

KARLIENE VIEIRA SILVA
ANNATALIA MENESES DE AMORIM GOMES



**SABERES E PRÁTICAS DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL QUE PROMOVE
O CUIDADO HUMANIZADO EM UTI
CORONARIANA**

REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

VICE-REITOR

Dárcio Ítalo Alves Teixeira

EDITORA DA UECE

Cleudene de Oliveira Aragão

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes

Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes

Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso

Francisco Horácio da Silva Frota

Francisco Josênio Camelo Parente

Gisafran Nazareno Mota Jucá

José Ferreira Nunes

Liduina Farias Almeida da Costa

Lucili Grangeiro Cortez

Luiz Cruz Lima

Manfredo Ramos

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Marcony Silva Cunha

Maria do Socorro Ferreira Osterne

Maria Salete Bessa Jorge

Silvia Maria Nóbrega-Therrien

KARLIENE VIEIRA SILVA
ANNATALIA MENESES DE AMORIM GOMES



**SABERES E PRÁTICAS DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL QUE PROMOVE
O CUIDADO HUMANIZADO EM UTI
CORONARIANA**

SABERES E PRÁTICAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE PROMOVE O CUIDADO HUMANIZADO EM UTI CORONARIANA

© 2021 *Copyright by* Karliene Vieira Silva e Annatalia Meneses de Amorim Gomes

O conteúdo deste livro, bem como os dados usados e sua fidedignidade, são de responsabilidade exclusiva do autor. O download e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos ao autor. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará

CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893

www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Cleudene de Oliveira Aragão

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Silva, Karliene Vieira
Saberes e práticas da equipe multiprofissional que promove o cuidado humanizado em UTI coronariana.
[livro eletrônico] / Karliene Vieira Silva. -- 1. ed.
-- Fortaleza, CE : Editora da UECE, 2021.
PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-86445-93-0

1. Atendimento humanizado 2. Coronárias - Doenças
3. Profissionais da saúde I. Título.

21-73082

CDD-610.7
NLM-WA-590

Índices para catálogo sistemático:

1. Profissionais da saúde : Formação : Ciências
médicas 610.7

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é se não uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Andjezë Gonxhe Boxaxhiu
(MADRE TERESA DE CALCUTÁ)

PREFÁCIO

Foi com grande alegria que fui surpreendida pelo convite para fazer o prefácio deste livro encantador pelas suas dedicadas autoras. E inicío afirmando que é um prazer muito grande, uma honra poder falar um pouco deste livro, cuja concepção tive a oportunidade de acompanhar deste que ele ainda era só um desejo de fazer um mestrado.... acredito que assim eu tenha um pouco de condições de apresentar este livro aos leitores. Vou começar contando para vocês que conheci uma das autoras, Karliene Vieira, de forma pessoal e pela amizade compartilhei seu sonho de fazer pesquisa em um curso de pós-graduação stricto sensu profissional. Acompanhei sua carreira como fisioterapeuta e fui me enchendo de admiração pela competência e envolvimento com o trabalho que iam além de cumprir com maestria os protocolos de uma unidade de terapia intensiva (UTI)... compromisso que passava pela preocupação e cuidados com a humanização dentro da equipe e para com os pacientes e suas famílias. O sonho se concretizou no mestrado profissional em ensino da saúde (CMEPES – UECE) da Universidade Estadual do Ceará sob a orientação da professora doutora Annatália Gomes. Esta, por sua vez, tive o prazer de conhecer inicialmente como profissional e no segmento como ser humano tão doce quanto competente. Assistente social e psicóloga de formação, mas educadora e militante da saúde por vocação e opção. E desta combinação de duas profissionais de excelência, uma no serviço especializado da UTI, a outra como consultora da Política Nacional de Humanização - PNH do Ministério da Saúde, surgiu um estudo sobre o cuidado humanizado em UTI de Fortaleza e por conseguinte o livro “Saberes e práticas da equipe

multiprofissional que promove o cuidado humanizado em UTI coronariana”. Agora depois desta apresentação de como tudo começou vamos seguir falando desta obra que nos traz, inicialmente, os objetivos a que se propõe, cujo principal é analisar os conhecimentos e as práticas dos cuidados humanizados por equipe multiprofissional em UTI coronariana. As autoras traçam a partir daí uma rica revisão sobre a humanização da saúde, como se comporta este processo no Brasil, a assistência humanizada em unidades de terapia intensiva, como é a formação e o conhecimento dos profissionais desta área, a ambiência humanizada com seus significados e condições para que ela se estabeleça na rotina de procedimentos cotidianos de uma UTI coronariana e bem como a presença e importância do acompanhante neste local. Em seguida, o livro nos traz um rico percurso metodológico com a trajetória seguida pelas pesquisadoras para obtenção de todos os resultados e a importante contribuição para todos que trabalham no ambiente de UTI e trabalho na saúde. Esta etapa se constitui em um importante aparato para aqueles que desejam conhecer ou seguir a pesquisa na área de saúde com abordagens quantitativas e qualitativas. Assim, o trabalho oriundo da escuta de fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem vem rico de significados e de descobertas para a humanização no ambiente da UTI. Os relatos dos profissionais da UTI coronariana trazem uma riqueza de conhecimento, sentimentos e práticas que fundamentam as potencialidades e dificuldades para a concretização da humanização do ambiente de trabalho. Aqui neste maravilhoso relato são postos os pressupostos relacionados à formação destes profissionais, ao conhecimento adquirido depois formação básica, as experiências de vida e a prática profissional, bem como seus desafios, dificuldades e perspectivas no trabalho diário. Humanizar o ambiente da UTI é um grande desafio para as equipes e para a gestão das unidades de saú-

de. Mas, as autoras nos trazem caminhos e perspectivas para que a humanização seja uma realidade cada vez mais valorizada no ambiente de trabalho e no cuidado com o paciente e seus familiares. As autoras nos levam a ver a UTI como um ambiente muito amplo que abrange um espaço físico diferenciado, profissionais especializados e condições técnicas importantes, mas que está intimamente ligada com os seres humanos e com sua luta para vencer a doença enquanto paciente, família e sociedade. Enfim, convido vocês para uma leitura fluida, consistente e cheia de contribuições para profissionais/trabalhadores de saúde, gestores, estudantes e todos que se interessam pelo tema humanização, de forma especial em ambientes hospitalares especializados, como as UTI's. Parabéns queridas autoras, cujo coração está no cuidar do outro e na certeza do poder do conhecimento para modificar a realidade, verdadeiros tesouros!!

Não acumuleis para vós outros tesouros sobre a terra, onde a traça e a ferrugem corroem e onde ladrões escavam e roubam; mas ajuntai para vós outros tesouros no céu, onde traça nem ferrugem corrói, e onde ladrões não escavam, nem roubam; porque, onde está o teu tesouro, aí estará também o teu coração. Bíblia Sagrada Mateus 6:19-21.

Carla Soraya Costa Maia

Mulher, educadora, esposa, pesquisadora e mãe

Nutricionista, Mestre e Doutora em Nutrição Humana- USP
Docente e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da
Universidade Estadual do Ceará

Sumário

PREFÁCIO.....	6
1 INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I.....	18
A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E AS INICIATIVAS NO BRASIL.....	18
CAPÍTULO II.....	24
ASSISTÊNCIA HUMANIZADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	24
CAPÍTULO III.....	31
FORMAÇÃO E CONHECIMENTO PARA UM CUIDADO HUMANIZADO.....	31
CAPÍTULO IV.....	35
AMBIÊNCIA HUMANIZADA	35
CAPÍTULO V.....	41
ROTINAS DE PROCEDIMENTOS NO COTIDIANO DA UTI CORONARIANA.....	41
CAPÍTULO VI.....	45
ACOMPANHANTE NA UTI	45
CAPÍTULO VII.....	53
PERCURSO METODOLÓGICO	53
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	53
4.2 LOCUS DO ESTUDO	54
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	58
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	61

4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	64
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	67

Capítulo VIII 70

RESULTADOS E DISCUSSÕES	70
-------------------------------	----

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES.....	71
---	----

4.2 HUMANIZAÇÃO SE APRENDE NA PRÁTICA – “EU VIM APRENDER MESMO NO DECORRER DA MINHA PROFISSÃO, NA PRÁTICA DO DIA A DIA”.....	75
--	----

4.3 EMPATIA COM TODOS - “É VOCÊ FAZER O DIFERENCIAL, NÃO SÓ PELO PACIENTE, MAS PELA FAMÍLIA E O TODO, SE COLOCANDO NO LUGAR DELE”	85
---	----

4.4 ACOMPANHANTE ATRAPALHA, FALTA ORIENTAÇÃO - “ACOMPANHANTE PARA O PACIENTE É IMPORTANTE, MAS, NA MAIORIA DAS VEZES, ATRAPALHA; A FAMÍLIA NÃO TEM PREPARO”	99
---	----

4.5 A ROTINA MECANIZA O AGIR PROFISSIONAL E POTENCIALIZA A HUMANIZAÇÃO - “AS ROTINAS ACABAM SENDO COISA DO DIA A DIA; A GENTE FAZ, MESMO QUE MECANICAMENTE”	114
---	-----

4.6 AMBIENTE SILENCIOSO E TRANQUILO – “AQUI DEVIA SER UM AMBIENTE MAIS SILENCIOSO; AS PESSOAS TÊM QUE TER MAIS CONSCIÊNCIA, DEIXAR A UTI MAIS TRANQUILA”	134
--	-----

4.7 ELEMENTOS PARA A QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES - “É PRECISO INTELIGÊNCIA EMOCIONAL PARA TRABALHAR COM O SER HUMANO”	144
--	-----

Capítulo IX..... 154

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
---------------------------	-----

REFERÊNCIAS 158

AS AUTORAS 167

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de maneira geral, configura local de prestação de cuidados a pacientes em estado crítico de saúde. É constituída de equipamentos de grande sofisticação tecnológica e recursos humanos altamente especializados, sendo estes capazes de prestar assistência contínua ao doente internado (MONGIOVI *et al.*, 2014).

O ambiente da UTI “transparece gravidade” em razão do risco de morte dos pacientes, sendo realizadas práticas invasivas, tensas, negativas ou distantes da produção da saúde (CAMPONOGARA *et al.*, 2011), a depender do modo de se relacionar e cuidar. Esta consiste em uma das razões pelas quais a UTI é considerada a unidade de cuidado mais geradora de distúrbios emocionais e psicológicos nos pacientes, familiares e profissionais. Além disso, predominam sensações de dor e angústia no imaginário do paciente (SILVEIRA; CONTIM, 2015).

Em um estudo realizado visando a obter a percepção dos pacientes em relação à Unidade de Terapia Intensiva, a UTI foi vista como um lugar de tristeza e angústia, de dor tanto física como subjetiva, dependência física, perda de noção do tempo e morte (PROENÇA; DELL AGNOLO, 2011).

Embora a complexidade do conhecimento biomédico, o avanço tecnológico e a melhoria do cuidado em saúde tenham possibilitado a criação das UTIs, com o passar do tempo, estas se tornaram um lugar onde a técnica é mais importante do que os aspectos relacionais dos cuidados, pois os profissionais que ali trabalham estão de tal modo envolvidos com as máquinas, monitores e técnicas rotineiras que ten-

dem a esquecer da existência da pessoa doente e sua família. Na realidade, observa-se que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde denotam o enfoque mais técnico do fazer, deixando de realizar o cuidado como característica humana (COSTA; FIGUEIREDO; SHAURICH, 2009).

Estudo realizado sobre a humanização hospitalar na perspectiva do paciente, por Gomes *et al.* (2011), aponta que a prática dos profissionais da saúde, nas condições de massificação, mercantilização e supervalorização da técnica, tornou a situação subjetiva do paciente em segundo lugar e deu maior destaque para a objetividade da doença. Da mesma maneira, recorrer só à racionalidade e à herança de ferramentas diagnósticas, prognósticas e terapêuticas é necessário, mas não parece suficiente para abranger a complexidade da saúde humana. O fato é que o aperfeiçoamento dos processos que envolvem a relação do profissional de saúde com o paciente é primordial para a humanização dos procedimentos e maior qualificação dos resultados.

Consoante exprimem Salicio e Gaiva (2006), as atitudes vistas como humanizadas tendem a desaparecer no cotidiano dos serviços, em razão da sobrecarga de trabalho, da natureza contínua e crítica da atenção designada em UTI, além do despreparo para a realização de tais condutas pelos profissionais da saúde. Deste modo, esses autores entendem que a efetivação dos princípios da humanização realizada no âmbito das rotinas das UTIs ocorre, principalmente, em virtude dos esforços independentes de cada profissional em conduzir a assistência levada pelo seu bom senso e sua disposição individual em efetivá-la.

O aspecto cultural conduz a ações decisivas na relação entre saúde e doença, mostrando que os modos de cuidar são determinados com base nos valores e contexto de vida de cada pessoa (FROTA; ALBUQUERQUE; LINARD, 2007). Corroborando essa ideia, Minayo (2006) reforça a noção de

que o valor do conhecimento surge das vivências que a pessoa têm, sendo fundamental uma visão subjetiva, além do diagnóstico e tratamento clínico prescrito propriamente dito, envolvidos no cuidado.

É importante destacar, também, que a equipe multiprofissional se torna, muitas vezes, insatisfeita por diversos fatores que envolvem os profissionais em sua singularidade, a experiência e o contexto do trabalho/instituição, deixando a desejar as potencialidades de cada profissional (CAMPONOGARA *et al.*, 2011).

Os hospitais são subsistemas sociais com padrões rígidos e regulatórios que exercem influência sobre os profissionais, moldando e alienando seus papéis, e recebendo a influência dos interesses capitalistas que visam ao lucro. Tudo isso gera, enseja uma transformação no cuidado, partindo de uma prática que deveria ser altruísta e solidária para uma prática baseada no rendimento empresarial com a consequente desumanização dos seus procedimentos e objetivos (SALAZAR, 2014).

Vale ressaltar que o horário da visita, muitas vezes, é um momento tenso para as famílias e toda a equipe, sendo necessária a intermediação de profissionais específicos, como o assistente social, para facilitar o diálogo. Normalmente, os familiares chegam ansiosos, cheios de perguntas, à espera de informações que demoram a chegar até eles por causa da rotina corrida e incessante da UTI e da falta de uma organização no trabalho que favoreça o direito à informação.

Esse fato foi observado por uma das autoras no seu dia a dia na UTI coronariana, assim como a observação de que a rotina com os pacientes críticos, muitas vezes, deixa o ambiente carregado de sentimentos negativos e frustrantes em decorrência da condição patológica específica do paciente cardiopata, tornando propício a um ambiente “frio” e cheios de incertezas.

Embora os sentimentos negativos estejam no ambiente de UTI, existem momentos de descontração e entrosamento entre os profissionais que compõem a equipe, os sentimentos de alegria devido à boa evolução de alguns pacientes, a conquista de bons resultados e o momento da despedida para casa daqueles que chegaram com pouca chance de viver e agora saem com muitos sonhos e novas aspirações. Na verdade, observou-se foi que a UTI coronariana é um ambiente misto de alegria e tristeza, saúde e doença, sonhos e frustrações e, por que não dizer, amizades e conflitos.

Portanto, é válido lembrar que a humanização é apontada como meio de recobrar a dignidade humana, mas só será possível caso seja compreendida sua importância, os profissionais se achem protagonistas e participem das decisões e ações que envolvem a atenção e a gestão do cuidado na UTI.

Nestas circunstâncias, percebe-se que a prática do cuidado humanizado necessita de uma percepção do profissional que ultrapasse o processo saúde-doença para considerá-lo como ser humano integral e cidadão de direitos, fragilizado, e necessitando de cuidados, e não apenas visto desde a dimensão biológica. Neste caso, a comunicação torna-se fundamental. O conhecimento técnico-científico deve ser unido às práticas éticas, onde estas visam ao diálogo dos profissionais com os pacientes e familiares e sua apresentação, como também é preciso informar quais medicamentos e atitudes a serem exercidas entre outras atitudes cotidianas. Durante momentos vivenciados por uma das autoras, foi percebido que os profissionais da saúde integrantes da equipe da UTI coronariana precisam estar sensíveis ao fato de que transmitir carinho e afeto para os pacientes poderá contribuir para diminuir o medo que existe, tornando este ambiente mais acolhedor, confortável e promotor de saúde e bem-estar.

As práticas de cuidados humanizados dependem também das condições de trabalho do profissional da saúde,

bem como de sua competência e habilidades técnicas, inclusive no âmbito das relações humanas, ou seja, relações que envolvem a equipe em si, a equipe-pacientes e equipe-família. Portanto, para que ocorra a humanização na assistência, é indispensável estabelecer a interação e o relacionamento com os pacientes, seus familiares e os profissionais de saúde (SILVA; SANTOS, 2010).

O interesse pela realização deste estudo advém da vivência de uma das autoras e do contato contínuo com o ambiente da UTI coronariana. A observação mostrou que a realidade vivenciada por ela e pela equipe multiprofissional que atua em terapia intensiva envolve vários sentimentos e emoções e, ainda, que a rotina exige uma excelente capacitação técnico-científica, bem como requer preparo profissional para lidar com a dor, o sofrimento dos pacientes e com as inter-relações no ambiente de trabalho. Muitas vezes, uma das autoras presenciou situações que envolveram ternura e solidariedade, vontade de ajudar mesmo quando não há mais nada a fazer, bem como a união da equipe em situações de emergência. Em contrapartida, foi observado o cansaço de todos da equipe, com queixas quanto a baixa remuneração, a falta de estrutura interferindo no agir e no fazer de cada um dos integrantes da equipe, a desvalorização profissional, a carga horária excessiva, rotinas exaustivas, o difícil e desgastante relacionamento interpessoal com familiares e o despreparo para lidar com as situações estressantes.

Diante do exposto, o objetivo principal deste trabalho é analisar os conhecimentos e as práticas dos cuidados humanizados pela equipe multiprofissional em UTI coronariana. Além do objetivo principal existem outros aspectos que devem ser explorados para que a elucidação do trabalho seja completa e traga um maior enriquecimento ao estudo como: verificar aspectos do perfil da formação da equipe multiprofissional para a humanização da assistência, identificar as

concepções e os conhecimentos da referida equipe sobre humanização da assistência em UTI coronariana, reconhecer as práticas de humanização em UTI coronariana conforme os padrões de presença do acompanhante, execução de rotinas de procedimentos e ambiência e identificar elementos que contribuam para a qualificação dos trabalhadores para o cuidado humanizado em UTI Coronariana.

Os questionamentos motivaram as autoras a refletir acerca do conhecimento que a equipe tem relativamente à humanização, se esses profissionais fazem ou fizeram cursos sobre essa temática ou se tiveram alguma qualificação sobre humanização durante a graduação, se há respeito à condição humana durante as rotinas desenvolvidas, como se encontra a estrutura interna da unidade em relação à ambiência, e o que pensam sobre a presença do acompanhante.

Ante, pois, o que foi elucidado, algumas perguntas foram elaboradas: quais os significados de cuidado humanizado na UTI? Quais conhecimentos e saberes são desenvolvidos pelos profissionais em sua formação e prática que levem a um cuidado humanizado? Que elementos são considerados importantes para formação dos trabalhadores, visando a um cuidado humanizado em UTI? As rotinas na UTI são desenvolvidas buscando a prática da humanização?

Outra justificativa para o desenvolvimento deste livro foi devido à publicação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e, logo depois, em 2003, a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde – PNH (BRASIL, 2009). Esta política se estrutura na busca do envolvimento e valorização de todos os agentes do sistema de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) e na elaboração de mudanças para qualificar o SUS. A PNH possui três princípios que visam as mudanças nos modelos de atenção e gestão do sistema de

saúde: transversalidade, indissociabilidade da atenção com a gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. A transversalidade consiste no aumento do grau de comunicação intra e intergrupos e de transformações nas relações de comunicação, ao passo que o segundo princípio trata da inseparabilidade dos modos de agir e cuidar e, finalmente, o terceiro visa à maior efetividade nas mudanças na atenção e gestão (GOMES; RUIZ, 2014).

O estudo apontou a análise dos conhecimentos e práticas de cuidados humanizados realizados por profissionais em uma UTI coronariana de um hospital público de Fortaleza, em cujo contexto foram também colocados em apreciação aspectos sobre a ambiência, as rotinas e o acompanhante na UTI.

Esta publicação é fruto da dissertação de Mestrado, intitulada *Conhecimentos e práticas de cuidados humanizados por equipe multiprofissional em UTI coronariana*, desenvolvida no CMEPS-UECE.

CAPÍTULO I

A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E AS INICIATIVAS NO BRASIL

A humanização da saúde é vista, no contexto atual, como um movimento de integração das relações da saúde, visando a um atendimento de qualidade e a um ambiente mais propício para o incremento do cuidado. Apesar da extensa produção científica sobre o tema e do desenvolvimento de políticas públicas que buscam o resgate de tal perspectiva, ainda continua ponto de vários questionamentos, para muitos, o conceito relativo a humanização da saúde e resolução de sua aplicabilidade. (MONGIOVI *et al.*, 2014).

De acordo com Pessini, Bertachini e Barchifontaine (2014), na área da saúde, o termo **humanização** é usado por seus diversos agentes, com vários significados e entendimentos diferentes e, com o passar do tempo, esse conceito vem se modificando continuamente. Em 1970, em razão da luta pelos “direitos dos pacientes”, se iniciaram as reflexões sobre as práticas de humanização. Já em 1978, houve um marco de grande importância para a reflexão das políticas de humanização por meio da Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados primários em Saúde que aconteceu em Alma-Ata. Esse documento ressaltou que a obtenção do mais alto nível de saúde é o objetivo principal a ser cumprido pelos sistemas de saúde, não devendo ser esquecido o direito que as pessoas têm de participar individual e coletivamente no planejamento e na implementação de seus cuidados com saúde.

Em razão dos distintos diferentes pensamentos acerca da humanização, surgiu a Primeira Conferência Nacional de Saúde, que tinha como lema “ Como o usuário-cidadão quer

ser tratado”. Referido encontro representou um marco na re-missão do princípio da participação do usuário no controle do sistema público de saúde. Essa Conferência tinha como título “ Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social “, estimulando, de certo modo, futuras políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que tinha como objetivo propor um conjunto de ações integradas que visava as alterações dos padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público, com destaque para a necessidade de uma transformação cultural neste ambiente e foco no atendimento humanizado ao usuário. O PNHAH possuía um diferencial em relação aos outros já criados, pois passava a Política Nacional de Humanização, destacando o cuidado com a valorização, a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde para lidar com a dimensão psicossocial dos usuários e de suas famílias, assim como era voltado para a área hospitalar, englobando todos os serviços, projetos, programas e ações de saúde, tornando a humanização transversal na rede pública (atenção primária, secundária e terciária). Além disso, estimulava o trabalho em equipe multiprofissional porque acreditava que isso era uma das condições essenciais para a eficácia da prática humanizada, visto que o enfoque na técnica e nas especializações dos atos dos profissionais de saúde contribuía para deixá-los cada vez mais distante dos usuários, enfraquecendo cada vez mais o vínculo das suas relações (BRASIL, 2009).

Em 2003, houve novo avanço em relação a essa temática, quando o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional da Humanização (PNH), denominada “HumanizaSUS”, que tinha como objetivo efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e gestão, visando, também às trocas entre gestores, trabalhadores e

usuários para a produção da saúde e valorização dos sujeitos constantes deste processo por via de uma melhor comunicação (PESSINI; BERTACHINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

O fato é que a PNH, assim como os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), se compromete em possibilitar atenção integral à população e a propor estratégias que possibilitem ampliar as condições de direitos e cidadania. Também é importante destacar a ideia de que a humanização, como estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, busca transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e na produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários (SANTOS-FILHO, 2007).

Além dos princípios que a PNH possui, ainda existem as diretrizes e dispositivos que funcionam como norteadores das ações de humanização no SUS. Dentre as diretrizes, podemos citar o acolhimento, a cogestão e gestão participativa, a clínica ampliada, valorização do trabalho e do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários, promoção de “grupálicas”, coletivos e redes e criação da memória do SUS que dá certo, onde cada diretriz se refere a princípios do SUS (GOMES; RUIZ, 2014).

Os dispositivos são classificados como modo de atuar e organizar os processos de trabalho. Assim apontam o alcance de objetivos e metas que qualifiquem e promovam mudanças na atenção e gestão nos serviços. Dentre eles destacam-se: acolhimento com classificação de risco, projetos cogерidos de ambiência, grupo de trabalho de humanização, câmara técnica de humanização, entre outros (GOMES; RUIZ, 2014).

Percebe-se que, desde a sua apresentação, a PNH ocupa dimensões cada vez maiores nos modelos assistenciais, uma vez que defende estratégias de valorização e crescimento

profissional, preconiza a gestão participativa e a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Infelizmente, o que se verifica é um contraste da atual realidade com suas estratégias, pois há pouca participação profissional nas decisões, escassez da mão de obra qualificada e baixos investimentos na educação continuada e institucionais (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

Além disso, a PNH, em seus referenciais teóricos, considera a saúde como direito de todos e dever do Estado, percebendo que esta deve apreciar as variadas ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde, estando comprometida com a prevenção, o cuidado, a proteção, o tratamento, a recuperação, a promoção e a produção da saúde. (TEIXEIRA, 2005; BRASIL, 2003).

A verdade é que, para humanizar, é preciso incluir as diferenças nos processos da gestão e cuidado, sendo que essas mudanças devem ser estabelecidas por profissionais, gestores, usuários, coletiva e compartilhadamente. A inclusão dos trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, possam reinventar seu trabalho e se tornem agentes ativos das mudanças no serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Outro aspecto relevante para a efetivação das ações humanizadas é o processo de comunicação. A comunicação é essencial no cuidado prestado à pessoa, funcionando como um meio para execução do cuidado, pois, pior intermédio dela, o profissional pode se tornar mais humano (BOFF, 2001). Nessa mesma linha de pensamento, o acolhimento dialogado também tem importância para que a humanização seja efetivada, sendo por meio deste alcançada a identificação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas (TEIXEIRA, 2005).

Deslandes (2004) ressalta que o desafio da humanização diz respeito à possibilidade de se constituir outra modalidade de relacionamento entre todos os profissionais envol-

vidos, tendo como base a capacidade de se colocar no lugar do outro na relação interpessoal e do diálogo. Estes fatores poderão criar uma ordem no espaço de trabalho em saúde.

Portanto, a humanização não é somente um conceito. Alguns autores consideram a humanização nada mais do que uma ação solidária, uma mão que se estende, o silêncio que comunica, a lágrima que enxuga, um sorriso que pode alegrar, a dúvida que pode ser desfeita, a confiança sendo restabelecida, enfim, a informação que pode esclarecer (CARLOS; RODRIGUES; SOUZA, 2004).

A humanização deve fazer parte do pensar e agir da equipe de profissionais da saúde, nas diversas circunstâncias onde atua, especialmente nas UTIs. Os recursos materiais e os instrumentais são muito importantes na UTI, mas não devem suplantiar as necessidades biopsicossociais, espirituais e ambientais dos pacientes e suas famílias. Na verdade, é esta essência que guiará o pensamento e as ações destes profissionais, tornando-os capazes de criticar e constituir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil aos que convivem, diariamente, na UTI (CAMPONOGARA *et al.*, 2011).

Em relação ao tema dirigido para o conceito do que seria saúde, tradicionalmente, esse ponto é abordado por uma multiplicidade de saberes, onde o encontro entre as ciências humanas e as ciências médicas e biológicas pode trazer ideias nem sempre convergentes sobre o tema. Quando a saúde é abordada por um viés qualitativo, privilegia o sentimento subjetivo que se define no interior de uma relação entre corpo e ambiente, pensamento que se contrapõe ao modelo biomédico clássico, que tende a utilizar o conhecimento científico quantitativo como método nas tentativas de definir a saúde (RODRIGUES; PEIXOTO, 2014).

A concepção que valoriza o contexto cultural e social de cada ser humano na constituição de sua saúde, é incorporada

às práticas assistenciais por meio de Promoção de Saúde e ações humanizadas, envolvidas na capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, com maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2006).

Georges Canguilhem e Donald Winnicott, por exemplo, têm pensamentos que convergem e divergem sobre o assunto atinente a saúde. Canguilhem tem como característica marcante do seu entendimento sobre o tema o afastamento do pensamento médico mais tradicional. Winnicott também se distancia da teoria e da prática psicanalítica de teor clássico, não formulando, portanto, um conceito ortodoxo de saúde mental. Na teoria winnicottiana, a saúde está totalmente ligada ao processo de amadurecimento do ser humano, fenômeno este que jamais se acaba. Malgrado, porém, as semelhanças encontradas entre os pensamentos de Canguilhem e Winnicott, existem também diferenças que, no primeiro momento, parecem afastar significativamente as teorias de ambos os autores. Podemos citar o fato de que Canguilhem, teórico por excelência, em alguns momentos, restringe seu terreno de estudo à saúde e à doença do corpo físico. Entretanto, D. Winnicott, clínico excepcional, propõe-se dissertar acerca da subjetividade. Portanto, pode-se perceber que há uma grande flexibilidade para a definição do conceito de saúde (RODRIGUES; PEIXOTO, 2014).

CAPÍTULO II

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Tradicionalmente, o cuidado sempre está associado ao conhecimento das pessoas, direcionado para os procedimentos puramente técnicos, sendo estes orientados para o desenvolvimento do trabalho. Este termo possui, entretanto, uma aplicação social mais extensa demonstrada no significado dessas ações para as pessoas envolvidas (AYRES, 2006).

Na perspectiva de Deslandes (2004), a condição e a ação de cuidar são ações que nos permitem compreender melhor o significado da existência como seres humanos, permitindo assim a compreensão de si mesmo e a reconstrução constante e simultânea da condição humana.

Para Alves et al (2009, p. 591),

[...] o cuidado começa quando se inicia uma relação dialógica entre paciente e profissional de saúde que transcenda o simples jogo de perguntas ativas do médico e respostas passivas do paciente, em direção à construção de um campo de trocas, em que ao saber do médico incorporam-se as experiências do indivíduo. Com isso, é possível se estabelecerem relações pautadas pela parceria de pessoas que têm, como objetivo, encontrar o caminho mais curto que as leve ao restabelecimento da saúde.

A humanização em UTI é caracterizada por um local onde se prestam cuidados a pacientes críticos, sendo que os profissionais de saúde necessitam utilizar a tecnologia aliada a empatia, experiência e compreensão do cuidado prestado, com amparo no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético em

uma realidade vulnerável e frágil. Cuidar em unidades críticas é ato de amor, o qual está vinculado a motivação, comprometimento, postura ética e também moral, características pessoais, familiares e sociais (SILVA, 2000).

Nesse mesmo pensamento, Ayres (2006) evidencia que a humanização exige reconstituir um conceito de cuidado que saiba conjugar êxito técnico e sucesso prático. Não se deve esquecer de que a interação terapêutica se apoia na tecnologia, mas não pode se limitar a ela, porque precisam ser vistos os seus interstícios com a sabedoria prática que é essencial para o cuidado. Isso quer dizer abrir espaço para diálogo a fim de conversar sobre como essa tecnologia deve se inserir na subjetividade e no coletivo do serviço. Para isso, é necessária sabedoria prática para que as responsabilidades sejam compartilhadas e as necessidades solucionadas, a fim de que se logre reconstituir as identidades com esteio nos projetos de felicidade.

