desconfortos.

Em relação ao desconforto físico, Maciel (1996) afirma que, dentre os procedimentos técnicos que incomodam o cliente, a entubação traqueal tem sido destacada pelos clientes como o mais freqüente desconforto. A sobrecarga sensorial tem uma repercussão importante durante o pós-operatório. O cliente poderá apresentar sintomas como: perda da percepção do tempo e espaço, tédio, ansiedade e medo, depressão e agitação (HUDAK E GALLO, 1997).

Waldow (1998) afirma que a abordagem carinhosa, interessada, respeitosa, o esclarecimento e a educação do cliente constituem elementos-chave para a tranquilidade, a segurança, a confiança, a colaboração e a aceitação do cuidado. E esta estratégia também é percebida pelos profissionais entrevistados quando caracterizam a humanização da assistência.

É importante acrescentarmos que os depoimentos dos clientes são similares ao dos profissionais entrevistados em relação à avaliação dos cuidados proporcionados e recebidos. Observamos que, apesar de se referirem ao medo, ao incômodo e ao cansaço por

estarem na UTI, os clientes mencionaram aspectos positivos como, por exemplo, a sensação de segurança e o fato de serem bem cuidados pela equipe multiprofissional. E, ao mesmo tempo, a equipe mostra uma grande preocupação em proporcionar aos seus clientes um cuidado humanizado.

Dentro dessa perspectiva, torna-se importante destacar a singularidade dos termos: atitudes éticas e humanizadas. O primeiro pode ser compreendido como a opção de cada ser humano em tomar decisões conscientes diante do mundo, preocupando-se com as conseqüências que suas condutas têm sobre o outro (MARTINS, 2002). O segundo ocorre quando estes dois sujeitos se constituem um diante do outro (AYRES, 2001).

Assim, se a intenção é humanizar as relações assistenciais, faz-se necessária a presença do outro e que ambos estejam abertos para acolher esta presença em uma atitude que inclui conceitos e atitudes éticos. Para isso, é necessária a inclusão de rotinas que contemplem a humanização nas atividades desenvolvidas na UTI, ou seja, rotinas cuja abordagem central seja o ser humano nas suas relações.

Deslandes (2004, p.4) resume as demandas e problemas que podem comprometer a qualidade do atendimento estão muito relacionados ao processo comunicacional.

Apontam a deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, repercutindo de forma negativa no cuidado prestado. O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputem desgaste e mesmo sofrimento psíquico. Assim, a humanização também é vista como ampliação do processo comunicacional.

Verificamos que a equipe da UTI e a própria instituição INCOR-DF está empenhando-se em promover uma assistência mais humanizada, utilizando, como base e de forma gradativa o Programa Nacional de Humanização, através dos treinamentos que estão sendo realizados para toda equipe. Durante o período de observação, pude constatar que os profissionais recebem diversos treinamentos que estão relacionados com sua prática, dentre estes, sobre a realização de uma assistência mais humanizada dentro da UTI. A realização dessas intervenções educacionais, promovidas pelas lideranças da Instituição, demonstra uma preocupação com o preparo dos profissionais nela inseridos. Mas também verificamos

que a situação atual da Instituição pela crise política, refletiu nas estratégias de educação em serviços, com retrocesso nesse processo sem manter a regularidade da oferta das ações educativas, já que houve necessidade de reestruturação de forma aparentemente não planejada. Essa reestruturação envolve redimensionamento do quadro de pessoal que, devido à redução, alguns profissionais tiveram que ser deslocados da sua unidade e foram alterados seus turnos de trabalho em virtude da demanda do atendimento. O atendimento também foi redirecionado para a solução de problemas e na priorização de urgências e emergências, não permitindo a realização de uma assistência mais sistematizada, distanciando da promoção de um cuidado humanizado.

(...) a gente gostaria muito que esses problemas não atrapalhasse no modo que cuidamos dos nossos pacientes, mais humanizado, fazer uma humanização da assistência, mas ta meio difícil, ta meio que parada as coisas (...)

(...) fala muito dessa questão da gente tratar o paciente como ser individual que tem todo um contexto envolvido naquela doença,... ser subjetivo ..., tratar o individual sem como se não fosse menosprezar ele, ... quando a gente entra aqui na instituição a gente tem várias aulas sobre o funcionamento institucional, o funcionamento do programa, a gente teve uma aula de humanização (...)

Partindo da premissa da implantação de um processo de humanização e, de acordo com as recomendações do Humanizausus, a existência de uma educação permanente para os profissionais de saúde assume um papel de grande responsabilidade para criação e a manutenção desse processo.

Ao mesmo tempo, não percebemos pelas entrevistas dos clientes que tal impacto está sendo percebido. Os clientes não apontaram nas suas narrativas fatos que demonstrasse dificuldades de atendimento pelos profissionais de saúde. Pelo contrário, informam que os profissionais de saúde estão presentes a todo o momento, atendendo suas necessidades. Talvez o carinho, a empatia e a atenção dispensada pelos profissionais façam com que a assistência prestada tenha a qualidade necessária de atendimento dentro da visão dos clientes e, fatos relatados pelos profissionais, como a grande demanda de atividades que impede à aproximação do cliente em muitos momentos, podem não estar causando impacto na assistência.

Concluimos que, ações simples, como promover o acolhimento e a comunicação são estratégicos para tornar um ambiente mais humano. Ainda consideramos que dar voz aos clientes e profissionais, reconhecer suas demandas subjetivas e emocionais significa retirá-los de um modelo teórico-prático, pode possibilitar um resgate da humanização dessa relação e um reencontro de horizontes no seu fazer profissional.

DESCRIÇÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 5 - Dificuldades no Processo de Trabalho.

Nesta categoria são descritas as dificuldades encontradas na realização do trabalho dos profissionais onde são destacadas as implicações da crise do cenário político-financeiro do INCOR-DF na qualidade da assistência e para a saúde dos trabalhadores, tais como: quadro de pessoal reduzido, falta de materiais para atendimento aos clientes e a sobrecarga física e psíquica enfrentado pelos profissionais de saúde. O estresse emocional está justificado pela incerteza da continuidade da Instituição em que reconhecem condições de trabalho que são prazerosas e gratificantes, como também, a importância desse serviço na atenção a saúde do Distrito Federal. O desgaste do trabalhador vem justificado pelo estresse físico devido o sobrecarga de atividades decorrentes da diminuição de recursos humanos, aumentando a demanda pela continuidade do atendimento prestado. O estresse emocional vem relacionado pelo sentimento de impotência frente à dificuldade em assegurar a qualidade do atendimento devido a essa situação de precarização do trabalho. Informam que, além das funções assistenciais, realizam as funções administrativas gerando uma sobrecarga de atividades incompatível com a capacidade de atendimento. Relatam a abertura de mais leitos e, conseqüentemente, maior demanda dos atendimentos, fazendo com que a assistência seja focada para questões técnicas e operacionais, não permitindo a promoção de uma atenção mais individualizada para o cliente. Acrescentam que a equipe acaba por se sentir desanimada, desmotivada, podendo ficar mais vulnerável frente a esses estressores.

Temas:

- Problema que a gente está tendo.
- Falta de material.
- Agora a gente está passando por uma fase um pouco crítica
- Problemas que a gente está passando no momento
- Problemas de incerteza...
- Ninguém sabe o que vai acontecer.
- Problemas enfrentados.
- Falta de profissionais.
- Estresse físico e emocional.
- Equipe fica desanimada...

