

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO ENSINO NA SAÚDE

FLAVIA FERON LUIZ

**HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DO
FAMILIAR/ACOMPANHANTE E DO PROFISSIONAL DA SAÚDE**

Porto Alegre, RS, Brasil

2016

FLAVIA FERON LUIZ

**HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DO
FAMILIAR/ACOMPANHANTE E DO PROFISSIONAL DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção do título de mestra em Ensino na Saúde.

Área de concentração: Educação e Formação na Saúde.

Linha de Pesquisa: Currículo, Formação, Docência e Ensino na Saúde.

Orientadora: Dr^a Márcia Rosa da Costa

Coorientadora: Dr^a Rita Catalina Aquino Caregnato

Porto Alegre, RS, Brasil

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

FLAVIA FERON LUIZ

HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE E DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção do título de mestra em Ensino na Saúde.

DATA DA APROVAÇÃO: 26 de Abril de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Márcia Rosa da Costa
Presidente da Banca. Orientadora. Professora do PPGENSAU da UFCSPA

Professor Doutor Jorge Amilton Höher
Membro efetivo. Externo ao PPGENSAU. Professor da UFCSPA

Professora Doutora Cleidilene Ramos Magalhães
Membro efetivo. Coordenadora do PPGENSAU. Professora da UFCSPA

Professora Doutora Luzia Fernandes Millão
Membro efetivo. Vice-coordenadora do PPGENSAU. Professora da UFCSPA

Professora Doutora Simone Travi Canabarro
Membro suplente. Professora do PPGENSAU da UFCSPA

DEDICATÓRIA

*Ao meu amado marido, companheiro e amigo **Daniel** por compreender os momentos de ausência enquanto me dedicava aos estudos. Pelo incentivo diário a manter-me atualizada em busca da excelência, compartilho o mérito desta conquista a você!*

*A **dona Neiva** minha eterna mãezinha que sempre acreditou no meu potencial, me proporcionando todos os caminhos para a educação e o bom caráter, dedico este trabalho que fiz com tanto amor a senhora a qual vivenciou no leito de um hospital o tratamento humanizador.*

*A minha filha **Alice** que ainda não está neste mundo, mas já me impulsiona a concretizar esta missão brevemente.*

*A minha **família e amigos** os quais muitas vezes estive distante pelos inúmeros afazeres, mas que sempre me desejavam boas energias, motivando a seguir este caminho.*

AGRADECIMENTOS

A construção dessa dissertação de mestrado representa a superação de um objetivo pessoal que parecia inatingível, mas pela colaboração direta e indireta de muitos se tornou além de uma conquista, um sonho realizado. Por tudo isso, gostaria de agradecer imensamente:

A **Deus** por acreditar que é sempre a tua presença ao meu lado que me faz superar os obstáculos, ter forças para seguir as dificuldades da vida e vencer os desafios que me são impostos no caminho da vida.

À **Profª Drª Márcia Rosa da Costa**, minha orientadora, que com carinho, sabedoria e paciência me acolheu e confiou em mim. Sem você a realização deste trabalho não seria possível. Já disse o quanto és importante para mim, tenho certeza que nossa afinidade perfaz outras vidas...espero que continuemos nos encontrando!

À **Profª Drª Rita Catalina Aquino Caregnato**, minha coorientadora, que me ajudou no desafio de enriquecer esse trabalho com suas contribuições. Foi a primeira pessoa que me estendeu a mão nesta universidade e acreditou que eu tinha potencial para atingir esta conquista.

Aos **sujeitos da pesquisa**, os usuários de saúde pelas contribuições, confiança e atenção. Sem vocês o sonho também não seria possível.

Aos **participantes do grupo focal**, meus queridos colegas de trabalho. Contribuíram sem medir esforços, e de maneira hoje imensurável ajudaram a fazer dessa jornada uma experiência de transformação.

Aos **colegas da primeira turma do mestrado Ensino na Saúde**, companheiros nessa experiência, pela trocas de saberes, pelas vivências ímpares e pela solidariedade nos bons e maus momentos.

À **Diretoria do GHC**, pela disposição em viabilizar a realização desse estudo e em especial a minha chefia, a enfermeira **Nára Selaimen Gaertner de Azeredo** uma admiradora da pesquisa, incentivadora das causas humanistas e que sempre me apoiou a realização da temática.

A todos que torceram por mim e contribuíram para que esta pesquisa proporcionasse não apenas realização pessoal, mas acima de tudo, mudanças e a valorização da humanização como tecnologia de cuidado em saúde.

SUMÁRIO

RESUMO	08
ABSTRACT	09
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 FALANDO SOBRE HUMANIZAÇÃO.....	14
3.1.1 Política Nacional de Humanização	17
3.2 CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA.....	19
3.3 TERMINOLOGIAS NA SAÚDE E AS RELAÇÕES FAMILIAR/ACOMPANHANTE- PROFISSIONAL.....	21
4 METODOLOGIA	23
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	23
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	24
4.4 COLETA DE DADOS.....	26
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
4.6 QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	31
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
5.1 ACOLHIDA.....	34
5.1.1 Acolhida por parte da recepção	37
5.1.2 Acolhida por parte dos profissionais de saúde	38
5.2 COMUNICAÇÃO.....	40
5.3 PROFISSIONALISMO ÉTICO E SENSÍVEL.....	42
5.4 ASPECTO DESFAVORÁVEIS.....	44

5.5 PERCEPÇÃO SOBRE A HUMANIZAÇÃO.....	46
5.6 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE.....	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE A - TCLE para familiares/acompanhantes.....	61
APÊNDICE B - TCLE para profissionais da saúde.....	63
APÊNDICE C - Planejamento da Entrevista Semi-estruturada.....	65
APÊNDICE D - Planejamento do Grupo Focal.....	66
APÊNDICE E - Manual Reflexivo.....	68
APÊNDICE F - Tabuleiro Comunicativo.....	86
APÊNDICE G - Banner Informativo.....	87
APÊNDICE H - Planejamento da Observação Participante.....	88
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da UFCSPA.....	89
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética do GHC.....	92

RESUMO

A partir das atividades assistenciais em Terapia Intensiva da mestranda pesquisadora, percebeu-se que muitas ações dos profissionais da saúde que atuam neste setor estão em desacordo com as práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização (PNH). Com intuito de melhorar tais práticas, este estudo buscou compreender a percepção destes profissionais sobre a humanização comparando-os com o olhar que os usuários de saúde, representados pelos familiares/acompanhantes, pensam sobre o tema para direcionar a uma ação educativa nesta área. A metodologia adotada caracterizou-se como um estudo de campo, do tipo exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa. Utilizou-se para a coleta dos dados as técnicas de entrevista individual e grupo focal. Ao analisar os dados, por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, observou-se que apesar dos sujeitos expressarem de maneiras distintas as suas percepções sobre humanização os dois grupos comparados elencaram iguais necessidades e prioridades para o aprimoramento da humanização na Terapia Intensiva, a saber: a acolhida, a comunicação, o profissionalismo ético e sensível, aspectos desfavoráveis para a humanização, reflexão e reformulação do próprio conceito deles em relação à humanização e, por fim, a religiosidade/espiritualidade. A partir dos resultados encontrados criou-se um Manual Reflexivo de práticas assistenciais humanizadoras para os profissionais, um tabuleiro para facilitar a comunicação destes profissionais com os usuários e ainda, um guia de orientações aos familiares/acompanhantes. Estima-se que este trabalho contribuirá para que os profissionais reflitam e exerçam práticas assistenciais e educacionais humanizadoras, fundamentadas nos princípios da PNH e que os familiares/acompanhantes e os próprios usuários de saúde sintam-se melhores acolhidos e atendidos frente suas necessidades a partir do conceito e do papel da Humanização na Terapia Intensiva.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Cuidados Críticos; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Starting from the assistance activities in Intensive Therapy of the master student researcher, it is noticed that many actions of health professionals operating in this sector are at odds with the preconized practices by Ministry of Health in its National Policy of Humanization (PNH). In order to improve practices, this study sought to understand the perception of these professionals about the humanization comparing them with the look that the health users, represented by family members/caregivers, think about the subject to direct an educational action in this area. The methodology adopted was characterized as a field study, exploratory-descriptive, with a qualitative approach. It was used to the collection of the data individual interview techniques and focus group. When analyzing the data, through Analysis of Content proposed by Bardin, it was observed that despite the subjects express in different ways their perceptions of humanizing the two groups compared have listed equal needs and priorities for the improvement of humanization in intensive care, to know: the reception, communication, ethical and sensitive professionalism, unfavorable aspects to the humanization, reflection and reformulation of their own concept in relation to the humanization and, finally, religiosity/spirituality. Based on the results found it was created a Reflective Manual of humanizing assistance practices for professionals, a board to facilitate communication of these professionals with the users and also a guide of orientations to families / caregivers. It is estimated that this work will contribute to the professionals reflect and exercise care and educational humanizing practices, based on the principles of PNH and that family/caregivers and patients feel better received and catered in their needs from the concept and the Humanization of goal in Intensive Care.