Numa visão mais específica, Mezomo (2001) defende o argumento de que humanizar o hospital significa tornar a instituição adequada à pessoa humana e resguardar seus direitos fundamentais, enfatizando também que hospital humanizado é aquele que, em sua estrutura física, humana e administrativa, valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela e garantindo-lhe uma prestação de grande qualidade.

Observa-se, de fato, é que as ações humanas são perdidas no dia a dia das Unidades de Terapia Intensiva, sendo provocadas, muitas vezes, pelo desenvolvimento de práticas mecanicistas baseadas no modelo biomédico. Este padrão operou na maioria das práticas de saúde, tornando-se hegemônico durante o século imediatamente passado (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

Cutolo (2006) destaca que o modelo biomédico é caracterizado pela explicação de uma só causa da doença, conside-

rando a influência na relação causa-efeito somente do agente etiológico; pelo biologicismo, pois só reconhece a natureza biológica das doenças; pelo mecanicismo, ao perceber o corpo como algo fragmentado tendo este pensamento afinidade com cartesianismo; pela especialização, onde considera o corpo como um conjunto de partes, exigindo, dessa maneira, a fragmentação do conhecimento para entendê-las; pelas ações de recuperação e reabilitação, em detrimento das ações de prevenção e promoção; e pelo tecnicismo, com o uso cada vez maior das tecnologias para diagnóstico e cura.

Consoante leciona Capra (1982), o modelo biomédico resulta da afirmação do modelo mecanicista da vida. O médico é quem deve consertar o defeito no funcionamento do corpo desde um ponto de vista da Biologia celular e molecular, descuidando dos aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença.

Nesta situação, pode-se inferir que o modelo biomédico privilegia as ações direcionadas para a busca das causas das doenças, apostando na explicação dos fenômenos que envolvem o sujeito somente por intermédio do viés físico e reduzindo, com efeito, o ser humano apenas à sua dimensão biológica (OLIVEIRA, 2017).

Segundo Luz (2005, p. 42), as novas práticas de saúde coletiva restauram a sociabilidade dos valores, apontando para a existência de sentimentos e significados na formação cultural relativa à saúde. “Essas práticas terapêuticas têm ocupado um lugar social importante, preenchendo espaços do sistema biomédico, introduzindo significados e valores diante do sofrimento, do adoecimento, bem como do tratamento e da cura de doenças”.

Na verdade, a situação crítica do paciente e a demanda em termos de cuidados técnicos, observação que deve ser contínua e a maquinaria necessária, são vistas como obstácu-

los. Verifica-se que a dificuldade da prática do cuidado humanizado seria causada também pela relação entre a execução das atividades técnicas rotineiras em saúde, juntamente às ações de caráter relacional e subjetivas, de modo que a pessoa que recebe os cuidados possa ser entendida como sujeito e não apenas como usuário do sistema. (MONGIOVI et al., 2014).

Com efeito, os profissionais da UTI vão criando, sem perceber, um mecanismo de adaptação ao trabalho e acabam, em muitos momentos, não se sensibilizando mais com o sofrimento e a situação de saúde dos pacientes. Além disso, começam a cuidar de modo rotineiro, mecanizado e técnico, priorizando a dimensão biológica e esquecendo das demais dimensões do ser humano (BACKES et al., 2012).

Então, recobrar a humanidade nas UTIs seria voltar a uma reflexão mais madura, por via da conscientização de todos os envolvidos, sobre o que é o ser humano. A UTI precisa e há de utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais avançados, mas os profissionais desta unidade não devem esquecer que a máquina não substituirá o ser humano (CAETANO et al., 2007).

As características do cuidado em UTI são revistas em decorrência da insatisfação dos pacientes e da perspectiva integral do cuidado e, por isso, diversos serviços de UTI passaram a adotar ações que sinalizam para um cuidado humanizado. Hoje elas buscam mais a promoção do bem-estar, da diminuição do tempo de permanência, em razão do choque emocional no paciente e da melhora da qualidade da comunicação entre todos os envolvidos. Também foram feitas mudanças ambientais, com a reestruturação do ambiente físico e das rotinas assistenciais, visto que um ambiente com estrutura e rotinas humanizadas é sentido como menos ameaçador para os pacientes, familiares e para a própria equipe de saúde, favorecendo assim o cuidado integral. De uma maneira geral,

as Unidades de Terapia Intensiva são caracterizadas como ambientes dinâmicos que visam a prestar assistência por meio de tratamentos mais complexos e com elevados níveis tecnológicos, favorecendo, assim, a dissociação do aspecto humano do cuidado, afetando, de certo modo, emocionalmente pacientes e membros familiares (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008).

Nascimento e Erdmann (2006) ressaltam que a modernização e os equipamentos beneficiam o atendimento imediato, proporcionam segurança para toda a equipe da UTI, porém, podem contribuir para tornar as relações humanas mais distantes, fazendo com que, na maioria das vezes, os profissionais tenham maior conhecimento sobre a máquina e pouco sobre o ser humano de quem estão cuidando.

A UTI coronariana, especificamente, se caracteriza por ser uma unidade equipada com todos os materiais necessários para detecção e tratamento para as complicações de doenças cardíacas (MAROSTI; DANTAS, 2006).

Os eventos cardíacos acontecem, geralmente, no período da meia-idade, justamente quando a pessoa está no auge da capacidade. Em virtude disso, o diagnóstico de doença cardíaca pode ser sentido pelo paciente como um ataque à autoimagem, podendo trazer consigo uma ruptura, sentimento de incompletude e a ameaça a finitude. Tudo isso pode causar influxo na família e no paciente, trazendo desorganização e repercussões psicossociais (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008).

Entende-se que, no ambiente da UTI coronariana, os pacientes com patologias cardíacas necessitam de cuidados especiais, o que torna necessário, muitas vezes, repouso absoluto no leito, além da realização constante de procedimentos invasivos e dolorosos. Pessoas com IAM expressam temores, medos e incertezas perante a morte. O fato é que

nessas unidades é fundamental a presença de profissionais altamente capacitados e que exerçam suas funções de maneira mais humanizada, com a capacidade de comunicação e escuta, respeito aos seus hábitos culturais, compromisso ético e calor humano (CASTRO; ROSERO, 2015).

É importante destacar o fato de que na esfera da saúde o termo “humanização” é empregado constantemente, como base de um vasto conjunto de iniciativas, apesar de não possuir uma definição objetiva. Geralmente indica a modalidade de assistência que dá valor à qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento da subjetividade dos direitos e da cultura do paciente, além do reconhecimento do profissional. Tal consideração pretende ser norteadora de uma nova práxis na produção do cuidado em saúde (DESLANDES, 2004).

Na verdade, o que se evidencia nos estudos realizados sobre a humanização é que a falta de qualificação dos profissionais seria um ponto marcante que impede a implementação da humanização na UTI. É preciso que haja reorientação e revisão dos currículos responsáveis pela formação dos trabalhadores da saúde que estão envolvidos neste contexto, pois não basta a existência de uma política transversal, como a da humanização, se não houver profissionais competentes e comprometidos com as mudanças nos serviços de saúde (SALICIO; GAIVA, 2006).

Corroborando essa ideia, a equipe multiprofissional da UTI deve estar apta a realizar o cuidado humanizado, ser capaz de atender todas as necessidades do usuário, muito além do mero aspecto teórico-técnico da assistência, ou seja, e não só seu aspecto fisiológico, mas também psicoemocional, social e espiritual. Atender ao usuário visualizando suas necessidades físicas unidas a outros aspectos que se ligam ao adoecimento é atitude que caracteriza a humanização como um

comportamento de cuidado holístico, realizando ações transpostas ao tratamento da patologia (MONGIOVI *et al.*, 2014)

Na perspectiva de Ayres (2005), a relação entre as experiências de vida, valores e aspirações, e os processos que orientam as pessoas em ações individuais e profissionais e os processos de adoecimento, cuidado e prevenção, demonstram o núcleo essencial das propostas de humanização e seu ideal de transformação. Já os pensamentos de Boff (2001) descrevem que cuidar da saúde e do corpo implica tratar da vida e do conjunto das relações com a realidade, que passam pela higiene, alimentação, o ar que se respira, o modo como se veste, a maneira como se organiza a casa e se posiciona dentro de um determinado espaço ecológico, reforçando a identidade das pessoas como seres de relações.

No contexto do cuidado, Alves *et al.* (2009) destacam a importância da responsabilização mútua dos agentes envolvidos, da autonomia e do protagonismo. É por meio dos espaços coletivos e das redes de relação que se revelam os saberes que permeiam a responsabilização compartilhada e a autonomia, visto que discutir elementos sobre o tratamento comporta estabelecer participação construtiva na terapia, possibilitando assim aos sujeitos a manifestação de protagonismo.

Ainda destacando fatores que contribuem para o desenvolvimento dos cuidados humanizados na assistência, Mongiovi *et al.* (2014) expressam que a empatia é um instrumento precioso de humanização, pois o sujeito tenta se colocar verdadeiramente no lugar do outro e passa a agir de acordo com seus valores, qualificando, assim, o cuidado prestado.

CAPÍTULO III

FORMAÇÃO E CONHECIMENTO PARA UM CUIDADO HUMANIZADO

Muitas vezes, o envolvimento do profissional com a doença e com os procedimentos necessários enseja a priorização do problema em detrimento da pessoa que o possui. Isso acarreta a despersonalização daquele que é cuidado. Nesse sentido, a humanização do atendimento em saúde envolve a qualificação dos profissionais, que começa ainda nas universidades, assim como no contexto da educação continuada (SOUZA *et al.*, 2008).

É evidente a importância do desenvolvimento de habilidades técnicas necessárias ao exercício profissional na área da saúde, sobretudo, nas especialidades em que a tecnologia é cada vez mais desenvolvida e faz parte do cotidiano. Chama-se a atenção, contudo, para a importância do preparo da pessoa, como ser integral, durante a formação acadêmica, a fim de garantir o seu fortalecimento emocional, pois os alunos das diversas áreas da saúde estão constantemente expostos a situações ansiogênicas, decorrentes das especificidades da atividade ocupacional, das condições de trabalho, das quais são sujeitos e que, inevitavelmente, interferem no seu ofício (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2005).

Nesta perspectiva, o ensino do cuidado não ocorre com base apenas na dimensão do cognitivo com fundamentos teóricos humanistas, mas também no cotidiano das interações de educadores e educandos e com desenvolvimento de comportamentos, habilidades e atitudes humanistas (SOUZA *et al.*, 2008).

Para Casate e Correa (2012), apesar das intenções dos profissionais da saúde em realizar uma assistência humaniza-

da, o despreparo ainda é muito ocorrente em termos educativos formais para a sua realização. Na realidade, muitas das ações entendidas como desumanizadas, vistas com frequência nos diversos âmbitos da atenção em saúde, muitas vezes, sucedem por insegurança do profissional em mudar as rotinas de cuidados já estabelecidas em seus meios de atuação, bem como na incapacidade de sistematizar ações de humanização devidamente aplicáveis às diversas realidades assistenciais. Persiste, por esse pretexto, o fato de que a formação do profissional deve abarcar os conteúdos teóricos, técnicos, políticos e éticos, referentes ao desenvolvimento do cuidado em saúde.

É bem verdade que, desde a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de saúde no ano de 2001, existe por parte das Instituições de Ensino Superior (IES) em saúde maior flexibilidade em aceitar os conteúdos relativos aos aspectos de formação integral, ensino crítico-reflexivo e éticos na constituição de novos desenhos curriculares dos cursos de saúde (CASATE; CORREA, 2012).

Especificamente, para os cursos da área da saúde, as Diretrizes Curriculares norteiam o perfil do formando/egresso primando pela valorização dos aspectos ético humanistas na capacitação de competências, nas habilidades gerais e específicas, no ponto de vista da integralidade da assistência, com juízo de responsabilidade social e obrigação com a cidadania, como causador da saúde integral do ser humano (BRASIL, 1998).

Nota-se que, o cuidado somente ocorrerá em sua totalidade quando o profissional expressar conhecimento e competência em suas atividades técnicas e educativas. Esse conhecimento adquirido torna o profissional apto a fazer considerações, a ter respeito e sensibilidade demonstrados por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques (WALDOW, 2004).

Para que a humanização aconteça na contextura hospitalar, a equipe multiprofissional precisa desenvolver uma consciência de aprimoramento profissional para acompanhar a evolução das novas tecnologias e uni-las à escuta, ao diálogo e à solidariedade no decurso do cuidado (COSTA; FIGUEIREDO; SHAURICH, 2009).

Na lição de Rego, Gomes e Siqueira (2008), o desenvolvimento de uma consciência reflexiva nos profissionais é condição básica estruturante para que estes sejam, posteriormente, capazes de executar o cuidado ético e humano quando no momento de sua atuação assistencial. Para atingir este ideal esperado, entretanto, é necessária urgência em relação às práticas em termos da valorização de novos saberes, assim como a aquisição de um comportamento mais dialógico também entre as equipes e com usuários e a revisão de posturas políticas e ideológicas entre os gestores.

De acordo com este pensamento, Chernicharo, Silva e Ferreira (2011) acreditam que, de igual modo, a formação profissional deve também conduzir-se em termos morais, onde possam ser discutidos dilemas do cotidiano das equipes, para que a humanização possa ser vivenciada de modo puro e não somente repassada feita uma teoria e simples afirmações idealizadas. Para eles, este conforma um fator indispensável para aquisição de uma posição profissional em que sejam respeitados os valores do paciente e de seus familiares, considerando os aspectos biopsicossociais de cada qual e o desenvolvimento justo dos métodos em saúde em combinação com a dignidade humana.

Na verdade, o conhecimento adquirido durante a formação da equipe multiprofissional que atua em UTI coronariana em relação à assistência humanizada, assim como a capacitação profissional, seja por meio de cursos de educação continuada ou educação permanente, torna-se imprescindível para a

prática de cuidados humanizados, uma vez que cria a possibilidade do olhar crítico em relação à temática, proporcionando uma atitude transformadora para qualificação e atenção aos pacientes bem como aos próprios colegas da equipe.

Por fim, a formação para atuação humanística pressupõe a reflexão tanto de conteúdos objetivos em termos de revisões na conduta gestora, aperfeiçoamento e qualidade de atendimento, até os aspectos mais subjetivos da assistência como o autoconhecimento dos sujeitos envolvidos no processo, a empatia e a melhoria das relações interpessoais com o usuário, familiares, gestores e equipe (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011).

AMBIÊNCIA HUMANIZADA

Em razão da grande complexidade e da própria dinâmica habitual da UTI, o paciente tende a se sentir desconfortável pelo excesso de barulhos e iluminação das máquinas, bombas e monitores, pela falta de privacidade decorrente da necessidade de monitorização contínua, pelo isolamento e afastamento da família, assim como em razão da constante experiência de morte na rotina das unidades. Então, todos esses fatores desencadeiam um ambiente estressante e fator de inseguranças aos usuários internados, que já se encontram vulneráveis pela sua própria condição de adoecimento (MONGIOVI *et al.*, 2014).

Sobre esse contexto, Lemos e Rosse (2002) destacam que a movimentação das pessoas e o barulho constante dos aparelhos contribuem para o desenvolvimento do estresse para os profissionais, pacientes e sua família. Além da própria estrutura física e ambiental da UTI, a doença também interfere na capacidade de adaptação da pessoa institucionalizada.

No raciocínio de Beccaria *et al.* (2008), é errado acreditar que a humanização de um hospital resulta apenas em possuir materiais suficientes, bons equipamentos e um local adequado. Na verdade, a humanização é um problema que envolve as atividades das pessoas que trabalham amplamente ali, onde deve ser oferecido um tratamento que respeite o paciente como ser humano desde o momento da sua internação, das rotinas, do ambiente, da dependência e do medo do desconhecido que estes pacientes têm, sendo este o possível causador de comprometimentos psicoemocionais.

Na esteira da reflexão de Beccaria *et al.* (2008), a PNH traz em sua estrutura a concepção de ambiência, a qual tem relação com o espaço físico, também entendido como social, profissional e de relações interpessoais, devendo harmonizar mais amplamente a atenção de maneira mais ampla com uma visão acolhedora, humana e resolutiva, analisando também alguns elementos que atuam protegendo a inter-relação homem e espaço.

De acordo com a Cartilha da Política Nacional de Humanização, o termo **ambiência** se refere a ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é caracterizada tanto pelas tecnologias médicas quanto por outros elementos estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Não se pode esquecer a importância na ambiência, do componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação aos trabalhadores e gestores. Assim, também, devem ser valorizados os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (BRASIL, 2007).

Essa política entende que o ambiente de trabalho permite uma reflexão sobre a produção do sujeito e o processo de trabalho, tendo uma conotação ética, estética e política. Em razão do exposto, a proposta da PNH está em resgatar esse vínculo com o processo de produção de saúde, já que o histórico de assistência à saúde é direcionado à atenção às doenças, aos procedimentos e tarefas (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde (MS) lançou o caderno *HumanizaSUS* em 2011, cujo volume 3 se refere à atenção hospitalar. Neste caderno, constam várias informações a respeito da

PNH, inclusive sobre ambiência, acolhimento, clínica ampliada e direito ao acompanhante. O crescimento da PNH trouxe uma visão ampliada para um olhar avaliativo, pois foram surgindo vários aspectos relacionados ao modo como a Política “apresenta” suas propostas/objetos/ofertas, sendo entendido que, muitas vezes, as suas orientações gerais não são bem compreendidas em eixos de objetivos e metas a serem concretizados no âmbito dos serviços de saúde.

Em razão disso e com suporte em algumas observações feitas, foram constituídos agrupamentos de metas e indicadores capazes de “traduzir-explicitando” as suas intencionalidades (servindo como um modo-instrumento para facilitar a introdução da Política com os gestores e trabalhadores).

A seguir observa-se o quadro referente à ambiência, ao acolhimento e à clínica ampliada, sendo que esta última se refere ao cuidado transversal e de maneira multidisciplinar do paciente.

Quadro 1 – Matriz de indicadores: acolhimento, ambiência e clínica ampliada

DIRETRIZ: ACOLHIMENTO, AMBIÊNCIA E CLÍNICA AMPLIADA

Reorganização dos processos de trabalho e ambientes institucionais, seguindo-se as perspectivas clínica, ética e política (tecnologia do encontro: vínculo, escuta qualificada e inclusiva, postura na relação/encontro).

ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS

Vínculo; Inclusão; Adequação de oferta/respostas conforme gravidade dos casos; Resolubilidade; Indução à formação de equipes multiprofissionais de referência (apropriação e uso articulado de conhecimento, habilidades e instrumentos; codocidando).

Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
<p>Comitês constituídos e planos de trabalho pactuados (movimentos locais e em rede);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipe de referência, atuando no referencial da clínica ampliada; • Realização de diagnósticos e mapeamento de situações, demandas, fluxos, etc.; • Agenda de capacitações sistemáticas (% de trabalhadores capacitados em temas afins); • Construção coletiva de ferramentas: protocolos (de ACR), manuais (critérios, rotinas, fluxos, informações sobre a rede, etc.); • Projetos de adequação dos ambientes. 	<p>Mudanças no processo e relações de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Novos padrões de organização para qualificação do atendimento: critérios e fluxos (casos priorizados conforme vulnerabilidade, risco); • Vínculo/fluxos instituídos com o sistema de saúde locorregional (rede); • Mudanças na postura dos trabalhadores/ equipes (escuta, qualidade da interação); • Configuração de equipes multiprofissionais de referência, atuando com o referencial e instrumentos da clínica ampliada (instrumentos integrados); • Espaços físicos (re)adequados, seguindo o conceito referencial de ambiência. <p>Ampliação do acesso e grau de resolubilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentuais de casos "atendidos", "solucionados", "redirecionados", conforme critérios definidos nos protocolos (redução das filas); • Percentuais de redução dos tempos de espera (conforme protocolo); • Percentuais dos casos atendidos e encaminhados à rede (básica ou outra) com procedimentos marcados a partir do hospital; • Percentual de altas de pacientes de grupos de risco, com encaminhamentos para acompanhamento na rede básica; • Aumento do grau de satisfação dos usuários (avaliações criteriosas). 	<p>Incorporação efetiva na pauta/agenda da gestão (posicionamento do gestor);</p> <p>Construção de uma agenda programática: pactuações de metas e ações, recursos, plano de acompanhamento;</p> <p>Revisão do arranjo organizacional, redefinindo a hierarquia de gestão e de condução de casos;</p> <p>Estratégias de articulação e pactuação</p>

Fonte: Brasil (2011).

Ainda nessa perspectiva, a PNH defende o argumento que o cuidado com a ambiência é um ponto facilitador da política da humanização. Na verdade, a ambiência compreende o ambiente físico hospitalar que envolve o espaço social, o profissional e as relações entre os profissionais da saúde, sendo estas consideradas como o alicerce do acolhimento humano com influência sobre as inter-relações do ser humano com o ambiente, ou seja, entre o trabalhador e o espaço de trabalho (REIS *et al.*, 2013).

A ambiência no contexto da humanização na UTI coronariana tem importante papel. No ponto de vista crítico de Knobel, Novaes e Karam (1999), para que ocorra a humanização e as mudanças ambientais na UTI, impõem-se planejamento e monitorização, tanto para as rotinas, que envolvem regras, como também para a estrutura física, se traduzindo em conforto, bem-estar e privacidade para os pacientes, não se esquecendo dos familiares/acompanhantes, em busca de estabelecer um vínculo positivo com a equipe.

Nesse sentido, a ambiência na saúde não se refere apenas ao espaço físico, mas sim ao *locus* profissional e das relações interpessoais, com o objetivo de estabelecer uma atenção acolhedora, caracterizada por um componente afetivo e uma atenção resolutiva e humana, buscando sempre a interação dos trabalhadores com os gestores (BRASIL, 2008).

Em geral a ambiência segue praticamente três eixos: o espaço que visa à confortabilidade, outro que é a produção de subjetividades e outro espaço atuante como meio para facilitar o trabalho. Em relação à confortabilidade, há uma referência a privacidade e individualidade de todos os sujeitos envolvidos, enquanto o segundo eixo se relaciona a ação e reflexão sobre os processos de trabalho, e o terceiro liga-se mais a otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Nesse aspecto, pode-se dizer que, ao criar as ambiências, é preciso que se respeitem os valores culturais referentes a privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade envolvida, desmistificando a caracterização de ambiente frio e hostil das UTIs. Na verdade, a ambiência passa a ser um dispositivo de mudança, pois favorece um processo reflexivo das práticas e modos de operar naquele espaço (BRASIL, 2008).

Na perspectiva de Caetano *et al.* (2007), o calor humano, a privacidade, a individualidade, o respeito ao pudor das pessoas, o cuidado com o conforto e bem-estar físico e mental, a proximidade entre pacientes e familiares, a probabilidade de acesso às informações, de ser ouvido e sentir-se integrante do esquema terapêutico elaborado são alguns dos fatores que juntos podem atenuar o ambiente inóspito das UTIs tradicionais.

Conforme alcançam Reis *et al.* (2013), além da demonstração da falta de um programa de ações que viabilizem o cuidado humanizado, a falta de estrutura física adequada e de acordo com a ambiência da PNH também é apontada como fator limitador para a prática da humanização na UTI. O fato é que alguns trabalhadores, algumas vezes, questionam a própria capacidade de cuidar dos pacientes segundo os preceitos da humanização, já que para eles a sua atuação profissional não é realizada em um ambiente de trabalho considerado humanizado pelo fato de a estrutura física não ser a ideal.

CAPITULO V

ROTINAS DE PROCEDIMENTOS NO COTIDIANO DA UTI CORONARIANA

A UTI possui várias características próprias, como, por exemplos a convivência diária dos profissionais e dos sujeitos doentes com as situações de risco, a necessidade do conhecimento técnico-científico e do instrumental tecnológico para o atendimento, a ansiedade dos pacientes e dos familiares, bem como dos trabalhadores de saúde, as rotinas rígidas e inflexíveis, realizadas constantemente, e a rapidez de ação no atendimento, tornando o ato mecânico. Haja vista esse contexto, é necessário que os trabalhadores possuam características especiais para que possam prestar o cuidado, da melhor maneira possível, apesar das ‘adversidades’ que esse ambiente de trabalho possui (SILVA; FERREIRA, 2009).

De acordo com Nascimento e Trentini (2004), a família, que é uma extensão do doente e com quem ele contava em vários momentos de sua vida, é afastada do seu convívio, por imposição das rotinas do serviço que são geralmente rígidas.

O que acontece no dia a dia da UTI é que os profissionais, muitas vezes, trocam opiniões e discutem sobre a situação em que os pacientes se encontram e as condutas a serem tomadas. As rotinas tomam uma sequência diária, existindo um planejamento da cadeia de eventos necessários com amparo no que foi diagnosticado, com a condução de cada paciente de modo particular, a avaliação constante dos pacientes, a análise dos prontuários, a avaliação dos exames laboratoriais e o planejamento do que pode ser feito por eles.

Além dessas rotinas citadas, os pacientes são reavaliados constantemente, a fim de otimizar o tratamento. Cada profis-

sional atua dentro do seu entendimento, seja acompanhando o desmame e extubação ou realizando o banho e as mudanças de decúbito, entre outros. Todos se empenham em evitar a infecção cruzada por meio do cuidado e da higiene constante das mãos, ao lidar com cada paciente, e de paciente para paciente (BACKES *et al.*, 2012).

Os profissionais mantêm os pacientes higienizados, proporcionando-lhes conforto e bem-estar. Procuram expô-los ao sol quando a estrutura da UTI oferecer possibilidade e sempre procuram estimulá-los a comer quando for o caso. Na maioria das vezes, os profissionais precisam estar sempre atentos às alterações dos pacientes, com atenção redobrada quanto aos cuidados, já que ali estão doentes graves e que inspiram cuidados especiais (BACKES *et al.*, 2012).

Backes *et al.* (2012) evidenciam que os procedimentos realizados nos pacientes são bastante frequentes e invasivos e, às vezes, até agressivos, tais como a entubação endotraqueal, a drenagem de tórax, a passagem de cateteres venosos centrais, a pericardiocentese, a passagem de marcapasso, cateter de swanganz, hemodiálise, as pequenas cirurgias, a traqueostomia, entre outros. Geralmente, há o envolvimento de vários profissionais, tanto no preparo como na realização desses procedimentos. É necessário, muitas vezes, que estes procedimentos sejam realizados rapidamente (BACKES *et al.*, 2012).

Ocorre é que as rotinas desenvolvidas na UTI envolvem, além das regras, a cooperação entre a equipe e o respeito com o paciente. São inúmeras as rotinas - a mudança de decúbito, a hora do banho, o momento da realização de exames laboratoriais, seguindo um ritual diário, a visita ou o horário da alimentação. Em todos os procedimentos, impõem-se sensibilidade e destreza da equipe para saber o momento ideal,

procurando continuamente resguardar o paciente para que ocorra da melhor maneira, visando sempre bem-estar e tranquilidade para todos.

Neste contexto, é importante salientar a hora do banho como procedimento que causa desconforto aos pacientes, visto que, em muitas situações, deverá ser realizado no leito pela necessidade de repouso absoluto. Isto torna o paciente vulnerável, pois muitos remetem na sua fala a sensação de invasão da sua privacidade, considerando um momento desagradável, vergonhoso, difícil, demorado e incompleto (MAROSTI; DANTAS, 2006).

Na UTI coronariana em estudo, existe um Protocolo Operacional Padrão (POP) para cada rotina desenvolvida pelos profissionais. Este POP, também, passa por periódicas revisões, para que a equipe fique constantemente atualizada sobre novas modalidades de realização das rotinas, bem como para que o paciente seja sempre bem acolhido e tenha seu bem-estar garantido durante essa dinâmica. Após a leitura detalhada das rotinas nos Pops, principalmente as relacionadas ao banho no leito, mudança de decúbito, administração de medicação por via oral, aspiração traqueal e nasal, foi verificado que sempre são destacadas em sua descrição a necessidade da explicação do procedimento ao paciente e a observação do conforto dele após a realização da rotina. Além disso, há também a descrição para explicação do procedimento ao acompanhante caso. Esse fato demonstra a importância que conferida à assistência humanizada na referida UTI, pois as rotinas devem ter extrema ligação com a atenção e respeito ao paciente, garantindo seu conforto e privacidade, além do acolhimento necessário ao estado em que este se encontra.

Não se deve esquecer de que o ingresso do paciente na UTI deve ser feito sempre de forma acolhedora, devendo a

equipe fornecer informações adequadas sempre antes de realizar os procedimentos, sobre as rotinas que serão desenvolvidas, sobre quem são os profissionais que trabalham na unidade e qual é a função dos aparelhos e dos equipamentos que ficam no ambiente. Essas informações proporcionam segurança ao doente, diminuindo o medo e a ansiedade (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008).

As rotinas e experiências vividas na UTI são classificadas, muitas vezes, como traumáticas. É necessário a equipe sempre lembrar-se de que existe na UTI uma pessoa que tem emoções, afetos e sentimentos e que o jeito como a interação na UTI é vivenciada sempre será um acontecimento singular, uma experiência pessoal, portanto, sendo inerente à maneira de cada um viver e se relacionar. A mecanização do cuidado, a falta de privacidade em atividades rotineiras de higiene e o contato com pessoas desconhecidas levam o doente a sentimento de insegurança, desamparo, angústia e solidão (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008).

Em virtude disso, é preciso que se repense na flexibilização das rotinas, fugindo um pouco das condutas rígidas e cronometradas.

É importante destacar o fato de que o ser humano o é na vida, dentro e fora de um hospital, de um ambulatório ou de um centro de saúde. Não tem como dissociar isto. O encontro e a potência do encontro estão ligados à vivência de um exercício que toca humanamente quando se consegue alcançar o encontro humanizado com o outro (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008).

CAPITULO VI

ACOMPANHANTE NA UTI

É bem verdade que as pessoas fazem parte de sistemas complexos e interconectados que englobam os fatores individuais, familiares e extrafamiliares, os amigos, a escola, o trabalho e a comunidade. Nessa concepção global, é importante ressaltar que um membro da família quando está presente torna-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para ser orientado no seu papel de cuidador leigo (BRASIL, 2010).

De acordo com os estudos de Lopes e Fracolli (2008), o contato com a família, no ambiente de UTI, ocorre de uma maneira bastante formal e burocrática, principalmente no horário das visitas. O diálogo com os familiares se faz restrito e, no momento de visitas, a maioria dos funcionários não permanece ali, fazendo com que o sofrimento e a angústia dos familiares fiquem cada vez maiores pela falta, muitas vezes, de informação.

Acredita-se que é necessário um estreitamento da relação de ajuda e confiança, para que a equipe possa minimamente atender às necessidades reais dos pacientes e seus familiares. Desta maneira, é possível concluir que uma relação amistosa formada entre a equipe e os familiares, contudo estabelecida nos primeiros encontros, pode oferecer melhor apoio para ambos e para o paciente (SILVEIRA; CONTIM, 2015).

Verifica-se, efetivamente, é que a equipe multiprofissional da UTI precisa estar permanentemente preparada e atualizada para associar as múltiplas informações relacionadas às atualidades e atender com a necessária competência a

amplitude que engloba o cuidado a ser prestado. Além disso, é importante que a equipe perceba as manifestações do paciente e da família com relação aos aspectos emocionais e psicológicos, objetivando tornar essa interação mais harmoniosa e humanizada (VEDOOTTO; SILVA, 2010).