Nessa categoria os profissionais apontam questões que interferem no processo de trabalho e na qualidade da assistência prestada aos clientes da UTI. Caracterizam que tais dificuldades são geradoras de estresse físico e emocional aos profissionais de saúde.

- Bom, é difícil dizer. Tem coisas muito boas, os colegas se ajudam muito, o clima de trabalho é muito bom. Mas em relação à proposta que tínhamos no início está um pouco diferente. Com os problemas que tivemos na Instituição, esses que saíram nos jornais, muita gente pediu demissão e também tiveram algumas demissões. Aí, a equipe ficou menor, mas o trabalho ficou mais pesado e mais corrido, o que deixa a gente um pouco cansado e, até mesmo, estressado até com bobagens.

(...) devido a esses problemas que eu já te disse a gente acaba se estressando facilmente se irritando facilmente cansando né, porque a gente ta muito sobrecarregado e isso eu acho que acaba interferindo no relacionamento né, a gente se estressa fácil um com o outro (...)

Compreender o estresse não é tão simples, pois a definição exata é “vaga e inconsciente” (PELLETIER, 1997, P.21). Entretanto, percebemos que a maioria dos conceitos envolve o ambiente interno e externo do indivíduo, bem como as situações ou experiências que precipitam, tensão, ansiedade, medo ou ameaça, podendo ter conseqüências tanto negativas como positivas para o mesmo.

Smeltzer e Bare (1993) colocam que o estresse constitui-se como um conjunto de reações que o organismo humano desenvolve ao ser submetido a uma situação onde são manifestados sinais e sintomas exclusivos, caracterizados por alterações não específicas no sistema biológico.

Rosch (1996) refere-se ao termo como uma reação psicofisiológica que ocorre quando, de uma maneira ou de outra, enfrentamos determinada situação, seja de medo, de excitação ou de felicidade. Ressalta o estresse como algo que impulsiona os seres humanos a encarar desafios, a atingir metas e, também, a superar os próprios limites.

O estresse relatado pelos profissionais de saúde, sobre outra perspectiva, pode também causar conseqüências ao psíquico dos trabalhadores, geradas pelas mudanças implementadas, resulta no surgimento do termo *Burnout*, designando aquilo que deixou de funcionar por exaustão energética, expresso por meio de um sentimento de fracasso e

exaustão, causados por um excessivo desgaste de energia e recursos que acomete, geralmente, os profissionais que trabalham em contato direto com pessoas, isto é, uma combustão completa (KLEIMMAN, 1998).

Esse autor acrescenta que, o *burnout* pode atingir diferentes profissões, em qualquer faixa etária, mas as profissões que exigem um intenso contato interpessoal são as que mais apresentam altos índices de *burnout* e, entre elas, encontram-se as profissões assistenciais. Os estudos quanto à etiologia do stress na área do trabalho são inúmeros. As pesquisas sobre o stress associam *burnout* ao meio ambiente de trabalho, enfocando a frequência, intensidade, características, exposição prolongada aos estressores e ao processo crônico do stress, levando o sujeito à fadiga física e psíquica.

Analisando os discursos apresentados pelos profissionais da UTI, o estresse identificado está estreitamente relacionado para o contexto que a Instituição INCOR-DF está vivenciando. Um ambiente de UTI é considerado, por si só, como estressante pela gravidade dos clientes internados e pela complexidade da assistência prestada e, aliado com as dificuldades administrativas e operacionais levantadas pelos profissionais da unidade, fazem com que aumente ainda mais os fatores geradores de estresse.

- Bom no momento tá um pouco complicado porque a gente tá com menos pessoal né a gente tá com duas pessoas saindo, uma de licença e outra saindo mesmo.

- Um outro problema que a gente tá tendo é com relação o material no hospital, tá faltando muito a gente tem que ir muito a farmácia...

(...) tem dia que a UTI tá muito cheia não dá pra dar toda atenção e os cuidados assim que a gente gostaria, mas do tipo está mais vazio como hoje, por exemplo, dá pra gente tá dando uma atenção assim mais direta e acho que melhor.

Baseando-se nos autores apontados no decorrer da dissertação, podemos considerar que as unidades de terapia intensiva podem ser excelentes cenários para a prestação de uma assistência totalizante, desde que haja espaços e condições adequadas para o trabalho com clientes, acompanhantes e com os próprios integrantes da equipe de saúde. Mas, no caso da UTI em estudo, percebemos que existe a intencionalidade de realização dessa assistência integral. Diversas atividades profissionais podem socializar um saber profissional de forma

inter/transdisciplinar. Assim, os profissionais podem usar esses saberes para discutir as limitações do ambiente, bem como as suas, como equipe, criando espaços institucionais para que isso venha à tona e possa ser trabalhado. É importante que exista um canal de comunicação dentro da instituição para que todas as problemáticas apontadas pelos profissionais seja constantemente revista e rediscutida para criação de estratégias para resolução dessas dificuldades enfrentadas.

As limitações materiais foram uma constante nas falas. Para Costa (2005), essas limitações freqüentemente fazem com que o profissional lance mão de formas alternativas para realizar o cuidado. Muitas vezes assumem a deficiência de infra-estrutura como uma questão própria. Dessa forma, seu tempo é consumido nas tentativas de resoluções dessa carência.

(...) tem material, agora a gente ta passando por uma fase um pouco crítica, mas sempre tem material, os equipamentos são todos de última geração. O que a gente as vezes discuti é a questão do número de pessoal trabalhando aqui a gente da assistência direta então acaba sobrecarregando muito a gente (...) a gente também faz o administrativo então fica bem sobrecarregado.

- A gente tinha um ritmo de trabalho e de repente muda tudo e a gente como enfermeiro acaba tendo que delegar muitas coisas para o técnico de enfermagem e o tempo que a gente ficava mais com o paciente teve que diminuir, senão não daria tempo pra gente fazer tudo que precisa durante o plantão. Outro problema que tem acontecido é a falta de alguns materiais, aí tem que ficar vendo qual que utiliza no lugar, assim um pouco da padronização que já estamos acostumados podendo atrasar nossa atividade e até interferir na assistência ao paciente.

Os profissionais apontam essa falta de material como impactante para a realização de um atendimento com qualidade, atribuindo também para falta de organização da administração para a resolução desses problemas. Existe uma complexidade em torno de uma organização de saúde. Pitta (1996) ressalta que, ao extrapolar a noção de “organização de saúde” para incorporar às funções das “organizações de serviço público”, amplia-se o nível de dificuldade, já que se incorporam, para além da técnica, outras dimensões políticas e econômicas que tornam, muitas vezes, contraditórios os objetivos da organização.

O exemplo disso está exposto na fala de alguns profissionais, pois além da falta de materiais, existe a falta de profissionais para que possam atender a demanda da unidade. Na verdade, a Instituição INCOR-DF, apesar de ser caracterizada por economia mista, a sua sustentabilidade está diretamente relacionada com os recursos repassados por órgãos públicos. A instituição ainda não apresenta condições econômicas e administrativas de auto-sustentabilidade. O contexto político e a falta de recursos econômicos põem em risco a qualidade da assistência prestada, conforme narrados pelos profissionais entrevistados.