Key words: Humanization of Assistance; Critical Care; Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBO	Classificação Brasileira das Ocupações
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GF	Grupo Focal
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
MS	Ministério da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Terapia Intensiva
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UR	Unidade de Registro

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Intensiva (TI) é um ambiente de internação hospitalar diferenciado, pois visa à manutenção da vida e a recuperação da saúde de pessoas que necessitam de um acompanhamento intensivo. Esta unidade demanda um alto custo devido à diversidade de recursos tecnológicos, com espaço físico distinto e avaliação clínica multiprofissional constante (NOGUEIRA et al., 2012).

No cenário da TI são comuns discussões acerca da assistência e da forma de trabalho dos profissionais de saúde. Frequentemente são questionados o modo de atuação desses profissionais, os quais são, inúmeras vezes, criticados por tomarem posturas tecnicistas e reducionistas do ser humano decorrentes das tecnologias e necessidades de ações imediatas características destes setores (SILVA; FERREIRA, 2013). Além das competências específicas a cada profissional de saúde é indispensável desenvolver competências unindo o saber técnico-científico e o domínio das tecnologias com a humanização e a individualização do cuidado para uma assistência de melhor qualidade (CAMELO, 2012).

A relação da educação com a saúde também faz parte de um compromisso humanizante, isto porque a educação é comprometida com a saúde no sentido de dar condições para melhoria da qualidade de vida das pessoas, prover as condições para conscientização da saúde como um direito necessário, e, ainda por estabelecer as relações entre profissionais e usuários no ato educativo de ensinar e aprender (RANGEL, 2009).

Pensar em uma prática assistencial que considere os pacientes (usuários de saúde) e seus familiares (acompanhantes) como seres humanos com sentimentos e opiniões não apenas como um objeto de trabalho dos profissionais de saúde é uma necessidade urgente e desafiadora. Por isso, iniciaram-se estratégias governamentais a partir da publicação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 2001, sendo esta estratégia modificada em 2003 para Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010).

A PNH tem por objetivo difundir a prática da humanização em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizada em ações como sensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, fim dos tratamentos desrespeitosos, evitar o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, melhoria nos ambientes de trabalho, dentre outras,

contudo as estratégias planejadas não progrediram por todos os campos da saúde (BRASIL, 2015).

Conforme estudo realizado por Silva, Sá e Miranda (2013) existe escassez de discussões acerca das dimensões organizacionais, político, institucionais e sociais que envolvem projetos de humanização pelos profissionais da saúde. A partir de consultas à literatura nas bases de dados LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde e SciELO - Scientific Electronic Library Online, constatou-se que a abordagem sobre as questões relativas à humanização no ambiente da Terapia Intensiva vem sendo estudada atualmente, no entanto, ainda há carência de aprofundamentos sobre a temática (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013).

A formação acadêmica e a trajetória profissional da mestranda como enfermeira em TI, possibilitaram observar vários desafios decorrentes do despreparo dos profissionais que ali trabalhavam para atender os pacientes e seus familiares de maneira mais humanizada, seguindo os preceitos da PNH. Essa percepção empírica convergiu para a necessidade de ampliar as discussões e as reflexões sobre a temática recuperando conceitos e práticas humanizadoras.

Tais inquietudes constituem-se de provocações significativas para a compreensão dos problemas de pesquisa traçados para este estudo: *qual a percepção dos familiares/acompanhantes sobre a humanização na Terapia Intensiva? Como os profissionais de saúde percebem a humanização na TI e de que forma implementam a humanização nas suas práticas?*

Ao considerar a relevância do tema para a área da saúde e da educação, no âmbito da formação inicial e permanente de profissionais da saúde, estima-se que os resultados possam contribuir para que os profissionais reflitam e exerçam práticas assistenciais e educacionais humanizadoras, fundamentadas nos princípios da PNH. Somado a estes, espera-se que os familiares/acompanhantes dos usuários de saúde sintam-se melhores acolhidos e atendidos frente suas necessidades a partir da escuta de suas percepções sobre o conceito e o papel da humanização no ambiente da TI.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as percepções de familiares/acompanhantes e profissionais de saúde sobre Humanização em Terapia Intensiva para direcionar a uma ação educativa neste setor.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar e analisar a percepção dos familiares/acompanhantes de usuários internados na TI e dos profissionais de saúde deste setor sobre a temática da humanização.
- Descrever como os profissionais de saúde implementam a humanização dentro da TI nas suas práticas assistenciais.
- Elaborar um Manual Reflexivo contendo teorias e ações para práticas consideradas humanizadoras.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FALANDO SOBRE HUMANIZAÇÃO

Se falamos da humanização, do ser mais do homem – objetivo básico da sua busca permanente – reconhecemos o seu contrário: a desumanização, o ser menos. Ambas, humanização e desumanização são possibilidades históricas do homem como um ser incompleto e consciente de sua incompleticidade [...] uma educação só é verdadeiramente humanista se, ao invés de reforçar os muitos com os quais se pretende manter o homem desumanizado, esforça-se no sentido da desocultação da realidade (FREIRE, 1967, p. 127-128).

A humanização no campo da saúde diz respeito a uma política ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis, ainda porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Deve haver um compromisso ético-estético-político da humanização do SUS com os sujeitos, seja ele profissional, usuário, colaborador, enfim, envolve a corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

No sentido filosófico, humanização é um termo que encontra suas raízes na corrente filosófica do Humanismo, a qual reconhece e valoriza a dignidade do homem considerando-o sua natureza, limites, interesses e potenciais pela busca de meios que levem a compreensão uns aos outros (RIOS, 2009).

Humanizar é estar coerente com os valores e estar preocupado com o outro. Relaciona-se com a política e a economia no sentido de igualitarismo no acesso à assistência afetando também a estrutura, a funcionalidade organizacional e o conforto. Humanizar a saúde compreende o respeito à singularidade de cada pessoa, personalizando a assistência. Inclui-se também a competência profissional dos agentes de saúde e, por fim, o cuidado do cuidador (BERMEJO, 2008).

Como sinônimo de cuidar as autoras Waldow e Borges (2011) relatam que humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado, porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de forma natural e, ao

mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis.

Em relação à humanização como cuidado, ela pode ser transferida a qualquer situação onde se faz necessário esta ação, inclusive nas áreas onde o cuidar é instrumento de trabalho, como na área da saúde. Para Marques e Souza (2010) a humanização representa um conjunto de iniciativas que levam ao desenvolvimento de cuidados em saúde, capazes de aliar tecnologia com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente, demais usuários e profissionais de saúde.

Na visão de Rios (2009) a humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, constituindo um processo transformador da cultura institucional e coletiva, de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços.

A humanização não deve ser pensada exclusivamente como um sinônimo de acolhimento, mas como uma diretriz para modos de produzir saúde. Conforme o Ministério da Saúde (2010) acolhimento é uma proposta que, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços como: a cogestão, ambiência e a clínica ampliada é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.

Porém, ao tratar da não humanização ou desumanização há menção de fazer com que um ser humano deixe de ser menos que outro ser humano, tirando seus direitos e tudo o que já foi citado como inerentes à humanização. Para Bermejo (2008) o termo desumanização apresenta uma conotação bem mais forte que é a de perda de atributos humanos ou ainda, perda de dignidade que é intercambiável com despersonalização.

A partir de Paulo Freire, a humanização funda-se na relação dialógico-dialética entre educador e educando, onde ambos aprendem juntos. O diálogo é, portanto, uma exigência que possibilita mais que comunicação, permite o reconhecimento mútuo entre um saber de experiência feito e vivido, que ambos, educador e educando se tornam sujeitos e protagonistas de sua educação e humanização (ZEN, 2010).

Analisando a ideia de “concepção bancária” da educação de Freire (1987) onde o processo educativo acontece perante o depósito de conteúdos do educador ao educando, remete-se a uma analogia para educação na saúde diante do fato que

profissionais, como educadores, transmitem aos usuários, meros educandos, informações que estes recebem pacientemente, memorizam e repetem. Percebe-se que a educação não está somente na esfera escolar, mas em todas as inter-relações humanas.

Paulo Freire cita duas concepções antagônicas de educar: a concepção “bancária” e a “problematizadora”. Na concepção bancária, o educador é o que sabe, pensa e participa deste processo. Enquanto educandos são objetos de aprendizagem, pois não sabem e apenas escutam. Nesta visão de concepção bancária o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios, aos que nada sabem tendo por finalidade manter a divisão entre os que sabem e os que não sabem, entre oprimidos e opressores. Ao contrário a concepção problematizadora (humanizante) permite a dialogicidade e contribui para o processo de humanização do ser humano (FREIRE, 1987).