Nessa mesma perspectiva, é imprescindível considerar a família nesse processo, uma vez que isso é fundamental para oferecer transparência aos cuidados ofertados e promover a humanização em si, pois esse aspecto tem influência direta sobre o tratamento (VEDOOTTO; SILVA, 2010).

O fato é que, em alguns momentos, a família pode ser divisada pela equipe com um certo desconforto, principalmente no momento das rotinas, oportunidade em que sempre há questionamentos, que são julgados pela equipe como inoportunos, causando constrangimento ao profissional que se sente fiscalizado pelo familiar (VEDOOTTO; SILVA, 2010). Corroborando isso, a Cartilha *HumanizaSUS*, destinada a visita aberta e direito ao acompanhante, evidencia que muitos veem a visita e acompanhante como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um “peso” a mais, uma demanda que precisa ser contida (BRASIL, 2010)

Não deve ser esquecido, no entanto, é o fato de que quanto mais rápida for a interação do familiar com a equipe, melhor será para família e o paciente, já que os familiares são sofrendores também com o processo de hospitalização do seu ente querido, com sentimentos de angústia, medo e desesperança (VEDOOTTO; SILVA, 2010).

No ponto de vista de Caetano *et al.* (2007), o psicológico dos familiares fica bastante abalado. Eles têm necessidade de saber tudo, mesmo se entenderem pouca coisa. O fato é que a vontade de ter informações, a certeza de que há um profissional junto do paciente lhes proporciona mais alívio e segurança.

Gerar e manter o vínculo nas relações entre a equipe, família e paciente é importantíssimo, mas não deve acontecer somente no âmbito desta esfera, profissional e usuário, e sim estender-se entre os profissionais que compõem a equipe. Na filosofia da PNH, o acolhimento também prioriza a criação de redes e vínculos profissionais, visando à valorização dos próprios sujeitos envolvidos, bem como da integralidade (REIS *et al.*, 2013).

A comunicação exerce papel fundamental no cuidado humanizado e na demonstração de respeito por parte da equipe multiprofissional que é a que mais tempo passa com o paciente e a família. Não existe um bom relacionamento entre pessoas quando não há uma boa comunicação. Além disso, a equipe que trabalha na UTI deve adquirir um bom relacionamento com a família, pois isso facilita sua participação no tratamento do paciente, além de tentar elaborar um plano de visita que possa atender, na medida do possível, as necessidades do paciente, da família e equipe (REIS *et al.*, 2013).

Indescartável requisito para a humanização do cuidado, segundo Beccaria *et al.* (2008), é manter a família sempre bem informada e prepará-la para a visita na UTI, oferecendo informações corretas e de fácil compreensão, com palavras simples e de acordo com o nível sociocultural dos familiares. Malgrado, porém, a importância de orientar os familiares, poucas vezes, isso acontece, em consequência da rotina corrida da UTI. Beccaria *et al.* (2008) ainda destacam ser importante que, para o familiar suportar a difícil situação em que está vivendo, o apoio da equipe e as orientações adequadas são imprescindíveis, e é no momento da visita que isso acontece.

Em geral, os familiares não estão preparados para ver o doente sedado e com tantos equipamentos. Em virtude disso, ficam perplexos com o cenário da UTI e saem desesperados, sem receber, muitas vezes, uma explicação ou um apoio por parte da equipe multiprofissional. Além disso, a in-

ternação pode provocar um desequilíbrio na estrutura dessa família, pois o conflito de uma doença é passível de romper as atividades diárias dessas pessoas (BECCARIA *et al.*, 2008).

A Cartilha *HumanizaSUS*, destinada a visita aberta e direito ao acompanhante, expressa existir, na realidade, certa dificuldade de entendimento da função do visitante e do acompanhante na reabilitação do doente, tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores e dos familiares, além da falta de estrutura adequada e, quando há, estas são muito precárias para a permanência de acompanhantes em tempo integral no ambiente hospitalar (BRASIL, 2010).

Na UTI em estudo existem algumas situações em que é permitida a permanência do acompanhante, como é o caso do paciente submetido ao transplante cardíaco e os pacientes com idade avançada que apresentam “delirium” devido o tempo prolongado de internação. O *delirium*, caso bastante comum em ambiente de UTI, de acordo com Dalgalarondo (2008) é uma síndrome causada por desordem orgânica, em que os pacientes externam sintomas associados de agitação psicomotora, alucinações visuais e auditivas, como ver pessoas e ouvir vozes, além de paranoia relacionada à equipe. Em casos como esse, o acompanhante, muitas vezes, se faz essencial, tornando-se necessária uma boa convivência com a equipe.

Na carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no Sistema Único de saúde (SUS) consta, por exemplo, que é direito de todo paciente ter acompanhante, se criança, adolescente, portador de necessidades especiais ou sem condições de autocuidado e adultos acima de 60 anos, tanto nas consultas prévias como na internação e no pós-operatório. Neste caso, pode-se incluir os pacientes em estado de desorientação, “delirium” e idosos, casos citados como ocorrentes na UTI coronariana sob exame. Além disso, a carta ainda refere, também, ser direito do paciente ser substituído, como sujeito dos direitos, na impossibilidade de apreensão

ou entendimento direto das informações, situações, critérios e opções, em decorrência de estados confusionais e comatosos, por exemplo, por familiar ou responsável devidamente identificado e que declare por escrito que a informação foi dada, justificando-se, portanto, a real necessidade, nestes casos, do acompanhante na UTI, visto que o paciente com “delirium” não reúne condições de decisões referente ao seu tratamento.

No caderno *HumanizaSUS*, 2011 volume 3, que se refere à atenção hospitalar, lançado pelo MS, assim como para ambiência, também foram constituídos agrupamentos de metas e indicadores em relação ao direito ao acompanhante e visita aberta. Na sequência está exposto um quadro referente ao assunto, de maneira esquemática, abordando os efeitos esperados, indicadores de implementação de ações, apontadores de resultados esperados e pressupostos para a viabilização das metas.

Quadro 2 – Matriz de indicadores: direito a acompanhante e visita aberta

DIRETRIZ: DIREITO A ACOMPANHANTE E VISITA ABERTA

Reorganização do serviço para atender ao direito do paciente internado de ter junto de si a sua rede familiar e social (perspectivas clínica, ética e política: vínculo, participação e controle social).

ÂMBITOS DE EFEITOS ESPERADOS

Repercussões quanto ao conforto do paciente, da família; repercussões nas condições de recuperação; controle social; momento de aprendizagem da família para cuidados básicos; contribuição no ganho de autonomia do paciente e acompanhante; indução à consolidação de equipes multiprofissionais de referência

Indicadores de implementação de ações (e de dispositivos)	Indicadores de resultados esperados	Pressupostos para viabilização das metas (indicadores)
<ul style="list-style-type: none"> • Comitês constituídos e planos de intervenção pactuados; • Projetos de adequação de ambientes e mobiliário; • Equipe de referência, atuando no referencial da clínica ampliada; • Projetos e instrumentos desenvolvidos para facilitar a comunicação e informação sobre serviços e direitos dos usuários (informações visuais sobre funcionamento dos serviços, crachás, placas de identificação nos leitos, cartilhas, boletins, documentos-guia sobre os direitos e normas do serviço); • Ouvidoria ou serviços estruturados para escuta e avaliação dos usuários e acompanhantes; • Pesquisas de opinião sobre a proposta de acompanhantes na internação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital funcionando com direito a acompanhante e com visita aberta (normas institucionalizadas); • Espaços físicos e mobiliário (re)adequados, seguindo o conceito referencial de ambiência; • Equipes multiprofissionais atuando com recursos que garantam vinculação e comunicação adequada com pacientes e acompanhantes (disponibilização de informações, horários para conversas, esclarecimentos sobre procedimentos, etc.); • Escalas de atribuições e horários pactuados com profissionais/equipes para interlocução com pacientes e acompanhantes; • Material informativo disponibilizado regularmente em todos os locais de circulação dos usuários e acompanhantes; • Aumento do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes (avaliações criteriosas) • Avaliações envolvendo equipes e estagiários do hospital, produzindo indicadores sobre os efeitos do hospital com acompanhante, na perspectiva ético-clínico-pedagógica; • Avaliações estabelecendo correlações com redução dos tempos de permanência de internação. 	<p>Incorporação efetiva na pauta/agenda da gestão (posicionamento do gestor);</p> <p>Construção de uma agenda programática: pactuações de metas e ações, recursos, plano de acompanhamento;</p> <p>Revisão da concepção de organização e funcionamento do hospital;</p> <p>Estratégias de sensibilização e pactuação com as categorias profissionais, conduzindo a discussão na perspectiva de equipe.</p>

Fonte: Brasil (2011).

Para que, porém, a presença do acompanhante seja harmoniosa neste ambiente, é preciso estabelecer, desde o início do encontro, um vínculo de confiança na relação, o que pode favorecer a possibilidade de as famílias se sentirem mais ouvidas, compreendidas e compartilharem a responsabilidade de cuidar de si e dos outros entes queridos. Com efeito, a posição acolhedora dos profissionais do serviço é primordial para que se estabeleça uma esperada humanização da assistência (MAESTRI *et al.*, 2012).

O fato é que o familiar/acompanhante bem informado pode ser auxiliar na aceitação da doença por parte do paciente e no reconhecimento de resultados do tratamento, e, além disso, a participação do familiar/acompanhante no tratamento pode reduzir ansiedade e medo, contribuindo assim para a sua recuperação e cuidado preventivo (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008).

Em contrapartida, os profissionais de saúde são pouco treinados a lidar com os acompanhantes, muito menos a compreender os sentimentos vividos por eles ante o adoecimento do seu ente querido. A rotina estressante e corrida torna o profissional longe desta realidade sentimental, deixando-o incomodado com a checagem dos procedimentos e perguntas constantes feitas pelos acompanhantes. Muitas vezes a equipe não entende algumas reações das famílias porque não consegue se aproximar do seu sofrimento (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHMAN, 2008).

A humanização do cuidado em UTI deve ter como objetivo principal a manutenção da dignidade do paciente e o respeito aos seus direitos. E para que isto ocorra, são necessárias algumas medidas, como: a agilidade de atendimento, a melhora dos espaços para equipe e familiares e o fornecimento de informações compreensíveis e adequadas, valorizando o paciente e sua família/acompanhante. A visita dos

familiares, o toque, a fala de um ente querido com o paciente que está nesse ambiente são por demais importantes, não somente na sua recuperação, como também na sensibilidade de que o interno não está sozinho e sim próximo daqueles que o amam e oferecem um carinho sem mensuração, tão significativo no momento de sofrimento. Isso pode justificar o quanto o familiar/acompanhante é importante estando na UTI, embora que seja por alguns momentos (PESSALACIA et al., 2012).

CAPÍTULO VII

PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Buscando alcançar os propósitos desta pesquisa, o seu rascunho é predominantemente do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. De acordo com Triviños (1993), o enfoque essencial do estudo descritivo reside na intenção de conhecer a comunidade, seus traços característicos, estigmas e problemas.

Rudio (2002) também destaca que a pesquisa descritiva visa a descrever as características de uma determinada população ou um determinado fenômeno, e os interpreta.

No âmbito das buscas ordenadas de conhecimento, configuradas na pesquisa, tem curso a demanda exploratória, caracterizada pela investigação de algum objeto de estudo que possui poucas informações (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008). Mediante o caráter exploratório, há a possibilidade de encontrar novos elementos que podem levar a alcançar os resultados desejados, em decorrência do contato direto com a população examinada (TRIVIÑOS, 1993).

De acordo com o objeto desta pesquisa, a abordagem qualitativa revela-se a mais indicada, pois Minayo (2010, p. 22) relata que este tipo opera com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um ambiente mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser diminuídos à operacionalização de variáveis.

Em geral, o método qualitativo é aplicado ao estudo da história, das relações humanas, das percepções e das opi-

niões, caracterizando-se como produto das interpretações que as pessoas fazem de como vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2014).

O estudo qualitativo também aposta na compreensão do problema na perspectiva dos sujeitos, com esteio em suas vivências, satisfação, desapontamentos, sentimentos e desejo, mostrando as atividades humanas criativa, racional e afetivamente, o que pode ser abrangido no cotidiano, na vivência e na explicação do senso comum (LEOPARDI, 2001; HAGUETTE, 2003).

4.2 LOCUS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM), fundado em 1933, quando era conhecido como Sanatório de Messejana e funcionava como instituição privada para o diagnóstico e tratamento de tuberculose. Situa-se na Avenida Frei Cirilo, 3480, bairro Messejana, Fortaleza, Ceará, Brasil e, geograficamente, está localizado na Secretária Executiva Regional VI (SER VI), no âmbito do Município da Capital do Ceará.

O Hospital é uma unidade da rede de assistência pública terciária da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, vinculado ao SUS, especializado no diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico de patologias cardiopulmonares de alta complexidade em crianças e adultos, atendendo pacientes dos 184 municípios do Ceará e das regiões Norte e Nordeste do País, além de atuar como centro de ensino e pesquisa.

A Unidade de Terapia Intensiva Coronariana Adulto desse Hospital foi a escolhida para o desenvolvimento da pesquisa em virtude das vivências e observações feitas por um das autoras deste volume em relação às diferenças entre

esta modalidade de UTI e as demais, e, também, pelo contato constante com as rotinas e procedimentos da equipe multiprofissional, diariamente, com os pacientes cardíacos e seus familiares.

A UTI coronariana é uma unidade especializada em tratamento de pacientes com doenças cardiológicas. Contém sete leitos que recebem pacientes com perfil de doenças cardiológicas, entre elas IAM, dissecção da aorta, síndrome coronariana aguda, tempestade elétrica, intoxicação digitalica, doenças que acometem as válvulas cardíacas em geral, cardiomiopatia dilatada; e um apartamento destinado ao recebimento de pacientes submetidos a transplante cardíaco ou que estão à sua espera. Entre os pacientes estão aqueles que aguardam o parecer da equipe visando à data de uma possível cirurgia e outros que estão em estado de pós-operatório em fase de recuperação.

Essa UTI possui um espaço para guarda de materiais e preparo de medicamentos, uma sala pequena para expurgo, um escritório que permite a realização de reuniões frequentes entre os profissionais e a efetivação de trabalhos burocráticos e dois espaços para repouso masculino e feminino, sendo que cada um possui um banheiro independente.

O ambiente é bastante amplo, o que torna esta UTI diferenciada das outras do Hospital, e exprime decoração com paredes de tom azul. Cada leito é dividido por uma meia-parede e cortinas que separam os leitos, visando a oferecer privacidade aos pacientes, além de uma poltrona individual para sedestação do paciente, quando possível, ou para o conforto do acompanhante, se necessário. No centro da unidade, há um espaço localizado em um degrau superior, o que promove melhor monitoramento dos pacientes, dando uma visão privilegiada aos profissionais da unidade em relação aos pacientes, além de vários aparelhos e prontuários.

Figura 1 – UTI Coronariana HM



Fonte: Foto feita por uma das autoras.

As observações no dia a dia do trabalho mostraram que os pacientes com doenças cardíacas se mostram frágeis e sensíveis em razão do tipo de problema de saúde-doença. Estas complicações são consideradas sérias e remetem ao fato de o coração, por ser um órgão vital, representar a proximidade maior da morte. Estes pacientes se questionam sobre a experiência vivida por eles, já que seu problema de saúde, em geral, resulta de outros fatores que, até certo ponto, poderiam ter sido controlados por eles, como, por exemplo, as pessoas que fumam, os portadores de doenças diabéticas e os que vivem sedentariamente. No decorrer da internação, tornam-se pensativos e relutantes quanto ao fato de terem podido evitar o adoecimento, denotando sentimento de culpa nas entrelinhas de seus discursos ou nos silêncios.

Nas demais UTIs, esses aspectos parecem ser mais atenuados, uma vez que muitos casos assistidos pela equipe se referem a vítimas de acidentes graves, pessoas que realizaram cirurgias eletivas ou resultado de doenças de base primária. Outra característica importante no contexto da

UTI Coronariana é a existência de pacientes que esperam o transplante cardíaco ou que já o realizaram. O longo tempo de espera por um coração transforma-se em angústia e sofrimento. Também há casos em que o paciente transplantado permanece bastante tempo internado em consequência de complicações recorrentes, tornando o seu sofrimento e de sua família/acompanhante cada vez maior. Estes fatos demonstram que é necessária uma equipe qualificada para um cuidado humanizado que leve em consideração as subjetividades e o contexto das ações assistenciais.

Além dos aspectos considerados, acrescenta-se a justificativa de a escolha do campo resultar na UTI coronariana, por este espaço constituir-se no ambiente de trabalho de uma das pesquisadoras, a qual reflete constantemente sobre sua prática profissional e as dinâmicas vivenciadas no trabalho em equipe multiprofissional. Questionamentos quanto à ambiência do local, às rotinas desenvolvidas e ao comportamento da equipe ante o estar do acompanhante na unidade, são aspectos relevantes a serem investigados na perspectiva dos trabalhadores, uma vez que fazem parte do cuidado. O conhecimento técnico é importante aliado a uma visão holística para uma assistência de qualidade e humanizada, que se expressa na prática profissional com procedência em processos formativos que possibilitaram o desenvolvimento de um agir comprometido com o cuidado integral. Ante os acontecimentos vivenciados, alguns despertaram a atenção pela sua dureza e outros por sua ação solidária, os quais constituíram o objeto deste estudo, tornando necessário compreender a humanização em UTI coronariana na perspectiva dos trabalhadores, visando a possibilidades de transformação das práticas de saúde.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

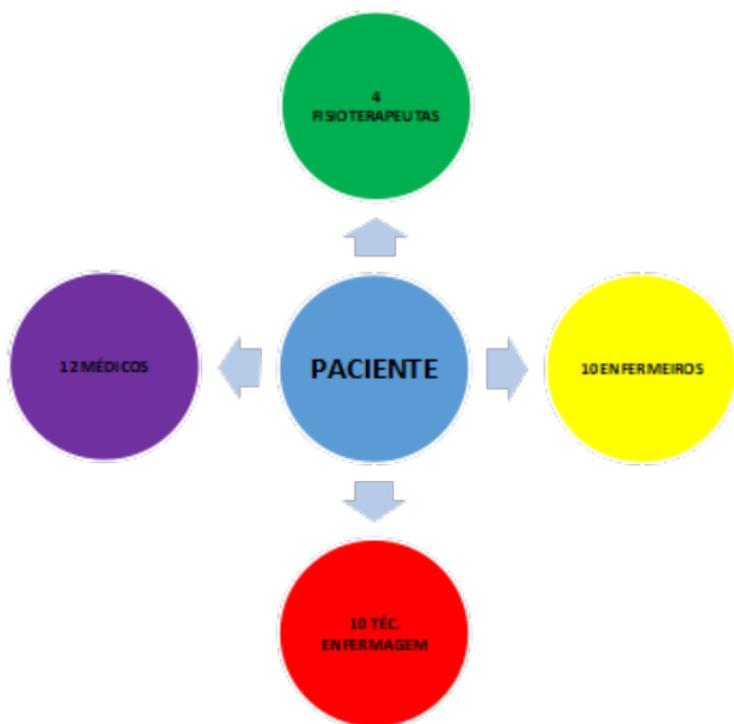
O público-alvo foi a equipe multiprofissional que trabalha no período do plantão diurno na unidade de terapia intensiva coronariana onde foi realizada a pesquisa. O período diurno foi escolhido pela atuação de um maior número de profissionais na unidade, pelo fato de ser mais fácil o contato-abordagem para a realização da entrevista, além de facilitar o acesso para o contato da pesquisadora com os participantes, por consistir em seu turno de trabalho e guardar familiaridade com os trabalhadores, possibilitando a realização da pesquisa com maior empenho.

Priorizou-se a realização da pesquisa com a equipe multiprofissional da UTI e não os pacientes, embora estes tenham um papel relevante ao tratar-se do cuidado humanizado. Segundo Pinheiro, Barros e Mattos (2007), quando os trabalhadores de saúde agem no seu serviço, suas tarefas não são conduzidas só pelos diversos saberes, métodos e técnicas de cada especialidade e sim por valores produzidos dentro e fora do local de trabalho. Sendo assim, as práticas de saúde estão também ligadas a valores imersos no meio social, podendo ser compartilhados por todos os trabalhadores. Assim, entende-se que o trabalhador se comporta como um agente da humanização, tendo fundamental papel para que esta prática aconteça tornando necessário que o estudo esteja direcionado para ele. Em momento posterior poderá ser realizado estudo complementar com relação à perspectiva dos pacientes.

A equipe da unidade contém 60 profissionais que compõem todas as categorias no período noturno e diurno. A equipe diurna representa 65% do número total de profissionais da unidade, sendo composta por dez técnicos de enfermagem, quatro fisioterapeutas, dez enfermeiros e doze médicos plantonistas. Todos estes profissionais interagem com

os pacientes/acompanhantes e com a equipe multiprofissional durante o período diurno na UTI em estudo. O período diurno foi escolhido pelo fato de possuir o maior número de profissionais, destes interagirem mais com os pacientes pela necessidade maior das rotinas neste período e de ser durante o plantão diurno onde a citada pesquisadora realiza suas atividades e tem maior interação com a equipe.

Figura 2 – Equipe multiprofissional UTI Coronariana HM



Fonte: Elaboração própria.

Os critérios de inclusão foram: os profissionais da equipe que exerçam suas funções somente no período diurno, os que concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os que tenham tempo de serviço em UTI maior do que três anos. Os critérios de exclusão foram: os profissionais que estejam exercendo suas funções substituindo os colegas, os que não aceitem participar da pesquisa e os com menos de três anos de experiência em UTI. Estes fatores são de enorme relevância, pois podem diferenciar o entendimento de cada um e promover alterações nos resultados da pesquisa.

A amostra baseou-se na perspectiva qualitativa, não se orientando pelo critério numérico para garantir representatividade. Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2010), para uma amostra ser considerada ideal, deve ser capaz de refletir a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Cabral e Tyrrell (1998) também reforçam a ideia de que “O critério não é numérico, e a amostragem ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”.

Nesse sentido, a amostra final foi constituída por cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, três fisioterapeutas e três médicos, totalizando 16 profissionais da saúde que fazem parte da equipe multiprofissional da UTI coronariana. O critério de saturação das falas também foi levado em consideração para o quantitativo dos profissionais entrevistados. Leopardi (2001) ressalta, sobre esse aspecto, que a amostra não precisa ser numerosa, pois, em geral, quando os dados se tornam repetitivos, pode-se considerá-la suficiente, porém esse critério deve ser usado com cautela e solidamente, de acordo com a percepção do pesquisador.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada, no período de setembro a novembro de 2017, por meio de entrevista semiestruturada.

A entrevista semiestruturada foi feita por meio de um formulário elaborado pela pesquisadora que tem como objetivo compreender as percepções, os saberes, as práticas de cuidados humanizados relacionados ao acompanhante, as rotinas desenvolvidas e a ambiência da UTI coronariana. Vale ressaltar que, anteriormente, foi elaborado um formulário-piloto que serviu como teste para a formulação final do formulário da pesquisa.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994), a entrevista é a técnica mais utilizada no trabalho de campo, pois, por seu intermédio, o pesquisador consegue recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, além de permitir que o pesquisador constitua uma ideia de como as pessoas interpretam o mundo.

A entrevista foi composta por questões abertas, pois, como leciona Matos (2001), esse tipo de questões permite “maior flexibilidade nas respostas e a obtenção de falas que podem enriquecer ainda mais a temática abordada”, sendo estes um dos objetivos a serem alcançados.

A escolha da entrevista semiestruturada decorre do fato de ela permitir não somente a realização de perguntas necessárias à pesquisa, mas também a relativização dessas perguntas, dando liberdade ao entrevistado, assim como a possibilidade do surgimento de mais questionamentos não previstos pelo pesquisador. Tudo isso poderá ocasionar melhor compreensão do objeto em foco (OLIVEIRA, 2008).

Além disso, na entrevista semiestruturada, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada, possuindo, também, como característica a existência de perguntas fechadas e abertas (MINAYO, 2014).

Para assegurar o anonimato, foi atribuído um codinome aos participantes do estudo, que foram identificados no texto pela letra P, significando profissional, seguida por letras que representam a inicial da sua categoria, onde PT equivale a participante técnico de enfermagem; PE a participante de enfermagem; PM a participante médico e PF a participante fisioterapeuta. Isto foi necessário a fim de preservar a identidade dos participantes.

Vale ressaltar que, para a realização da entrevista, no primeiro momento, entrou-se em contato com alguns profissionais que faziam parte da equipe e estavam no dia do plantão escolhido para realizar a entrevista, não havendo escolha específica por nenhum dos profissionais. Também é importante destacar o fato de que alguns dos abordados se dispuseram prontamente a participar da pesquisa, e que outros, na maioria médicos, se colocaram à disposição, mas foi difícil o contato para efetivar a entrevista posteriormente, em razão da rotina corrida com os pacientes graves e das admissões e intercorrências que ocorreram no dia previsto para a realização da entrevista.

Na primeira parte da entrevista, buscou-se criar um clima informal que propiciava a espontaneidade na participação dos sujeitos, explorando aspectos mais gerais e explicando os objetivos da pesquisa. Em seguida, foram abordados os aspectos sociodemográficos e profissionais como: sexo, estado civil, faixa etária, categoria profissional, tipo de vínculo com o hospital, quanto tempo tem de formado, qual a sua maior titulação, especialidade em UTI, tempo durante o qual trabalha em UTI e tempo de trabalho em UTI coronariana no hospital.

Foram seguidos os seguintes passos: explicação do estudo aos sujeitos, dos motivos da pesquisa, garantia do anonimato do entrevistado, informação sobre o uso do gravador, que é primordial para a reprodução fiel e na íntegra das falas, para em seguida iniciar a entrevista.

Após esclarecimento dos profissionais e autorização em participar do estudo, foi apresentado e assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo somente teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética (CEP).

Na segunda parte da entrevista, iniciou-se com as questões norteadoras que permitiram a exploração de pormenores por meio de perguntas que levaram os sujeitos a uma descrição mais minuciosa e detalhada sobre a temática, como: Diga-me o que você entende por humanização da assistência em UTI Coronariana; Conte-me como se deram na sua formação profissional os aspectos relacionados a humanização do cuidado; Fale como você percebe o ambiente da UTI. Descreva para mim; Diga-me como tem ocorrido a presença do acompanhante na UTI coronariana. Fale sobre alguma experiência vivenciada; Como você realiza as rotinas dos procedimentos na UTI. Conte-me como acontecem os procedimentos das rotinas no dia a dia; Fale-me sobre sugestões para melhorar a humanização na UTI coronariana.

As entrevistas aconteceram na UTI em estudo, em uma sala onde são realizadas reuniões na unidade ou no repouso dos profissionais, durante horário de trabalho, no período diurno, tendo sido acordado anteriormente com cada profissional devido à disponibilidade de cada um. Foi resguardada a privacidade dos participantes a todo o momento da entrevista, sendo estas, durante sua realização, gravadas em aparelho celular e, posteriormente, se as transcreveu na íntegra. Este procedimento conferiu maior fidedignidade às informações, constituindo-se condição fundamental para a realização da pesquisa.

A etapa de coleta de dados foi encerrada, quando se encontrou um nível de saturação onde o critério de confiabilidade das informações recebidas foi considerado suficiente para responder os questionamentos que se fizeram, evitando assim a mera repetição de afirmações por parte dos entrevistados.

O material proveniente das entrevistas, tais como dados, serão mantidos em arquivo físico e digital, sob a guarda das pesquisadoras, por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

Depois da transcrição das entrevistas, o texto produzido passou por um processo de transcrição, ou seja, transformar qualquer registro oral ou audiovisual de uma entrevista em algo editado, tentando criar a partir do que se quer traduzir. As falas dos sujeitos foram reescritas e adaptadas para facilitar a fruição do texto escrito, procurando, quando possível, retirar delas vícios e marcas da linguagem falada coloquialmente. Foram, no entanto, preservados os sentidos originais das falas e os contextos nos quais elas foram proferidas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados foram examinados com base na análise temática proposta por Minayo (1994), pois, “[...] para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso”. A análise temática também foi escolhida porque, de acordo com Minayo (2014), ela é a mais apropriada para investigações qualitativas em saúde.

Além disso, trabalhar com a análise temática, segundo Bardin (2002), consiste em encontrar os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido.

Minayo (1994) destaca que esta fase de análise de dados possui três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da

pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, além de fazer uma articulação desses dados como o contexto cultural da qual faz parte. Essas finalidades são complementares e fundamentais para o entendimento do pesquisador.

A análise temática é composta pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

Figura 3 – Quadro síntese da análise de dados



Fonte: Elaboração própria.

A fase da pré-análise relaciona-se com a escolha dos documentos que serão analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Esta fase foi decomposta em algumas tarefas, como: leitura flutuante, constituição do *Corpus*, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, caracterizando-se pela retomada da etapa exploratória (MINAYO, 2014).

Inicialmente, foi realizada uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de maneira exaustiva. Essa é uma leitura de primeiro plano que tem como objetivo alcançar níveis mais profundos.

Após a leitura flutuante, buscou-se, primeiramente, ter uma visão de conjunto. Em seguida, foram atingidas as particularidades do conjunto do material analisado, depois elaborados pressupostos iniciais que serviram de medida para a análise e a interpretação do material, como também foram escolhidas modalidades de classificação inicial e, por último, determinados os conceitos teóricos que orientaram a análise.

Na fase de exploração do material, foi realizada uma classificação das expressões ou palavras significativas, codificação, consolidação e enumeração de todo o conteúdo selecionado da pesquisa para se alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Finalizando com a fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, foram captados os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado na entrevista semiestruturada. Foi realizada uma análise comparativa mediante a justaposição das diversas categorias de cada análise, sempre ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

Foram destacadas as categorias que emergiram das falas e agrupadas pelo critério de saturação, convergência e divergência de pensamentos, o que possibilitou a classificação do conteúdo em sua totalidade, com exceção da primeira categoria relacionada ao perfil sociodemográfico e profissional dos participantes. Para alcançar a finalização das categorias, após a transcrição das entrevistas, o material foi lido exaustivamente, observando o conjunto e as particularidades das ideias; em seguida procedeu-se à exploração do material, momento em que foram apreendidos aspectos implícitos e explícitos nas falas e na escrita para a constituição dos núcleos de sentidos, os quais foram devidamente articulados com a teoria, foram destacadas as falas que tinham pensamentos convergentes e as divergentes em outro grupo, com um pequeno realce para as falas que se repetiam em maior quantidade. Em

seguida, foi realizada uma interpretação, fazendo um contraste entre os dois grupos e separando as que causavam também maior influxo do seu conteúdo, como um chamamento para que a pesquisa conseguisse despertar a todos sobre a importância da humanização dos cuidados na assistência.