(...) a gente vê mais de problema é uma diminuição no quantitativo de pessoal, abriram-se mais leitos e não foi aumentado ninguém, então a gente era uma equipe que trabalha com 10 leitos e assim a mesma equipe tá com 5 leitos então assim isso tá sobrecarregando muito a equipe, é um probleminha que a gente tá tendo no momento, espero que seja só no momento mesmo (...)

(...) devido a gente tá com pouco enfermeiro, o caso do período da manhã e muito paciente a gente não tá dando a assistência que eu acho que a gente poderia dar... ...eu acho assim que se tivesse mais gente ou mais enfermeiros eu acho que ajudaria; por que a gente tem que fazer evolução de todos eles (...)

Podemos verificar também sentimentos de otimismo frente às dificuldades. Os profissionais demonstram acreditar na Instituição e, principalmente, na capacidade de não permitir que essas situações afetem a qualidade da assistência prestada. Mostram-se envolvidos com todo o contexto vivenciado pela Instituição e dispostos a auxiliar no que for preciso focados nas necessidades dos seus clientes.

(...) eu acho que a gente tá aqui para colaborar e eu acho que vai melhorar apesar dos problemas que a gente tá passando no momento mas, eu acho que tem tudo pra dar certo.

(...) eu muito poucas vezes eu saio daqui com o sentimento pra baixo, eu procuro fazer tudo que está ao meu alcance se não é feito alguma coisa é por ou falta de material ou por dificuldade de progredir em relação a outro profissional, mas no restante eu procuro fazer o máximo pro paciente (...)

Com isso, compreendemos que o fazer profissional está acima das dificuldades enfrentadas pela equipe da unidade e, a preocupação com a excelência no atendimento torna-se parte das atividades desenvolvidas.

Mas tais dificuldades devem ser consideradas como fatores que podem impedir o desenvolvimento de ações humanizadas e, para que a humanização aconteça de forma real é necessário o envolvimento de todos os integrantes da instituição INCOR-DF.

Desenvolver um programa de humanização institucional pressupõe transpor barreiras disciplinares nas quais os profissionais se encontram freqüentemente inseridos. É preciso entender, no entanto, que não são as dificuldades que ocasionam situações geradoras de desumanização, mas a percepção que o ser humano tem delas num dado momento, como obstáculos insuperáveis.

Assim, é necessário que gestores, os profissionais dessa unidade em estudo, utilizem estratégias de superação dos problemas apresentados, para que se possa consolidar uma assistência humanizada tão acreditada e almejada pelos profissionais e clientes entrevistados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como ponto de partida a caracterização da assistência prestada na Unidade de Terapia Intensiva, do Instituto do Coração do Distrito Federal, tomando como referência as recomendações do Programa Humanizasus, do Ministério da Saúde. A humanização engloba vários conceitos, especificamente as diretrizes conceituais e operacionais da política ministerial. Essas diretrizes se apresentam como uma estratégia importante para a qualificação da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde, no que diz respeito às condições de atendimento, qualificação dos recursos humanos e gestão do processo de trabalho.

Buscamos para a caracterização do processo de humanização o recurso da observação não-participativa visando à caracterização institucional quanto a sua organização e práticas de saúde. Também utilizamos entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde e clientes internados, elegendo aspectos que tratassem do atendimento de saúde, do trabalho e do relacionamento dos profissionais, da ambiência e da percepção do processo de humanização no que tange às ações e diretrizes políticas do Humanizasus. Esta última, mais voltada para os profissionais de saúde, por serem co-responsáveis para a promoção de uma assistência humanizada.

Neste momento, podemos compartilhar descrevendo como foi esta experiência de aproximação para compreendermos, na concepção dos profissionais de saúde e clientes da UTI, a dimensão humana das suas realidades. Mesmo dividindo com eles o espaço de trabalho como enfermeira, na concepção de pesquisadora foi uma experiência nova que nos levou ao conhecimento das diferentes realidades dentro de uma UTI, tanto na visão dos clientes internados quanto dos profissionais de saúde acerca do processo de humanização do cuidado.

A análise de conteúdo, como metodologia, permitiu um contato maior com os profissionais da área e sua realidade de trabalho, assim como com os clientes internados e suas percepções. Os procedimentos da análise de conteúdo categorial temática, através do estabelecimento das verbalizações, definição de temas e categorias e suas correlações,

permitiram uma maior compreensão das peculiaridades e fatores envolvidos para a prestação de uma assistência humanizada.

Como apresentado anteriormente, não foi intenção deste estudo esgotar a discussão sobre o tema focalizado, mas fazer uma aproximação do fenômeno que nos inquietava, em apreender a possibilidade real de implantação e manutenção de uma assistência humanizada em uma unidade de terapia intensiva que se propõe a atender prioritariamente uma clientela do sistema de saúde pública, tomando para a análise as diretrizes do Humanizausus.

Na busca de conhecermos a assistência prestada pelos profissionais de saúde da UTI e as relações estabelecidas com seus clientes, delineamos cuidadosamente todos os sentidos apreendidos no decorrer das falas dos entrevistados. Na percepção dos clientes, o atendimento recebido na UTI mostrou-se mais focado na disponibilidade tecnológica existente na unidade, na capacitação dos profissionais envolvidos e no relacionamento interpessoal entre profissionais e clientes. Quanto aos profissionais, estiveram associados mais diretamente os aspectos técnicos e científicos, com destaque para as atividades administrativo-gerenciais, assistenciais e condições de trabalho, como também os aspectos relacionais e emocionais do ser humano.

O INCOR-DF, Instituição onde está inserida a UTI em estudo, está vivenciando um momento de crise financeira e tem sido alvo de questões políticas, onde profissionais e clientes tomam conhecimento dos fatos pela mídia, e não pelos gestores envolvidos. Tal fato remete para uma insegurança e preocupação para os clientes e profissionais como demonstrado no decorrer deste estudo. O desencadear de tais acontecimentos caracterizam uma crise institucional com reflexos prejudiciais na assistência prestada, conforme relatado pelos profissionais de saúde. Também é sentido por esses profissionais como um fator de sobrecarga e desgaste no ambiente de trabalho.

Dentro de uma UTI um processo de desumanização pode envolver diferentes aspectos, tanto para os clientes internados quanto para os profissionais de saúde, tais como: a visão de um local estranho e assustador, onde se lida com os limites da vida e da morte e não são admitidas falhas ou indecisões, além da tendência à supervalorização da alta tecnologia durante a assistência prestada. Esses aspectos surgiram nos depoimentos durante a caracterização da UTI em estudo. Entretanto, os profissionais de saúde apontaram como objeto de cuidado pessoas que apresentam uma história de vida, trazendo para o contexto

da internação suas vontades próprias, opiniões, sentimentos, direitos, estando atentas para a realidade inserida. Os clientes percebem que existe uma preocupação no estabelecimento de uma relação horizontal com os profissionais de saúde, onde compartilham seus conhecimentos durante a realização do cuidado. Com isso, os clientes passam a acreditar na eficiência do profissional de saúde e adquirem confiança nas decisões da equipe multiprofissional.