A educação para a humanização significa pensar e agir fundamentando-se nos princípios éticos, determinações políticas e criatividade estética sensibilizatória. A humanização da educação é, ao mesmo tempo, processo e produto conquistado pela determinação e luta de educadores transformadores. Como processo, é a ação diária para fazer valer os princípios da igualdade, da reciprocidade, da solidariedade ativa para a promoção de um mundo mais justo. Como produto, é o espaço novo da educação do homem para viver junto aos seus semelhantes, em relações humanizadas, ou seja, um espaço dotado de características livres, conscientes e responsáveis pelo destino individual e social (SPAGOLLA, 2009).

Na percepção de Pivatto (2007) a educação revela uma identidade incerta e variável quanto ao entendimento de ser humano e humanização. Variam as concepções e, conseqüentemente, percebe-se um mosaico de visões e alguma tímida ideia de humanização como dependente do ensino e da trajetória pedagógica, confundindo-se com instrução e profissionalização.

A educação deve ser encarada como um fazer humano que se dá no tempo e no espaço, entre as pessoas e as relações estabelecidas entre elas. Dependendo dessas interfaces, a educação estará dando um direcionamento para uma finalidade humanista ou não (BERTAN; ARAÚJO, 2011). Através das ações integradas entre as pessoas, ou seja, entre os diversos profissionais, pode-se evidenciar o sentido humanizador que objetiva a promoção da vida. O trabalho do pedagogo assim como o do médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, e outros que ali

atuam, levam em consideração fatores como o afetivo, o psicológico, o social, e o cultural, não apenas o físico e o biológico (ALVARES, 2011).

A educação é tema e objeto dos estudos pedagógicos, observando-se na sua essência, os valores de formação humana e social. Por isso, a saúde também é entendida como um tema educativo, que supera o enfoque orgânico, pois, reivindica um dos direitos fundamentais da dignidade humana: a saúde. Percebe-se a partir desta ótica a inter-relação entre os conceitos e as ações de saúde e de educação (RANGEL, 2009).

3.1.1 Política Nacional de Humanização

A partir da problemática adjetivada como desumanização, conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente aos problemas como as filas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas autoritárias de gestão, as deficiências nas condições e relações de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes de saúde, levaram o Ministério da Saúde (MS), em maio de 2000, a regulamentar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este objetivava promover uma nova cultura no atendimento baseada, principalmente, em um melhor relacionamento entre todos os atores envolvidos. Em 2003, a PNHAH torna-se uma Política Nacional de Humanização (PNH), abrangendo a saúde como um todo (BRASIL, 2010).

Para Conceição (2009) a PNH se traduz em um conjunto de orientações que visam considerar as necessidades sociais subjetivas, a partir da constituição de novos sentidos para a produção de saúde e de seus sujeitos, e, se comparada ao PNHAH, vê-se um salto qualitativo ao considerar a situação na qual estão inseridos os trabalhadores, gestores e usuários, com propostas de mudanças no modelo de atenção e gestão na saúde, a fim de avançar em direção à qualificação do SUS.

No intuito de repensar práticas e modelos de saúde, a PNH, traz em seu escopo a articulação de um conjunto de referenciais e instrumentos para disparar esses processos. São diretrizes que articulam orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores nos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a

valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras (SANTOS FILHO, BARROS, GOMES, 2009; BRASIL, 2015).

A PNH foi criada por uma necessidade urgente de mudanças nos cenários de gestão e assistência frente ao quadro de desvalorização dos profissionais da saúde, precarização nas relações de trabalho e baixo investimento no processo de educação permanente desses profissionais, desfavorecendo assim o vínculo com os usuários (BRASIL, 2015).

Estratégias construídas nos coletivos concretos destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão são dispositivos que atualizam as diretrizes da PNH. Entre os dispositivos propostos por esta política, além de muitos outros estão: o acolhimento com classificação de risco, o colegiado gestor, as visitas abertas com direito a acompanhante e a ambiência. A implantação desses dispositivos depende da especificidade dos serviços e da avaliação das demandas dos processos de trabalho (SANTOS FILHO, BARROS, GOMES, 2009; BRASIL, 2010).

Devido às necessidades imprescindíveis de reestruturações dos serviços com capacitação dos profissionais de saúde, entre os anos de 2003 e 2004, os Ministérios da Educação e da Saúde promoveram iniciativas voltadas para a formação desses profissionais, tendo como prerrogativas os aspectos teórico-metodológicos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a PNH (BRASIL, 2009).

A partir da inter-relação entre os princípios teórico-metodológicos das Políticas de Educação Permanente em Saúde e de Humanização, que ocorreu por meio da Portaria Interministerial n. 2.118/05, a qual estabelece cooperação técnica entre os ministérios na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, resultaram ações que contribuíram no preparo de profissionais para à promoção da saúde, possibilitando a concretização do desafio de transformar cenários de produção do cuidado em cenários de produção pedagógica, provocando mudanças nos sujeitos e, conseqüentemente, na formação dos profissionais e no SUS (FERRAZ; et al., 2012).

Embora a PNH tenha como um de seus eixos de implementação, a inserção das diretrizes da humanização no ensino superior para áreas da saúde, na prática, sua presença é mínima e sutil, e mesmo que, ainda essencial às boas práticas, muitos alunos e professores entendem que essas disciplinas são prescindíveis e

desinteressantes (RIOS, 2009). A mesma autora percebeu nas suas experiências como docente em uma disciplina de humanidades médicas, que os alunos desconhecem completamente a abrangência significativa da humanização nas práticas de saúde e ao término das discussões os mesmos alunos descobrem que o tema, antes praticamente ignorado, é bem mais complexo e está diretamente ligado à medicina.

Uma pesquisa realizada com residentes médicos, do primeiro e último ano de um Hospital de São Paulo, revelou que ao ingressarem na residência, os médicos apresentavam vaga noção do que seria humanização, considerando-a mais como qualidade na relação médico-paciente, enquanto que ao saírem, a maioria apresentou maior falta de informação e de interesse pelo assunto, inclusive considerando que a humanização tem menos a ver com o seu trabalho e mais com o serviço de voluntários, psicólogos ou de assistentes sociais (MORI; ABRAMOVICH; MONTEIRO, 2007).

Pelas ideias descritas anteriormente verifica-se a necessidade dos hospitais-escola e demais instituições formadoras, desenvolverem e aplicarem a Política de Humanização no seu dia-a-dia, ao mesmo tempo em que repensem e ministrem as disciplinas de práticas humanizadoras e humanidades nos seus currículos e ainda, revivam tais conteúdos com os alunos, num intuito de movimento para integração do binômio serviço-escola (RIOS, 2009).

3.2 CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA

A Terapia Intensiva (TI) é uma área hospitalar considerada crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua e disponibilidade de materiais específicos e tecnologia própria. Segundo a RDC nº 7 (BRASIL, 2010), regulamentada pelo MS, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) são classificadas em: a) Adulto (UTI-A): destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição; b) UTI Especializada: responsável pela assistência de pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, traumas, entre outras; c) Neonatal (UTI-N): destinada à assistência de pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias; d) Pediátrica (UTI-P): atende pacientes com idade de 29

dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição; e ainda, e) UTI Pediátrica Mista (UTIPm): para os pacientes recém-nascidos e pediátricos os quais ficam numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes.

Com o aparecimento das epidemias de poliomielite na década de 1950, surgem na Europa e nos Estados Unidos as primeiras Unidades de Terapia Intensiva Respiratória, permitindo pela primeira vez atender pessoas com doenças respiratórias graves e obter bons resultados. No final dos anos 50, surgem no Brasil os primeiros respiradores mecânicos, e a criação das UTI's nas diversas regiões brasileiras. No Rio Grande do Sul, a primeira foi implantada em 1960, no Hospital Ernesto Dornelles de Porto Alegre, e prestava atendimento aos funcionários públicos do estado (ORLANDO, 2008).

Para Nogueira et al. (2012) é crescente o número de pacientes críticos admitidos nas UTI's as quais são unidades de alto custo, devido à necessidade de espaço físico diferenciado, equipamento de alta tecnologia e equipe multidisciplinar qualificada.

Considerado que a TI é um setor hospitalar onde permanecem internadas pessoas em estado grave, pela necessidade de equipe diversificada de profissionais de saúde para assistência ininterrupta nas 24 horas do dia, estes profissionais tendem a incorporar rapidamente as tecnologias, especialmente às relacionadas aos equipamentos e medicamentos, importantes para o desenvolvimento do trabalho. Porém, essas rotinas exigentes, equipamentos sofisticados e a elevada possibilidade de morte e dor nos pacientes, são condições que prejudicam a motivação e o bem-estar dos profissionais de saúde tornando suas práticas rotineiras e um tanto mecanizadas (CAMPOS, MELO, 2011; RODRIGUES, FERREIRA, 2011; TAVARES, PAWLOWYTSCH, 2013).