Concluindo o delineamento da análise dos dados, foram identificadas sete categorias: Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes; Humanização se aprende na prática – “Eu vim aprender mesmo no decorrer da minha profissão, na prática do dia a dia”; Empatia com todos – “É você fazer o diferencial, não só pelo paciente, mas pela família e o todo, se colocando no lugar dele”; A rotina mecaniza o agir profissional e potencializa a humanização – “As rotinas acabam sendo coisa do dia a dia, a gente faz mesmo que mecanicamente”; Acompanhante atrapalha, falta preparo – “Acompanhante para o paciente é importante, mas na maioria das vezes atrapalha, a família não tem preparo e deixa o paciente mais nervoso”; Ambiente silencioso e tranquilo – “Aqui deveria ser um ambiente mais silencioso, as pessoas têm que ter mais consciência, deixar aqui mais tranquilo”; Elementos para a qualificação dos trabalhadores – “É preciso inteligência emocional para trabalhar com o ser humano”.

Por fim, foram interpretados os resultados obtidos, pela busca da especificidade e da subjetividade dos elementos, de maneira a serem significativos e válidos aos objetivos do estudo. Nesta fase, os discursos foram contextualizados, utilizando o referencial teórico como suporte para a análise.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Foram seguidos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa em seres humanos e privilegia itens referentes à Bioética, como o

reconhecimento e a afirmação da dignidade, a liberdade, a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade, dentre outros que visam a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Inicialmente, foi comunicada às Coordenações Médica e de Enfermagem da UTI coronariana a intenção de efetivar a pesquisa, com o esclarecimento de todos os aspectos que seriam pesquisados dentro da temática da Humanização dos cuidados. Posteriormente, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (CEP/HM) e ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que se deu em 17 de maio de 2016, com o parecer de número 1.631.015.

Vale ressaltar que o CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, com múnus público, responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, exercendo papel consultivo e educativo para assegurar a formação continuada de pesquisadores, promovendo discussões sobre os aspectos éticos das pesquisas.

Aos participantes, foram explicitados, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário de sua participação, a garantia do sigilo e do anonimato e o direito ao abandono da pesquisa sem nenhuma penalidade, a qualquer momento que tencionar. No Termo, também, foram explicitados os riscos e benefícios de participação na pesquisa, os quais foram devidamente considerados. O sigilo foi preservado por meio da codificação dos participantes.

O TCLE foi elaborado diferentemente para profissionais de saúde, de modo a explicitar os métodos de coleta de dados. Para todos os que decidiram participar da pesquisa,

solicitada a autorização para gravação das falas, ressaltando-se o sigilo, o anonimato e o cuidado que se deve guardar em relação aos dados coletados. O material será guardado por cinco anos após o término do estudo e, finalizando este prazo, será destruído, seguindo as indicações da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Após a assinatura dos termos, os dados foram coletados e analisados, gerando o presente trabalho e, posteriormente, um relatório de pesquisa a ser apresentado à Coordenação de Enfermagem e Médica da UTI coronariana e aos participantes do estudo.

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise deste estudo ocorreu inicialmente com a leitura compreensiva do material, observando o conjunto e as particularidades das ideias; em seguida, procedeu-se à exploração do material, momento em que foram apreendidos aspectos implícitos e explícitos nas falas e na escrita para a constituição dos núcleos de sentidos, os quais foram devidamente articulados com a teoria; por fim, foi realizado o agrupamento dos dados mediados das falas por meio da entrevista com os participantes da pesquisa, realizando uma síntese com base na interpretação, onde foi realizada uma articulação da análise com os objetivos da pesquisa e com a base teórica. Além disso, os trechos das falas foram destacados e agrupados de acordo com a similaridade e com o critério de saturação, de maneira que emergiram sete categorias, destacadas e com os comentários acerca de cada uma, isoladamente.

A primeira categoria vem na sequência, em formato de tabela, acompanhada de alguns comentários pertinentes ao que foi descrito, e, logo depois, seguiu-se com a apresentação das demais categorias temáticas, as quais emergiram dos conteúdos das falas das entrevistas, sendo agrupadas por similaridades de significados, demonstrando a relevância e os aspectos implícitos na pesquisa.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

Quadro 3 – Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes

Código	Profissão	Sexo	Faixa etária	Vínculo	Tempo formação	Título	ESP UTI	Tempo/ UTI	Tempo/ CECOR
PT1	Técnica de Enfermagem	F	30-40	Servidora Pública	>10	-	N	7-9	7-9
PT2	Técnica de Enfermagem	F	40-50	Cooperada	>10	-	N	7-9	7-9
PT3	Técnica de Enfermagem	F	40-50	Cooperada	5-10	-	N	5-7	3-5
PT4	Técnico de Enfermagem	M	40-50	Servidor público	>10	-	N	7-9	7-9
PT5	Técnica de Enfermagem	F	30-40	Cooperada	>10	-	N	7-9	7-9
PE1	Enfermeira	F	30-40	Cooperado	5-10	-	N	7-9	3-5
PE2	Enfermeira	F	40-50	Servidora Pública	>10	Esp.	S	>9	>9
PE3	Enfermeira	F	30-40	Servidora Pública	>10	Esp.	S	>9	7-9
PE4	Enfermeira	F	30-40	Cooperada	5-10	Mestre	S	>9	>9
PE5	Enfermeira	F	40-50	Servidora Pública	>10	Esp.	N	>9	3-5
PF1	Fisioterapeuta	F	30-40	Cooperada	5-10	Esp.	S	7-9	3-5
PF2	Fisioterapeuta	F	30-40	Servidora Pública	5-10	Esp.	N	7-9	7-9
PF3	Fisioterapeuta	F	40-50	Servidora Pública	>10	Mestre	S	>9	>9
PM1	Médico	M	30-40	Cooperado	5-10	Residência	N	7-9	7-9
PM2	Médica	F	30-40	Cooperada	1-5	Residência	N	3-5	3-5
PM3	Médico	M	30-40	Cooperado	1-5	Residência	N	3-5	3-5

Fonte: Elaboração própria.

Entre os participantes da pesquisa que compõem a equipe da UTI coronariana, verificou-se que a maioria pertence ao sexo feminino. Dos 16 entrevistados, 13 são mulheres. Isto é percebido, realmente, na prática da assistência na saúde, apesar de cada vez o gênero masculino se fazer presente na assistência das Unidades de Terapia Intensiva Coronarianas. O fato é que, para cuidar do ser humano, é preciso ter mais sensibilidade e ser mais facilmente tocado ante os aconteci-

mentos diários que ocorrem, principalmente, com pacientes graves que permanecem neste tipo de UTI, caracterizada por possuir pacientes que tem seu equilíbrio emocional alterado, com a autonomia perdida e que muitas vezes precisam de um cuidado além do científico, pois necessitam de atenção e carinho. O gênero feminino tem esse diferencial em relação ao gênero masculino, pois este é caracterizado pelo racionalismo e praticidade, o que o deixa um pouco distante das emoções. Esse dado também é verificado na literatura, pois esta destaca a predominância do gênero feminino em profissões ligadas à área da saúde (COSTA et. al., 2013; PINTO; MENEZES, VILLA, 2010).

A maioria dos profissionais está na faixa etária de 30 a 40 anos, o que caracteriza uma equipe relativamente jovem e com uma certa vivência capaz de qualificá-los como profissionais, pois já possuem mais de três anos de experiência em UTI Coronariana, tempo que pode ser considerado adequado para o exercício das funções em virtude das rotinas exaustivas e sequenciadas realizadas diariamente. Aliado a esse fator da idade, vem o tempo de formação, com o período marcante maior do que dez anos. Esses dois fatores - idade e tempo de formação, juntos - atuam positivamente na tomada de decisões pelo profissional, dando um certo grau de amadurecimento que é importante para o profissional no momento de sua atuação na assistência. É sabido da relevância da prática para a realização de um bom desempenho durante as rotinas e procedimentos, além desse fator ser positivo também quanto ao aspecto da capacidade de interpretação e colocações durante as entrevistas.

Foi observado que mais de 50% dos trabalhadores são cooperados: 59,25% cooperados e 43,75% servidores. Este fato poderia repercutir em vínculo mais frágil com os usuários, pois estariam sujeitos a trocas frequentes na equipe. Estes profissionais, no entanto, têm aproximadamente o

mesmo tempo proporcionalmente que os trabalhadores concursados na UTI Coronariana. Os vínculos precários estabelecidos na gestão pública que não privilegia o concurso como meio de ingresso e, conseqüentemente, os direitos trabalhistas e a formação de vínculo pela continuidade do trabalhador nos postos de trabalho implicariam no cuidado humanizado? A falta de segurança em se colocar no mercado de trabalho pode ser fator determinante para um alto nível de estresse aliado a outros fatores estressantes que já existem no ambiente de uma UTI Coronariana, assim como um nível de competição exagerada para se manter atuando sem risco de desligamento da sua função, diferentemente dos profissionais concursados que são estáveis e não necessitam competir constantemente para se firmarem no ambiente de trabalho. Esse fator gerador de estresse pode ser influenciador durante as práticas assistenciais, deixando-o um pouco distante do que é preconizado para um cuidado humanizado.

Acerca deste aspecto citado acima, Amestoy, Schwartz e Thofehn (2006) defendem o argumento de que a humanização no trabalho dos profissionais da saúde é um ponto a ser refletido, pois a maioria destes enfrenta situações difíceis em seu ambiente de trabalho, tais como baixas remunerações, pouca valorização da profissão e descaso perante os problemas identificados pela equipe, caracterizando a desvalorização do sujeito-trabalhador. Além disso, o agir da equipe pode se tornar mais eficiente e eficaz haja vista o aumento da autoestima destes profissionais, o que favorece a ocupação de uma posição de reconhecimento, prestígio e autonomia profissional.

Quanto à titulação dos profissionais, apenas dois possuem o título de mestre, cinco não têm titulação, pois são técnicos de enfermagem, seis são especialistas e os três médicos entrevistados têm diploma de residência médica em Cardiologia. O tempo para o profissional da saúde é um aspecto marcante e crítico. Muitos deixam de demandar a qualificação,

em virtude da falta de tempo, da longa jornada de trabalho que não permite a realização de um curso de pós-graduação, além do cansaço que muitos relatam no final do dia corrido de plantão. Alguns participantes relataram o tempo reduzido que eles têm como fator limitante para a realização de cursos de qualificação após a graduação e até mesmo para a vida pessoal com a família.

[...] às vezes a gente não tem tempo par vir fazer um curso, se fosse uma coisa abordada quando a gente tiver de plantão acho que seria muito melhor, por que pra gente se deslocar de casa pra fazer um curso, a gente tem filho, e outras coisas. (PT1).
O pouco tempo que nós temos torna difícil participar de cursos, mas em jornadas e congressos sempre tem temas a respeito e quando posso, participo. (PM3).

A classe médica, muitas vezes, por possuírem um curso mais demorado, que demanda muito tempo para estudo e dedicação, ao terminarem a residência, iniciam logo sua atividade com uma grande quantidade de plantões em busca de um suporte financeiro e de mais conhecimentos na prática, o que deixa a qualificação para adiante. Esse fato chegou a ser relatado por um dos médicos, que afirmou ser difícil para sua categoria a realização de uma especialização ou mestrado após término da graduação em Medicina e sua Residência, pois, segundo ele, o tempo para sua formação já é extenso, sendo necessário logo o exercício da sua profissão em virtude da priorização pela remuneração e inserção no mercado de trabalho, ficando para um momento posterior a realização desses cursos.

Outro aspecto observado entre os participantes, ainda relacionado à titulação, é que, mesmo os que tinham o título de especialista não possuíam especialização em Terapia Intensiva. Este fato demonstra a carência de profissionais que atuam em UTI sem conhecimentos aprofundados em um am-

biente deste porte, de alta tecnologia e risco, principalmente em UTI Coronariana. Isso pode comprometer a qualidade do trabalho realizado pelos profissionais. Pelo fato de a demanda ser maior do que a oferta, verifica-se que, quando um profissional resolve entrar no mercado de trabalho na área da saúde, a primeira oferta nunca é desperdiçada, em virtude da necessidade e carência de empregos. O profissional inicia as atividades e, frequentemente, é acompanhado por outro profissional experiente até que consiga assimilar as rotinas e aprender com a prática do dia a dia.

Por fim, a maioria dos dados apontou para uma correspondência entre o tempo de experiência em UTI e o tempo de experiência em UTI coronariana, indicando que a maioria dos profissionais iniciou suas carreiras em Terapia Intensiva neste tipo de UTI, especificamente. Este aspecto deve ser visto como uma possibilidade favorável a uma assistência de qualidade prestada pelos profissionais a este tipo de paciente, o coronariopata.

4.2 HUMANIZAÇÃO SE APRENDE NA PRÁTICA – “EU VIM APRENDER MESMO NO DECORRER DA MINHA PROFISSÃO, NA PRÁTICA DO DIA A DIA”

Em relação ao perfil de formação profissional, a maior parte dos participantes da pesquisa disse que, durante o curso, houve alguma abordagem sobre humanização, mas que não havia disciplina específica sobre o tema, e que a parte técnica tinha maior destaque durante todo o curso. Isso ratifica o fato de os cursos ainda terem apontado uma grande carência sobre a temática, apesar de existirem as diretrizes curriculares para a área da saúde que primam pelos aspectos éticos humanistas na capacitação de competências, habilidades gerais e específicas e no ponto de vista da integralidade da assistência.

Não... ele [o curso técnico de enfermagem] foi mais técnico mesmo...mais medicação. (PT2).

Infelizmente não teve nenhuma disciplina específica [no curso técnico de enfermagem] sobre isso...na verdade a gente vem mesmo ver na prática... (PF1).

Não ... minha grade [disciplinas do currículo de graduação em Fisioterapia] era muito antiga... (PF3).

Em determinado momento, um dos técnicos fez um comentário a respeito de o curso técnico ser “falho em relação a aprendizagem mais voltada para a temática da humanização”. Ainda falou que os cursos técnicos são mais práticos e que adquiriu mais conhecimento sobre a prática de cuidados humanizados em cursos de educação continuada, palestras e cursos de curta duração que aconteciam em outro hospital onde já havia trabalhado - *“humanização mesmo você vai adquirindo com os cursos no hospital, com as práticas do dia a dia, com a vivência com outros profissionais que já praticam mais esse lado”*.

Nessa direção, a formação dos profissionais da saúde necessita que a base conceitual dos estudantes seja ampliada, baseando-se em um entendimento do processo saúde-doença como fenômeno complexo e não restrito somente ao terreno biológico. Isto é importante para que a possibilidade de idealizar e cuidar do paciente de modo ampliado não se limite a um discurso puramente teórico, desarticulado das práticas de cuidado (CASATE; CORREA, 2012).

Em contrapartida, na prática do dia a dia, os profissionais relataram que aprendem muito sobre a humanização, com suas experiências diárias e anos de profissão, acumulando vivências que lhes trouxeram a possibilidade de agir de maneira humanizada durante seu contato com os pacientes. Esse aspecto observado nas falas dos participantes corrobora o pensamento de Ayres (2006), ao evidenciar que a sabedoria prática é essencial para o cuidado, expondo sua valorização.

Existe, no entanto, um fator a ser destacado, que se trata de alguns profissionais reconhecerem a necessidade de que a formação profissional seja pautada pelo desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o cuidado humanizado, valorizando esta dimensão como essencial em sua prática. A falta de orientação do profissional nos cursos da área da saúde relativamente à Humanização da assistência demonstra que há carência no preparo dos profissionais sob o lado humano, do acolhimento e de como abordar o paciente. De maneira geral, os cursos são mais técnicos, e deixam os profissionais à mercê das práticas, da convivência com outros profissionais, para aprenderem e perceberem a importância do cuidado humanizado.

Alguns profissionais, entretanto, se referiram a uma interação do corpo físico com o psicológico, demonstrando uma visão mais ampliada acerca do cuidado na assistência, por considerarem os aspectos psicossociais envolvidos na dinâmica dos pacientes. Deixar o paciente mais à vontade e se sentindo em casa, como foi expresso logo abaixo, denota o cuidado mais sensível e humano por parte do profissional.

[...] interagir com o paciente, tanto a parte física como a psicológica, e ali a gente trabalha o corpo e a mente [...] deixa o paciente mais à vontade, deixa ele se sentindo em casa [...] e nessa dinâmica a gente acaba se relacionando com o paciente e de certa forma se tornando uma família. (PT4).

Nesse mesmo entendimento, foi elucidado também, em uma das falas dos participantes, o fato de muitos profissionais que resolvem trabalhar na assistência e na saúde já trazerem essa característica da preocupação em prestar uma assistência mais humanizada, com um cuidado de visão global, que considere essa interação corpo e mente.

[...] na hora que eu fiz a opção pela área da saúde eu já me sinto diferente, já me sinto uma pessoa que se importa com o outro e isso já é o início da humanização. (PF3).

Outro fato marcante observado por um dos profissionais foi o amadurecimento profissional como responsável pelo entendimento do significado de humanização. Este termo está relacionado com as vivências, pois os profissionais, com procedência em situações que ocorrem no dia a dia, percebem como devem agir, qual a melhor maneira de tratar o paciente, e de interagir com todos de um modo geral. A prática é essencial, pois sem ela a teoria não faria sentido. É por tal pretexto que a maioria dos profissionais é repetitiva em relação a este aspecto, o poder de informação da prática. Isso também é verificado no pensamento de Costa, Figueiredo e Shaurich (2009), quando apontam que a equipe precisa desenvolver uma consciência de aprimoramento profissional para o desenvolvimento de suas atividades na assistência.

Eu não lembro de ter tido nada específico, a não ser nas aulas de psicologia que falava muito sobre isso, como você chega ao paciente... posso dizer que toda a minha carga de humanização foi do amadurecimento da profissão mesmo, com o tempo você vai vendo que tem de melhorar [...]. (PE1).

De fato, foi observado que as orientações durante a graduação foram realizadas pontualmente, muitas vezes restritas às disciplinas Psicologia e Filosofia, portanto, o profissional recebe pouca orientação, no que diz respeito à assistência de modo geral. Alguns dos profissionais, entretanto, ainda são despertados pelo interesse de realizar cursos sobre a temática em razão da curiosidade e importância da matéria.

Sim, de uma forma geral eles falavam, não tinha disciplina específica, de vez em quando eles falavam, era um curso mais técnico, pouco voltado para isso. (PT3).

Na formação profissional a gente teve sociologia, psicologia e tudo aplicado a assistência [...] Agora já fiz vários cursos sobre humanização em outro hospital onde trabalho, sempre tem em congresso, jornadas. (PE2).

Foi evidenciada pelas falas a ideia de que o profissional de Fisioterapia não é diferente dos demais, não há disciplina específica sobre humanização dos cuidados na matriz curricular, tampouco esta temática é abordada em outra disciplina. Apenas na disciplina Psicologia, onde há um destaque para o cuidado, o relacionamento entre as pessoas, mas insuficiente para suprir a necessidade da aprendizagem a respeito de tudo que engloba a humanização. Com efeito, o profissional entende, na sua visão e pela falta do conhecimento aprofundado no assunto, que a humanização vem com a prática, a vivência do que é um cuidado sensível voltado para o bem-estar do paciente e aquele com foco na técnica, longe da lembrança da presença de um ser humano que está ali. Mesmo assim, ainda faltam outros aspectos que se relacionam com a humanização que com a prática não podem ser vistos, como ocorre com o cuidado com os profissionais que trabalham com uma grande carga de estresse e problemas particulares, e precisam também de cuidados, de um ambiente com boa estrutura física para trabalho, que sejam acolhidos dignamente pelas instituições, e uma série de fatores que, sem o conhecimento mais profundo sobre o tema, o profissional se distancia da realidade e limita sua capacidade de cuidar, pois o conhecimento torna o profissional apto a fazer considerações, a respeitar e ser sensível na relação com o paciente (WALDOW, 2004).

Nestas circunstâncias, percebe-se pelos relatos dos profissionais, participantes da pesquisa, que, em muitos cursos de graduação e de formação técnica em saúde, ainda há lacunas a serem preenchidas sobre os aspectos ou temas relacionados à Humanização e à PNH, com ênfase na singularidade

e subjetividade do paciente, bem como no protagonismo dos trabalhadores da saúde desde o seu terreno empírico. A integralidade da assistência precisa ser profundamente instaurada nos cursos de formação profissional, permitindo o fortalecimento de vínculos, acolhimento, respeito e afetividade. Seguramente, isso proporcionaria a internalização, por parte dos discentes, e o aperfeiçoamento de práticas que seriam refletidas em suas futuras relações profissionais (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Muitas instituições educacionais ainda privilegiam as metodologias de transmissão de conhecimentos descontextualizadas da realidade vivida pelos educandos e mais interessadas na parte fisiopatológica e técnica do processo saúde-doença. De acordo com Souza e Moreira (2008, p. 333), as propostas de humanização em saúde precisam ser repensadas, no tocante ao processo de formação dos profissionais, pelo fato de o aprendizado permanecer centrado nas dimensões técnica, racional e individual.

Nessa mesma linha de pensamento, Casate e Corrêa (2005) asseveram que, para implantar e praticar a humanização no ambiente hospitalar, os profissionais devem desenvolver uma consciência de refinamento profissional para que possam acompanhar o desenvolvimento das novas tecnologias e aliá-las à escuta, ao diálogo e à solidariedade. A humanização precisa ser percebida pelos pacientes, familiares e equipe de saúde, sendo que cada processo de humanização é único, dependendo de cada profissional, equipe e instituição.

Nesse sentido, para transformar as relações entre pacientes e equipe de saúde em mais humanas, os próprios profissionais devem perceber sua importância neste processo.

Embora o aspecto citado há pouco seja um fato para que a humanização na UTI coronariana se desenvolva, muitos profissionais participantes da pesquisa ainda externaram pensamentos no sentido de achar que a humanização está

muito voltada para o ser de cada um, onde a sensibilidade com o próximo é muito particular, assim como o poder que algumas pessoas têm de se relacionar bem com todos e interagir com facilidade e realizando um bom trabalho em qualquer tipo de ambiente. Neste caso, eles dizem que os cursos dão enfoque mais ao conhecimento, conceitos, informações, que independem dessa característica particular.

É importante destacar o fato de que a orientação dos profissionais da saúde durante a graduação é fundamental, não só sob o aspecto do cuidado humanizado, mas também da relação imprescindível entre a equipe, da necessidade de cada um naquele ambiente, da percepção de que sem um dos integrantes aquela sinfonia não vai funcionar perfeitamente. Cada um da equipe tem seu papel importante, e o respeito pelo trabalho de todos proporciona um ambiente com uma dinâmica perfeita e harmoniosa. Este fato entra em sintonia com os pensamentos de Chernicharo, Silva e Ferreira (2011), quando exprimem que temas do cotidiano devem ser discutidos pela equipe para que a Humanização possa ser vivenciada de maneira pura e não só repassada na teoria.

Em geral, na maioria dos cursos da área da saúde, em razão do conservadorismo de algumas faculdades, prevalece a formação predominantemente técnica e com metodologias tradicionais, que não favorecem o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe multidisciplinar.

Este aspecto vai de encontro às falas dos profissionais de Medicina, quando eles disseram que os novos cursos desta área se apresentam hoje com um aspecto mais inovador, fugindo daquele modelo biomédico do passado. Na percepção destes profissionais, a visão mais ampla do cuidado é paulatinamente implantada na matriz curricular do curso de Medicina, o que torna hoje seus profissionais mais direcionados para a importância do trabalho em equipe e o ato de humanização do cuidado. Para eles, os cursos são classificados como

menos conservadores, mostrando práticas na comunidade e um trabalho em grupo com os outros profissionais, oferecendo, assim, uma visão mais ampliada.

[...] eu me formei pela UECE, e lá todo semestre, desde o primeiro, tem sempre uma disciplina voltada para promoção, cuidado e humanização da saúde, o curso é menos conservador, então na nova grade tem obrigatoriamente uma disciplina onde você vai ou pra comunidade, fazer um trabalho de campo, ou tem aulas com outros profissionais. (PM2).

[...] após a reformulação curricular, essas novas diretrizes curriculares de graduação em medicina, foram produzidas algumas disciplinas que trabalhavam de fato essa relação com o paciente pensada num ambiente da humanização, da ética com uma discussão filosófica, então durante a graduação houve já um reforço no sentido da mudança do conceito de doença, não sendo mais apenas a ausência de saúde, mas observando numa perspectiva mais holística [...] (PM3).

Torna-se evidente, pelos depoimentos, que os profissionais mais jovens e que tiveram uma formação profissional mais recente foram beneficiados pela reformulação curricular, já executada há alguns anos, pois os participantes da área médica têm de 30 a 40 anos. Todos relataram que houve uma certa preocupação, nos seus cursos, com as relações humanas, a ética, trazendo uma discussão mais filosófica que foge um pouco do antigo modelo biomédico. Também relataram que houve um destaque para o reforço na mudança do que seria o conceito de doença, não ficando mais baseada no simples fato de ser ausência de saúde e sim conceituada com uma visão mais ampla, envolvendo o psicológico e a questão familiar do paciente como peças fundamentais neste processo, incluindo, assim, o aspecto psicossocial e a participação da rede social.

Foi denotado que os profissionais médicos participantes criticam o modelo de saúde então praticado, o biomédico, pois este vinha provocando consequências negativas para o bom prognóstico dos pacientes, uma vez que este fato enseja um distanciamento do profissional em relação ao paciente, onde a proximidade fica restrita ao momento da avaliação e por poucos minutos, não havendo tempo para questionamentos pessoais e emotivos, sendo estes importantes para o estado geral do paciente. Na percepção destes profissionais, este modelo biomédico pode produzir influência nos custos pelo maior tempo de estada do paciente no hospital, assim como possibilita maior probabilidade de ocorrerem erros médicos, uma vez que a falta de relação do estado físico com o mental pode ocultar o aspecto real dos fatos e promover desvios de percepções nos diagnósticos. De acordo com os pensamentos dos médicos, percebe-se que a maioria desses novos profissionais se mostra mais aberta a essas novas percepções, valorizando o entendimento mais amplo do todo que envolve o paciente.

Outro fato importante evidenciado nas falas é sobre a dificuldade destacada por todas as categorias de profissionais da pesquisa em participar de cursos e palestras em relação à temática da Humanização. O fator tempo foi o mais comentado por todos, sendo considerado o maior responsável por este fato.

[...] às vezes a gente não tem tempo para vir fazer um curso [...] se fosse uma coisa abordada quando a gente tiver de plantão acho que seria muito melhor, por que pra gente se deslocar de casa pra fazer um curso, a gente tem filho [...]. outras coisas e daí a gente acaba não vindo. (PT1).

[...] cursos nessa área nunca fiz e nem aqui no hospital. (PF2).

[...] fora da graduação, nem durante a residência, nunca participei de um curso sobre o tema, o pouco tempo que nós temos torna difícil participar de cursos... mas em jornadas e congressos sempre tem temas a respeito. (PM3).

Mesmo após o término da graduação dos profissionais, é importante que estes estejam sempre participando de processos de aprendizagem por meio de cursos, congressos e capacitações, para que a prática realizada diariamente se fortaleça pela união da teoria com as vivências. Os anos consecutivos de trabalho, unidos ao cansaço e desgaste emocional do profissional que atua em UTI, podem favorecer o surgimento predominante da acomodação ante situações novas em que são necessárias decisões e mudanças de comportamento pelo profissional, criando uma resistência para o interesse pela reciclagem dos conhecimentos. Este aspecto foi elucidado por Casate e Correa (2012), quando destacaram que o profissional se acomoda por insegurança em mudar as rotinas e que é preciso a formação abarcar os conteúdos técnicos, teóricos, políticos e éticos. Esse problema se configura como prioridade para que seja possível auxiliar uma nova aparência nos processos de educação profissional, fundamentados em problemas de cunhos reais com suporte nas experiências vivenciadas (BRASIL, 2011).

Ante o que foi exposto pelos profissionais, foi possível perceber que o pouco tempo após a formação, muitas vezes, é direcionando para busca do retorno financeiro e do aprendizado dentro de cada especialidade particular para que possam se tornar “grandes profissionais”. Por outro lado, não é possível esquecer de que a maioria dos profissionais que trabalham na assistência tem sua jornada de trabalho prolongada, com plantões seguidos por mais de 24 e até 36 horas, para que possam alcançar uma renda compatível com uma vida confortável para si e sua família.

4.3 EMPATIA COM TODOS - “É VOCÊ FAZER O DIFERENCIAL, NÃO SÓ PELO PACIENTE, MAS PELA FAMÍLIA E O TODO, SE COLOCANDO NO LUGAR DELE”

Essa categoria expressa um significado de empatia, relacionando humanização a capacidade de se colocar no lugar do outro que é cuidado, semelhante ao pensamento de Deslandes (2004). O trabalhador ressalta que, por meio desta atitude, será possível estabelecer outro relacionamento capaz de vencer o desafio da humanização na UTI coronariana.

Humanizar é você tentar olhar esse lado do paciente também ,ver o lado emocional, chamar a pessoa pelo nome, se preocupar com o conforto não só dele mas da própria família [...].(PM1).

[...] humanização parte do princípio de você se colocar no lugar do outro, e a partir disso você tem que ver que o paciente está fragilizado, no seu momento de fraqueza, então quanto mais você ouvir, quanto mais você interagir com ele e der uma palavra de conforto, melhor para esse paciente [...].(PE5).

Durante as entrevistas, dentre as concepções de humanização que emergiram, identificou-se nas narrativas dos profissionais o cuidado expresso em uma visão sentimental na relação do modo de tratar o paciente, destacando a abordagem, o atendimento, o acolhimento do paciente de maneira sensível, considerando suas necessidades e sua fragilidade. Em uma das falas de um técnico de enfermagem, foi percebido, de um jeito até exagerado, quando ele falou- *“é fazer todas as vontades dele por que ele está dependendo totalmente da gente, o perigo e o risco que ele corre é maior do que os outros”*.

Humanização é a forma que você trata o paciente, o cuidado, a forma como você aborda o paciente, eu acho que é isso. (PT1).

São pensamentos que remetem ao entendimento de Carlos, Rodrigues e Souza (2004), quando eles consideram a humanização como uma ação solidária, o silêncio que comunica, um sorriso que pode alegrar, a dúvida que pode ser desfeita mediante o esclarecimento, trazendo o reestabelecimento da confiança.

As falas continuam se multiplicando, com diversas opiniões, mas com foco maior no paciente, agora mais intensa e marcantemente, quando destacam que humanizar significa tratar os pacientes como verdadeiros seres humanos e não como máquinas, ou seja, por mais que a rotina seja corrida, com muitos procedimentos que se repetem todos os dias, não se deve deixar levar pela mecanização do serviço, porquanto o lado humano deve sempre falar mais alto.

O que foi exposto pelos profissionais demonstra a sensibilidade deles em perceber que aquele paciente naquele momento precisa de cuidados especiais e de maior atenção pela gravidade do seu estado, principalmente os coronariopatas, como alguns referem que são “ verdadeiras bombinhas “, pois são pacientes altamente instáveis, que denotam uma variação do humor, indo desde a irritabilidade à depressão. Essa visão de se colocar do outro faz com o profissional perceba que ele poderia estar naquela situação, de solidão, medo e incertezas, e que naquele momento a pessoa necessita se sentir seguro e amparado.

Ante os pensamentos dos profissionais, direcionados mais para a sensibilidade, remete muito mais sobre a postura do profissional do que ao próprio conceito teórico de humanização, já que envolve um contexto maior do que simplesmente tratar bem o paciente. Prestar um cuidado humanizado é importante para os pacientes, como também aos profissionais, pois as pessoas, ao final, se acham gratificadas com o retorno deles - de agradecimento.

Para Camponogara *et al.* (2011), a humanização é determinada como meio de reaver a dignidade humana, mas somente será realidade quando sua importância real for compreendida, assim como quando os profissionais se sentirem protagonistas desse processo na UTI coronariana.