Na categoria temática, a experiência de passar por uma UTI, com base nas falas dos clientes, possibilitou percebermos que o momento de internação é representado pelo surgimento de fragilidade tanto emocional quanto física. A gravidade da doença e o risco iminente de vida foram relatados como uma preocupação por quase totalidade dos clientes entrevistados. Ao mesmo tempo, verificamos uma adaptação favorável desses clientes na UTI ao longo da internação. Os clientes informaram que os profissionais de saúde foram os grandes responsáveis por tornarem o ambiente mais acolhedor e por desenvolverem confiança e segurança frente à terapêutica instituída, em face de competência técnica e relacional evidenciada pelos diferentes membros da equipe profissional.

Direcionando para a categoria temática assistência integral ao cliente, surgida das narrativas dos profissionais de saúde, observamos que a preocupação com a realização de um cuidado de forma integral permitiu o alcance de uma interação entre clientes e profissionais de saúde, favorecendo um espaço acolhedor.

Os resultados evidenciaram que os profissionais de saúde promoveram uma assistência voltada para o atendimento integral às necessidades biopsicossociais dos clientes internados, utilizando não apenas o saber técnico e científico, mas também a valorização de uma interação orientada para os princípios da comunicação positiva. O toque e o acolhimento foram instrumentos utilizados para aproximação dos clientes e formação do vínculo de confiança, minimizando suas ansiedades, medos e incertezas durante o processo de internação. Para os profissionais de saúde, a comunicação é um dos pilares da assistência humanizada ao cliente, incluindo o apoio aos familiares, o que favorece a promoção de um ambiente humanizador e a formação de co-responsabilização para o processo de cuidado entre os sujeitos envolvidos no ambiente da UTI.

Em relação ao ambiente físico da UTI, algumas dificuldades foram percebidas pelos clientes. Dentre elas, a presença de ruídos e luminosidade, fatores estes que interferiram no

repouso dos clientes. Os profissionais de saúde, dentro da categoria espaço físico, também consideram o barulho presente na UTI como algo que precisa ser melhorado e apontam para a criação de um espaço adequado para o preparo de medicações. Logo, tais fatos devem ser analisados e discutidos pela equipe profissional da UTI em conjunto com os clientes, a fim de que estratégias sejam criadas para solucionar tais interferências.

Assim, percebemos que fatores do ambiente, devem ser sempre considerados para que se possa realizar uma assistência humanizada. O Programa Nacional de Humanização traz a ambiência como papel fundamental no estabelecimento de relações humanizadoras, contemplando as recomendações necessárias para melhoria do ambiente. Com isso, é importante que os profissionais da UTI em estudo utilizem as recomendações do Humanizatus para que se possa fazer das suas ações uma assistência humanizada.

As necessidades básicas, tais como banho, higiene, necessidades fisiológicas, também surgiram como uma categoria temática a partir das narrativas dos clientes. Verificamos, nessa categoria, que os profissionais de saúde souberam conduzir o cuidado nos momentos de exposição corporal do cliente de forma ética e respeitando a privacidade dos clientes, evitando situações de constrangimentos durante os cuidados prestados. Porém, em relação aos clientes inconscientes, não consideraram a importância da proteção da intimidade dos mesmos durante a realização do cuidado. Os profissionais devem promover a privacidade do cliente, independentemente do nível de consciência, para que as suas ações não se tornem mecanizadas e não substitua o respeito à individualidade do cliente internado dentro de uma UTI.

Neste sentido, perceber as necessidades do cliente e atendê-las conforme sua preferência, levar em consideração seus sentimentos e seus sofrimentos, valorizar sua individualidade e privacidade, mostraram-se como fatores contribuintes para a melhoria e promoção da qualidade da assistência.

Em relação à dinâmica de trabalho e a integração entre os profissionais da saúde na UTI, observa-se uma organização do trabalho em equipe com espaços favoráveis para o estabelecimento de relações mais horizontalizadas e tomadas de decisão mais coletivas e compartilhadas entre as diferentes áreas visando à otimização do cuidado prestado, aproximando-se de uma prática interdisciplinar. Contudo, ainda emergem conflitos no que tange a relação de poder instituída entre os profissionais, o que pode ser amenizado através

da adoção de estratégias de mediação, assim como espaços de verbalização em reuniões para que não represente prejuízo na proposta de atenção integral ao cliente.

A tecnologia também surge dentro da categoria ambiente, bem como nos aspectos relacionados à realização do cuidado. Esta tecnologia foi considerada importante para a realização das atividades dentro da UTI, como também é considerada pelo cliente internado como algo indispensável para o tratamento de sua doença. Porém, identificamos nos discursos dos profissionais de saúde que a tecnologia, algumas vezes, pela sua complexidade de manipulação e pela dinâmica constante da unidade, sobrepôs o cuidado mais próximo do cliente. Com isso, é necessário que a equipe profissional esteja atenta para o uso adequado dos recursos tecnológicos disponíveis conforme as necessidades dos clientes, em seus aspectos biológicos e psicossociais.

É também importante oportunizar ao cliente a participação e decisão acerca do atendimento, demonstrando respeito pelo ser humano e tornando-o protagonista do processo do cuidar, promovendo uma assistência mais humanizada. Essa participação mais ativa não foi observada nos discursos apresentados, o que passou a ser uma lacuna que deve ser preenchida para a obtenção de uma qualidade dentro dos padrões da humanização.

A qualidade da assistência foi caracterizada pelos clientes como a existência de uma assistência que consiga unir a tecnologia com a habilidade técnica dos profissionais, voltando-se para as necessidades dos clientes da UTI. Porém, verificamos que não houve dados suficientes para que pudéssemos afirmar ou não a existência dessa qualidade definida pelos clientes.

Aprendemos ainda, no caminhar das investigações, que não são apenas os clientes internados em situações frágeis. Os profissionais, também se encontram em situações geradoras de dificuldades na realização de suas atividades, levando-os a vivenciarem sentimentos de preocupação em alcançar um cuidado que consiga atender as demandas profissionais e as necessidades dos clientes.

Em relação às dificuldades apresentadas, tais como a falta de materiais e recursos humanos, justificadas pela situação política e econômica da Instituição, foram consideradas como obstáculos para a implementação de uma política de humanização na assistência prestada. Em função de todos esses acontecimentos, os profissionais sentem-se desmotivados para trabalhar, refletindo principalmente, nos que lidam diretamente na

assistência ao cliente. Tais fatos também podem significar um retrocesso na continuidade dessa construção e do acesso aos usuários do SUS a um serviço de qualidade. Com isso, surge a necessidade de que novas pactuações entre gestores, profissionais de saúde, clientela e comunidade sejam realizadas.

Diante das percepções desses profissionais sobre o cuidado, vimos questões muito complexas. Atender ao cliente em uma situação crítica requer empenho e envolvimento. Os profissionais da UTI demonstraram estar atentos e aptos para as questões técnicas, e apresentaram uma grande preocupação em realizar um atendimento mais próximo ao cliente internado e, com isso, mais humanizado. Porém, verificamos através dos seus relatos, que essa assistência humanizada não foi uma regra dentro da UTI em estudo, pois remete a algumas ações que também passam por sua governabilidade. Dentre estas ações, destacamos: rever a organização do espaço físico; atentar para respeito à privacidade e exposição do corpo dos clientes internados; possibilitar participação maior da família; adotar protocolos que possam contribuir efetivamente na sistematização do cuidado integral aos clientes; e manter o foco centrado no cliente e não nos procedimentos.