Os sentidos atribuídos à TI, principalmente por parte dos usuários, são de: um local com extrema tecnologia, internações somente de pacientes acamados e em coma. Porém, esta realidade apesar de predominante não é verdadeira, pois alguns estão lúcidos e verbalizando suas necessidades e sentimentos. Por isso, dar a devida atenção às máquinas não é propriamente uma ação mecanicista, e sim de cuidado, da maneira mais humanizada possível, a quem depende desta máquina (MARQUES; SOUZA, 2010).

3.3 TERMINOLOGIAS NA SAÚDE E AS RELAÇÕES FAMILIAR/ACOMPANHANTE-PROFISSIONAL

Para esta pesquisa utilizou-se algumas terminologias a fim de evitar contradições ou duplicidade de opiniões. A primeira terminologia proposta foi o emprego da palavra usuário, como a pessoa que usa o sistema de saúde ao invés de chamá-lo de cliente ou paciente. A escolha do termo usuário está em consonância com as concepções do MS (2010) ao entender que a palavra cliente é usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a ideia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado.

No entanto nos serviços de saúde, a expressão “paciente” refere-se aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, implica em poder de decisão e equilíbrio de direitos. Cliente também é uma expressão bastante utilizada, mas remete a ideia mercantilista de prestação de serviço. Usuário é aquele que usa, dando um significado mais abrangente capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema (BRASIL, 2010; SAITO, 2013).

Apesar do MS incluir o termo usuário a todos os envolvidos no sistema de saúde, para diferenciação dos atores desta pesquisa, optou-se em definir como usuário apenas as pessoas hospitalizadas. Os familiares destes usuários presentes durante sua internação, amigos, vizinhos ou qualquer outra pessoa com laços cosanguíneos ou não em relação aos usuários, serão chamados de familiares/acompanhantes.

O termo cuidador não será abordado, pois remete a ideia de quem cuida e muitas vezes o familiar/acompanhante dos usuários internados não são necessariamente seus cuidadores e também, para que, este não seja confundido com profissionais de saúde que cuidam de pessoas. Conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2016) do Ministério do Trabalho e Emprego define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas pelo bem-estar do ser. É a pessoa que presta cuidados a quem esteja necessitando, por estar acamado, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

Então, diante do que já foi exposto, nesta pesquisa são denominados os trabalhadores que cuidam de usuários internados em TI como profissionais da saúde. Para Pinho e Santos (2008) as profissões da saúde contemplam o cuidado com um discurso e uma prática que, coerentemente ou não, culminam em uma multiplicidade de manifestações inerentes ao seu conhecimento formador específico para prestar esse cuidado. No entanto, em determinadas ocasiões, as formas de cuidar podem apresentar-se contraditórias, contrastando com a própria maneira de ser e de agir do profissional que cuida.

Não há como tratar da humanização sem pensar nos sujeitos envolvidos neste processo. Por isso, esta pesquisa propõe o estudo da inter-relação entre esses sujeitos, ou seja, os familiares/acompanhantes como porta-vozes dos usuários e participantes do sistema de saúde e os próprios profissionais. Assim, estando em consonância com o disposto na PNH no que tange a indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os de gerir os processos de trabalho. Pois, os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo de todos os sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2015).

Santana et al. (2012) deixam claro em sua pesquisa a importância da família para a concretização de uma assistência humanizada e ainda, como a interação entre profissionais e familiares ajuda no trabalho da equipe de saúde e na recuperação do paciente.

Estudos têm demonstrado que a participação dos familiares/acompanhantes no cuidado aos usuários de saúde da TI pode beneficiar no tratamento, recuperação e bem-estar dos seus entes hospitalizados e influenciar na evolução do processo saúde-doença (FREITAS, MUSSI, MENEZES, 2012; SANTANA et al., 2012; TOSIMONI, SILVA, 2012; SANTOS, CAREGNATO, 2013; TAVARES, PAWLOWYTSCH, 2013).

A presença dos familiares/acompanhantes é fundamental para o desenvolvimento de uma assistência humanizada, pois, o medo, a dor e a preocupação estão condicionados diretamente com a melhora ou piora dos usuários. A partir desta lógica entende-se que o cuidado é verdadeiramente prestado quando os profissionais conseguem detectar o mundo subjetivo desses, unindo experiências, onde um completa o outro e juntos podem superar desafios (SANTANA et al., 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo de campo, do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa.

O estudo de campo procura aprofundar as questões propostas por meio dos dados de um único grupo ou comunidade, descrevendo com precisão características da estrutura populacional e a interação entre seus componentes (GIL, 2009).

Estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência sobre determinado problema, a partir de uma hipótese consegue explorar elementos necessários para que possa, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja (TRIVIÑOS, 2012).

A pesquisa descritiva busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2010).

A abordagem qualitativa deixa aprofundar conhecimento sobre determinada temática e flexibilidade para explorar os dados. Os pesquisadores que utilizam da corrente de pensamento dos estudos qualitativos não se preocupam em quantificar e sim em valorizar os significados, os motivos, os valores e as crenças dos sujeitos (MINAYO, 2014).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) um dos quatro hospitais pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) localizado na cidade de Porto Alegre-RS.

Para a escolha do cenário da pesquisa levou-se em consideração os objetivos do estudo, a aprovação e o interesse dos coordenadores desse setor para o desenvolvimento deste trabalho. Além disso, a seleção desse local deve-se ao interesse da mestranda em colaborar com o setor na qual exerce suas atividades assistenciais há anos, direcionando, portanto os objetivos da pesquisa para o

favorecimento e aprimoramento de ações mais humanizadoras a partir da percepção dos familiares/acompanhantes e profissionais de saúde sobre a temática.

O HNSC é a maior unidade do GHC e oferece todas as especialidades de um hospital geral em seu ambulatório, na emergência e na internação. Mantém a emergência médica e odontológica aberta 24 horas. Oferece 843 leitos, o que representa 55% do total disponível no grupo. Dos cerca de 30 mil pacientes internados por ano, pelo menos 54% são de Porto Alegre e 34% são da Região Metropolitana. (GHC, 2016).

Com o objetivo de qualificar suas instalações, o HNSC ampliou em 2010 a UTI adulto de 40 para 59 leitos, com complexidade de atendimento nível III, a pacientes adultos da rede pública, tornando-a uma das maiores do SUS no Brasil. Um dos principais diferenciais é a internação de pacientes em boxes individualizados e grande variedade tecnológica (GHC, 2016).

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Fizeram parte do universo desta pesquisa dois grupos. O primeiro, composto por oito familiares/acompanhantes de usuários internados na UTI supracitada. Como requisito fundamental padronizou-se: a idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e, que visitassem constantemente seus entes (pelo menos cinco dias de visita). Essa frequência de visitas foi confirmada pelo boletim de visitantes, disponível na recepção deste setor, acreditando ser este o tempo essencial para formulação de opinião sobre a temática proposta.

O segundo grupo constitui-se por seis profissionais, selecionados por amostragem intencional, um de cada categoria da área de saúde que atuavam direto ou indiretamente com pacientes internados na referida UTI. A seleção destes partiu da observação prévia da mestranda percebendo que demonstravam afinidade com a temática da humanização pelas ações executadas durante os processos de trabalho.

A saturação dos dados foi o que determinou o número de sujeitos participantes do primeiro grupo (familiares/acompanhantes). Para o segundo grupo (profissionais) foram necessários seis sujeitos para atingir os objetivos propostos a partir das sessões grupais, a qual é expressa na literatura um ideal de seis a oito

peças para esta metodologia (BACKS et al., 2011; GATTI, 2012; BOCCATO, FERREIRA, 2014).

O convite aos familiares/acompanhantes aconteceu na sala de espera de visitas, após informar objetivos da pesquisa e suas questões éticas, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE A), nos horários próximos a visita aos internados na UTI. Na visita é permitida a entrada diária de dois familiares/acompanhantes, separadamente, por 30 minutos divididos entre os dois visitantes, em três distintos momentos: às 12h, 17:30h e 20h, sendo que o primeiro horário geralmente dispõe de maior número de visitantes por coincidir com o momento de informações da equipe médica.