Existem, também, contudo, falas que evidenciam o conhecimento sobre a amplitude do que seria humanização da assistência, quando é destacada pelos participantes a importância da informação do nome do profissional cuidador, da hora e do dia da semana, procurando orientar o paciente, do respeito à dignidade humana, da orientação acerca dos procedimentos e efeitos destes, da proximidade com a família, sempre em busca de ajudar naquele momento tão difícil.

É você informar ao paciente tudo que você vai fazer com ele, toda a assistência, falar o horário que eu estou chegando até ele, sempre com muito respeito durante algum procedimento [...] Saber o que ele precisa, ficar sempre próximo da família, sempre tentando ver o vínculo desse paciente com a família dele, o que ele precisa, o que eu posso fazer para ajudá-lo, retirar as dúvidas. (PE1).

Eu virei o paciente para o meu lado ele chorava que soluçava, e aí eu fiquei apavorada, pensando [...] será que a gente cortou ele em algum lugar ou fez algum movimento que causou dor; e aí eu perguntei pra ele: - O que aconteceu, teve alguma coisa que o senhor não gostou? [...] e aí ele disse: -Não minha filha é por que eu tô morto de vergonha, eu nunca passei por isso na minha vida.. Então toda vida que tem um paciente que vai fazer tricotomia, se for homem e tiver um técnico homem eu peço sempre pró técnico fazer e se for mulher do mesmo jeito, e se o colega me pedir pra fazer eu faço porque foi uma situação que me marcou mesmo, é muito constrangedor para o paciente. (PT1).

Eles sempre sabem o nome da gente, por que nós tomamos o cuidado de se apresentar, então eles conhecem a gente, conhecem o técnico que tá cuidando deles. (PE3).

É tratar os pacientes que estão ali como verdadeiros seres humanos e não como máquinas, jamais esquecer que aquele que está ali é um ser humano [...]. (PT4).

É você ouvir o paciente, quanto mais você interagir com ele, orientá-lo, dizer o dia da semana e dar uma palavra de conforto. [...]. (PE5).

A comunicação também foi outro ponto destacado por alguns profissionais como um dos meios necessários para entender do que realmente o paciente necessita e o que está sentindo, sendo elucidada logo na sequência.

É dar a assistência que o paciente está realmente precisando naquele momento [...] às vezes nem é um comprimido, às vezes é a escuta [...] ele quer que você escute ele. (PT5).

A comunicação constitui elemento fundamental para o entendimento da humanização (GOULART; CHIARA, 2010), pois esta propicia o desenvolvimento de uma rede de significados entre o paciente, a equipe e a família. Nesse contexto, Barbosa e Silva (2007) apregoam que uma comunicação adequada na relação profissional-paciente contribui para diminuir possíveis conflitos gerados e sanar dúvidas. É por meio do diálogo estabelecido que o profissional poderá compreender a pessoa doente como um todo e identificar o significado subjetivo daquela problemática de saúde.

Quando o profissional da saúde conhece as técnicas de comunicação terapêuticas adequadas, tem mais um recurso a seu favor, podendo dar um enfoque mais humanístico à comunicação e às relações interpessoais. Esse aspecto também

é defendido por Boff (2001), ao situar a comunicação como um expediente para a execução do cuidado.

Em contrapartida a essa visão mais assentada na sensibilidade, alguns se colocaram entendendo a humanização mais racional e tecnicamente, seguindo protocolos e procedimentos padronizados quando conceituam de um modo bem simplificado como sendo dar assistência ao paciente desde a entrada na UTI até o dia da sua alta, quando o profissional deve estar sempre atento a tudo, dando atendimento resolutivo e de qualidade. Este jeito de pensar é importante também para outro aspecto da humanização - a segurança do paciente, a resolubilidade e a efetividade dos casos.

[...] a humanização no SUS fala que é a assistência no atendimento da pessoa desde a porta de entrada até a finalização do seu atendimento, no nosso caso a alta. (PE3).

[...] assistência de qualidade, sendo resolutivo, seguir sempre os protocolos, e ficar sempre atento a tudo né?! (PE4).

É como se fosse mais um trabalho mecânico, cada um vem fazer o seu trabalho e acabou, e não, por exemplo, vem pra cá por que quer trabalhar e humanizar (PE5).

Corroborando esse pensamento, Maestri (2008) exprime que a tecnologia deve ser usada criativa e humanamente, servindo para trazer melhor qualidade de vida aos pacientes que permanecem ali. A tecnologia instrumental, procedimentos técnicos e máquinas são essenciais e desejáveis à modernização do atendimento aos pacientes da UTI, o que a tornam útil e indispensável, para prolongar a vida e amenizar o sofrimento de muitas pessoas. Não se pode desconsiderar, no entanto, o paciente como ser de relação, dando prioridade aos aparelhos. Estes pensamentos apontam para o que

Caetano *et al.* (2007) destacam quando expressam a ideia de que a máquina jamais substituirá o ser humano.

De efeito, entende-se que cada profissional tem um pensamento particular sobre a temática, mas que ela sempre está voltada mais para o paciente e algumas vezes também para família. O profissional, que é parte integrante dessa dinâmica, poucas vezes é citado, o que denota a pouca informação da equipe sobre seus próprios direitos, sua qualidade de vida durante a realização do trabalho e a possibilidade de redução do nível de estresse físico e emocional que todos eles podem ter, deixando-os longe do conhecimento sobre a importância e os objetivos da PNH.

Uma redefinição do conceito de humanização, resistindo ao seu sentido instituído, passa a entender a humanização como estratégia de interferência nas práticas de saúde, levando em conta o fato de que os sujeitos sociais, agentes concretos e engajados em práticas locais, trabalhadores, pacientes e familiares, onde todos estão incluídos nesse processo, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo (SILVA; SILVEIRA, 2011).

Para Fontana (2010), trabalhar cotidianamente sob condições insatisfatórias ou insalubres pode acelerar drasticamente o desacerto do humano em relação ao desumano. Nesse contexto, os estudos de Fontana (2010) apontam que, para que ocorra o efetivo respeito ao usuário do serviço, não se pode esquecer a realidade das condições de trabalho dos profissionais que existem em muitas instituições. Falar em humanização, como escuta e participação coletiva da gestão, sem mencionar o trabalhador com sobrecarga de funções e de atividades, muitas vezes, com jornada dupla ou tripla de trabalho, geradoras de estresse físico e emocional, pode ser irônico e efetivamente desumano.

Em contrapartida, contudo, ao fato da carência de orientação mais complexa sobre o assunto, alguns profissionais conseguiram conceituar humanização em sua maior amplitude, quando disseram que a humanização do cuidado em uma UTI coronariana engloba todos os aspectos como espiritual e biopsicossocial da doença, ou seja, um cuidado do paciente em todo o seu contexto, em toda a sua esfera.

Eu entendo como o cuidado ao paciente em todo seu contexto, biopsiquicosócio e espiritual dentro de sua doença, onde você vê todos esses aspectos. (PE2).

Isso prova a heterogeneidade de pensamentos dentro da mesma equipe, pois esta amplitude de pensamento vê o aspecto espiritual, o problema do medo da morte, o apoio que este paciente precisa para que se sinta seguro, dentro do seu mundo de incertezas e próximo a pessoas estranhas.

É interagir com o paciente, tanto a parte física como a psicológica, e ali a gente trabalha o corpo e a mente, de uma certa forma direta ou indiretamente a gente tem por obrigação de entender qual é o motivo da queixa do paciente [...] então essa interação junto com o paciente você desenvolve uma dinâmica que deixa o paciente mais a vontade, deixa ele se sentindo em casa e a gente acaba se relacionando com o paciente, com a família, com os colegas, e de certa forma se tornando uma família também, e isso pra mim é humanização. (PT5).

Ante do exposto, entende-se que essa fala significa, também, proporcionar um cuidado em todos os aspectos, físico e emocional, englobando o paciente, família/ acompanhante e os próprios profissionais, que muitas vezes não entendem, como já mencionado, que eles também fazem parte desta da humanização. Embora, de uma maneira geral, a humanização seja vista pelos profissionais como uma assis-

tência dirigida ao paciente como um protagonista da história, mais voltada para o corpo e mente, ou seja, a doença em si, como o lado pessoal também relacionando as angústias, medos e incertezas que o paciente passa quando permanece no ambiente de UTI, corroborando essas ideias, destacam-se os pensamentos de Mongiovi et al. (2014), referentes ao fato de a equipe multiprofissional da UTI dever ser capaz de atender todas as necessidades do usuário, muito além do mero aspecto teórico-técnico da assistência, mas também psicoemocional, social e espiritual.

Nesta contextura, ainda, foi sempre salientado pela equipe que a família também faz parte desta realidade mostrando-se ansiosa por informações sobre o estado do seu ente querido, na expectativa de boas notícias, estando sempre pronta para ajudar e participar da evolução do paciente.

Seria a assistência voltada para o paciente como um todo, assistência 100%, visando o paciente como um todo, seja na questão clínica, seja na questão pessoal, ver a parte da família também. [...] (PF1).

[...] devemos sempre ficar próximos da família, sempre tentando ver o vínculo desse paciente com a família dele, ver o que ele precisa [...]. (PE1).

É se preocupar com o conforto não só dele, mas da própria família também que nos horários de visita vem cheios de expectativas, principalmente em UTI que o pessoal sempre tem na cabeça que só em tá aqui o doente já é grave e vai morrer e nem sempre isso é verdade. (PM1).

É tratar bem o paciente de uma forma geral, no contexto geral, atender as necessidades dele sempre que for necessário, estar próximo dele e da família orientando sempre que a gente é solicitado. (PT3).

A relação vinculativa do paciente, família e ambiente físico com a proposta de uma assistência humanizada foi elucidada em Rubio *et al.* (1999), que definiram a humanização como

Um conjunto de medidas que engloba o ambiente físico, o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde. Visando, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo doente, considerando-o como um todo bio-psico-sócio-espiritual.

Azoulay e Sprung (2004) relataram que o diálogo com a família é muito importante, considerando-se que as informações devam ser fornecidas em pequenas doses e repetidas vezes ao dia, dando sempre o mesmo enfoque. É necessário um perfeito alinhamento do fluxo de informações que passam da equipe para os familiares, eliminando a confusão de pensamentos e dúvidas como elemento de estresse.

A preocupação com a família também é um destaque para o cuidado humanizado, pois estar disponível sempre para dar informações e poder amenizar o sofrimento e as expectativas negativas da família é ato de humanização. Não se há de esquecer que os familiares fazem parte do todo daqueles pacientes e que seu estado emocional equilibrado pode interferir até mesmo na evolução do paciente. A visão negativa que os familiares têm do ambiente de UTI, como sendo um lugar para doentes muito graves e que estão na iminência da morte, os torna muito ansiosos e isto nos momentos de encontro com o doente pode ser transmitido, até mesmo por um olhar mais tenso e triste. Nesse sentido, é preciso informar e destacar que o ambiente de UTI não está voltado para este aspecto de morte, e sim de vida, onde lá permanecem mesmo aqueles que têm chance de viver e que, com os cuidados competentes e atenciosos da equipe, podem se reestabelecerem e voltar para a sociedade.

Para alguns destes profissionais, entretanto, principalmente os que vivenciam só a prática, a humanização é particular, é do profissional, ou seja, é da “pessoa”, daquele ser humano que é mais sensível, que tem uma visão maior, que na realidade se preocupa com o outro. E aí há um aspecto importante - a ética desta pessoa em não interferir naquele que não tem a sua mesma visão, e ter que conviver com profissionais que fogem totalmente dos seus princípios, e não poder se posicionar para que haja mudanças, a fim de não ocorrer conflito, como se observa nas falas que se seguem.

Eu acho que a humanização na verdade está na pessoa, né [...] é dela, você pode fazer inúmeros cursos, mas se você não tem isso na sua essência, você vai continuar do mesmo jeito. (PF3).

Eu estava de par com a colega muito grosseira e sem amor, sem jeito mesmo, falando com o paciente com a maior brutalidade e ignorância e o paciente chega até a chorar a tecer lágrimas dos olhos dele, por causa da grosseria da técnica [...] eu presenciei, estava comigo essa técnica. Eu fiquei passada, mas não pude dizer nada, senão eu ia era apanhar dela. (PT5)

Mesmo diante deste exposto, o que se pode interpretar mediante as falas dos participantes é que a maioria dos profissionais que trabalham com saúde e com pessoas, principalmente em uma UTI coronariana, age com certo cuidado, tornando a dinâmica harmoniosa, o que favorece a humanização, onde todos se preocupam em primeiro lugar com o paciente, seu bem-estar e suas necessidades. Neste instante, verifica-se a importância do trabalho em equipe, trabalhando interdisciplinamente, pensando sempre no melhor para o paciente, sendo resolutivo e sempre com uma interação satisfatória para que se consiga entender os seus anseios, como também os dos pacientes.

O fato é que os trabalhadores recolhem conhecimentos singulares na experiência cotidiana do trabalho e lançam mão deles para lidar com aquilo que não foi prescrito, ou seja, com o que aparece como variável no cotidiano do trabalho. A criação e o compartilhamento cotidiano dos saberes que surgem é que podem, na verdade, transformar a ação dos profissionais em um trabalho em equipe caracterizado por um labor competente (BRASIL, 2011).

[...] se você está em uma equipe que você se dá bem com as pessoas o trabalho anda melhor, as pessoas se entendem, tem mais harmonia. [...]. (PT1).

Aqui a equipe é realmente sempre muito próxima da outra, se completam, aqui tem muito essa coisa de ajuda de tudo para o paciente. [...]. (PE1).

[...] sempre fazer o melhor atendimento ao paciente né, junto com a equipe inteira, pensando no melhor para o paciente, resolver da melhor forma e mais rápida possível, sempre interagindo e trabalhando em equipe [...]. (PF2).

[...] nós precisamos entender cada um no seu papel e trabalhar de forma realmente articulada, o ambiente de UTI é composto por uma equipe multiprofissional que tem que lidar com os pacientes que por hora precisam da nossa assistência [...]. (PM3).

Nessas circunstâncias, pode-se dizer que a humanização das UTIs, assim como da UTI coronariana, é considerada, hoje, um dever moral, ético e também legal dos profissionais de saúde. Para que a assistência seja humanizada na UTI, é preciso desenvolver estratégias de trabalho em relação ao ambiente, ao paciente, à família e à equipe/instituição (MELLO; MELO, 2011). Haja vista o que foi elucidado, a equipe se empenha em desenvolver esse papel.

Também é importante salientar que o paciente coronariopata é muito fragilizado, temeroso e sensível. Na maioria das vezes, percebe-se que, após o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ter sido resolvido e o paciente se reestabelecido, eles sentem que é como se fosse dada uma segunda chance para suas vidas, pois o que anteriormente estava por um fio agora ultrapassou todos os obstáculos e a luz no final do túnel se encontra cada vez mais forte. Este fato é sentido pelos profissionais que trabalham com este tipo de paciente, sendo observado por meio das palavras de uma fisioterapeuta quando ela disse: *o paciente quando entra aqui, é muito fragilizado, ele está assustado, muitas vezes ele enfartou né, então naquele momento ele vê como se a vida dele tivesse por um fio e que ele tá tendo uma segunda chance na vida.* Ante do exposto, se entende que é preciso, para que eles se reestabeleçam bem e logo, de um ambiente favorável, tranquilo e seguro, onde todos da equipe possam transmitir essa segurança e um bom acolhimento. Isso é humanizar, proporcionar um ambiente favorável, sem estresse, agradável, com profissionais que tratem bem os pacientes e a si próprios.

Nesta mesma perspectiva, entende-se que harmonia do ambiente de UTI é imprescindível, onde todos possam se sentir bem e ser acolhidos para que tudo possa fluir naturalmente e da melhor maneira possível. O ambiente onde o paciente fica inserido durante o curso da sua doença, é frio e repleto de aparelhos que favorecem o temor e suas incertezas. Tentar tornar a estada deste doente o mais agradável possível, vencendo seus medos e esclarecendo suas dúvidas, é um ato de humanização, ou seja, fazer com que ele se ache o mais à vontade possível, mesmo que o momento não seja favorável a isso, é um desafio que deve ser percorrido pela equipe por via do seu empenho e dedicação no trabalho.

Neste ambiente, a humanização deve transcender os cuidados prestados a todos os pacientes, pois, na maioria das

vezes, a humanização da assistência será tão mais importante para o paciente do que a própria anestesia, ou mesmo a intervenção cirúrgica. Para que ocorra a humanização na UTI, primeiramente, é imprescindível a humanização da própria equipe multidisciplinar que nela atua, para depois estender o cuidado a outro ser humano igual a você mesmo (ROCHA; ROCHA, 2008).

[...] então humanizar no ambiente de terapia intensiva é você se preocupar com esses detalhes, a segurança do paciente para que ele não tenha acidentes, e sempre procurar trazer o conforto tanto para o paciente como para a família [...] (PM1).

É você tentar deixar o paciente mais à vontade possível num ambiente fechado, em que ele está distante da família, onde ele está numa situação de gravidade em relação a sua doença [...] (PM2).

Dar uma melhor assistência, manter a equipe sempre preparada [qualificada] para trabalhar com o paciente coronariano, mas isso é um trabalho diário, ninguém nunca está preparado totalmente. [...] (PE2).

Humanização seria você promover um ambiente favorável, sem estresse, agradável, com pessoas que lhe tratem bem e que você, possa naquele momento de tristeza e de dor, sentir um certo conforto. [...] (PF3).

[...] a gente sabe que os cardiopatas têm uma alteração de humor, ansiedade, medo de morrer, medo por conta da cardiopatia [...]. (PM3).

Uma UTI deste perfil é diferente, por que um cardiopata tem uma condição de doença muito grave, então eles ficam muito fragilizados, tensos mesmo, com o estado emocional bem complicado [...]. (PE5).

Na visão de Salman (2013), o cuidado humanizado permite a preservação da integridade e da dignidade do paciente como um todo, pois nesse instante este vivencia um momento de vulnerabilidade extrema, determinado pela necessidade de admissão a uma UTI, em virtude da sua gravidade, e abrange desde as características físicas até a abordagem multiprofissional junto ao paciente e à sua família.

O fato é que a análise sobre o que seria humanização da assistência é muito diversa, pois, na realidade, esse conhecimento se une não só à teoria e conceituação mais real da palavra e sim ao olhar humano de cada um. Classificar a humanização como a preocupação com o sofrimento dos outros, como verificado em uma das falas, é ter uma visão sensibilizada e ampla sobre o assunto, é se postar no mesmo plano daquele ser humano e perceber que ele está em um momento crítico da sua vida. Conseguir dividir o doente da doença já seria o ato de humanizar, por meio de uma visão diferenciada e da percepção de que a técnica não pode se separar do cuidado.

O outro fator importante, todavia, que também deve ser destacado para que haja realmente êxito nesta prática, é a realização de um trabalho que vai além da técnica científica, tão necessária para que ocorra a resolução do processo da doença, mas, para que suceda melhor terapêutica, sem dúvida, impõe-se uma boa interação, com destaque para o despertar da sensibilidade humana, é se ver naquela situação, como uma imagem de um espelho. Estar ali, vivenciando aquele momento, faz a pessoa despertar para configurar-se um ser melhor, mais amável, menos mecânico, ou seja, mais humano.

Pode-se concluir que o vocábulo humanização suscita no ambiente da UTI coronariana diversos entendimentos e, com eles, a multiplicidade do seu real significado. Mesmo, po-

rém, que de forma mista, a visão global de junção do físico e psicológico, ou seja, uma óptica além do simples conceito de cuidar, foi destaque entre a maioria dos participantes.

Logo abaixo, visualiza-se uma figura que retrata os principais aspectos sobre o conceito de humanização pela equipe da UTI coronariana.

Figura 4 – Principais aspectos referentes ao conceito de Humanização pela equipe Multiprofissional da UTI Coronariana Humanização



Fonte: Elaborada pela autora.

4.4 ACOMPANHANTE ATRAPALHA, FALTA ORIENTAÇÃO - “ACOMPANHANTE PARA O PACIENTE É IMPORTANTE, MAS, NA MAIORIA DAS VEZES, ATRAPALHA; A FAMÍLIA NÃO TEM PREPARO”

A presença do acompanhante se mostrou de maneira polêmica quanto à percepção de cada profissional durante a realização das entrevistas, mas, de uma maneira geral, mostrou-se enfaticamente em relação a duas opiniões observadas em praticamente todos os participantes da pesquisa, no sentido de que é positiva a presença do acompanhante para o paciente, mas não para a equipe.

Isso [a presença do acompanhante] envolve várias coisas, eu acho que sim, é importante a família está presente porque eu já vi vários casos de pacientes desorientados onde você chama a família e o paciente se comporta de uma maneira totalmente diferente ao lado da família. (PE1).

Eu acho válida a presença do acompanhante, principalmente os idosos, a gente trabalha com pacientes gravíssimos e alguns são bem deprimidos, o acompanhante seria fundamental. (PF1).

O acompanhante para o paciente é bom porque ele se sente mais seguro. (PT2).

Às vezes a equipe não consegue conter o paciente e a família ajuda a acalmar e deixar mais tranquila [...] (PF2).

[...] para o paciente é um ponto de apoio, eu penso assim: quando tem alguém meu doente eu não gostaria de tá ali, apoiando, olhando, vendo os tratamentos [...] pois é a mesma coisa, o que eu quero pra mim eu quero para os outros. (PF3).

Seria crucial para os mais idosos, para os que tendem a desorientação, para os que têm uma dificuldade de relação com a equipe, quando não aceitam o tratamento, não querem tomar remédio, não cumprindo com a terapêutica proposta. (PM3).

[...] é bom no caso de um idoso por que ele sofre muito no ambiente que ele não conhece...com pessoas desconhecidas, então ele tende a ficar desorientado comprometendo até o tratamento dele. (PT4).

O acompanhante para o paciente é importante, eles se sentem mais seguros, mais confiantes [...] (PE4).

Eu acho positivo, principalmente para os idosos, normalmente eles desorientam muito na UTI, e aí é importante ver um rosto familiar, uma pessoa que possa conversar. [...] (PE5).

[...] pra gente não é bom porque a gente não se sente à vontade de fazer os procedimentos, as medicações, eles ficam perguntando sempre o que é, aí tudo aquilo ali causa uma situação ruim, atrapalha. (PT2).

O acompanhante ficar transitando dentro da UTI com telefone isso atrapalha um pouco a gente [...] (PE3).

Existe acompanhantes e “Acompanhantes”, por que às vezes o acompanhante atrapalha, mas para o paciente ele ajuda muito.(PF3).

Várias foram as falas em que se observava um momento reflexivo pelo entrevistado, onde se via o paradoxo entre o positivo e o negativo da participação do acompanhante na UTI. E qual seriam essas contraposições? Por que os profissionais tinham tanto a falar sobre esse aspecto? Será que essa polêmica existe em razão do benefício gerado para o paciente ante algumas condições que a equipe não consegue contornar, como um ente despreparado e questionador num ambiente estranho e propício a várias dúvidas?

Por meio dos estudos de Knobel, Andreoli e Erlichman (2008), foi evidenciado que a presença do acompanhante pode reduzir ansiedade, medo e contribuir para a recuperação do paciente. Este estudo vem comprovar o que foi apurado durante vários momentos nas elucidações dos participantes que disseram que a presença do acompanhante propicia ao paciente conforto, segurança e apoio. Eles entendem que em alguns casos se torna até necessária, em virtude do estado do paciente como para aqueles que se mostram relutantes em aceitar o tratamento, como o uso de medicamentos que são imprescindíveis a sua recuperação.

De acordo com os discursos reproduzidos há pouco, podemos verificar o grau de importância que também foi dado pela equipe sobre a presença do acompanhante para o idoso.

Este tipo de paciente se mostra, muitas vezes, mais desorientados do que os outros, em virtude da idade e das medicações que podem contribuir para isso, além do fato de estarem em um local estranho e distante da família ou de um ente mais próximo que possa lhe transmitir não só segurança, mas também carinho naquele momento tão difícil pela descoberta da sua doença. A família ajuda, decerto, na evolução positiva do paciente, trazendo vários benefícios. Em outras situações vivenciadas na UTI coronariana, também houve relatos sobre a percepção da família pouco participativa, que não tem atuação constante nos horários das visitas, deixando o paciente solitário e angustiado, a equipe entende que este fato pode influenciar de maneira negativa para recuperação da pessoa institucionalizada.

O ambiente de UTI coronariana, por possuir situações adversas ao entendimento dos pacientes, propicia questionamentos e dúvidas pelos acompanhantes e familiares, pois a todo o momento fatos novos surgem neste tipo de UTI, em razão do perfil dos pacientes cardíacos que podem trazer em seu histórico várias intercorrências pela gravidade da sua doença. É preciso que a equipe exerça o papel de orientadora desses acompanhantes, da família no momento da visita, e do próprio paciente, para que haja melhor relacionamento e acolhimento destes durante sua estada na UTI coronariana.

Os contatos mais prolongados, privativos e constantes com os familiares, como no caso do acompanhante, podem promover a melhora da comunicação e aquisição de conhecimentos e a expressão das dúvidas (COSTA FILHO *et al.*, 2008). Os familiares de pacientes internados em UTI não somente necessitam de informações, como também da possibilidade de estas informações serem assimiladas, minimizando-se, assim, os efeitos que a ansiedade pode interpor na compreensão das informações, o que enseja interpretações errôneas e, conseqüentemente, na comunicação estabelecida com a equipe.

A família não sabe e não tem noção, então ela interpreta de outra forma, um acesso, uma intubação uma contenção que o paciente precisa usar, a família tem que vir para a UTI já sabendo o que se pode e o que não deve fazer. (PE1).

Tem que ser uma coisa adaptada, multiprofissional com uma comunicação efetiva e amadurecimento, antes precisa-se de vários instrumentos para colocar aquele acompanhante para o paciente. (PE1).

O acompanhante deve ser acompanhado também e ser orientado sobre as rotinas que existem, a equipe na maioria das vezes rejeita, acha ruim por que acha que atrapalha. [...](PF2).

Acompanhante que realmente compreende a rotina que é orientado antes de vir pra cá e que fica mesmo pra ajudar ...ele é muito bem-vindo. (PE3).

Alguns mexem em bombas, e isso acaba atrapalhando na rotina, usando o celular, saindo e entrando na UTI [...]então tem o lado negativo. (PE4).

Para a equipe nem sempre é positivo, por que o acompanhante às vezes começa a querer coisas que não pode, ele não entende, e às vezes o procedimento é necessário, isso atrapalha um pouco. [...](PE5).

A família não tem preparo, e deixa é o paciente mais nervoso. (PT5).

De acordo com as falas visualizadas acima, percebe-se que a equipe demonstra negatividade em relação à presença do acompanhante, principalmente pela falta de orientação deste. Ante este fato, foi dada ênfase, por todos, à importância do acompanhante, desde que ele seja bem preparado para ficar num ambiente de UTI, pois a complexidade deste lugar precisa ser entendida para que não ocorram situações desagradáveis, em que o acompanhante interprete uma si-

tuação de risco como um agravo ao paciente, maus tratos quando um paciente precisa ser contido para sua própria segurança ou quando a equipe se une num momento de uma PCR e o acompanhante não se desespera.

Existe, no entanto, um aspecto que não pode ser esquecido pela equipe: Quem deve orientar o acompanhante e a família? Será que ensinar momentos de reuniões e acolhimento durante algumas horas do dia com esses acompanhantes e família não traria aspectos positivos sobre as dúvidas e tornaria esse período da estada do acompanhante mais harmonioso para todos?

Neste contexto, a Cartilha *HumanizaSUS* (2010) relata que o acompanhante é importante não só para estar com o ente internado, mas também para ser orientado no seu papel de cuidador leigo.

É preciso que não haja atrito com os profissionais, e, em alguns momentos, isso pode acontecer em virtude do despreparo do acompanhante. Para que o trabalho possa fluir de maneira correta e harmoniosa, acompanhante e equipe devem ter uma boa relação, tudo em benefício do paciente, portanto, a equipe deve ser preparada para saber contornar os conflitos que possam acontecer. Além de tudo, é importante que este acompanhante possua, certo equilíbrio emocional, que atue junto ao paciente, trazendo motivação e não simplesmente transmita temor e insegurança ante a situação.

[...] é preciso procurar uma pessoa que tenha mais capacidade de compreensão, que seja centrada, uma pessoa que não tem aquele equilíbrio emocional não dá pra tá dentro do ambiente de UTI vendo um familiar grave. (PM1).

Se o familiar é equilibrado, ele tem uma capacidade de ajudar para que o paciente tenha motivação para que ele tente sair do quadro em que está, em alguns

casos são até excepcionais [os acompanhantes] aqui a gente tem experiência positivas, que são a maioria, mas tem experiências negativas também, vai depender do grau de interesse do acompanhante, até da própria relação que ele mantiver aqui. (PM3).

O equilíbrio emocional é necessário, sobretudo porque, na compreensão de Botega (2002), a adaptação emocional vivenciada em um ambiente de UTI pode desencadear situação de crise, na qual a pessoa se nota ameaçada por não conseguir atender às suas necessidades de ajuste emocional mediante suas modalidades habituais para soluções de problemas. Assim, entende-se por crise um estado psicológico desencadeado pelo desequilíbrio da percepção da dificuldade e da importância do problema, por um lado, e relativamente à percepção dos recursos pessoais disponíveis para sua solução, por outro. Então, equilíbrio emocional é importante para todos - pacientes e acompanhantes.

Adaptar-se à experiência de estar internado em uma UTI exige do paciente e de seus membros familiares grande esforço emocional. Nesse período de internação, os lados cognitivo e emocional são desafiados diante do desconhecido. Tem-se como resposta a esse processo de adaptação a nova realidade, um momento de desequilíbrio e uma instabilidade afetiva perante a quantidade de pensamentos e sentimentos que surgem e inundam o imaginário de todos os que estão envolvidos nesse contexto (BACKES *et al.*, 2006).

Em consequência deste fato, houve, em uma das falas dos médicos participantes, a importância que é dada ao instante em que há o primeiro contato com a família do paciente. Para o médico, este é momento em que se pode perceber por via da comunicação quem seria o familiar mais capaz e preparado para acompanhar o paciente. É como se ele fosse eleito, naquele momento, por sua capacidade de compreensão e equilíbrio.

Assim a gente em terapia intensiva quando vai falar com a família, é preciso procurar uma pessoa que tenha mais capacidade de compreensão, que seja centrada e que tenha equilíbrio emocional. Em geral, a gente tenta transformar essa pessoa da família em uma espécie de líder onde a gente tenta passar as informações para essa pessoa, para que ela consiga passar a informação pra família. (PM1).

O posicionamento tomado pela equipe tem uma grande importância, na medida em que a presença do acompanhante se torna imprescindível em algumas situações, como para os pacientes idosos, depressivos, desorientados e aqueles com relação aos quais não há uma boa relação com a equipe, os que não aceitam o tratamento e precisam de suporte emocional para ajudá-los. Os cardiopatas, em geral, têm uma certa alteração de humor, são ansiosos, têm medo da morte em virtude da doença que se mostra gravemente, visto que o coração é um órgão vital. Para muitos, é um choque saber da existência daquela doença, um coração que sempre funcionou bem durante muitos anos e agora, num repente, se exhibe com fraquezas, inconstantemente, trazendo cansaço e outros sintomas jamais sentidos em toda a vida.