O cliente precisa ser visto como um indivíduo que traz consigo sua história de vida, que é singular e repleto de simbolismos, cuja interpretação exige do profissional de saúde muito mais do que técnica e conhecimento científico. Para que isso se efetive, é imprescindível manter a sensibilidade, a intuição, a percepção, a afetividade, a responsabilidade, a ética e outros valores, como princípios norteadores do ato de cuidar no contexto do profissional de saúde da UTI. Assim, humanizar deverá ser uma filosofia dentro do trabalho da UTI.

Sobre o cuidado humanizado, o estudo constatou que os profissionais de saúde da UTI compreendem o cuidado como um mecanismo de interações sucessivas, que contemplam o “fazer pelo e/ou com outro”, centrado nas subjetividades das pessoas, para que se possa lidar com os encargos da dor e do sofrimento diante do processo de internamento da UTI. Para os profissionais de saúde, o cuidado não deve ser focalizado apenas nas características parcelares, “tarefistas”, mas devem somar-se às vertentes humanas, sociais e psicológicas das pessoas. Para eles, o cuidado é um veículo de transformação inter e intrapessoal, pelo qual perpassam o acolhimento, o vínculo para com

o outro e o relacionamento terapêutico, como dispositivos para que esse cuidado ocorra em sua complexidade biopsicossocial.

Entretanto, no que tange ao cuidado humanizado, a contradição entre o “saber cuidado” e o “fazer cuidado” se revela em fatores, já discutidos anteriormente. Entre eles, pode-se citar a sobrecarga de atividades desempenhadas pelos profissionais e a rotina de atividades que nem sempre se centraliza nesse contato interpessoal. A humanização, ao mesmo tempo em que aproxima o discurso da prática profissional, através da flexibilização de rotinas, por outro lado parece distanciá-los, quando esbarra nas considerações apresentadas e no desconhecimento do programa de humanização como relatado em seus discursos.

Podemos dizer que o cuidado humanizado possui forma no interior de cada um, e que os profissionais de saúde procuram dentro das suas limitações desenvolverem um cuidado voltado para o cliente como um todo, mesmo tendo conhecimento da complexidade que envolve o cuidado humano. No entanto, mesmo tendo consciência da importância e necessidade de desenvolver um cuidado que englobe os aspectos biológicos, psicológicos, emocionais e espirituais, percebemos a existência de uma lacuna impedindo-o de alcançar o ser humano na sua totalidade. Essa lacuna pode estar relacionada à falta de participação de alguns sujeitos que devem também ser protagonistas do processo para a humanização, dentre estes, o cliente, a família e os membros da gestão hospitalar.

Podemos ainda considerar que os profissionais de saúde e os clientes internados tiveram a mesma concepção de humanização em UTI. O significado dessa humanização aborda todos os seus segmentos, a saber: o ambiente, a equipe profissional, o cliente internado e sua família.

Verificou-se também nas falas dos sujeitos investigados, a preocupação com as políticas públicas nas instituições hospitalares. Políticas essas que valorizem, estimulem e assumam como prioridade um cuidado humanizado, utilizando como referência o Programa Nacional de Humanização. Os clientes destacam que existe a possibilidade de se receber uma assistência com qualidade dentro do Sistema Único de Saúde. Logo, os problemas financeiros e políticos do INCOR-DF acabam por gerar preocupações para os clientes, em virtude do risco da descontinuidade do tratamento ou pela impossibilidade do atendimento de novas necessidades, no caso de fechamento da Instituição.

Compreendemos que a vivência desses profissionais com o cuidado humano na UTI é um processo em andamento, como também esforços vêm sendo efetivados na busca dessa conquista. Os profissionais envolvidos apresentaram grande sensibilidade e desejo em manter uma assistência humanizada de forma integrada, sem qualquer envolvimento de interesses pessoais ou profissionais. Os clientes perceberam essa assistência realizada baseada na equidade e na integralidade das ações realizadas durante o processo de internação.

Dentro do contexto da Humanização existem alguns dispositivos que favorecem o processo de humanização, como o acolhimento, a escuta e a presença de espaços que permitam a interação entre profissionais de saúde e clientes, pois a humanização vai além da técnica e do saber científico. A humanização envolve perceber que a pessoa doente é especial, fragilizada, carente e, por vezes, insegura, necessitando que os cuidados que lhe são dispensados alcancem o seu existir.

Resgatar a humanização no contexto da UTI se torna, pois, um desafio para esses profissionais. A vivência diária somada a sua bagagem de conhecimento vai levando o profissional a compreender o cliente e a se mostrar acessível às várias formas de comunicação que ele possa apresentar.

Como proposta final, fica a sugestão de que se ampliem pesquisas que possam avaliar a qualidade da atenção em saúde, considerando a avaliação dos usuários e profissionais, uma vez que a humanização dos serviços de saúde precisa ser compreendida como um processo dinâmico a ser reavaliado e reconstruído de maneira contínua.

Além disso, espera-se poder levar aos profissionais de saúde da UTI a reflexão sobre suas condutas e os aspectos que permeiam a assistência humanizada, partindo das diretrizes preconizadas pelo Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Finalmente, cabe enfatizar o ser e o fazer profissionais, ressaltando a ética, o respeito e à dignidade da pessoa humana. Todas as iniciativas são válidas quando se fala em humanização, desde que haja sensibilização e problematização da realidade concreta, a partir de um espaço interdisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P. et al. As determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48, São Paulo. 1996. **Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. São Paulo: ABEN, 1996. p. 142-149.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Currents in Emergency**: cardiovascular care, vol. 16, nº 4, dez/2005 – fev/2006.

AYRES, J. R. C. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 9, nº 1, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e Humanização das práticas de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**. vol.10, nº.3, p. 549 – 560. 2005.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.6, nº.1, p.63-72. 2001.

BARBIER, R. Escuta sensível na formação dos profissionais de saúde. Paris: [s.n.], 2002. Disponível em: <<http://www.saúde.df.gov.br/fepecs/>> Acesso em: 05/03/2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**: Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70. 2004.

BARBOSA, S.F.F. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos**: a (re) invenção possível. Blumenau: Nova Letra, 1999.

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

BACKES D.S., LUNARDI-FILHO W.D., LUNARDI V.L. – The humanization process of the hospital environment centered around the worker. **Revista Escola de Enfermagem USP**, vol. 40, p. 221-227, 2006.

BARRETO, J.A.E; MOREIRA, R.V. **A vigilância de Argos: filosofia, ações de enfermagem e cuidado humano**. Fortaleza: Programa Editorial, 2002. 200p.

BARROS, J.A.C. Medicalizacion y salud. **Cuad. Med. Soc.** Buenos Aires, nº.28, p.31-35. 1984.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEWICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidador no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2ª edição. São Paulo: Editora Loyola, p. 87-100. 2004

BERGER, P. L. **O dossel sagrado**: elementos para uma teoria sociológica da religião. São Paulo: Paulus, 1985.