Entende-se que em ambientes hospitalares, principalmente onde internam pessoas em estado grave de saúde é fundamental manter a tranquilidade e a harmonia dos que ali estão. Portanto, para o convite de participar da pesquisa houve o comprometimento e o cuidado na abordagem dos familiares/acompanhantes, visto que, estes sujeitos muitas vezes se encontram fragilizados, preocupados e ansiosos com o estado de saúde de seus entes. Por isso, a importância de entender as possíveis reações deste grupo de pesquisados. Assim, para não gerar emoções negativas, sempre se deixou claro que o estudo não interferiria nos cuidados momentaneamente prestados aos usuários, mas sim, que sua participação teria por objetivo contribuir na proposta de mudanças para as práticas humanizadoras no sistema de saúde. Houve mesmo assim, sujeitos que se negaram a participar do estudo e estes foram tratados da mesma maneira aos que participaram, agradecendo sua atenção e desejando-os boas melhoras aos seus entes hospitalizados.

Os profissionais de saúde foram convidados a participarem da pesquisa durante suas atividades práticas assistenciais, explicando-lhes quais benefícios, direitos e deveres de todos os sujeitos envolvidos, conforme o TCLE (APÊNDICE B). O critério de inclusão destes participantes que mediante adesão voluntária, manifestaram interesse em discutir a temática e disponibilidade para comparecer aos grupos, por 2h, em três encontros com datas determinadas pela pesquisadora durante ou não dos seus horários de trabalho.

Os critérios de exclusão foram: familiares/acompanhantes que se recusaram a participar da coleta dos dados e em divergência com os preceitos éticos de pesquisa. Profissionais que estivessem realizando contrato por tempo determinado e

que poderiam concluí-lo durante a coleta dos dados; aqueles que estivessem por ocasião do estudo em gozo de algum tipo de licença e que impedissem de participar deste estudo. Àqueles que se recusassem a participar das coletas de dados e ainda aos contrários aos preceitos éticos deste estudo.

O objetivo na correlação dos dois grupos (familiares/acompanhantes - profissionais de saúde) foi retratar a realidade sobre a percepção da humanização no ambiente de TI a partir do olhar dos sujeitos pesquisados.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora mestranda, durante os meses de julho a agosto de 2015, em momentos diferentes para os dois grupos de sujeitos entrevistados. Como se utilizou métodos mistos para a coleta de dados procedeu-se da seguinte forma:

- **Entrevista semi-estruturada:** para os sujeitos do grupo 1 (familiares/acompanhantes) norteada por roteiro elaborado com base nos objetivos do estudo. O instrumento conteve perguntas fechadas e abertas organizadas em duas partes. A primeira com os dados sociodemográficos dos sujeitos, enquanto a segunda incluía questões relativas ao objeto do estudo, isto é, a humanização da assistência ao paciente, no contexto da terapia intensiva (APÊNDICE C). As entrevistas foram realizadas individualmente, todas em horários próximos (antes ou após) a visita no setor pesquisado, pois eram os melhores momentos para encontrar os familiares/acompanhantes. As durações das entrevistas foram aproximadas de oito minutos cada, e se sucederam na sala de reuniões do setor de TI do HNSC, reservada e disponível previamente para a mestranda pelas chefias deste, garantindo assim o sigilo e o anonimato.

- **Grupos Focais:** para os sujeitos do grupo 2 (profissionais da saúde). Estavam previstos três encontros os quais aconteceram em dias diferentes do mês de agosto, todos das 14 às 16h, portanto, com exatamente duas horas de discussões e reflexões, que ocorreram na mesma sala reservada já supracitada para o outro grupo pesquisado e foram liderados pela mestranda a qual exerceu papel também de moderadora do grupo. Os seis sujeitos desta categoria que aceitaram fazer parte desta amostragem demonstraram igual representação e importância no grupo formado e participaram dos três encontros preestabelecidos, pensados e

preparados com etapas bem definidas para atingir os objetivos das questões focais elaboradas (APÊNDICE D).

Como a pesquisa previa em seus objetivos específicos a criação de um Manual Reflexivo (APÊNDICE E) para distribuição aos profissionais de saúde, uma das discussões do terceiro encontro do Grupo Focal foram os conteúdos necessários neste manual, bem como, o objetivo que se pretendia alcançar com a formulação deste.

Além das propostas preestabelecidas no projeto das questões focais, surgiram neste grupo pesquisado mais duas sugestões de produtos desta pesquisa as quais foram consideradas relevantes, fundamentais e factíveis que gerariam ações não somente para os profissionais de saúde da UTI como se pensou com o manual, mas também para os usuários (pacientes) e usuários (familiares/acompanhantes) denominadas respectivamente de: Tabuleiro Comunicativo (APÊNDICE F) e Banner Informativo (APÊNDICE G).

Para surpresa e contentamento da moderadora, no desenrolar dos três encontros com os sujeitos participantes do Grupo Focal surgiram propostas não apenas para o conteúdo do Manual Reflexivo, mas também para o Tabuleiro Comunicativo e para o Banner Informativo. Ao término da pesquisa os participantes solicitaram que acontecesse um novo encontro, em data futura, para revisão dos produtos propostos por eles nos três primeiros encontros.

Entre os meses de agosto de 2015 a fevereiro de 2016 compilaram-se as ideias e apontamentos registrados a partir das entrevistas com esse grupo de sujeitos pesquisados, formularam-se os capítulos propostos no Manual Reflexivo, bem como, a linguagem abordada e a formatação para impressão gráfica, além da confecção do Tabuleiro Comunicativo e do Banner Informativo.

Como previamente solicitado e também previsto no TCLE existia a flexibilidade para novas entrevistas com os participantes do grupo 2, assim a mestrandia moderadora do grupo, reuniu esses profissionais em mais um encontro com duração de 2h no mês de março de 2016, no mesmo local e horário que aconteceram os três encontros anteriores. Neste momento, foram apresentados os materiais confeccionados, houve leitura em conjunto e discussão de cada tópico de todos os capítulos do Manual Reflexivo.

Devido ao tempo despendido para revisão deste, não foi possível apresentar o projeto do tabuleiro e do banner. Mas foi acordado que estava concluída a

confeção de tais produtos e houve aprovação dos mesmos para impressão gráfica e posterior distribuição.

Neste último encontro participaram apenas três profissionais porque os outros estavam afastados do trabalho por licença saúde. Acredita-se que não existiu prejuízo pela redução do número de participantes neste último encontro, pelo contrário, houve benefício, pois não se previa mais um encontro e portanto, outras contribuições para os produtos da pesquisa.

- **Observação Participante:** realizou-se um roteiro para aplicação, o qual proporcionou a criação de um diário de campo permitindo o registro de situações e comportamentos observados de maneira verbal e não verbal para ambos os grupos analisados (APÊNDICE H).

A observação participante por parte da pesquisadora aconteceu no grupo dos familiares/acompanhantes durante o momento de visitas, na sala de espera e também enquanto estes aguardavam informações. Podendo neste instante perceber como chegavam à UTI e as expressões que demonstravam nos diferentes momentos de espera, tanto para ver seu ente como para conversar com algum profissional.

Para o grupo dos profissionais da saúde a observação perpassava o dia de trabalho nas diferentes situações de assistência direta ao paciente ou nos momentos de contato destes profissionais com os familiares/acompanhantes.

Este tipo de metodologia serviu, nesta pesquisa, para clarificar, a *posteriori*, a percepção sobre humanização dos sujeitos pesquisados, a partir, principalmente das manifestações não verbais registradas no diário. Quando na análise dos dados se conseguiu unir tais informações aos relatos verbais gravados em arquivos de áudio, pode-se entender que a percepção pessoal decorre das atitudes vivenciadas no cotidiano, da bagagem cultural prévia e do caráter individual.

Para Dal-Farra e Lopes (2013) os métodos mistos combinam as formas múltiplas de coletas de dados que sejam compatíveis, dentro de um paradigma de pesquisa, supondo que haverá um entendimento melhor do problema pesquisado.

Segundo Triviños (2012) a entrevista semi-estruturada valoriza a presença do investigador dando liberdade e espontaneidade ao informante, enriquecendo a investigação, a partir de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses determinando inclusive as pessoas que serão entrevistadas.

Em relação ao Grupo Focal (GF) é uma técnica bastante útil nos estudos em que há diferenças de poder entre participantes, interesses pelo uso cotidiano da linguagem ou da cultura de um grupo em particular, quando se quer explorar o grau de consenso sobre certo assunto, ou ainda, compreender diferenças, divergências, contraposições e contradições (GATTI, 2012).

Para Backs et al. (2011) o GF permite a interação grupal permitindo uma ampla discussão sobre um tema ou foco específico e difere da entrevista individual por basear-se no diálogo e não apenas em perguntas e respostas entre pesquisador e pesquisado.

A observação participante é uma técnica fundamentada em descobertas no campo, envolvendo a participação do pesquisador no dia a dia dos pesquisados, ou seja, na observação de pessoas no seu território de atuação, fazendo com que observador e os observados tenham uma relação de interação e passem a ser vistos não mais como objetos de pesquisa, mas como sujeitos que contribuem para o estudo (ABIB; HOPPEN; HAYASHI JUNIOR, 2013).