Outro fato destacado pela equipe foi que, na maioria das vezes, o acompanhante, pelo seu despreparo em estar em um ambiente de UTI, não se comporta seguindo as regras, e ultrapassa certos limites impostos para que seja ali aceito. Em sendo assim, podem ocorrer alguns atritos com a equipe em determinadas circunstâncias, em decorrência da não aceitação ou desorientação quanto às regras impostas, como não manipular as bombas, fazendo uso do aparelho celular, ficar transitando entre os leitos, sendo que isto não é permitido.

O acompanhante ficar transitando dentro da UTI com telefone isso atrapalha um pouco a gente. [...]
(PE3).

Muitas vezes, eles não respeitam as regras da UTI coronariana, usam o celular, tiram fotos, e até mexem nas bombas [...] isso atrapalha muito nosso serviço. (PT5).

Manter a visita/acompanhante bem informado é requisito para a humanização, consoante raciocinam Beccaria et al. (2008). Haja vista esses relatos, se verifica, mais uma vez, a importância da comunicação e da orientação que deve ser dada aos acompanhantes para que a dinâmica do serviço na UTI coronariana flua de maneira estável e harmônica.

“Manipular os aparelhos, como as bombas, podendo ser até no intuito de ajudar, mas devido à falta de informação e orientação podem causar maiores danos aos próprios pacientes causando nervosismo ou até danos físicos” - relataram alguns profissionais. De fato pode ocorrer é que a família não entende certos procedimentos que são feitos rotineiramente, que, para a equipe, é comum e simples, e terminam por questionar, achando que aquela situação é errada, tornando a estada do paciente ali cada vez mais complicada.

[...] pra gente não é bom porque a gente não se sente à vontade de fazer os procedimentos, eles perguntam muito, acho constrangedor, parece que não confiam na gente. (PT1).

O acompanhante não sabe separar que ele é só acompanhante e acaba querendo assumir o papel da enfermagem batendo de frente com os profissionais. (PE4).

Eu acho que o acompanhante a maioria das vezes ele atrapalha, por que a gente fala uma coisa e eles vão lá e fazem outra. (PT5).

Todos estes aspectos relatados pela equipe corroboram os estudos de Vedootto e Silva (2010), quando defendem o argumento de que o profissional da saúde vê o acompanhante

te como um “peso”, obstruindo e atrapalhando o desenvolvimento do trabalho.

De acordo com os técnicos de enfermagem, os questionamentos constantes feitos pelo acompanhante atrapalham o andamento das rotinas, causando até constrangimento para os profissionais. Isso, talvez, esteja relacionado ao fato de que os técnicos permanecem mais próximos ao paciente do que os outros profissionais, em razão do tipo de serviço realizado por eles. Tais circunstâncias, foi constatado por via das falas que os técnicos de enfermagem não se sentem à vontade em virtude das perguntas insistentes antes de cada procedimento, o que causa, segundo eles, um sentimento de desconfiança quanto à conduta a ser realizada.

A falta de orientação para acompanhante também promove outros transtornos notados na rotina diária da UTI coronariana e nas falas dos participantes. Os questionamentos constantes, além de atrapalharem o andamento do trabalho, tornam as rotinas mais demoradas com tantas perguntas e queixas. Então, ante esta queixa, há um questionamento a se fazer: será que essa rejeição demonstrada pelos técnicos não está mais pendida para os próprios interesses de cada um, já que a rotina se torna mais lenta do que deveria ser, impedindo que tudo ande mais rápido e o profissional termine seu procedimento a tempo de realizar outras rotinas, como a evolução, fazer o balanço do paciente e até mesmo ter um momento maior de lazer ou descanso? Se for o caso, entende-se que o paciente não está sendo a prioridade, fato que destoa um pouco do sentido da humanização.

Todos os fatores relacionados com o trabalho em UTI elevam a um grau bastante alto o nível de estresse e de sobrecarga física e psicológica da equipe, o que muitas vezes dificulta ou consome as relações interpessoais dentro da equipe multidisciplinar. Esses sentimentos podem levar à frustração, à raiva, à depressão e à falta de confiança em si próprio,

diminuindo a satisfação com o trabalho. Como resultado, é frequente o desenvolvimento de mecanismos de defesa, tais como longos bate-papos, alongamento dos horários de cafézinho e de repouso, pouco envolvimento e esfriamento nas relações com pacientes e familiares (SALMAN, 2013).

Em decorrência do que está sendo discutido, verificou-se que há opiniões divergentes dentro do mesmo ambiente, porquanto alguns profissionais defendem a presença do acompanhante como apoio e mesmo uma ajuda nos momentos em que não há cooperação do paciente, mas, de outra parte, aqueles profissionais que lidam diretamente com os pacientes, participando das rotinas, acreditam que o acompanhante, por não ter conhecimento, faz muitos questionamentos, indagações que deixam o profissional constrangido, como se fosse uma espécie de fiscalização do cuidado, de dúvida quanto a sua competência.

Outros profissionais, que interagem mais com os pacientes e não com os acompanhantes, como os fisioterapeutas, veem como positiva a sua presença e que só têm a trazer melhoras para o quadro evolutivo do paciente, uma vez que são caracterizados como ponto de apoio, segurança e conforto num momento tão frágil das suas vidas.

Eu acho válida a presença do acompanhante, com certeza, a gente trabalha com pacientes gravíssimos e alguns são bem deprimidos. (PF1).

Às vezes temos que pensar mais no próximo, por mais que acompanhante seja chato, mas o mais importante é o paciente, e se o paciente fica mais tranquilo com ele, então isso é o mais importante. (PF2).

Neste momento, faz-se necessário destacar as falas de Silveira e Contin (2015), quando expressam a importância de estabelecer uma relação amistosa entre equipe e familiares/acompanhantes para que possa ser oferecido melhor apoio para ambos e o paciente.

Não é difícil entender o porquê da opinião desta classe de profissionais, pois, na verdade, os fisioterapeutas realizam seu trabalho diariamente e por vários dias e até mesmo semanas com o mesmo paciente, e, além de tudo, terminam por estabelecer um diálogo durante a realização da terapêutica. Isso faz com que eles tenham um olhar mais voltado para o bem-estar dos pacientes, porque sabem e conhecem seus anseios. Muitas vezes são formados laços de confiança nesse diálogo, o paciente o vê como um confidente e revela suas angústias naturalmente com o intuito de extravasar emoções e buscar um aconchego nas palavras. Já os técnicos e enfermeiros tornam o contato mais profissional, pois são muitas as rotinas a cumprir, muitos protocolos e burocracias, que impedem a criação desse laço. Na avaliação médica, rápida e precisa, são questionados os sintomas, medicações e estado patológico naquele momento, não havendo tempo para o contexto emocional; o que é importante são fatos concretos e tangíveis, fugindo do abstrato e da obscuridade que a emoção e tristeza podem deixar transparecer.

Outro aspecto importante também comentado nas falas de alguns participantes é o fato de a UTI não oferecer conforto para esse acompanhante. Isto revela a preocupação que a equipe tem com o bem-estar do acompanhante.

O ambiente de UTI não é confortável pra um acompanhante ficar, aqui no hospital a gente não tem uma cama, uma estrutura boa para eles, apesar de ter essa cadeira [...] então nesse ponto para o acompanhante não é muito confortável, mas a gente tenta dar o maior conforto dentro das condições. (PE4).

A UTI não é confortável para o acompanhante, em cada leito só há uma cadeira que não oferece conforto nenhum, com o passar dos dias percebo até um certo cansaço da parte deles, acho que é pelo incômodo da dormida. (PT4).

Cordioli (1998) acredita que é sempre necessário que a UTI ofereça um ambiente acolhedor, adequado e respeitoso para que o paciente e seus familiares possam usufruir e resignificar os momentos que viveram juntos. Na cartilha *HumanizaSUS* (2010) também há referência a este fato, quando é evidenciado que no ambiente de internação, a estrutura - quando há - é muito precária, dificultando assim as condições para a permanência de acompanhantes em tempo integral.

De acordo com Knobel *et al.* (2006, p. 202), uma das influências que pode ser criada como um paradigma inicial, na temática sobre humanização da assistência, é a adequação do ambiente físico da UTI para propiciar aos pacientes e familiares maior acolhimento e mais atenção às suas necessidades. Estas alterações são necessárias para fazer com que o ambiente ofereça conforto e privacidade aos pacientes internados nas unidades, propiciando uma relação mais próxima entre paciente, família e equipe. Essa preocupação se revela em modificações, também, nas salas de espera, unidades de cuidado e centros de atenção aos familiares, incluindo um ambiente para o descanso destes.

Na UTI coronariana, existe um espaço privilegiado entre os leitos, pois são bem amplos, separados por paredes de alvenaria e cortinas, proporcionando um grau de privacidade diferente, comparada a outras UTIs. Além disso, ao lado de cada leito, há uma poltrona reclinável, destinada aos próprios pacientes, quando estão reestabelecidos e em condições de ficar na postura sentada, para que permaneçam por algumas horas do dia. Essa poltrona, muitas vezes, é utilizada pelos acompanhantes dias e noites a fio, e isso pode gerar um estresse para ele, pois a falta de estrutura adequada para recebê-lo interfere no seu humor e no relacionamento com o paciente e com a própria equipe, gerando um desgaste desnecessário, por isso também, para alguns profissionais, sua presença só deve ocorrer se estritamente necessária.

Dentro do aceite pelo acompanhante para o paciente, foi citado também que este deva ser, preferencialmente, um familiar, pois este consegue responder aos anseios dos pacientes e transmitir mais segurança. Enquanto isso, os cuidadores, que muitas vezes são somente os que podem ficar naquele momento, são muito dispersos e, como não são familiares, com frequência, não criam vínculo com os pacientes, configurando, nas mais das vezes, uma relação meramente profissional.

Em relação ao acompanhante seria fundamental de preferência que fosse alguém da família, por que eles são mais cautelosos. (PF1).

Em razão do exposto e de todas as falas, é possível se entender a importância do preparo e orientação desse acompanhante. Não se imagina como profissionais esclarecidos da área da saúde, o quanto é estranho e frio o ambiente de Terapia Intensiva. São barulhos que se estendem continuamente pelo ar, palavras estranhas ao vocabulário dos leigos e procedimentos aparentemente dolorosos. É preciso estar realmente preparado para entrar nesse mundo tão diferente e ao mesmo tempo rico de informações. O esclarecimento numa linguagem bem coloquial se faz realmente necessário para evitar conflitos e dirimir dúvidas para o acompanhante, visto que ele deverá ser um alento para seu doente e não mais um problema para a equipe e para o próprio paciente.

É necessário que todos percebam que a inclusão do familiar e do seu representante no espaço do cuidado enseja uma ressignificação dos “locus hospitalar” como propulsor do cuidado público da saúde, ampliando seu papel na comunidade, pois promove mudanças na organização do método de trabalho e de produção da saúde, trazendo uma perspectiva de solidariedade e de responsabilidade coletiva, marcas da PNH (BRASIL, 2010).

Pelo que foi elucidado pelos profissionais, logo abaixo está um quadro que abrange resumidamente as falas dos profissionais, referindo-se a presença e ausência do acompanhante na UTI coronariana.

Quadro 4 – Concepções da equipe multiprofissional acerca do acompanhante/família na UTI Coronariana

Presença do acompanhante/família	Ausência do Acompanhante/família
<i>[...] é importante a família estar presente porque eu já vi vários casos de pacientes desorientados onde você chama a família e o paciente se comporta de uma maneira totalmente diferente ao lado da família (PE1).</i>	<i>Para a equipe nem sempre é positivo, por que o acompanhante às vezes começa a querer coisas que não pode (PE4).</i>
<i>Eu acho válida a presença do acompanhante, principalmente os idosos, a gente trabalha com pacientes gravíssimos e alguns são bem deprimidos, o acompanhante seria fundamental (PF1)</i>	<i>A UTI não é confortável para o acompanhante, em cada leito só há uma cadeira que não oferece conforto nenhum, percebo até um certo cansaço da parte deles.(PT4)</i>
<i>O acompanhante para o paciente é bom porque ele se sente mais seguro (PT2)</i>	<i>Eu acho que o acompanhante a maioria das vezes ele atrapalha, por que a gente fala uma coisa e eles vão lá e fazem outra. (PT5)</i>
<i>As vezes a equipe não consegue conter o paciente e a família ajuda a acalmar e deixar mais tranquila (PF2)</i>	<i>[...] pra gente não é bom porque a gente não se sente à vontade de fazer os procedimentos, causa uma situação ruim, atrapalha. (PT2)</i>
<i>[...]para o paciente é um ponto de apoio, eu penso assim: quando tem alguém meu doente eu não gostaria de tá ali, apoiando, olhando, vendo os tratamentos [...] (PF3)</i>	<i>O acompanhante ficar transitando dentro da UTI com telefone, atrapalha um pouco a gente. (PE3)</i>
<i>[...] é bom no caso de um idoso por que ele sofre muito no ambiente que ele não conhece...com pessoas desconhecidas, tende a ficar desorientado comprometendo até o tratamento dele (PM3)</i>	<i>Muitas vezes, eles não respeitam as regras da UTI coronariana, usam o celular, tiram fotos, e até mexem nas bombas...isso atrapalha muito nosso serviço(PT5).</i>
<i>O acompanhante para o paciente é importante, eles se sentem mais seguros, mais confiantes (PE4).</i>	
<i>[...] a família passa aquela força, aquela energia boa, calor que só a família tem (PT5).</i>	
<i>[...] é importante ver um rosto familiar, uma pessoa que possa conversar (PE5)</i>	

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com o quadro exposto, entende-se que a maior parte da equipe acredita que o acompanhante tem sua importância e se torna necessário em algumas situações, embora este seja um assunto que é objeto de bastante polêmica entre os profissionais da equipe da UTI coronariana.

Em seguida, são mostrados, em formato de gráfico, os pontos positivos e negativos, destacados pelos participantes da pesquisa, sobre a presença do acompanhante na UTI coronariana em sob exame.

Figura 5 – Aspectos positivos e negativos relacionados à presença do acompanhante



Fonte: Elaboração própria.

4.5 A ROTINA MECANIZA O AGIR PROFISSIONAL E POTENCIALIZA A HUMANIZAÇÃO - “AS ROTINAS ACABAM SENDO COISA DO DIA A DIA; A GENTE FAZ, MESMO QUE MECANICAMENTE”

As rotinas são procedimentos que acontecem continuamente no ambiente de UTI. Os profissionais realizam dias a fio as mesmas rotinas, sendo destacadas, na UTI coronariana, a hora do banho, mudanças de decúbito, o momento da hi-

giene oral, os horários das medicações, que são particulares de cada paciente, a hora da fisioterapia, do curativo realizado pela equipe de enfermagem, a avaliação médica e a hora da visita, tão esperada pelos pacientes, sendo classificada como o melhor momento, pois os pacientes se sentem acolhidos e mais seguros pela presença dos seus componentes familiares.

Durante as entrevistas, ao ser perguntado sobre as rotinas em geral, em se tratando do pensamento dos profissionais em relação a como estas eram realizadas, muitas reflexões foram expostas, com pensamentos bem diversificados e, ao mesmo tempo, voltados para o “ser” de cada pessoa.

Eu acho que tá de acordo com o que cada um acha, a forma como cada um vê o paciente, é da pessoa, de cada um. [...] (PT1).

Sempre tem aquele profissional muito cuidadoso e tem aquele que infelizmente precisa de mais cuidado com o paciente, a forma de como você chega no paciente e fala, a forma de como você escuta o que ele pede. (PE1).

Tem profissionais mais arredios, mais grosseiros, apesar de que eu não vejo nenhum aqui com grosseria extrema não. (PF3).

As ações de assistência, quando humanizadas, centralizam-se não apenas na recuperação e na cura do paciente crítico, mas também no seu bem-estar completo, atentando-se para ouvi-lo e considerá-lo nos aspectos emocionais, psicológicos e afetivos (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

De acordo com algumas falas, houve destaque para a maneira de tratar o paciente, afirmando que seria como cada um acha que deve ser, como cada um vê. Neste sentido, houve novamente um enfoque no cuidado humanizado. Os profissionais, em vários momentos, referem que, durante as rotinas, a maioria as realiza de acordo com o que acham

correto, como se fosse um fator intrínseco, particular, que demandasse atos humanos durante as rotinas se aquele profissional fosse uma pessoa sensível, emotiva e realmente se colocasse no lugar do paciente.

Existem profissionais “mais amáveis e outros menos amáveis” - disse uma enfermeira. “Existem aqueles mais atenciosos e outros que realizam o trabalho por fazer; o fato é que a forma como você aborda e escuta o paciente é muito importante para a estrutura psicológica dele”. (PE1). Entende-se que, em se tratando de assistência em uma UTI coronariana, sempre há o que melhorar, pois, constantemente, há o que aprender a cada dia, de modo a resta claro que o aprendizado pela equipe deve ser sempre constante, nunca se chega ao fim, aprender e aprender sempre. Ainda foi dito por outro profissional a respeito disto:

Existem pessoas que parecem menos amáveis, mas não são, é a maneira como elas são, a secura no tom da voz perturba algumas pessoas, mas, principalmente aquelas que estão mais vulneráveis a tristeza devido a doença que a pouco descobriram, mas há também pessoas que tem a voz firme e mesmo assim podem ser sensíveis, é uma questão pessoal, mas independente do tom de voz a sensibilidade é própria da pessoa, é uma questão intrínseca. (PE1).

Este aspecto foi elucidado por Silva e Ferreira (2009), quando enfatizam a necessidade de os trabalhadores possuírem características especiais para que possam prestar o cuidado, da melhor maneira possível, apesar das ‘adversidades’ que esse ambiente de trabalho possui.

É fundamental que os profissionais de saúde valorizem a assistência integrada na UTI, tendo um olhar mais amplo para o paciente, entendendo os aspectos biopsicológicos e socio-culturais de cada pessoa como parte da humanização na UTI coronariana, e melhoria da qualidade da assistência à saúde.

A equipe é realmente sempre muito próxima da outra, se completam, aqui tem muito essa coisa de ajuda de tudo para o paciente, o melhor para o paciente, sempre a união dos profissionais é para o bem daquele paciente. (PE1).

[...] eles sabem como um todo da questão do paciente, não é uma coisa isolada, todos se interessam pelo bem-estar do paciente. (PT1).

A equipe está sempre preparada para trabalhar com o paciente coronariano, mas isso é um trabalho diário, ninguém nunca tá preparado totalmente, você tem que tá todo dia plantando porque sempre tem que tá renovando os conhecimentos. (PE2).

A equipe de saúde da UTI desempenha um importante papel, não apenas em relação ao cuidado com o corpo físico do paciente, mas também no concernente ao cuidado emocional, espiritual e social, além de atuar também como intermediária entre o contato da família com o ambiente externo (PINA; LAPCHINSKY; PUPULIM, 2008).

Durante a entrevista, o momento da discussão das rotinas representou, para grande parte dos participantes, uma pausa maior, quando foi feita uma infinidade de relatos, sendo que, em alguns momentos, também houve falas sobre experiências vividas por parte de cada um, em particular, com situações de alegria, momentos de desabafo e questionamentos acerca dos cuidados humanizados. A maioria dos entrevistados foi enfática no que tange ao atendimento de modo geral, relatando que a equipe atende humanizadamente, pois sempre procura ver o paciente como um todo, não sendo este considerado uma “coisa isolada”. Eles são bem entrosados, preservam a privacidade dos pacientes, sempre visando ao bem-estar destes, e se ajudam em todos os momentos, estando muito atentos às necessidades dos doentes, assim como há o respeito mútuo da equipe, o que torna o trabalho harmonioso.

Ainda no contexto da equipe, durante a realização dos afazeres rotineiros, também foi comentado sobre algumas rotinas que envolviam maior demanda de força pelos profissionais, como a mudança de decúbito e hora do banho. Alguns profissionais realizam de “má vontade”, deixando o trabalho a desejar e colocando obstáculos, realizando-o mecanicamente, sem a preocupação com quem está ali. Para muitos, isso não é agir corretamente com os pacientes e com a equipe, que fica sobrecarregada pela falta de ajuda do colega.

Sempre tem um que não gosta de trabalhar, ou algum problema pessoal e aí o trabalho fica mais difícil. (PT1).

Tem gente que acha que vem pra cá pra dar o recado dela e ir embora. (PM1).

Percebe-se, por meio das falas destes profissionais, que, nesse momento, embora a equipe seja entrosada e integrada, o foco do trabalho parece não ser a humanização como ponto marcante. Portanto, cabe o questionamento: será que a carga horária, a necessidade de ter outro trabalho para manter um padrão de vida, o cansaço dos profissionais devido a uma segunda jornada, não estão deixando um pouco esse lado humano e agindo mecanicamente para constar a realização das rotinas?

Em relação as rotinas acaba sendo coisa do dia a dia, a gente faz mesmo que mecanicamente, não tem essa questão de humanização em relação a isso aí, o banho [...] vira tudo muito mecânico. (PT1).

A gente respeita por que temos que atender o paciente, a vontade dele, nós não podemos impor nada. [...] (PE2).

Às vezes, o paciente não consegue ficar naquela posição e os profissionais não percebem isso, e eles

querem fazer aquela mudança por que é rotina. É como se fosse mais uma coisa mecânica, automática, então cadê a humanização nessa hora? (PF2).

Nós na verdade não trabalhamos com o foca humanizar, a gente acaba de certa forma fazendo humanização, mas não o trabalho todo, é como se fosse mais um trabalho mecânico, cada um vem fazer o seu trabalho e acabou. (PE4).

Eu acho que esses procedimentos acontecem de uma maneira bem formal, chega aborda o paciente e faz. [...] (PT5).

Esse pensamento está de acordo com o que Barbosa e Silva (2007) destacam, quando se reportam ao avanço da tecnologia médica, principalmente a partir da segunda metade do século XX, fazendo com que, na maioria das vezes, o cuidado se torne a realização de um procedimento técnico, só para cumprir com um objetivo mecanicista, como puncionar um acesso venoso, aplicar uma medicação ou realizar determinado exame.

Neste contexto, Backes *et al.* (2012) asseveram que os profissionais da UTI criam um mecanismo de adaptação ao trabalho e, muitas vezes, não se sensibilizam mais com o sofrimento e a condição de saúde dos pacientes. Por esse pretexto, começam a cuidar dos pacientes de modo rotineiro, mecanizado e muito técnico, priorizando só a dimensão biológica e esquecendo das demais dimensões do ser humano.

Foi partilhado pela equipe o fato de que alguns profissionais realizam o trabalho mecanicamente, sem a preocupação de não expor o paciente, embora a maioria traga no seu dia a dia esse cuidado, sendo a privacidade sempre respeitada na medida do possível. O fato, porém, de todos os dias as rotinas serem desenvolvidas praticamente do mesmo jeito, com os mesmos medicamentos, pois o perfil dos pacientes é semelhante, coronariopatas, dificilmente os medicamentos

fogem da regra, favorecendo a prática das rotinas mecanizadas. Para os profissionais, é sobejamente difícil sair da linha da mecanicidade, pois “[...] é como se fosse algo involuntário” - dizem eles.

Outro momento que é corriqueiro no ambiente de UTI, sendo também de classificado como rotina mecânica, é a hora em que chegam os pacientes à UTI coronariana. Essa admissão é vivenciada de acordo com o estado em que esse paciente chega à UTI, pois, quando se encontra muito crítico, a equipe demanda toda sua atenção para o paciente, que naquele momento precisa de maiores cuidados, assim ficando a família um pouco alheia e à espera de notícias. Também é destacado o momento como mecânico pela equipe, pois seguem um protocolo, recebem, se apresentam, monitorizam e medicam, estando a família em segundo lugar, porquanto o tempo não permite um acolhimento melhor: “é corrido demais” - dizem eles.

O acolhimento eu vejo muito seco, acho que pela demanda e gravidade dos pacientes, tudo é muito rápido né, acaba sendo aquela coisa muito seca, muito fria. (PE4).

Acolhimento da forma grandiosa realmente precisa ser melhorado [...] no dia a dia. (PE3).

De efeito, o acolhimento, na visão dos profissionais, muitas vezes, ocorre de maneira “seca e fria”, como disse uma enfermeira, pois, “[...] pela gravidade do paciente, ele chega entubado e não há como se comunicar e também pela rapidez da chegada, pois há sempre outros a espera por um novo atendimento”.(PE4). Ela ainda enfatiza:

Na verdade, o paciente como um todo é bem assistido, são feitos exames, bons profissionais, leitos confortáveis, mas a dinâmica acaba sendo rápida e muito fria. (PM1).

Esta ocorrência que vem de encontro ao que Knobel, Andreoli e Erlichman (2008) destacaram. quando disseram que o ingresso do paciente na UTI há que ser feito sempre de modo acolhedor, devendo a equipe fornecer informações adequadas, sempre antes de realizar os procedimentos.

Alguns profissionais destacaram que o acolhimento tem relação com o entrosamento da equipe, pois, quando esta é bem entrosada, tudo flui bem. Assim também é a importância do diálogo com o paciente, desde o momento da admissão, devendo ser constante, procurando-se saber o que ele pensa e o que quer. Isso facilita sua aceitação durante os procedimentos de rotina, ou seja, a comunicação efetiva é primordial, para que se entendam os porquês das condutas e para que elas possam ser aceitas.

Aqui percebe-se que tem um pouco mais de carinho, tem a preocupação de chamar pelo nome, tá certo que tem muitas coisas ainda que deveriam melhorar [...]. (PM1).

O pessoal aqui é tão preocupado em fazer tudo direitinho. (PE5).

Antes das rotinas sempre me apresento para ele [o paciente], digo que dia é hoje, que horas são [...]. (PE1).

Mesmo se lendo a reprodução das falas frequentes sobre mecanização do trabalho, divisam-se os discursos enfatizarem que a equipe trabalha harmoniosa e sincronizadamente, tentando fugir um pouco dessa mecanicidade, se ajudando e se respeitando, principalmente, quando os componentes têm afinidades pessoais e profissionais em comum - isso realmente é previsto. O difícil mesmo, dito por um técnico de enfermagem, “[...] é o trabalho entre pessoas com pensamento diferentes, mas o ser humano é muito fácil de se adaptar e romper com essas barreiras”. (PT5).

É uma questão complicada viu [...] se eu não me dou bem com fulano ou com cicrano as coisas não vão bem, mas se você está em uma equipe que você se dá bem com as pessoas o trabalho anda melhor, as pessoas se entendem, tem mais harmonia. (PT1).

Tem dia que a equipe é ótima, mas tem outros que não, que você tem que tá chegando mais na equipe, é por que realmente é difícil trabalhar em grupo. (PF1).

Quando eu chego ao plantão e pego uma equipe difícil você já sente um clima mais carregado, o ambiente naquele dia não é tão bom, e aí você já se retrai um pouco, é inevitável isso (PF3).

Nós precisamos entender cada um tem o seu papel e trabalhar de forma realmente articulada (PM3).

Eu vejo que depende da equipe, tem aquela que é bem estrutura e que acolhe bem o paciente, equipe bem integrada, nesse caso as coisas fluem melhor. Mas eu vejo às vezes uma equipe desestruturada, que não recebe bem o paciente, que existe indiferença entre os integrantes, isso com certeza não vai fluir tão bem. (PT4).

Ressalta-se, portanto, que, para ocorrer a efetivação da humanização no processo de trabalho, deve existir autonomia nos comportamentos e ações, assim como se impõe haver respeito ao protagonismo de cada sujeito, para que as relações sejam fortalecidas de maneira harmônica e empática, envolvendo profissionais, pacientes, a família e a instituição, pois isso torna possível a promoção da qualidade da assistência nos serviços de saúde, sobretudo no contexto hospitalar (BASTOS, 2016).

Benevides e Passos (2005) mostram, noutra perspectiva, que existem aspectos individuais, porquanto os trabalhadores buscam se proteger dos pontos negativos no ambiente

de trabalho. As estratégias devem ser socializadas para terem sucesso e a conquista dos elementos que configuram a saúde laborativa. Este fato foi percebido com a exposição das falas acima dos profissionais, ou seja, a equipe entende que, para haver sucesso e qualidade durante as realizações das rotinas, é necessário que os profissionais reflitam e levantem questionamentos sobre os cuidados demandados ao paciente, mas sempre respeitando o trabalho individual, e isso, de acordo com a equipe, sucede de uma maneira melhor quando a equipe que está naquele dia é mais entrosada, tendo os profissionais particularidades e pensamentos em comum.

Portanto, infere-se que, de acordo com as falas, o entrosamento da equipe é realmente fundamental para que as rotinas sejam realizadas a contento, a fim de os pacientes serem bem acolhidos e a própria equipe também tenha seus momentos de descontração e conversas.

Há de ser compreendido é que, apesar de a equipe encontrar suas dificuldades de relacionamento, sempre deve colocar o paciente em primeiro lugar, ver seu estado, respeitar suas necessidades e ser disponível para o atendimento, sempre que necessário. Sabe-se que trabalhar em equipe não é uma tarefa fácil, pois cada um tem uma visão diferenciada, razão por que não é incomum existirem conflitos e divergências em pensamentos e atitudes. Ante as expressões e pensamentos dos profissionais da UTI coronariana, compreende-se, pela exposição dos relatos, que a maioria deles é atenciosa e eles se mostram sensíveis com cada paciente. Questiona-se, então: será que essa atenção maior não está relacionada ao perfil dos pacientes que se encontram neste tipo de UTI, que são doentes instáveis, com estado geral delicado, precisando realmente de muita atenção por parte da equipe? Muitos entendem que existe uma diferença entre os pacientes de uma UTI coronariana e os das outras, pois, neste tipo de UTI, alguns pacientes estão em ar ambiente, orienta-

dos e acordados. De tal modo, aí é que o cuidado humanizado deve ser mais atuante, tentando se desligar um pouco dessa mecânica que se desenvolve na UTI em questão, mesmo que involuntariamente, pois o contato com o paciente é maior, as pessoas também são mais solicitadas e de certa forma interagem mais com os pacientes.

Seguindo o estudo com esteio nas informações dos profissionais, foram feitos relatos sobre os horários das rotinas, curativo, medicação e banho. Nesta UTI, existe um cronograma a seguir de horários e procedimentos, mas, por outro lado, uma enfermeira destaca: “[...] é preciso também respeitar as vontades do paciente, embora não se possa deixar o serviço sem continuidade, pois existem outros pacientes que também necessitam das rotinas”. (PE2). Assim, alguns profissionais relataram que é preciso todo um processo dialogal com esse paciente, para que o trabalho prossiga .

Na hora da mudança de decúbito, se ele não quer, então a gente respeita por que temos que atender o paciente ,a vontade dele, nós não podemos impor nada. (PE1).

[...] às vezes, o paciente não quer ser banhado naquele horário, tem que ser respeitado também né, a equipe é muitas vezes resistente [...]. eu não vou mentir, porque o banho tem que ser feito, depois o curativo [...] .tem todo um processo, e as vezes a gente força mesmo dizendo: vamos! Tem tomar o banho porque tem o curativo e as outras rotinas, mas na medida do possível a gente flexibiliza. (PE2).