BOM SUCESSO, E. P. **Relações interpessoais e qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília. 15-19 dez. 2000. 199 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. Brasília (DF); 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar**. Brasília. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Notícias Humanização. **Publicações da PNH**. Prestação de contas 2006 – Panorama Nacional de Implementação da PNH. [homepage na internet]. Brasília; 2006. [atualizado em 06 abril 2007; citado 2007 abr. 7]. Disponível em: <<http://saúde.gov.br/humanizausus>> Acesso em: 05/03/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSus: política nacional de humanização** – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ambiência**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRUGGEMANN, O. M. The care in the birth process: considerations about nurse's performance. **Online Brazilian Journal of Nursing**, vol.2, nº.3, Dec. 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepaeyobgin203bruggemann.htm>> Acesso em: 05/03/2007.

BRUNNER, L.; SUDDARTH, D. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 7ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, vol. 1 e 2. 1993.

CAMARGO, M.C.Z.A. O ensino da ética médica no horizonte da bioética. **Bioética**, Brasília, vol.4, nº.1, ,abr. p.47-51. 1996.

CAMPOS, R.O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 27, nº 64, p.123-130. 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, p.185-98. 2003.

CAPRARA, A.; LINS, A.; FRANCO, R.L.A. A relação médico-paciente: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul/set. 1999. Disponível em: <<http://www.sciello.org.>> Acesso em: 05/03/2007.

CAPRARA, A.; LINS, A.; FRANCO, R.L.A. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades e falácias. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, p. 85-108. 2006.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte de comunicação. **Revista Latino Americana em Enfermagem**. Ribeirão preto, vol. 4, nº 10, jul/ago, p. 485-492. 2002.

CASTRO, D. S. **Experiência de paciente internados em UTI: análise fenomenológica**. Ribeirão Preto, 1990. 137p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

CECÍLIO, L. C. de O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: Cecílio L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec. p. 235-334. 1994.

CHIATTONE, H. B. C., Sebastiani R. W. Ética em saúde: algumas reflexões sobre nossos desafios para o século XXI. In: Angerami V. A. (Org.). **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.

CHIZZOTTI. **A pesquisa em ciências humanas e ciências sociais**. 2ª Edição. São Paulo: Cortez; 2001.

COIMBRA, V.C.C. **O acolhimento no centro de atenção psicossocial**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Ribeirão Preto. 2003.

CORRÊA, A. K. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Revista Escola de Enfermagem USP**, vol. 32, nº 4, dez, p. 297-301. 1998.

CORRÊA, A. K. **Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva**: em busca do sentido da existência humana. 2000. 212p. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CORRÊA, A. K.; SALES, C. A. ; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva na perspectiva do enfermeiro. **Acta Scientiarum**, vol. 24, nº 3, p. 811-818. 2002.

COSTA, A.L.R.C. da. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem**: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público. 2005. 268f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DANIEL, L. F. **Atitudes Interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.

DEMARCO, M. A. A evolução da medicina. In M.A. DeMarco (Org.), **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 23-41. 2003.

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

DESLANDES, S. F. Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. **Fiocruz**, Rio de Janeiro. 2002.

DESLANDES, S. F.; AYRES, J. R. C. M.. Humanização e cuidado em saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 10, nº. 3, 2005.

DI BIAGGI, T.M. **A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva**. Disponível em: <<http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos/textoUTITete.doc>> [citado em Nov/2003]. Acesso em: 25/02/2007.

DI BIAGGI, T. M. A. **Relação médico-família em Unidade de Terapia Intensiva** – um estudo sobre as preocupações do médico intensivista. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

DUGAS, B.W. **Enfermagem Prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1983.

ENGELS, F. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. 1952. Disponível em: <<http://www.jarh.org>> Acesso em: 15/04/2007.

FERRAZ, C. A. Gerenciando o cuidado de enfermagem na unidade de internação. In: Livro resumo do **50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**; 1998 set. 20-25; Salvador (BA). Salvador: ABEN-Seção-BA; p. 159-65. 1998.

FIGUEIREDO, N. M. A. O sentido dos sentidos do corpo da enfermeira no ato de cuidar: o que e o não é subjetivo nesta ação – representação de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, vol.3, nº.1, p.39, maio, 1995.

FIGUEIREDO, N. M. A, CARVALHO V. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1999.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A.; PORTO, I. S. O toque e a prevenção de escaras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, edição extra, p. 71-80. 1996.

FRANCESCHINI, T. R. C. **Observação da relação Mãe-Bebê-Família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 214f. Dissertação (Mestrado) – Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GIRIN, J.A. A linguagem nas organizações; signos e símbolos. In: CHANLAT, J.F. (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, vol.3, p.23-66. 1996.

GOMES, A. **Enfermagem na UTI**. 2ª Edição. São Paulo: EPU. 1998.

GUIRARDELLO EB, GABRIEL CAAR, PEREIRA IC, MIRANDA AF. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 33, nº2, p.123-9. 1999.

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

HOGA, Luíza Akiko Komura. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, vol.38. nº.1, p.13-20. 2004.

HOJAT, M. et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. **Medical Education. Philadelphia**, vol. 36, p. 522-527. 2002.

HOUAISS, A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. [on line]. 2006. Disponível em: <<http://Houaiss.uol.com.br/buscajhtm?verbete=inferência>> Acesso em: 05/30/2007.

HUDAK, C. GALLO, M. Efeitos da unidade de terapia intensiva sobre o enfermeiro. In: _____. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 10, p. 99-109. 1997.

KLEINMAN, M. J. **Burnout: occupational stress**. New York: Plenum Press; 1998.

KNOBEL, E.; NOVAES, M. A. F. P.; BORK, A. M. G. T. Humanização dos CTIs. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2ª Ed. Vol. 2. São Paulo: Atheneu, p.1298-1313. 1999.

LEAHEY, M.; WRIGTH, L. M. **Enfermeiras e famílias** – um guia de avaliação e intervenção na família. São Paulo: Rocca, 2002.

LEINO-KILPI, H.; VALIMAKI, M.; DASSENT, T.; GASULL, M.; LEMONIDOU, C.; SCOTT, A.; ARNDT, M. Privacy: a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies**. Turku, Finland, n° 38, oct, 2001, p. 663-71. Disponível em: <www.elsevier.com/locate/ijnurstu> Acesso em: 15/03/2007.

LEMOES, R.C.A. e ROSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.20, n°2, p.345-57. 2002.

LIMA, M.A.D. da S.; ALMEIDA, M.C.P. O trabalho da enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, vol.20, p.86-101. Número Especial. 1999.

LIMA, M. G. **Assistência prestada pelo enfermeiro em unidades de Terapia Intensiva, aspectos afetivos e relacionais**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

LIMA, R. C. D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Campinas, p.230. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas. 1998.

LINO, M. M. ; SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Revista Nursing**, São Paulo, n°41, ano 4, out, p.25-9. 2001.

MACIEL, I. C. F. **Sentimentos e expectativas do paciente acerca do tratamento na unidade de terapia intensiva**. 1996. 77p. Monografia. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza. 1996.

MALDONATO, M. T.; CANELLA, P. **A relação médico-paciente – cliente em ginecologia e obstetrícia**. 2ª Edição. São Paulo: Roca, 1988.

MALKIN, J. Hospital Interior Design. **Van Nostrand Reinhold**. Nova York, 1992.

MARTIN, L. M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, L. e BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, p. 31-50. 2004.

MARTINS, L.A.N., “Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico”, in **Bras. Clin. Terap.** – vol. XX, nº 9, setembro, p. 355 a 364. 1991.