Todos os dados coletados com as entrevistas foram gravados em arquivos de áudio no formato mp4 e transcritos unicamente pela mestrandia com a autorização prévia dos sujeitos entrevistados, conforme disposto no TCLE.

Além dos áudios, todos os materiais escritos decorrente das transcrições dessas entrevistas, bem como os mapas elaborados para análise dos dados os quais contém informações sigilosas desta pesquisa serão guardados no seu domicílio sob sua responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos, após este período os dados serão destruídos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, realizada por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens. Todos os dados coletados foram analisados a partir de leitura minuciosa do material transcrito, agrupando-se em categorias e subcategorias temáticas.

Essa técnica pressupõe algumas etapas cronológicas, com vistas a garantir o rigor da análise, a saber: pré-análise (retomada dos objetivos da pesquisa e leitura

flutuante do material para constituição do *corpus*¹ e formulação de hipóteses); exploração do material (classificação e agregação dos dados e elaboração de possíveis categorias); tratamento dos resultados (com interpretações e discussões aliadas às reflexões embasadas na revisão bibliográfica do estudo) (BARDIN, 2011).

Pensando na percepção como aquilo que os sentidos mostram, pode-se ter uma percepção conforme a capacidade que os sentidos têm em apresentar algo, estas ideias vão ao encontro das de Fonseca (2012) ao afirmar que, apesar de ser um produto de nossa capacidade sensorial e cognitiva, a percepção é um fenômeno subjetivo de cada sujeito ao qual sofre igualmente as influências das expectativas, dos conceitos sociais, das crenças e da educação que este recebeu.

A pretensão com a análise dos dados foi conhecer a percepção dos sujeitos sobre a humanização, através das mensagens de conteúdo expressas pelos pesquisados, por entender que estas refletem os sentimentos e sensações vivenciados.

Todas as entrevistas individuais e em grupo focal foram transcritas literalmente pela própria mestrandia a qual também confeccionou um mapa esquemático, desenhado em papel cartão, com as narrativas o que proporcionou uma melhor organização e visualização destes dados que associados aos registros realizados pelo observador participante por meio de um diário de campo, descritivo e reflexivo, permitiu registrar as situações apresentadas, as manifestações comportamentais, as comunicações não verbais e as conversas informais que diziam respeito ao tema da pesquisa ampliando o universo e cruzamento dos dados.

As anotações de campo compreendem descrições de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas e situações em estudo, descrevendo observações, reflexões de falas e modos de agir dos sujeitos, fazendo posteriormente comentários críticos sobre as mesmas (TRIVIÑOS, 2012).

Assim, na análise preliminar, foi realizada a organização do material e leitura “flutuante” do mesmo, visando estabelecer contato com os dados a serem analisados, isto é, permitindo a invasão de impressões e orientações para que a leitura se tornasse cada vez mais clara (BARDIN, 2011). Em seguida, o material transcrito foi preparado para releitura a partir de contato direto e intenso com as

¹*Corpus*: termo que diz respeito ao conjunto dos documentos a serem submetidos ao processo de análise a partir das regras de exaustividade, representatividade e pertinência (BARDIN, 2011).

declarações originárias do campo de pesquisa identificando os temas e as unidades de registros que se repetiam.

Após o primeiro mapeamento com as respostas dos sujeitos na íntegra, realizou-se a leitura vertical e horizontal do mapa, destacando (com cores diferentes) as unidades de registros que se repetiam, emergindo as categorias temáticas e subcategorias.

A seguir, estruturou-se o segundo mapa com as categorias e subcategorias emergidas, classificando e sintetizando os dados relevantes. O tipo de mapeamento utilizado, bem como a metodologia da utilização de cores distintas para identificar as unidades de registro foi aplicado igualmente nos dois grupos comparados (familiares e profissionais de saúde).

4.6 QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Neste trabalho foi respeitada a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores das publicações obedecendo todos os princípios éticos segundo a Associação todo o processo foram respeitadas todas as exigências éticas e científicas fundamentais, baseado nas orientações e disposições da Resolução nº 466/2012, do MS na qual estão descritas as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos que envolvem seres humanos.

Os sujeitos pesquisados foram igualmente convidados, respeitados e informados sobre todos os direitos como informantes mediante a assinatura do TCLE. Os termos de consentimento foram distintos entre os grupos de sujeitos pesquisados, devido às técnicas diferenciadas de coleta dos dados.

Esse estudo teve autorização para a realização da coleta de dados junto a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HNSC. Após, obtive o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 43293915.1.0000.5345 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) (ANEXO A), posteriormente, por exigência da instituição proponente a qual foi o HNSC, o projeto também foi submetido ao Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição, para apreciação e aprovação (ANEXO B) com CAAE nº 46549415.8.0000.5530. Somente após aprovação pelos referidos comitês de ética é que iniciaram as coletas de dados desta pesquisa.

Na aproximação com o campo, antes da coleta de dados, foram solicitadas aos participantes as autorizações para uso de dados conforme descrito no TCLE. Para Oguisso e Schmidt (2007) este termo é um processo pelo qual os pesquisadores asseguram que os sujeitos serão informados sobre riscos/benefícios do estudo. A participação não representou risco de ordem física ou psicológica para os sujeitos e não trouxe benefício direto, custo ou recompensa financeira. O TCLE também informou o direito de participar de maneira livre e sem coerção.

Os objetivos e a metodologia foram apresentados de forma clara, em linguagem acessível. Os sujeitos da pesquisa tiveram garantido o anonimato e o sigilo de suas informações. Além disso, a liberdade de participação espontânea e o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa estavam claramente preservados e explicitados.

Para garantir o anonimato dos entrevistados os discursos foram nomeados pela letra **F** – o grupo dos **familiares/acompanhantes**, numerados de acordo com a ordem em que foram entrevistados, sendo identificados por **F1 a F8** e pela letra **P** – o grupo dos **profissionais de saúde**, numerados de forma aleatória, sendo identificados por **P1 a P6**.

As determinações da resolução 466 de 2012 levam a entender que o pesquisador tem um compromisso ético com os participantes envolvidos na pesquisa, devendo retornar o resultado sempre que solicitados. Da mesma forma, os pesquisadores comprometem-se com a segurança e guardo do corpus da pesquisa. Por entender a importância dessa resolução a pesquisadora anexou de forma clara nos TCLE's os seus contatos, tanto de email como telefônico, para eventuais esclarecimentos e devolutiva da pesquisa.

No período de produção desta e confecção da dissertação não houve nenhuma manifestação por parte dos pesquisados. Por motivo de anonimato e sigilo, para a categoria dos familiares/acompanhantes, a mestrandia não guardou seus contatos e nem retornou a encontrá-los no local da pesquisa, dessa forma, em agradecimento aos participantes da sua pesquisa produziu um banner o qual deixou afixado na sala de espera da UTI em questão.

Para a categoria dos profissionais da saúde, tal devolutiva aconteceu individualmente com a mostra dos materiais confeccionados e ainda com a realização do novo grupo focal para discussão dos resultados encontrados como já mencionado.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi organizada de forma a mostrar as características gerais dos participantes do estudo e a análise do conteúdo das entrevistas sobre a percepção da humanização na terapia intensiva.

Embora homens e mulheres tenham sido igualmente convidados a participarem da pesquisa, todos os sujeitos do estudo, nos dois grupos comparados, foram coincidentemente do sexo feminino.

A idade dos familiares/acompanhantes oscilou entre 20 e 62 anos. Prevaleram os estados civis: casada e viúva, com iguais 37,5% para cada uma desta representatividade, os 25% restantes eram solteiras. Nenhuma se declarou divorciada. Em relação ao tempo de hospitalização do familiar/acompanhante variou entre 6 a 150 dias, períodos semelhantes ao tempo de internação na UTI pesquisada, a qual foi de 5 até 141 dias. Apenas uma pesquisada relatou a experiência de ter este mesmo familiar/amigo/conhecido internado previamente na mesma UTI em questão, por outras duas vezes em períodos bem diferenciados.

O perfil sociodemográfico do grupo dos profissionais de saúde não foi pesquisado, pois se avaliou que a idade e o tempo de profissão não seriam significativos em relação à percepção sobre humanização. Considerou-se que entrevistas grupais apenas com profissionais de diferentes formações acadêmicas que trabalhassem na mesma UTI, seriam condições necessárias para o enriquecimento da temática. Assim, o universo pesquisado deu-se pelas profissionais: enfermeira, técnica de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, médica e auxiliar administrativa independentemente do tempo de serviço e de possuir ou não especialização na área da Terapia Intensiva.