Quando é possível, as rotinas são flexibilizadas, como a mudança no horário do banho ou da fisioterapia - dizem os profissionais. Sob este aspecto, houve um destaque nos pensamentos de Knobel, Andreoli e Erlichman (2008), quando reconheceram que a mecanização do cuidado, a falta de privacidade em atividades rotineiras de higiene e o contato com

pessoas desconhecidas levam o doente aos sentimentos de insegurança, desamparo, angústia e solidão.

Nesse sentido e de acordo com as falas, percebe-se que as rotinas são realizadas pelos profissionais, independentemente do horário, com a continuidade e um certo rigor, mas sempre com respeito, desde que possível, as vontades do paciente. Esse rigor, entretanto, pode contribuir para tornar os procedimentos de rotinas tendendo à mecanicidade e a um atendimento ruim para o paciente, como foi destacado por alguns profissionais. Portanto, a equipe, quando é possível e para proporcionar bem-estar ao paciente, sempre preconiza a flexibilização das rotinas, embora eles devam seguir as orientações determinadas nos POPs (protocolos operacionais-padrão) que existem na UTI, o que pode favorecer um trabalho mecanizado.

Este fato, da possibilidade de flexibilizar as rotinas, foi citado por uma fisioterapeuta, quando disse: “[...] às vezes entramos em acordo na realização das rotinas, do que seria mais importante naquele momento, se o uso da VNI (Ventilação não Invasiva) ou o próprio banho, na verdade entramos em acordo no que seria melhor para o paciente. [...] (PF2). Este fato novamente foi citado por outros profissionais - a discussão sobre o que é ideal para o paciente naquele momento pode ser um fator de flexibilização das rotinas, também. A hora do banho também é outro exemplo, dizem os profissionais, podendo ser postergada em virtude do atendimento fisioterápico ou da mudança de decúbito, pois, naquele momento, poderá não ser apropriada para o paciente em razão da patologia ou do grau de sua gravidade. Essa discussão é sobradamente saudável e necessária, para se desenvolver um trabalho competente e individualizado para cada caso em particular.

Em um dado momento, todavia, foi percebida uma contraposição, quando realizada uma das rotinas, administrar a medicação para os pacientes, pois, de acordo com as falas dos profissionais, as medicações, algumas vezes, são feitas

de modo mecânica, também, pois o profissional chega e muitas vezes não explica sobre a medicação que vai fazer. Muitos revelaram que há uma certa dúvida se realmente o fato de explicar o tipo de medicação ou qual seu efeito irá contribuir ou atrapalhar a recuperação, pois certos pacientes não aceitam a medicação, não entendendo o grau de importância para a terapêutica. Esta não é recomendação feita no POP referente à administração de medicamentos via oral, pois neste há um item que enfatiza a necessidade da orientação antes de realizar o procedimento.

[...] a única coisa que eu percebo muito[mecanização da rotina] é nas medicações [...] de um modo geral a gente sempre chega com a medicação e faz. E quando o paciente está acordado avisa, às vezes, mas eu já percebi também que quando você chega e vai explicando de uma por uma medicação, alguns pacientes não sabem o que é e terminam se assustando e querem negar a medicação, então a gente fica sem saber o que é certo. (PE3).

Foi partilhado, também, por parte da equipe, o fato de que alguns profissionais efetivam o trabalho, também, mecanicamente, sem a preocupação de não expor o paciente, embora a maioria traga no seu dia a dia esse cuidado, sendo a privacidade sempre respeitada na medida do possível. Esse respeito à privacidade foi considerado de enorme necessidade pela maioria dos profissionais, até em momentos que não seriam primordiais, como na rotina do ECG, quando o paciente não fica totalmente desnudo e não há uma grande exposição, a equipe mantém as cortinas fechadas, assim como durante as mudanças de decúbito. Esse comportamento da equipe revelou o zelo e o respeito pela fragilidade do ser humano. Há também a preocupação, por parte dos profissionais, na hora da avaliação, evitando expor a intimidade física do paciente, resguardando o ambiente, sempre com cortinas

do leito fechadas, na tentativa de amenizar o desconforto daquele momento.

Até na hora de examinar a gente tenta expor o mínimo possível, principalmente quando ele tá acordado, isso até dificulta um pouco, mas a gente tem que respeitar. (PM1).

No banho eu sempre vejo que aqui eles sempre fecham as cortinas direitinho, evitando e tendo a preocupação de não expor o paciente. (PF2).
Aqui o pessoal tem muito cuidado nas mudanças de decúbito, de sempre tá fechando a cortina ou colocando o biombo, eu percebo muito o cuidado de não expor os pacientes. (PE3).

Eles fecham a cortina até pra fazer o ECG que expõe muito pouco o paciente, nesse ponto tem esse respeito, esse cuidado. (PF3).

Segundo Borges; Moraes (2007), a perda do próprio controle pode colocar o paciente em situação de muito constrangimento. Os fatos ocorrem subitamente, sendo preciso ser internado em uma UTI, com risco de vida e ansiedade, que é normal nesta situação, sendo submetido a pessoas estranhas, que agora serão responsáveis por lhe despir e para as rotinas de higienização

Esse comportamento da equipe revelou o zelo e o respeito pela fragilidade do ser humano. Há, também, a preocupação por parte dos profissionais na hora da avaliação, evitando expor a intimidade física do paciente, resguardando o ambiente, sempre com cortinas do leito fechadas, na tentativa de amenizar o desconforto daquele momento.

[...] na verdade até na hora de examinar a gente tenta expor o mínimo possível o paciente, principalmente quando ele tá acordado, isso até dificulta um pouco, mas a gente tem que respeitar. (PM1).

De todas as rotinas, contudo, a que se destacou mais durante os discursos foi a hora do banho. Para muitos da equipe, este momento é considerado excessivamente constrangedor e invasivo, pois o que era uma particularidade sua agora terá que ser dividido com pessoas estranhas, e num momento tão difícil, que é a descoberta de uma doença, quando, somente privando de pessoas amigas e familiares, o ato do banho seria capaz de trazer, por mínimo que fossem, conforto e segurança.

A gente procura ver muito o lado de cada paciente, por exemplo uma senhora idosa, ela não vai querer ser cuidada por um técnico do sexo masculino, ela fica incomodada, então a gente tem que ter essa preocupação. (PE2).

O banho, como é um procedimento mais invasivo para o paciente, é o pior momento porque ele se expõe muito, uma pessoa totalmente estranha tá ali [...]. (PT3).

Se é mulher e está pedindo para ser banhada por outra mulher então a gente entra num consenso e faz aquela divisão, a gente tenta trabalhar dessa forma, dando um pouco mais de privacidade a eles. (PT4).

Para Soares *et al.* (2009), o toque é o meio de comunicação não verbal mais eficaz nas relações humanas, e essa manifestação pode, na maioria das vezes, transmitir sensação de bem-estar, segurança, compreensão, respeito, ficar mais próximo de quem lhe presta o cuidado. Portanto, este tipo de comunicação não pode mais ser considerada apenas como um dos instrumentos básicos, mas sim como um tipo de competência interpessoal dos profissionais da saúde.

Nos estudos evidenciados por Marosti e Dantas (2006), evidenciou-se que o banho é um momento que torna o paciente vulnerável, considerado por muitos invasão da sua

privacidade, uma ocasião desagradável, vergonhosa, difícil, demorada e incompleta. Esse pensamento confirma o que a equipe diz, quando se refere a este tipo de rotina.

Entende-se que o paciente internado na UTI perde dois dos maiores valores da sua individualidade – a autonomia e a privacidade – e ainda corre o risco de não ser chamado pelo nome, sendo considerado um número qualquer.

Nesta contextura das rotinas, o banho foi destacado por vários profissionais como invasivo, assim como o pior momento para o paciente, visto que ele fica muito exposto. Sobre este fato, uma médica disse: “[...] são pessoas estranhas que estão ali participando, além do que também remete um pouco o lado da dependência que agora os pacientes têm, sem poderem realizá-los sozinhos”. (PM2).

Durante essa discussão, houve relatos em que a equipe expressou que sempre tenta respeitar o gênero do paciente, a fim de tornar o momento menos constrangedor e indagar o melhor horário para que ele se sinta melhor e torne esse procedimento mais prazeroso para ele.

Às vezes o paciente não quer ser banhado naquele horário, tem que ser respeitado também né, a equipe é muitas vezes resistente, eu não vou mentir, mas na medida do possível a gente flexibiliza. (PE2).

Eu vejo que muitos profissionais não agem da forma que é pra fazer, principalmente na hora do banho, na mudança de decúbito, porque a gente tem que pegar em peso, muitos colocam obstáculos e vão de má vontade. (PT2).

Na hora do banho, se ele não quiser a gente conversa, fala que é morninho é uma abordagem muito dinâmica e bem humanizada e se for do outro sexo a gente respeita, mas só quando ele solicita. (PT5).

Outro fato despertado por um técnico de enfermagem foi que a rotina da hora do banho é considerada por alguns profissionais, pois existem pacientes acordados e orientados. Então, os próprios pacientes se manifestam, ao pedirem que sejam banhados por pessoa do seu sexo. Percebeu-se que, na maioria das vezes, não existe dificuldade para a equipe em se organizar para fazer troca de pacientes e priorizar o respeito ao seu pedido de um pouco mais de privacidade em ser banhado pelo mesmo sexo. Há situações, porém, nas quais a equipe não tem um número suficiente de técnicos do sexo masculino e feminino para fazer essa divisão, caso em que é preciso o diálogo para que o paciente consiga entender e perceber que a equipe se empenhará ao máximo para proporcionar seu bem-estar, tentando ser o menos invasivo possível.

Nesse sentido, entende-se que a hora do banho é realmente um momento difícil, tanto para o paciente como para o próprio profissional que o realiza, razão por que é importante o respeito que a equipe deve sempre ter e a sensibilidade do profissional em preservar o mesmo gênero para os cuidados com aquele paciente, pois isso torna o momento menos difícil e mais tranquilo. É por demais importante que os profissionais tenham bastante cuidado durante as mudanças de decúbito, também, em virtude das escaras, que são feridas dolorosas, a demandarem tempo para cicatrizarem. Também a postura do corpo, dependendo da sintomatologia de cada paciente, pode trazer desconforto, fazer aportar a dor, e tornar o paciente irritado, e, por tal pretexto, não contribuir com o procedimento. Sobre este fato uma enfermeira expressa:

Nas mudanças de decúbito nem sempre eles gostam por que as vezes tão dormindo, tão numa posição gostam mais de ficar e a gente sabe que isso não é muito bom né ,por conta das úlceras de pressão então começa cada um aceitando através de diálogo. (PE5)

O fato é que, o banho é procedimento demorado e cansativo. Sobre esta particularidade, uma técnica de enfermagem falou: “Os banhos são realizados várias vezes ao dia, fazemos mudanças de posição em pacientes pesados, também são realizados asseios durante o dia devido a evacuações dos pacientes, isso é muito cansativo para nós.”(PT1). Em decorrência disso, novamente foi ressaltado o aspecto da mecanicidade, pois, muitas vezes, os banhos são realizados de uma maneira bem formal, e a rotina estressante e o cansaço dos profissionais propiciam este tipo de comportamento e o modo mecânico de agir está sempre ali à espera de um momento de distração e apatia do profissional.

Ainda dentro da discussão das rotinas, em razão da gravidade e do tempo de permanência dos pacientes neste tipo de UTI, a equipe cria vínculo e laços com os pacientes. Dependendo do profissional, e do tempo demandado durante as rotinas, ocorrem conversas, às vezes até confissões, e tudo isso acontece de uma maneira bem informal, na tentativa de tornar aquele momento mais leve e prazeroso para o paciente, proporcionando um pouco de lazer e descontração. O vínculo se fortalece principalmente com aqueles pacientes graves e que, mesmo sem interagir, a equipe fica na torcida pela sua recuperação. Há um cuidado no momento do acolhimento em que os profissionais, já tendo conhecimento do diagnóstico, se sensibilizam mais, tornando assim o vínculo ainda maior, como é o caso dos que estão à espera de um transplante. Muitas vezes, após a alta para a enfermaria, alguns profissionais vão ao encontro deles em um segundo momento nas enfermarias e repassam informações para o resto da equipe. Existem também momentos ruins durante as rotinas, como frustrações da equipe por não conseguirem evitar o inevitável, numa PCR, por exemplo, em que, mesmo com todo o empenho, a gravidade da patologia não permite o retorno do paciente. Na maioria das vezes, há sempre a des-

pedida com os pacientes que se recuperam, e veem o quanto a equipe foi importante para sua recuperação.

Aqui se cria um vínculo, eles sempre sabem o nome da gente, por que nós tomamos o cuidado de se apresentar, então eles conhecem a gente, e quando eles vão sair sempre tem aquela questão da despedida e o pessoal daqui acaba indo até nas unidades pra saber como eles estão por que cria o laço. (PE3).

Eu vejo é exatamente esse vínculo que a gente faz com os pacientes, de tá preocupado até depois da alta. (PE4)

Outro destaque apontado pela equipe é o retorno que se recebe após o atendimento ou cuidado prestado aos pacientes, seja por meio de agradecimento por eles mesmos ou pelos familiares. É a resposta de que a equipe necessita para ver se é preciso mesmo agir de forma humanizada e que esse tipo de tratamento vale a pena. “Sensação de dever cumprido” (PE4)- disse uma enfermeira.

A gente fica muito grato quando o paciente reconhece o que a gente faz, ele agradece, sabe isso aí já aconteceu muito, de você fazer um procedimento, fazer um bem pra ele e ele reconhecer. (PT2).

Quando os pacientes saem e familiar chega e te agradece, ou quando ele escreve alguma coisa que fixa lá no flanelógrafo se dirigindo a equipe. (PE5).

É preciso acreditar que a humanização é um dos principais meios para transformar a realidade. Ela é capaz de fazer com que as pessoas sintam necessidade de ser melhores em todas as áreas, e acreditando nela é que se é capaz de torná-la ativa e viva dentro das instituições e de cada um dos que prestam a assistência na saúde (BRASIL, 2011).

Segue o quadro 5, com referência aos principais aspectos destacados pela equipe de profissionais sobre as rotinas que são desenvolvidas na UTI coronariana.

Quadro 5 – Relação entre as rotinas e os aspectos destacados pela equipe da UTI Coronariana

ROTINAS	ASPECTOS DESTACADOS
BANHO	MECÂNICO, PRIVACIDADE, EXPOSIÇÃO, CANSATIVO, RESPEITO A CONDIÇÃO DO GÊNERO
MUDANÇA DE DECÚBITO	EXPOSIÇÃO, MECÂNICO, CANSATIVO
MEDICAÇÃO	MECÂNICO
ADMISSÃO	ACOLHIMENTO, ENTROSAMENTO EQUIPE, MECÂNICO
EXAMES	PRIVACIDADE, PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO
RELAÇÃO DA EQUIPE NA EXECUÇÃO DAS ROTINAS	ENTROSAMENTO ROTINAS BEM EXECUTADAS SEM ENTROSAMENTO DINÂMICA DIFÍCIL
ASSEIO	PRIVACIDADE, MECÂNICO
TRICOTOMIA	PRIVACIDADE, MECÂNICO

Fonte: Elaboração própria.

Houve como enfoque final por parte da equipe atenção para participação de outros profissionais nas rotinas da UTI, como a assistente social, principalmente, na hora da visita. Os acompanhantes e familiares chegam muito ansiosos, precisando de informações e apoio que muitas vezes a equipe não pode dar, em razão da dinâmica corrida que há neste tipo de ambiente. A explicação sobre as regras da visita dá uma orientação mais adequada, para que eles possam aceitar da melhor maneira por causa do risco de infecção hospitalar e na tentativa até de dirimir conflitos que podem ocorrer neste momento.

A hora da visita para mim deveria ter mais suporte do serviço de assistência social, por que eles ficam muito ansiosos. (PE2).

Outro destaque foi concedido à importância da Psicologia, no sentido de dar um suporte, não só, aos pacientes, mas, também, para os familiares, acompanhantes e até mesmo, em alguns momentos, para a própria equipe.

Vem, na sequência, uma figura que destaca as rotinas em que a equipe entendeu que ocorria assistência mecanicamente.

Figura 6 – Rotinas mecanizadas destacadas pela equipe da UTI Coronariana



Fonte: Elaboração própria.

4.6 AMBIENTE SILENCIOSO E TRANQUILO – “AQUI DEVEIA SER UM AMBIENTE MAIS SILENCIOSO; AS PESSOAS TÊM QUE TER MAIS CONSCIÊNCIA, DEIXAR A UTI MAIS TRANQUILA”

A dicção *ambiência na saúde* refere-se ao tratamento conferido ao espaço físico compreendido como *locus social*, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010). Há, no entanto, fatores relacionados à ambiência que devem ser bem entendidos, como os relacionados ao conforto, não só para o paciente, mas também para a equipe, que devem possuir espaço para repouso e alimentação dignos, a fim de

que a jornada de trabalho possa ser realizada a contento, e para os familiares com um bom espaço de espera para o horário da visita, além das relações entre todos os agentes que participam desse processo. A segurança, também, é um fator ligado à ambiência, principalmente relacionada aos riscos de acidentes, como quedas que porventura possam acontecer.

Neste sentido, a equipe deve estar sempre bem preparada para atender em todas as circunstâncias esse tipo de paciente, o coronariopata, pois, de acordo com o seu perfil, constata-se que ele realmente necessita de um trabalho diferenciado, mais focado, mais atento, pois são pacientes muito instáveis, que a qualquer momento podem mudar totalmente seu estado e necessitar de profissionais ágeis, integrados e competentes. Também é destacado, entretanto, sobre este tema, por uma enfermeira, que disse: “para se alcançar um ambiente com uma boa ambiência é preciso um trabalho diário, pois ninguém nunca está preparado totalmente, todo dia tem que plantar para alcançar mais e mais conhecimentos”. (PE2).

Vários foram os discursos dos profissionais em relação à ambiência da UTI coronariana, sendo que muitas relacionadas mais ao *locus físico*.

Ela não é a melhor, mas ela tem alguns pontos positivos, um deles é o espaço, a acomodação individual de cada paciente, cada leito tem uma janelinha que dá pra esse paciente ver quando ele tiver mais orientado se é dia ou noite... (PM1).

A estrutura física é confortável, tem uma forma de proteger o paciente. (PE1).

Aqui a grande diferença é que você tem uma distância ideal entre os pacientes, eles são separados por paredes que dá mais privacidade na hora da higiene, ele se sente ali na casinha dele protegido. Para os profissionais a estrutura física também é boa. (PM2).

Em relação ao conforto, eu vejo que os leitos para o paciente são bem confortáveis e amplos. (PT3).

Especificamente nesta UTI eu acho a ambiência maravilhosa, ela é diferenciada pelo espaço, ela dá uma privacidade maior para o paciente, pela distância dos leitos e dá um certo conforto pra gente como profissional para trabalhar. (PE3).

O espaço físico é grande, as camas são boas, tem a poltrona, para os profissionais também tem o repouso, não é como o de casa mas é bom, tem uma boa copa. [...] (PF3).

O espaço entre os leitos também é bom, dá pra se trabalhar adequadamente, não é uma coisa claustrofóbica. (PM3).

Com relação a estrutura física essa UTI está dentro dos padrões, de espaço para os pacientes, de recursos técnicos também, então essa UTI em si é uma das mais padronizada, comparada a outras por aí onde o ambiente não é legal. (PT4).

Eu acho que existe conforto, tem uma estrutura muito boa, nesse ponto satisfaz as necessidades do paciente, tem um espaço muito bom, cada paciente tem sua área dividida, separadinha. (PE5).

O espaço é grande, diferente de outras UTIs que eu conheço, que são apertadas. Aqui é enorme, parece um apartamento, essa UTI neste aspecto é show. (PT5).

No que se refere à ambiência, a PNH defende o ponto de vista de que um ambiente acolhedor, resolutivo e humano na Terapia Intensiva é de suma importância para a garantia de privacidade e conforto, tanto dos usuários como dos profissionais, o que repercute no cuidado oferecido (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

De acordo com Maciel e Souza (2006), o conceito de humanização pode ser traduzido como uma busca incessante

do conforto físico, psíquico e espiritual ao paciente, família e equipe. Algumas peculiaridades do ambiente físico de uma UTI, como inexistência de janelas, alto índice de ruídos e grande número de equipamentos, precisam ser revistos e necessitam de cuidados, pois vão de encontro à qualidade desejada.

Em geral, as falas dos profissionais que participaram da pesquisa dirigiram-se sempre para mesmo ponto: a UTI em estudo oferece um diferencial quanto à ambiência; e isso foi identificado praticamente por todos durante as falas. O fato de a UTI ser antiga, seu espaço ser amplo e bem contrastante em relação às demais do hospital, torna o ambiente mais agradável para o deslocamento dos profissionais durante as rotinas e procedimentos. Os leitos têm seu espaço também aumentado em relação ao leito que se localiza ao lado, sendo separados por paredes de alvenaria e cortinas, fato não visto em nenhuma UTI do hospital, segundo os profissionais. Sendo assim, o paciente se acha mais confortável e com maior privacidade pela distância. Amplitude e privacidade, assim, constituem, entre outros, fatores evidenciados por Caetano *et al.* (2007), quando citam que estes e outros podem amenizar o ambiente inóspito da UTI.

Os discursos da equipe continuaram concedendo ênfase ao ambiente físico, exprimindo o fato de que no espaço de cada leito há uma poltrona reclinável, onde os pacientes permanecem sentados de acordo com suas possibilidades e recuperação, além de um pequeno armário para que sejam guardados pertences pessoais. O repouso para os profissionais é confortável e amplo e possui armários para quase todos eles. O destaque maior também foi dado à copa, que é ampla, possuindo eletrodomésticos que favorecem facilidades para a alimentação dos profissionais, além de ser um local onde todos se encontram para o lazer e distração no corre-corre diuturno do ambiente. Pelo que foi identificado pelos participantes, pode-se dizer que, sobre o fator ambiente físico, a UTI em estudo é considerada praticamente dentro

dos padrões preconizados pela PNH, onde se encaixa no eixo da confortabilidade que compõe um dos três segmentos capazes de conceituar a ambiência na sua amplitude.

Malgrado esses fatores positivos, ainda existem aspectos nem tão favoráveis, ponderados pela equipe, como a estrutura em si, que tem aspecto envelhecido, com azulejos antigos, piso escuro, banheiros pequenos e que precisam constantemente de manutenções. A desorientação dos pacientes foi destacada como fator constante na UTI, visto que o período que alguns pacientes permanecem é maior do que o previsto, pelo fato de acontecerem intercorrências, o que dificulta a noção de tempo por parte deles, além do fato de a UTI não possuir relógios próximos aos leitos para oferecer-lhes essa informação. Isto foi destacado em um dos discursos, assim como a iluminação mais adequada para eles perceberem e diferenciarem o dia da noite, conforme expresso por um médico: “Tem muita UTI fechada que o doente perde a noção de dia e noite porque não tem uma janela ou um jardim, só aquela luz artificial, então o doente fica desorientado e isso contribui para o quadro de delirium do paciente”. (PM1).

Embora os profissionais da UTI coronariana tenham dado realce às dimensões espaciais e à estrutura, chegando a considerá-la como um “apartamento, essa UTI neste aspecto é um show”, também destacaram elementos desfavoráveis nesta mesma estrutura, tais como:

É preciso colocar mais relógios perto dos leitos para que os pacientes tenham uma orientação melhor, como o horário o dia, porque eles perdem essa referência e apresentam muito desorientação. (PM3).

O ambiente também deveria ser mais ensolarado, um acesso melhor a iluminação natural para que o paciente possa ver em que turno do dia ele se encontra, sobre o conforto de uma forma geral, acreditado que os leitos atuais são modernos. (PM3).

Eu não acho que seja bem adequada, poderia ser melhor, mas comparada a outras que já trabalhei, essa tem uma estrutura boa. (PE4).

Para a Cartilha *HumanizaSUS* referente à ambiência, a iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que toda pessoa tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol – e que isto pode influenciar no seu estado de saúde (BRASIL, 2011). Essa influência pode estar relacionada ao “*delirium*”, fato observado constantemente no ambiente de terapia intensiva.

É preciso repensar sobre a importância da orientação dada aos pacientes, pois este é um fator determinante para o desenvolvimento dos distúrbios de desorientação, muito comuns no ambiente de UTI. Relógios em várias partes da UTI e próximos aos leitos poderiam amenizar a angústia e perda da noção de tempo a que tantos se referem. Como enfatizado pela Cartilha *HumanizaSUS*, o ponto que deve ter destaque relativamente à orientação dos pacientes é o tema sobre a iluminação natural e sua importância neste espaço, a possibilidade da visualização do dia ou noite pelo paciente, pois isto traria um conforto emocional, principalmente por ter noção do tempo das rotinas e do horário das visitas.

O vocábulo *ambiência*, no entanto, ainda não é bem definido por muitos, apesar de, praticamente, todos conhecerem sua essência. A maioria dos participantes o relacionou ao ambiente físico em si, o que não é verdade, pois a ambiência tem um contexto mais amplo, uma vez que, dentro do preconizado pela PNH, ela compreende o ambiente físico hospitalar que envolve o espaço social, o profissional e as relações entre os profissionais da saúde. Mesmo assim, alguns participantes ainda conseguiram a proximidade da palavra com o conceito real.

Ambiência? Sei lá quer dizer sobre ambiente? (PT3).

Ambiência tá relacionada a ambiente, é? (PT4).

Eu acho que quer dizer sobre o ambiente tranquilo, estável, um ambiente que ofereça de uma certa forma uma tranquilidade, deixa o paciente bem à vontade, sentindo acolhido né, amado. (PT5).

Nunca ouvi falar nesse termo. (PE5).

A ambientização da UTI é você tentar transformar aquele local onde o paciente tá em um local mais natural possível. (PM1).

Ambiência é o meio onde o paciente tá inserido. (PM1).

Ambiência [...] contextualizando seria o conjunto formado pelos indivíduos, a equipe e pacientes nesse espaço que formam um microambiente. (PM3).

A ambiência engloba ambiente físico, social e profissional, que deve estar relacionado a um projeto de saúde, direcionando uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. Então, num ambiente de UTI, a ambiência tem relação direta com a estrutura física que deve envolver o componente afetivo, para a atenção aos pacientes, profissionais e familiares, para a climatização e o relacionamento entre os profissionais da equipe e a gestão. Deste modo, percebe-se que o termo designa a promoção de um ambiente que seja favorável e adequado a todos os participantes deste processo da saúde, visando a minimizar o estresse que pode ser gerado durante essa dinâmica, com o desenvolvimento de um trabalho articulado que traga benefício, segurança e conforto, onde a assistência seja cuidadosamente realizada, não esquecendo jamais o componente humano que está ali.

Logo abaixo visualiza-se uma figura de representação esquemática dos discursos proferidos pelos profissionais da UTI coronariana sobre a ambiência.

Figura 7 – Aspectos destacados pelos profissionais da UTI Coronariana acerca da ambiência



Fonte: Elaboração própria.

Ao se considerar todos os fatores citados pelos participantes da pesquisa, registrou-se um no âmbito do qual foi destacado um grande enfoque, algo que traduzia um certo desconforto pelo tom das palavras e expressão facial dos partícipes deste experimento, mas que, naquele momento, quando poderiam ser externados os pensamentos, soava como um desabafo que saía aos poucos e cada vez mais intensamente. O **barulho** foi este fator gritante nas palavras da equipe.

Já tem os barulhos das bombas, monitor, e aí é muita gente conversando, acaba que o pessoal esquece um pouco que está nesse ambiente, parece que estão numa feira. (PM2).

Aqui tinha que ser um ambiente mais silencioso. (PT2).

Acho essa UTI muito barulhenta, muito agitada, os pacientes reclamam muito disso, eu acho que deveria ter mais humanização das pessoas neste sentido. (PT2).

Como a UTI é muito grande as pessoas tendem a chamar mais alto e falar mais alto e isso pode perturbar o paciente que está acordado. (PE3).

O paciente acaba não descansando, nós como equipe falamos demais e alto, e isso acaba não dando um certo conforto ao paciente. (PE4)

Corroborando os discursos, verifica-se que a hospitalização em unidade de terapia intensiva introduz o paciente em um ambiente inóspito, no qual a exposição intensa a estímulos agressivos, como o estresse e a dor, é constante. Os ruídos, a luz intensa e contínua - assim como os procedimentos invasivos - são constantes nesta rotina. Tudo isso e o tratamento altamente especializado instauram vários desafios ao doente e seus familiares (AMIB, 2004).

A maioria evidenciou que a UTI era bastante barulhenta, talvez pela amplitude do ambiente. Os profissionais não se preocupavam em se deslocar até a pessoa com quem queriam manter um diálogo e, então, elevavam a voz, sem perceber o quanto tornavam o ambiente perturbador para o paciente e própria equipe. Para muitos, isto configura um desrespeito à condição do paciente, porque, além de tudo, existem os barulhos também dos monitores e aparelhos, constantemente, o que deixa o lugar estressante e pouco confortável, tanto para os pacientes como para os profissionais. Em algumas ocasiões, foi destacado que os profissionais, em momentos de distração e não percebendo que o paciente poderia escutar, embora entubado, faziam comentários na sua frente, impedindo que ele descansasse nos horários possíveis, já que as rotinas constantes não permitiam.

No concerto de toda essa exposição, nota-se que a ambiência tem relação com a assistência e o conforto oferecido ao paciente. Como mencionado pelos profissionais em passagem anterior desta abordagem, a UTI coronariana sob estudo é diferenciada pelo espaço que, de uma maneira geral, consegue oferecer mais privacidade e conforto ao paciente e para o profissional trabalhar. A equipe é bem entrosada e opera harmoniosamente. O trabalho que é desenvolvido não seria dentro dos padrões reais da humanização, mas a equipe procura se esforçar. Isso em razão do entrosamento que a equipe tem, que favorece o desenvolvimento de um trabalho resolutivo. Todos estes aspectos são defendidos pela Cartilha *HumanizaSUS*, quando ela esclarece que a ambiência em saúde não se refere apenas ao espaço físico e sim ao *locus* profissional e das relações interpessoais (BRASIL, 2011).

A equipe, em vários momentos, destacou que, como um todo, interage bem, sendo sempre comparada a outros hospitais pelos próprios profissionais que têm outras experiências vivenciadas, se preocupa muito com o bem-estar dos pacientes, e nisso transparece a seriedade do trabalho desempenhado pela equipe que realiza suas tarefas, competente e harmonicamente em relação ao acolhimento, sempre ressaltado pela equipe, praticamente em todos os momentos da entrevista, se percebem maior cuidado e mais sensibilidade dos profissionais que trabalham com este tipo de paciente, mais sensível e inseguro em decorrência do tipo de patologia que possuem.

O paciente tem que se sentir bem, em todas as ocasiões e todas as formas. (PT4).

O ambiente a gente sempre procura mantê-lo adequado a assistência, promover o conforto, e manter a equipe está sempre preparada para trabalhar com o paciente coronariano. (PE2).

Existem outros aspectos importantes que compõem a ambiência na UTI, elucidados em Reis et al. (2016), quando asinalam que um ambiente acolhedor, resolutivo e humano na Terapia Intensiva é de sobeja importância para que se logre assegurar a privacidade e o conforto, tanto para os usuários como para os profissionais, sendo que isso pode repercutir no cuidado prestado.