MARTINS, M.C.F.N. **Humanização das relações assistenciais**: a formação do profissional de saúde. São Paulo. Casa do Psicólogo; 2001.

MARTINS, M.C.F.N. Humanização na Saúde: relação médico-paciente no microscópico. **Ser médico**. nº 18, p. 27-29. 2002.

MARTINS, M.C.F.N. Cuidando do Futuro Cuidador. In: **A face humana da medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.87-92. 2003.

MATSUDA, L. M., SILVA, N. da e TISOLIN, A. M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, vol.25, nº 2, p.163-170. 2003.

MERHY, E.E. et al. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo. Lemos Editorial. p.125-141. 1997.

MERHY, E.E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor**: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. 2000. 227p. Tese (Livre Docência) – UNICAMP, Campinas. 2000.

MINAYO, C.S.M. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 2004.

MINAYO, M. C. de S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 9, nº 1, p. 17-20, 2004.

MS (Ministério da Saúde). Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo. **Diário Oficial**. 106-E: 9-18. 1998.

MOREIRA M.E.L., RODRIGUES M.A., BRAGA N.A. & MORSCH D.S. Conhecendo uma UTI neonatal. **Fio Cruz**, Rio de Janeiro. 2003.

MOULIN, M. das G. B.; REIS, C.T. dos; WEINICH, G.H. No meio do caminho havia uma pedra: organização do trabalho e saúde no processo de extração e beneficiamento de mármore. In: KIEFER, C.; FAGÁ, I.; SAMPAIO, M. do R. (Org.). **Trabalho, educação e saúde**: um mosaico em múltiplos tons. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego – Fundacentro, p. 221-239. 2000.

NASCIMENTO, E.R.P. **Acolhimento no espaço das relações na unidade de terapia intensiva**. 2003. 235p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 2003.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, vol. 12, nº 2, mar/abr. 2004.

NASCIMENTO JUNIOR, P. G. e GUIMARÃES, T. M. M. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Revista Bioética**, vol. 11, nº 1, p. 101-114. 2003.

NAZÁRIO, N.O. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência/urgência**. Florianópolis: Insular. 1999.

NOTO, J.R.S. – “ A Emergência de caracteropatia profissional em estudantes do quinto ano médico”, in **Boletim de Psiquiatria**, São Paulo, vol. 17, 1984, p. 101-7.

OLIVEIRA, L. A., LANDRON, M. A. S., SILVA, N. E. K. e, AYRES, J. R. de C.M. Humanização e Cuidado: a experiência da equipe de um serviço DST/AIDS no município de São Paulo. **Ciências e Saúde Coletiva**, vol.10. nº.3, p. 689-698. 2005.

OLIVEIRA, M. M. B.; JORGE, M. S. B. Doente mental e sua relação com a família. In: **V Encontro de pesquisadores em Saúde Mental e IV Encontro de especialistas em Enfermagem Psiquiátrica**, Ribeirão Preto – SP. Anais. p. 379-88. 1998.

PAGANINI, M.C. Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, número especial, vol. 5, jan/jun. p.73-82. 2000.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 228p. Tese (Doutorado). Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 35, nº 1, p. 103-109. 2001.

PEDUZZI, M; CIAPONE, M.H.T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P., coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo. Guanabara Koogan, p.108-24. 2005.

PEIXOTO, M. R. B. **A prioridade, o isolamento e as emoções**: estudo etnográfico do processo de socialização em um Centro de Terapia Intensiva. 1996. 248p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PELLETIER, K. R. Entre a mente e o corpo: estresse, emoção e saúde. In: GOLEMAN, D. ET AL. **Equilíbrio, mente e corpo**: como usar sua mente para uma saúde melhor. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Campus, p. 15-31. 1997.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos na área de saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (ORG.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola, p 11-30. 2004.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Bioética**, vol. 4, nº 1, p. 31-43. 1996.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 155p. 1989.

PITTA, A.M.F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 268-288. 1995.

PUCCINI, P. de T.; CECILIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, nº. 5, 2004.

PUCCINI, P. T. **Limites e possibilidades de uma proposta de humanização dos serviços públicos e satisfação dos usuários na luta pelo direito à saúde**. 2002. 135p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

RAMOS, D. D., LIMA, M. A. D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jan/fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 05/03/2007.

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

ROCKENBACH, L. H. A Enfermagem e a humanização do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 38, nº1, p. 49-54. 1985.

RODRIGUEZ-MARIN, J.R. **Psicologia Social de La saúde**. Madri: Sintesis. p. 161-172.1995.

ROSCH, P. J. “Revaging of Rússia: A study in psychosocial stress”. **Stress Medicine**, vol. 13, nº 1, p. 1-8. 1996.

SANTOS, O. M. B. **A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo de nascimento**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. 1998.

SAUPE, R. ET AL. Educadores - educando propõem um programa de educação continuada centrada no cuidado para um hospital. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, nº.1, vol.8, jan/abr. p.429-440. 1999.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In: CAMON, V. A. A. (Org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, p. 29-71. 2002.

SHIMIZU, H. E. **Sufrimento e Prazer no Trabalho vivenciado por enfermeiras que trabalham em UTIs em um Hospital Escola**. 1996. Dissertação [Mestrado]. Universidade de São Paulo, USP, São Paulo.

SILVA, A.L. **A vida por um fio, a doença que ataca silenciosamente**: desvendando as representações de pessoas portadoras de doença arterial coronária e repensando a assistência de enfermagem. 2000. 264p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**. Vol.10, nº. 2, p. 73-88. 2002.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

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

SILVA, M. J. e GRAZIANO, K. V. A abordagem psico-social na assistência ao adulto hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol. 30, nº 2, ago, p. 291. 1996.

SILVA, N. E. K. ET AL. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/AIDS. **Revista de Saúde Pública**, vol. 36, nº 4, p.108-16. 2002.

SILVEIRA, M. F. A. Estar despido na UTI: duas percepções, um encontro. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, vol. 5, nº 2, dez. p.449-459. 1997.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de: **Enfermagem Médico-cirúrgica**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1782p. 1993.

SOUZA, L.N.A. **A interface da comunicação entre enfermagem e as (os) clientes em uma unidade de terapia intensiva**. 2000. 132p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2ª Ed. São Paulo: Robe, 1993.

STEFANELLI, M. C. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, Cap.3, p.28-46. 2005.

STEFANELLI, M. C. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeiro-paciente. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, nº 3, vol. 16, p. 245-253. 1982.

TRAVERSO-YEPÉZ, M. e MORAIS, N. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede pública de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 20, nº.1, p. 86-88. 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1995.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS, Eduardo M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2ª ed. Cortez, São Paulo: 2002. p. 35-65. VASQUEZ, A.S. **Ética**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2000.

VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A.. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 10, nº. 2, 2002.

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

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e os cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZACION (WHO). **World Health Organization Assesses the World's Health Systems**, 2000. Disponível em: www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/en/print.html. Acesso em: 15/03/2007.

ZAMPIERE, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Texto e contexto em enfermagem**. Florianópolis, nº.1, vol.8, jan/abr, p.203-221. 1999.

ZOBOLI, E.L.C.P. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. 2003. 286p. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; São Paulo.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Instituto do Coração – Distrito Federal

Brasília, 22 de janeiro de 2008.