A partir da análise temática dos conteúdos das entrevistas com os sujeitos do grupo 1 (familiares/acompanhantes) emergiram seis categorias, decorrentes das falas mais significativas conforme o número de unidades de registros as quais se repetiam e tratavam da humanização na TI conforme objetivos do estudo. No entanto, ao comparar o grupo 1 com o 2 (profissionais de saúde) identificou-se semelhança nas falas, permitindo e gerando as mesmas categorias e subcategorias para os dois grupos pesquisados.

O quadro 1 apresenta as categorias emergidas, as subcategorias e as unidades de registros (UR) significativas, ou seja, com o número de vezes que se repetiam para cada um dos grupos comparados.

Quadro 1: Apresentação das categorias e subcategorias com suas UR.

Nº	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registros	
			Familiares/ Acompanhantes	Profissionais de Saúde
1	<i>Acolhida</i>	1.1 Pela Recepção 1.2 Pelos Profissionais de saúde	9	7
2	<i>Comunicação</i>		10	16
3	<i>Profissionalismo ético e sensível</i>		15	16
4	<i>Aspectos desfavoráveis</i>		19	7
5	<i>Percepção sobre a Humanização</i>		7	10
6	<i>Religiosidade/ Espiritualidade</i>		5	2

5.1 ACOLHIDA

Esta categoria surgiu a partir das várias falas dos entrevistados sobre o valor da apresentação pessoal, de ser tratado pelo nome, ou seja, a importância de saber com quem e para quem se conversa ou simplesmente se expressa. Sentir-se acolhido para os entrevistados, também envolve momentos afetuosos ou simplesmente ações decorrentes da comunicação não verbal como: o toque, um sorriso ou estar disponível para ouvir e aberto para entender as demandas.

Aqui não tenho reclamação e nunca tive em outras vezes que vim visitar outras pessoas, é tudo bem tranquilo. Sempre trataram bem, sempre se identificaram, não teve aquilo de, como se tu fosse assim, porque aqui é um hospital, mas por traz disso tem o sentimento. Tá teu familiar ali, dói. Mas às vezes, tu não quer vir, ninguém quer vir aqui, mas a gente é obrigada a vim, então se a gente é recebido com um sorriso já muda muita coisa (...). (F7)

O acolhimento é tratado como recepção do usuário pelos profissionais de saúde, desde sua chegada aos serviços, responsabilizando-se integralmente por ele, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2015).

A PNH do MS, na cartilha do “Acolhimento nas práticas de produção de saúde” (2010), elucida o acolhimento como uma diretriz que não tem local, horário ou profissional específico para acontecer, pois trata de uma postura ética de atenção e gestão que implica na escuta do usuário, no reconhecimento de suas necessidades favorecendo para a ocorrência de uma relação de compromisso e solidariedade entre todos os atores envolvidos.

Segundo a PNH (2010) a proposta do acolhimento, articulada a outras propostas de mudanças no processo de trabalho, como a ambiência, a formação do trabalhador e a clínica ampliada são recursos importantes para a humanização nos serviços de saúde. Portanto, espera-se ser acolhido ao adentrar em um serviço tão complexo como a TI, pois é a partir do tratamento respeitoso e saudoso que se iniciam e estreitam laços importantes em situações estressoras da vida onde, mesmo um simples local de espera pode tornar-se acolhedor.

Eu acho assim até que aquela salinha ali [referindo-se a sala na recepção] até é uma salinha vip (...) aqui pelo menos tem bastante atenção. Eu achei assim que, olha, são bem legais, tanto faz estagiário como médico foi maravilhoso com nós (...), eu só penso que eu chego do serviço e me sento ali. (F3)

Merenda Júnior e Sylla (2013) apontam o acolhimento também como processo de abordagem do usuário englobando o espaço físico no qual este é recebido o qual deve estar preparado adequadamente para proporcionar o conforto, bem estar e a privacidade do mesmo.

Entender o acolhimento como um dos caminhos para a humanização no atendimento implica na garantia de acesso a todas as pessoas a partir do respeito, escuta qualificada dos usuários, visando fornecer sempre uma resposta positiva aos seus problemas de saúde e responsabilizando-se pela resolução de seu problema (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

Para Prochnow et.al. (2009) as ações de aproximação profissional na relação com o usuário que procura os serviços de saúde pressupõe que o

acolhimento não é ferramenta que se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção. Pode-se verificar essa sucessão metodológica que direciona a aproximação entre os sujeitos envolvidos no processo do acolhimento a partir das falas de alguns profissionais que participaram deste estudo:

Acredito ser importante saber como o paciente está se sentindo. Como passou a noite, o que comeu. Promover palavras de auto-estima como: “as coisas vão passar”, “são apenas períodos ruins”, “o senhor já melhorou bastante”. (P2)

Como é importante explicar o que estamos fazendo, por que é importante mudar o decúbito, por que dá dor no corpo, muitas vezes explicamos o porquê das coisas e o paciente entende e contribui. Outra coisa é trazer situações que o paciente vivenciava antes da internação, para estimular o tratamento como: o trabalho ou atividades que ele fazia antes de estar na UTI e que poderá fazer depois da recuperação. (P4)

Eu sempre uso a sala de entrevistas para acolher e conversar com os familiares em lugar reservado. Sentado, com a possibilidade de ouvir estes familiares. Já comprei quadrinhos, aqueles que estão lá pendurados. Incentivo os colegas a usarem a sala. (P1)

Conforme a fala dos profissionais percebe-se que existem sujeitos que praticam e tem a clareza que o acolhimento faz parte do seu papel enquanto atuantes no cuidado à saúde e assumindo as diretrizes preconizadas na PNH ao tratar do acolhimento como tecnologia para todos os níveis de atenção à saúde, como resolutividade e responsabilização aos usuários. Desta mesma forma, Guedes, Henriques e Lima (2013) entendem que o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram pelos serviços, sabendo ouvi-los e assumindo uma postura capaz de escutar, identificar necessidades e pactuar respostas mais adequadas coerentes com suas demandas.

Evidencia-se neste estudo que os profissionais de saúde sabem a importância do atendimento acolhedor conforme o preconizado na PNH do SUS, e principalmente, executam constantemente tal diretriz no exercício de suas atividades. Além disso, os usuários (representados aqui pelos familiares/acompanhantes) identificam o acolhimento como ferramenta fundamental para o atendimento às suas necessidades e sentem-se melhor tratados, compreendidos e amparados quando são acolhidos por toda a equipe.

5.1.1 Acolhida por parte da recepção

As falas dos sujeitos pesquisados enfatizam a diferença do acolhimento pelos recepcionistas da UTI e pelos diversos profissionais da área da saúde. Por isso, na primeira categoria denominada “Acolhida” emergiram duas subcategorias que distinguem a acolhida: por parte da recepção e por parte dos profissionais de saúde.

O acolhimento por parte da recepção refere-se diretamente ao atendimento destes profissionais que atendem na porta da UTI e que muitas vezes os profissionais de saúde não conhecem, não sabem ao menos seus nomes, apenas que existem e que recepcionam os visitantes. Porém, podem-se evidenciar nas falas dos familiares/acompanhantes que os recepcionistas são não figurantes e sim profissionais lembrados, pela maioria dos entrevistados, como importantes acolhedores, mesmo não sabendo seus nomes:

Eu tava chorando muito, a recepcionista veio de lá e trouxe um pano pra mim, então ela foi muito querida e ela disse que eu podia ligar, porque eu não queria ir embora, mas ela fez eu ir. Às 10 da noite e ela disse que eu podia ligar que ela ia ver ela pra mim (...). (F5)

Em geral quando eu chego aqui eu falo direto com a moça, não sei o nome dela da recepção que tá ali agora, ela me trata super bem, não tenho do que me queixar não, tanto que quando eu chego, eu sempre procuro por ela. Ela trabalha muito bem, ela sabe atender as pessoas, é o que eu acho. (F1)

O atendimento aqui não tem nada o que melhorar. Desde a recepção, a guria é maravilhosa, ela fica com a minha bolsa, ela é muito legal. Não posso dizer nenhuma crítica das pessoas, são bem atenciosas quando a gente entra e sai e tal. (F3)

No entanto, existem familiares entrevistados que lembram a recepção de modo não tão acolhedor. Apesar de tais ações não serem preconizadas pelo SUS, precisa-se retratar como é a visão destes usuários frente à postura do profissional que está na entrada da UTI, e que este, pode influenciar toda a percepção de acolhimento na terapia intensiva.