Finalizando mais uma etapa da entrevista, e ainda estando no contexto de ambiência - visto que os contatos entre equipe/família e equipe/paciente faz parte da interação e engloba um dos eixos da ambiência - houve ainda comentários sobre o quanto é gratificante para toda a equipe o fato de eles verem o retorno do paciente após a alta hospitalar. Muitos fazem visitas e agradecem o tempo em que estiveram na UTI com profissionais tão qualificados e cuidadosos. A equipe, por sua vez, fica lisonjeada e enriquece o ego ao ver seu trabalho reconhecido e, mais do que tudo, a recuperação daquele paciente que muitas vezes teve sua vida por um fio, sem perspectiva de volta, mas que, ante o empenho da equipe, entre outros fatores, consegue total recuperação e volta àquele ambiente como uma espécie de troféu para a equipe.

4.7 ELEMENTOS PARA A QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES - “É PRECISO INTELIGÊNCIA EMOCIONAL PARA TRABALHAR COM O SER HUMANO”

Durante a finalização da entrevista, quando foi realizada a última pergunta, sendo esta considerada bem pertinente à pesquisa - visto que é por intermédio dela que é possível desvendar na realidade os mistérios da dificuldade em realizar continuamente os cuidados humanizados em assistência na UTI coronariana - os participantes ficaram bem à vontade durante seus discursos. Inúmeras foram as sugestões para o desenvolvimento de uma nova rotina que focasse em humanização.

Desde esta etapa do estudo, a equipe já fazia questionamentos sobre o tema de modo diferente, estando mais tocada e reflexiva, colocando os contrapontos e, em maior destaque, os benefícios que existem para todos os que participam da dinâmica da assistência em realizar o cuidado humanizado.

É relevante destacar a noção de que os profissionais participantes descreveram alguns fatores que podem influenciar de maneira positiva o processo de humanização da UTI coronariana, mas houve um aspecto que foi citado com maior ênfase, representando, assim, um dos fatores principais, pela falta de humanização no setor, sendo este a realização de cursos de capacitação, palestras e treinamentos contínuos.

Dentre os outros fatores, foram citados a interação da equipe, mudanças no ambiente da unidade, o contato maior entre os profissionais, o controle do barulho, o apoio psicológico para os profissionais, o amparo da assistência social para os familiares e pacientes, entre outros. Alguns destes fatores podem ser observados nos relatos seguintes:

Acho que a comunicação efetiva mais com o paciente, diminuir os anseios dele, ficar mais próximo da família eu acho que é importante, isso tem que ficar melhor. (PE1).

Qualificar o pessoal, aqui é muito carente disso. (PF1).

Se houvesse essa ideia de investir em treinamento pela instituição eu acho que muita coisa melhoraria, seria basicamente uma capacitação. (PM1).

A cooperação de todos seria melhor, se todo mundo se ajudasse, mas eu acho que isso deve partir mais da pessoa mesmo, talvez um curso ou uma palestra também ajudasse. (PT2).

Flexibilizar mais os horários de banho e até a preferência do gênero de quem vai atender na hora do banho. (PE2).

Reuniões, palestras ajudaria mais, talvez isso tornasse esse contato maior entre a equipe. (PT3).

Acolhimento da forma grandiosa realmente precisa ser melhorado no dia a dia. E pra isso é preciso treinamento, educação continuada, é preciso ofertar mais cursos (PE3).

Cursos sobre humanização e em horários estendidos, por que só tem manhã e tarde e quem não tem disponibilidade de vir perde. É preciso um conhecimento linear, só com educação continuada. (PE3).

Um encontro mensal com os profissionais, para alguns informes, alguma fundamentação em cima de um caso, mas no final todos ali socializando, essa parte de integração dos profissionais é muito importante. (PF3).

Acho que algumas modificações no ambiente para ficar mais confortável, a questão da iluminação natural, a colocação de relógios. (PM3).

Acho que deveria investir mais em cursos, capacitação, chamar mais a equipe para está cada vez mais próxima do paciente. (PE4).

O que tá faltando eu acho que é mais diferenciar o seu pessoal com o seu profissional, não trazer nada do meu pessoal pra cá pra não prejudicar o meu trabalho com o meu paciente, saber separar, por que tem gente que não sabe separar [...] (PT4).

Chamar mais para uma conduta psicológica, você trabalhar o psicológico do profissional. Eu ainda não vi também nenhum curso aqui, eu já vou fazer 4 anos aqui e não vi nenhum, pelo menos curso de relacionamentos. (PT5).

Existem vários fatores que podem contribuir para que não se realize uma assistência totalmente humanizada em UTI, como a participação cada vez menor dos profissionais nas decisões, a escassez da mão de obra qualificada e os baixos investimentos na educação continuada, criando, assim, um contraste da atual realidade relativamente as suas estratégias (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

A realização de cursos de qualificação e treinamentos foi constantemente citada por todos, mas a serem efetivados de variadas maneiras. Os treinamentos, por exemplo, são destacados para que sejam constantemente realizados e mais ligados à prática no ambiente de trabalho. Alguns participantes foram da opinião de que a efetivação de treinamentos e palestras no ambiente da UTI seria interessante por criar uma dinâmica real bem dentro do que é necessário para a aprendizagem ser mais bem absorvida, pois a vivência tem seu grau de importância para uma melhor prática. Também é preciso que outros profissionais frequentem o ambiente de UTI, já que todos têm seu valor e importância para realização da dinâmica na assistência.

Nesse sentido, entende-se que, para o trabalho na UTI se fazer mais humanizado, é preciso investir em cursos e capacitação, sempre na tentativa de despertar a atenção e maior dedicação e cooperação entre os profissionais sobre esse tema. Estimular a equipe para a importância de estar mais perto do paciente, descobrindo seus medos e anseios, observando mais para poder agir melhor, mais amplamente, com uma visão de solidariedade, de se colocar mesmo no lugar do outro para se perceber como ser bem cuidado, também foi outro ponto destacado pelos profissionais.

Neste caso, a instituição também tem seu papel, valorizando o profissional, atendendo-o em todas as suas expectativas e promovendo, frequentemente, reuniões multidisciplinares das equipes, para que o estímulo ao trabalho e o entendimento das questões sobre a satisfação de expectativas dos profissionais sejam discutidos.

Em um dos momentos da pesquisa, foram ressaltados também outros aspectos que influenciavam na dificuldade da humanização na UTI coronariana, como, por exemplo, a carga de trabalho excessiva a que os profissionais da saúde se submetem todos os dias para alcançar uma renda satisfatória. Este fato foi citado por uma enfermeira como um dos fatores que interferem muito no ato de cuidar.

Eu acho assim, as doze horas de trabalho para a equipe, precisaria de um intervalo de descanso de alguns minutos, eu acho muito puxado, a gente não para. (PE2).

O enfoque nos cursos continuou sendo o ponto mais marcante nos discursos dos profissionais, que trouxeram outro fator positivo nas suas falas, como a possibilidade de favorecer encontros e maior contato entre os integrantes da equipe e proporcionar naquele momento mais questionamentos sobre o paciente. Alguns participantes destacaram que é preciso um maior contato dos profissionais com o paciente, para que seja propiciada essa assistência ao lado mais humano, principalmente dos médicos, que são mais distantes, e, muitas vezes, não escutam os pacientes e não conversam sobre o estado deles, sem sanar suas dúvidas e amenizar sua angústia. Isto se dá ao contrário do que sucede com os outros profissionais, segundo eles, que têm maior contato com os pacientes, são mais próximos, pelo fato de as rotinas estarem sempre perto, e terminam respondendo mais ao seu chamado, além de involuntariamente criarem laços de amizade.

Em razão disso, é necessário que todos participem dos treinamentos e cursos para promover o melhoramento e qualificação da equipe. Todos esses artifícios devem ser usados, mas de modo constante, pois o ser humano precisa permanentemente de estímulos para produzir conhecimento e atualizar os já adquiridos. Essa é uma meta importante que

deve sempre ter curso na equipe, de tal maneira que poderá haver uma homogeneização das ações e o trabalho ser alinhadamente realizado, além de proporcionar a curiosidade e despertar mais interesse pelo tema para muitos que ainda não tiveram contato, mas que já trabalhavam humanizada-mente pelos conhecimentos adquiridos com a prática. O fato é que a capacitação, para muitos da equipe, poderia trazer benefícios para o profissional e também para os pacientes que seriam cuidados de maneira mais humana, agora com outra visão do aspecto do cuidado. Além do mais, a promoção de encontros informais e reuniões entre a equipe tornaria a interação melhor e o ambiente mais leve e descontraído.

Treinamento contínuo, tem que ser no setor específico pra isso, uma equipe específica, voltada pra fazer a discussão, apresentar de forma individualizada e de forma coletiva, e isso não acontece aqui. (PM1).

Eu acredito nos treinamentos, palestras educativas sobre humanização, mas eu acho que deveria ser um trabalho realizado dentro da própria UTI, e não em auditórios com slides, e sim uma coisa mais prática. (PF1).

Incentivar mais, ter mais palestras, mostrando alguma coisa sobre o tema, e é isso capacitação, falar não é suficiente, sem demonstrar não adianta, se não, fica difícil pra entender. (PF2).

Talvez reuniões, palestras ajudasse mais e tornasse esse contato maior, até a passagem de plantão que antes tinha não acontece mais, isso seria uma boa, esse contato maior para todos falarem das necessidades do paciente, expor isso, essa questão da humanização que é importante né? [...] (PT3).

É necessário também um processo de aperfeiçoamento, de forma constante, capacitação de forma contínua pra que você pudesse despertar os que não tivesse trabalhando de forma humanizada, e assim eles pudesse rever seus conceitos e pudesse homogeneizar os conhecimentos. (PM3).

De acordo com Vila e Rossi (2002), é fundamental chamar a atenção dos gestores para a importância da prática de cuidados humanizados e do estabelecimento de programas que proporcionem essa prática. O cuidar humanizado deve começar por cuidar de quem cuida.

O barulho – repete-se - também foi outro fator muito salientado por todos. Os profissionais referem que na UTI coronariana o barulho é bastante observado, principalmente pela manhã, pois há um maior número de profissionais, residentes de todas as categorias que, ao questionarem aos seus preceptores, não percebem o tom de voz, deixando a ansiedade pelo conhecimento vencer a sensatez de permanecer em silêncio ou usar tons de voz mais brandos em respeito aos pacientes. Até os componentes da própria equipe - eles reconhecem - durante as rotinas, ao se dirigirem aos colegas em pedido de auxílio, o fazem com gritos e uma grande euforia. Nesse contexto, cabe uma indagação: - é possível o espaço amplo da UTI favorecer a comunicação com as falas mais altas dos profissionais? De fato, “[...] embora tudo ocorra involuntariamente, esse fato provoca um grande incômodo aos pacientes, assim como aos próprios profissionais, que terminam o dia num nível maior de estresse, pois o barulho tem intensa influência sobre esse aspecto”(PM2) - disse uma médica . O barulho novamente foi elucidado por outros profissionais:

Falta a conscientização da equipe quanto ao barulho para que este ambiente fique tanto agradável para o paciente como para a própria equipe. (PF1).

Os pacientes reclamam, e nós da equipe também nos sentimos incomodados com o barulho tanto das bombas como dos próprios profissionais (PE5).

Eu acho que falta o silêncio. (PM3).

Dattílio e Freeman (2004) salientam que, em ambiente de UTI, a repetida exposição do paciente a estímulos perturbadores ou ameaçadores pode levá-lo a patamares insuportáveis de angústia, gerando estados de elevada tensão, podendo também favorecer um descontrole no equilíbrio emocional.

Ainda a respeito do que poderia favorecer a prática do atendimento humanizado na UTI coronariana, houve um robusto encontro de pensamentos quanto à relevância de haver constantemente outros profissionais na equipe, para que o trabalho se torne mais humanizado. O Serviço Social teve importância nas falas dos participantes no sentido de acreditarem no valor da sua participação no ambiente de UTI, tornando-se necessária para paciente e também para a família. Foi referido pela equipe que muitas dúvidas poderiam ser sanadas e conflitos serem evitados se o Serviço Social atuasse diariamente, em especial, num momento delicado, conforme sucede com a hora da visita. Os problemas sociais do paciente podem atrapalhar o andamento da sua evolução, deixando-o mais angustiado e temeroso. A Psicologia também foi citada pela equipe - na medida em que exerce papel importante, pois ela atua no ambiente da UTI junto com o paciente, nos seus momentos de tristeza e crise, assim como com a família, dependendo do caso, bem como com a própria equipe, na possibilidade de dar um suporte, caso ocorram conflitos tanto pessoais como coletivos.

Chegar na equipe colocar o pessoal pra vivenciar, algo totalmente diferente, com a presença de psicólogo, por que a gente sabe que tem pessoas que trazem problemas de casa pro trabalho. (PF1).

Eu sinto falta aqui do Serviço Social, só vem quando precisa, mas não tem uma própria daqui, pra vir trabalhar isso, a parte social dos pacientes, pra mim é o ponto mais crítico que a gente tem aqui. (PF2).

Quando o paciente está aqui dentro o pensamento deles é lá fora, na vida deles, às vezes é um pai de família que só ele trabalha, e nisso o serviço social podia dar um apoio. (PF3).

Falta uma psicóloga na unidade para trabalhar também a parte dos profissionais, uma para o dia a dia, e ela seria a responsável por fazer esses cursos, a integração, de inteligência emocional, é preciso a inteligência emocional pra trabalhar com o ser humano. (PF3).

Sobre a importância do psicólogo em uma UTI, Dattílio e Freeman (2004) destacaram que a atuação deste profissional é essencial para propiciar a percepção de novas modalidades de enfrentamento da situação, promovendo, assim, suporte para o momento de instabilidade emocional, assim como favorecendo os vínculos de confiança com a equipe multiprofissional.

Tanto a Assistência Social como a Psicologia – repete-se, por oportuno -são necessárias no ambiente de Terapia Intensiva, na medida em que exercem papel importante, no caso da Psicologia, por atuar junto com o paciente, nos seus momentos de tristeza e crise, bem como com a família de acordo com a situação, e com a própria equipe, na possibilidade de dar um suporte caso ocorram conflitos tanto pessoais como coletivos. Já a Assistência Social tem sua atuação em momentos críticos, como na hora da visita, dando apoio e informações à família e fazendo uma espécie de ligação entre esta e o paciente, enquanto este se encontra no ambiente fechado, tornando possível uma boa comunicação com seus componentes familiares naquele momento.

Em virtude de todos os aspectos destacados, foi possível concluir que, para humanizar o atendimento aos pacientes, é necessário que o profissional procure humanizar a si mesmo, por meio de mudanças, estímulos e treinamentos que sejam implementados de maneira permanente e continuada.

Nessas circunstâncias, compreende-se que, para implantar e implementar a humanização no serviço hospitalar, em especial na UTI, os profissionais precisam conscientizar-se da necessidade de aprimoramento, associando as evoluções tecnológicas a escuta, diálogo e solidariedade em todo o tempo. É impositivo que a humanização seja sentida por todos - pacientes, familiares e equipe de saúde - sendo que cada processo de humanização é singular e depende de cada profissional e de cada equipe. Portanto, se a própria equipe de saúde não perceber sua importância dentro desse processo, não será possível transformar e humanizar as relações (REIS; SENA; FERNADES, 2016).

Logo em seguida, encontram-se as sugestões destacadas pelos profissionais que participaram da pesquisa para a humanização das práticas de cuidados humanizados em UTI coronariana no formato de quadro.

Quadro 6 – Sugestões para práticas de cuidados humanizados em UTI Coronariana

Profissionais	Sugestões
PE1	Comunicação efetiva com o paciente e a família
PF1	Qualificar a equipe
PF1	Encontros entre os profissionais
PM1	Treinamentos
PF1	Apoio Psicológico
PT2	Cooperação de todos
PE2	Descanso para os profissionais
PE2	Flexibilizar mais as rotinas
PM2	Diminuir o barulho
PM2	Cursos de capacitação
PM3	Melhorar iluminação natural
PM3	Colocação de relógios
PT3	Reuniões e palestras
PE3	Melhorar o acolhimento
PF3	Presença do Serviço Social
PT5	Cursos de relacionamentos para a equipe

Fonte: Elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado humanizado deve envolver, além do paciente, seu contexto familiar e social, assim como a própria UTI e a equipe de saúde. Deste modo, a humanização deve ser associada à valorização e ao respeito ao paciente crítico, que precisa ser cuidado e tocado com um olhar mais amplo, bem como aos profissionais de saúde, à estrutura física do setor e organização e gestão das instituições hospitalares. Portanto, humanizar é também praticar medidas de melhorias dos serviços oferecidos, como, por exemplo, o aprimoramento dos espaços destinados à equipe, aos pacientes e familiares, a revisão de normas e rotinas do setor, o fornecimento à família de informações compreensíveis e adequadas, com foco na valorização e respeito aos pacientes, membros familiares e trabalhadores da saúde.

Sabe-se que não existem soluções mágicas, tampouco trilhas fáceis para estas transformações, pois a consecução da assistência hospitalar humanizada, além de complexa, é um fenômeno lento e gradual. Para que suceda tal prática, é necessário o envolvimento de instâncias diversas, com alterações de antigos paradigmas por novos hábitos, e busca da participação compartilhada, com soluções úteis e adequadas a cada realidade.

É necessário também que os profissionais de saúde tenham sua dignidade e condição humana respeitadas com reconhecimento e valorização dos seus trabalhos, pois, sem dúvidas, com essas garantias, será mais fácil alcançar uma assistência de qualidade e humanizada.

A formação defeituosa dos profissionais da área da saúde também é apontada como fator que dificulta o cuidado humanizado. Atualmente, muitas instituições de ensino ainda se centralizam nos conteúdos fisiopatológicos e técnicos do processo saúde-doença. Formam-se profissionais com visões fragmentadas e limitadas, o que repercute, diretamente, na assistência prestada, embora tenha se verificado que em uma das categorias entrevistadas esta verdade corrente já esteja em transformação. Assim, verificou-se que, para lograr, percorrer o caminho da estrada voltada para a prática de cuidados humanizados, são impositivas a reorientação, a revisão das grades curriculares dos cursos de formação na área da saúde e a implementação da educação permanente e continuada nos serviços para capacitação e atualização dos profissionais.

Na formação em saúde, é importante o investimento nas práticas de humanização, inserindo conteúdos relacionados à temática nas grades curriculares dos cursos. Assim, torna-se possível a formação de profissionais não apenas do ponto de vista técnico, mas com atitudes diferenciadas, norteadas pela ética e pela humanização, independentemente do local onde o profissional esteja inserido.

O ensaio que se termina de relatar permitiu constatar que, para ocorrer a humanização do cuidado em UTIs, é imprescindível que todos os profissionais de saúde do setor se utilizem da tecnologia disponível, aliando-a à empatia, com a compreensão do cuidado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, visando à promoção do cuidado seguro, responsável e ético a pessoas em estados críticos.

Além disso, foi evidenciado o fato de que um dos principais objetivos do cuidado humanizado na UTI deste perfil relaciona-se à necessidade de aprimoramento contínuo da equipe por meio da realização de cursos de educação permanente e continuada. O jeito de administrar, gerir o trabalho

em saúde para o alcance de melhorias, não só individuais, mas também coletivas, também foi outro fator observado.

Mesmo com as evidências, os resultados encontrados mostram que as ações humanizadas estão além da compreensão dos profissionais e do seu ambiente laboral. Foi percebido que a humanização está impregnada neste *locus*, e, mesmo os sujeitos não percebendo claramente como esse fato se dá, deixam suas marcas por via da sensibilidade e do respeito à pessoa humana.

Aspectos predominantes estiveram em todas as etapas do estudo, como a inferência aos fatores nocivos e de adoecimento, as fragilidades e os desafios, os problemas relacionados a ambiência, a existência de ruídos; assim como aqueles vinculados ao trabalhador, como quantidade excessiva de atribuições, cansaço, mecanização do trabalho, que muitos já apontavam ao final das entrevistas em decorrência de reflexão estabelecida sobre a temática com a realização do estudo. Percebeu-se, também, que a compreensão de que a PNH não prioriza apenas o paciente, mas considera todos os envolvidos nesse tema tão peculiar e que inclui os trabalhadores e seus campos de trabalho, estava em andamento, à medida que o estudo caminhava, o que poderá trazer como consequência o rompimento das práticas produtoras de “desumanização” e o surgimento de outras modalidades de humanizar tudo e a todos.

Existem ainda algumas barreiras a serem ultrapassadas, no entanto o momento é desafiador, tendo-se a necessidade de reconstituir padrões compatíveis com a realidade, com práticas sensíveis e singulares de maneira humanizadora.

Por fim, salienta-se a importância da pesquisa para subsidiar a transformação e evolução do conhecimento na produção de renovados saberes e práticas para humanização do cuidado dos pacientes coronariopatas, já que estes necessi-

tam de cuidados especiais e de uma equipe com qualificação específica para este tipo de patologia. Aponta-se, também, a importância deste experimento para a comunidade acadêmica em geral pelo favorecimento de novas diretrizes assistenciais e outros modelos de gestão, unindo todos os agentes e serviços em sentido unidirecional para conquista de direitos, mais valorização e qualidade nas mudanças ocorridas na visão dos trabalhadores e seus possíveis efeitos benéficos sobre as práticas assistenciais à saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. A. et al. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p. 581-594, 2009.

AMESTOY, S. O.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, out/dez. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000400013>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Humanização**. 2004. Disponível em: <www.amib.com.br/home.htm>. Acesso em: 14 fev. 2017.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

AZOULAY, E.; SPRUNG, C. L. Family-physician interactions in the intensive care unit. **Crit Care Med**, v. 32, n. 11, p. 2323-2328, nov. 2004.

BACKES, M. T. S. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out./dez. 2012.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, set./out. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BASTOS, E. A. **Saberes e práticas dos trabalhadores da saúde para humanização do cuidado em maternidade pública**. 2016. 118 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

CCARIA, L. M. et al. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arq Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 65-69, abr./jun. 2008.

BENEVIDES, R. D.; PASSOS, E. H. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Botucatu, v. 9, n.17, 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S.K. **Investigação** qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, PT: Porto Editora, 1994.

BORGES, L. A. A.; MORAES, S.C. Humanização na unidade de terapia intensiva. In: PROAMI. **Programa de atualização em medicina intensiva**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2007. (Ciclo 4, Módulo 4).

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: inter-consulta e emergência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem**. Brasília: Ministério da Educação; 2001.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Brasília, DF, 1998. **Diretrizes curriculares para os cursos de graduação**. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm>>. Acesso em: 4 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. humanização como eixo norteador das práticas de atuação e gestão em todas as esferas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 32. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da saúde, 2012. **Diário oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Documento base**. Brasília: Ministério da Saúde. 3. ed. 2007.

CABRAL, I. V.; TYRRELL, M. A. R. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 18-29.

CAETANO, J. A. et al. Cuidado humanizado em Terapia Intensiva: um estudo reflexivo. **Esc. Anna Nery.**, v. 11, n. 2, p. 325-330, jun. 2007.

CAMPONOGARA, S. et al. O cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica. **R. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 1, p. 124-132, jan./abr. 2011.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: _____ **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/.../fritjof-capra-ponto-mutacao-modelo-biomedico>>. Acesso em: 25 jan. 2017. cap. 5, p. 103-143.

CARLOS, C. L.; RODRIGUES, C. M. C; SOUZA, G. F. Humanização na unidade de terapia intensiva: enfermeira, paciente e família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 2, n. 3, jan./jun. 2004.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K.; A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 219-226, 2012.

CASTRO, E. S.; ROSERO, E. V. Experiência de estar hospitalizado em uma unidade de cuidado intensivo coronário de Barranquilla. **Av. enferm.**, Bogotá, v. 33, n. 3, set./dec. 2015.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde do Estado. **Código dos direitos do paciente: carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2004.

CHERNICHARO, I. M.; SILVA, F. D.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 686-693, 2011.

CORDIOLI, A. V. **Psicoterapia: abordagens atuais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

COSTA FILHO, R. C. et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva.**, v. 20, n. 1, p. 88-92, 2008.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface comun. saúde educ.**, v.13, supl.1, p. 571-580, 2009.

COSTA, S. M. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, abr./jun. 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)530](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(27)530)>. Acesso em: 9 dez. 2016.

CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n. 4, p. 1-13, 2008.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DATTÍLIO, F. M.; FREEMAN, A. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Cien Saude Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B. A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. **Ciência, Cuidado e Saúde** Maringá, v. 4, n. 2, p. 163-170, maio/ago. 2005.

FONTANA, T. R. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010.

FROTA, M. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; LINARD, A. G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 246-253, jun. 2007.

GOMES, A. M. A.; RUIZ, E. M. **Bioética, cuidado e humanização: humanização dos cuidados de saúde e tributos de gratidão**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014.

GOMES, A. M. A. et al. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. **Rev APS**, v. 14, n. 4, p. 435-446, out/dez. 2011.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B. A.; ERLICHMAN, M. R. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008.

KNOBEL, E.; NOVAES, M. A. F. P.; KARAM, C. H. Humanização do CTI: uma questão de qualidade experiência do CTI do Hospital Israelita Albert Einstein. **Âmbito Hospitalar**, v. 2, n. 118, p. 19-27, fev. 1999.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC, 2001.

LEMONS, R. C. A.; ROSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 345-357, maio/jun. 2002.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 771-778, 2008.

LUZ, M. T. Novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MACIEL, M. R.; SOUZA, M. F. Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do Paciente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.19, n. 2, abr./jun. 2006.

MAESTRI, E. et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 73-78, jan./mar. 2012.

MAROSTI, C. A.; DANTAS, R. A. S. Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 190-195, 2006.

MATOS, K. S. L. **Pesquisa educacional: o prazer de conhecer**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2001.

MEZOMO, J. C. **Hospital Humanizado**. Fortaleza: Premius Ed, 2001. 210 p.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS et al. **Tratado de saúde coletiva**, São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINAYO, M. C. S. DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONGIOVI, V. G. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 2, p. 306-311, mar./abr. 2014.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 250-257, 2004.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L.; Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **R Enferm UERJ.**, v. 14, n. 3, p. 333-341, 2006.

OLIVEIRA, L. C. Educação um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características. **Revista Travesias**, v. 2, n. 3, 2008.

OLIVEIRA, M. A. **Promoção da saúde no contexto educacional: uma análise das práticas educativas para a saúde**. 2017, 101 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017.

PESSALACIA, J. D. R. et al. Atuação da equipe de enfermagem em UTI pediátrica: um enfoque na Humanização. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 3, p. 410-418, set./dez. 2012.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Bioética, cuidado e humanização: humanização dos cuidados de saúde e tributos de gratidão**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014.

PINA, R. Z.; LAPCHINSK, L.F.; PUPULIM, J.S.L. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 4, p. 503-508, out./dez. 2008.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. eletrônica de enfermagem**, v. 8, n. 1, p.42-51, jan./fev. 2006.

PINTO, E. S. G. MENEZES, R. M. P. VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-664, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 dez. 2016.

PROENÇA, M. O.; DELL AGNOLO, C. M. Internação em unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 279-286, jun. 2011.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA, B. R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Rev Bras Educ Med.**, v. 32, n. 4, p. 482-491, 2008.

REIS, C. C. A.; SENA, E. L. S.; FERNANDES, M. H. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care**, v. 8, n. 2, p. 4212-4222, abr./jun. 2016.

REIS, L. S. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, jun. 2013.

ROCHA, M. J. R.; ROCHA, M. S. **A humanização de enfermagem no cuidado hospitalar**: um olhar sobre o centro cirúrgico. Campos Gerais: FACICA, 2008.

RODRIGUES, J. M.; PEIXOTO, C. A. Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100016>>. Acesso em: 4 mar. 2017.

RUBIO, R. L. *et al.* Interdisciplinary relationships and humanization in intensive care units. **Enferm Intensiva**, v.17, n. 4, p. 141-53, dez. 2006.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SALAZAR, O. A. B. Healthcare institutions do not favor care. Meaning of humanized care for people directly participating in it. **Invest. educ. enferm.**, Medellín, v. 32, n. 2, maio/ago. 2014.

SALICIO, D. M. B.; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev Eletrônica Enferm.**, v. 8, n. 3, p. 370-376, 2006.

SALMAN, L. A. K. **Humanização em unidade de terapia intensiva**. 2013. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Medi-

cina Intensiva Adulta) – Faculdade Redentor. Disponível em: <<http://www.posgraduaçãoredentor.com.br>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SILVA, F. S.; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 230-235, abr./jun. 2010.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciênc. saúde coletiva**, de Janeiro, v.16, supl.1, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700089>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

SILVA, M. J. P. Humanização em UTI. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. (Org.). **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Representações sociais dos enfermeiros sobre a tecnologia no ambiente da terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 489-497, 2009.

SILVEIRA, R. E.; CONTIM, D.; Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: **J. res.: fundam. care**, v. 7, n. 1, p. 2113-2122, jan./mar. 2015.

SOARES, M. C. S. et al. Humanization through touch: a qualitative research. **Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 1, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1676-4285.2009.2165/473>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

SOUZA, J. C. S. et al. Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 878-882, nov./dez. 2008.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 25, p. 327-338, 2008.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p. 585-597, 2005.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a07.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 17.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atual, 1993.

VEDOOTTO, D. O.; SILVA, R. M. Humanização com o familiar em uma unidade de terapia intensiva: estudo descritivo. **Braz j nurs**, Niterói, v. 9, n. 3, 2010.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. S. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 37-44, 2002.

WALDOW, V. R. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p. 140-5, jan./fev. 2009.

Karliene Vieira Silva – M.Sc.

Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR); especialista em Fisioterapia Dermatofuncional pela Universidade Estácio-FIC; especialista em Terapia Intensiva pela ASSOBRAFIR; fisioterapeuta intensivista da UTI Coronariana do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes; fisioterapeuta do Instituto Dr. José Frota; membro da Equipe de Cuidados Paliativos do Instituto Dr. José Frota; coordenadora de Fisioterapia da UTI Coronariana do hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes; trabalhou como professora substituta do curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) no ano de 2018 a janeiro de 2019; docente do curso de Pós-Graduação em Terapia Intensiva para Fisioterapeutas e Enfermeiros da Escola de Saúde Pública do Ceará.

E-mail: Karlienevieira45@gmail.com

Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes

Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), em 1984; graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), em 1990; mestra em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), em 2005; doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em 2008; coordenou a Formação Técnico de Apoio ao Acolhimento em Saúde, junto

ao projeto de cooperação Brasil-Canadá; supervisora (2009 a 2011) do Plano de Qualificação das Maternidades da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro para os Estados de RO, PI e MA; professora colaboradora do Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da UECE (2010 a 2012); consultora da Política Nacional de Humanização - PNH pelo Ministério da Saúde, de 2009 a 2016; professora permanente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde (UECE); integrante dos Grupos de Pesquisa: Cultura, Saberes e Prática em Saúde; e Vida e Trabalho - ambos da UECE; componente do Laboratório de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, da UECE; membro do Conselho Editorial da Revista Brasileira de Psicodrama; tem experiência na assessoria de processos da gestão e atenção em saúde para a melhoria da qualidade e humanização, processos formativos e de desenvolvimento humano. Sua produção científica abrange temáticas relacionadas à Psicologia Social da Saúde e Ensino na Saúde, com enfoque para os processos de atenção e gestão do cuidado em saúde, humanização, espiritualidade, resiliência, promoção da saúde e metodologias ativas para o ensino na saúde.

E-mail: annataliagomes@gmail.com