Ilma. Sra.
Andréa Cristina de A. Gama Bergamini
Ref. Parecer CEP InCor-DF - 003/2007

Prezada Senhora,

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Coração do Distrito Federal, em reunião ocorrida na data de 06 de março de 2007, analisou e **APROVOU** os documentos abaixo relacionados referentes ao Protocolo de Pesquisa intitulado "*Características e Perspectivas da Humanização em uma UIT Adulta no Distrito Federal.*":

- Protocolo do Estudo;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Solicitamos que o senhor encaminhe os relatórios parciais e finais, bem como nos envie possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido para que possamos fazer o devido acompanhamento deste estudo (Resolução CNS 196/96).

Atenciosamente,

Dr. Alvaro Valentim Lima Sarabanda
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do InCor-DF

Instituto do Coração do Distrito Federal (InCor/DF) – Fundação Zerbini

End.: Estrada Parque Contorno do Bosque s/nº - Cruzeiro Novo - Brasília/DF - CEP 70658-700

Tel.: PABX 61 3403-5400 - Fax 61 34035454 www.zerbini.org.br

ANEXO II

Roteiro de Entrevista

Roteiro das Entrevistas Semi-estruturadas Individuais com os Profissionais da UTI

Data ___/___/___ Código Identificador do Participante: _____

Informações Preliminares ao Participante

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Agradecimento ✓ Esclarecimento de dúvidas relacionadas aos objetivos e intenções | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reiteração do compromisso de sigilo ✓ Solicitação para gravação da entrevista ✓ Alerta acerca da possibilidade de interrupção da gravação para determinadas informações. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tópicos-Guia

Informações Acessórias

- ✓ O trabalho na UTI

- Condições de trabalho
- Organização do trabalho
- Interações Socioprofissionais

- ✓ A assistência na UTI

- Atendimento prestado ao cliente e familiares
- Relacionamento com o cliente e familiares
- Infra-estrutura da UTI para o atendimento dos clientes

- ✓ Programa de Assistência Humanizada do Governo Federal

- Valorização do trabalhador – motivação, autodesenvolvimento, educação permanente, atendimento de qualidade articulado com avanços tecnológicos
- Ambiente de trabalho
- Condições de trabalho
- Autonomia e Protagonismo do sujeito

Momento destinado ao esclarecimento da aceção precisa do fenômeno

Com base no que foi discutido, acerca deste fenômeno, você considera as situações que vivencia no ambiente de trabalho como assistência humanizada? Justifique

- Espaço físico
- Apoio emocional
- Visitas
- Aspectos positivos e negativos da assistência humanizada na UTI
- Condições que poderiam ser desenvolvidas ou aprimoradas

Agradecimentos e Encerramento da Entrevista

Agradecimento

Esclarecimento de dúvidas relacionadas aos objetivos e intenções

Dados Pessoais e Profissionais

Idade: _____ anos

Sexo: () masculino () feminino

Estado civil: _____

Religião: _____

Categoria Profissional: _____

Tempo de trabalho na unidade: _____

Questões Norteadoras

Fale-me sobre o trabalho que você desenvolve na UTI?

- Como são as condições de trabalho/ ambiente de trabalho?

Fale-me sobre o atendimento realizado por você junto aos pacientes nesta UTI?

Fale-me como é desenvolvido o trabalho dos profissionais de saúde nesta UTI?

Qual a sua compreensão sobre o Programa de Assistência Humanizada do Governo Federal?

Momento destinado ao esclarecimento da acepção precisa do fenômeno

I. Com base no que foi discutido acerca deste fenômeno, você considera as situações que vivencia no trabalho como assistência humanizada? Justifique:

- Em relação ao espaço físico e ao profissional?

Agradecimentos e Encerramento da Entrevista

ANEXO III

Roteiro de Entrevista

Roteiro das Entrevistas Semi-estruturadas Individuais com os clientes da UTI

Data ___/___/___ Código Identificador do Participante: _____

Informações Preliminares ao Participante	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agradecimento ✓ Esclarecimento de dúvidas relacionadas aos objetivos e intenções 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reiteração do compromisso de sigilo ✓ Solicitação para gravação da entrevista ✓ Alerta acerca da possibilidade de interrupção da gravação para determinadas informações.
Tópicos-Guia	Informações Acessórias
<ul style="list-style-type: none"> ✓ A assistência na UTI 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do atendimento recebido • Relacionamento com o profissional • Ambiência • Facilidades/Dificuldades
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistência Humanizada 	<ul style="list-style-type: none"> • Práticas humanizadas • O toque • Participação e presença dos familiares • Ambiência hospitalar • Autonomia e Protagonismo do sujeito
Momento destinado ao esclarecimento da aceção precisa do fenômeno	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Com base no que foi discutido, acerca deste fenômeno, você considera as situações que vivenciou durante o período de internação como assistência humanizada? Justifique 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico • Apoio emocional • Visitas • Aspectos positivos e negativos da assistência humanizada na UTI • Condições que poderiam ser desenvolvidas ou aprimoradas
Agradecimentos e Encerramento da Entrevista	

Agradecimento

Esclarecimento de dúvidas relacionadas aos objetivos e intenções

Dados Pessoais

Idade: _____ anos

Sexo: () masculino () feminino

Estado civil: _____

Religião: _____

Internação anteriores em outras unidades de terapia intensiva: _____

Tempo de internação na unidade: _____

Questões norteadoras:

1. Fale-me sobre a sua experiência de internação na Unidade de Terapia Intensiva?
2. Descreva como percebeu o relacionamento com os profissionais de saúde nesta unidade?
3. Qual a sua opinião sobre a participação das famílias e amigos durante a sua interação nesta unidade?
4. Como você define uma assistência de qualidade?

Momento destinado ao esclarecimento da aceção precisa do fenômeno

I. Com base no que foi discutido acerca deste fenômeno, você considera as situações que vivenciou durante o período de internação como assistência humanizada? Justifique:

Agradecimentos e Encerramento da Entrevista

ANEXO IV

INSTITUTO DO CORAÇÃO - DF

FUNDAÇÃO ZERBINI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M F
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M F
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Humanização em uma UTI - adulto no Distrito Federal

PESQUISADOR: Enfª Andréa Cristina de Andrade Gama Bergamini.

Telefone para Contato: (61) 8426-5572.

CARGO/FUNÇÃO: Enfermeira Supervisora da Unidade de Internação .

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 102462/DF

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: SEM RISCO
 3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 3 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

O respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos por si só e/ou seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

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

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

A pesquisa está sendo realizada para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, pela Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é obter dados relacionados ao processo de humanização em Unidade de Terapia Intensiva neste Hospital. Os dados serão colhidos através de perguntas abertas, face a face, com o uso de um gravador e fita cassete, pelo pesquisador, e que mais tarde será transcrita.

Cada participante será tratado com sigilo, e esta pesquisa não lhe acarretará qualquer risco físico ou moral, nem o exporá de maneira individual sob qualquer forma.

O participante poderá sair da pesquisa assim que o desejar por livre e espontânea vontade, sem qualquer prejuízo para si, somente devendo manifestar tal desejo ao entrevistador.

V - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

Brasília, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do sujeito da pesquisa
ou responsável legal

Assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