(...) eu me programei para vim visitar, quando cheguei a recepcionista me informou que já tinha alguém lá no quarto, fiquei esperando. Esperei, esperei e nada, a pessoa saiu a recepcionista nem viu, largou o crachá e foi embora, ela não sabia me dizer nada, não sabe quem entra e quem sai. Eu fiquei só esperando e isso é uma coisa muito ruim. (F8)

O que eu acho ruim no atendimento aqui é ali na portaria, na hora de entrar. Elas ficam falando o que tem que acontecer, como é que tem que fazer pra entrar e tudo, aí elas ficam insistindo, barrando. Eu acho que elas não precisavam toda hora estar falando a mesma coisa. (F2)

O que se pode perceber que apesar do papel da recepção incluir informações e orientações aos visitantes, essa função não é entendida como importante. Isso porque talvez não seja transmitida da melhor forma aos usuários, fazendo-os compreender que faz parte do processo hospitalar tais informações.

Outro nó crítico percebido no acolhimento por parte da recepção é a percepção que os profissionais entrevistados têm sobre os recepcionistas. A visão é que a maioria atende mal, com descaso aos usuários e sem interesse em acolher os visitantes. Quem sabe ocorra tal percepção pela falta de contato entre essas categorias profissionais e por sugerirem que não há formação em serviço para esses recepcionistas.

(...) já trabalhei em todos os turnos, eu vejo, que pode ser difícil, mas eu ainda acho que tu tem que ter o perfil e o dom. O dom para falar com as pessoas. A recepção é a porta de entrada. Elas não se dão conta. Tão falando com o familiar, tão comendo bolacha, tão no celular, no computador. (P6)

A recepção é muito, muito ruim (...) elas ficam perdidas. É uma montoeira de gente, elas ficam, às vezes, uma só, pros 59 leitos, uma pessoa só, não tem como. É por isso, porque falta profissional habilitado pra essa atribuição, falta orientação, treinamento, não tem como. (P1)

Guedes, Henriques e Lima (2013) corroboram com a ideia de acolhimento como colaboração para a garantia de um atendimento de qualidade e humanizado, em que cada profissional é essencial e deva possuir uma visão holística do ser humano a ser atendido. Contudo, essa colaboração somente poderá existir se o acolhimento for entendido como um processo de corresponsabilidade de todos por meio do trabalho em equipe multiprofissional, qualificada e capacitada para tal, com postura acolhedora de todos e com o estabelecimento de vínculos usuários-serviços (SILVA; ALVES, 2008).

5.1.2 Acolhida por parte dos profissionais de saúde

Esta subcategoria surgiu pela diferenciação relatada no acolhimento pelos profissionais de saúde. Os familiares/acompanhantes identificam o cuidado de

forma acolhedora pela equipe multiprofissional que atende na terapia intensiva. Tudo isso se pode perceber nas falas abaixo descritas:

E as enfermeiras lá, não tenho queixa de nenhuma. A enfermeira chefe chega a vim e dizer assim: querida! (F5)

Eu só posso te dizer que é bom o atendimento aqui, desde a recepção, dos médicos, das enfermeiras, lá dentro é bom. (F4)

Eu acho até que aqui é bem acolhedor. Eu acho que eles tratam bem. Já aconteceu de eu chegar lá no quarto no horário de visita e eles [referindo-se aos técnicos de enfermagem] tão dando a comidinha pra ela. (F8)

O atendimento aqui é ótimo. Já começou com o doutor [fulano de tal: ignorado nome para não identificar o profissional], super atencioso, adorei o doutor! Eles mesmos [referência a toda equipe multiprofissional], na hora que ela chegou muito mal, todo mundo lá falou comigo. (F5)

O que remete é a visão dos familiares/acompanhantes para a importância de gestos simples como ofertar uma refeição, utilizar expressões dóceis ou até mesmo dar atenção e informação, são situações que proporcionam acolhimento a quem precisa dos serviços de saúde.

Na visão de Guedes, Henriques e Lima (2013) o acolhimento significa a humanização do atendimento e pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas em um conjunto de atividades que prioriza a escuta, a identificação de problemas e intervenções que sejam resolutivas para o enfrentamento as demandas dos usuários.

Garuzi et.al. (2014) revisaram 21 artigos que tratavam do conceito de acolhimento para as práticas de saúde. A maioria destes estudos entende o acolhimento como um arranjo tecnológico que almeja assegurar acesso aos usuários, objetivando a escuta, a resolubilidade com responsabilização e aproximação com o usuário, possibilitando o estabelecimento de vínculo entre os envolvidos.

Os profissionais de saúde também entendem que o acolhimento visa à escuta qualificada e deve promover a resolução efetiva das demandas dos usuários com certo envolvimento nas relações.

Pra mim a compreensão em relação à humanização faz parte do escutar e querer entender, fazer um esforço para isso. Porque nas condições que a gente encontra os pacientes ou com um tubo na boca, ou com uma traqueostomia, ou que estão acordando, e aí tu tens que ouvir: "ah! Tá agitado". E deu. Não querem entender ele. Quantas pessoas dizem que preferem atender dois pacientes intubados do que um acordado. (P2)

Eu acho que essa humanização em relação aos familiares passa no atendimento a essa demanda, nessa ansiedade que eles têm. Se a gente começar nos primeiros encontros a tirar as dúvidas, sentar e ouvir, fazendo o atendimento com a expectativa que está tudo muito cheio, que tem muita gente para atender, ou o contrário, se você se sentar, já começa dando uma relaxada na relação. (P1)

A forma de se estabelecer um envolvimento deve proporcionar aproximação a fim de humanização, proposta do acolhimento nos serviços de saúde e não tratada como atitude de bondade ou um favor dos profissionais de saúde para com os usuários.

Segundo a PNH do MS, na cartilha do “Acolhimento nas práticas de produção de saúde” (2010) a proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão é um dos pilares para a humanização dos serviços de saúde. É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como afetabilidade, mas sim como produto que qualifica uma relação numa condição que se dá na recepção aos usuários.

5.2 COMUNICAÇÃO

A comunicação é tratada como fator diferencial para o atendimento humanizado tanto por parte dos profissionais de saúde quanto pelos familiares/acompanhantes, ficando evidente nesta pesquisa quando se percebe nas declarações dos sujeitos. Segundo esses, não há como existir um bom acolhimento, nos moldes preconizados pelo MS, se não houver comunicação com o mínimo de efetividade e clareza.

Tinha um familiar no leito 10 muito desesperado pra saber o que era aqueles aparelhos, porque o paciente estava tipo com uma baba e tal. Eu disse assim: vamos conversar um pouquinho. O senhor se acalme, está dando ali uma emergência, assim que der eu vou chamar o médico, assim que der ele vai dar informação, eu não sei lhe dar, mas fiquei ali, acalmando ele, conversando com ele, depois veio o médico, conversou um pouquinho com ele e ele saiu tão feliz, tão feliz (...) eu não disse nada pra ele, eu até nem sabia, nem conhecia o paciente, mas ele conversou um pouquinho com o médico e bem isso, que tu falaste, ele perguntou: porque que era aquela aparelho, pra que era aquilo se era comida, se era dieta, bem simples. Agradeceu, agradeceu, e ficou bem. (P5)

Todas as vezes que eu venho não tive problemas no atendimento aqui, a não ser esse probleminha de comunicação. Comunicação realmente eu acho que é o maior problema porque tu não sabe quem é que está lá dentro, eles [referindo-se a recepção] não sabem informar, porque não tem nome, não tem nada ali, aqui não se dá nome nem quando entra (...) aqui só dizem que tem uma pessoa, tu não sabe quem é. (F8)

A comunicação envolve formas verbais e não verbais. O verbal se refere à linguagem, escrita e aos sons das palavras emitidas. Para que haja uma boa interação entre profissionais e usuários de saúde é fundamental desenvolver habilidades de modo a aplicar bem o processo de comunicação em todas as práticas assistenciais e gerenciais (PONTES, LEITÃO, 2008; BROCA, FERREIRA, 2015). Tudo isso pode ser evidenciado nas falas abaixo:

De ruim no atendimento é a comunicação do médico que às vezes não corresponde. Às vezes a gente não quer ouvir coisa ruim, com certeza, mas ele pode tentar um pouco, explicar mais. Simplesmente a pessoa tá respirando melhor, já vou mandar para o quarto. (F7)

Eu tenho uma queixa, a médica (...) a gente fez um acordo com a filha dele, ela trabalha, ela pediu pra fazer um acordo de vim ao meio dia para poder falar com o médico, todo dia ela vem e fala com a médica, e o dia que a gente resolveu vim ao meio dia a médica não nos deu informação, disse que falava todos os dias com a filha dele e que era pra perguntar para filha dele, só que isso é um dever dela passar pra nós e não a filha dele, entendeu, é isso que a gente não gostou. (F1)

Acredito que a gente deve melhorar a comunicação com os pacientes, fornecendo a campanha para aqueles que conseguem chamar e se expressar, se apresentar diariamente aos pacientes e familiares e também melhorar a comunicação entre os profissionais, mesmo que não se gostem a relação interpessoal é primordial e deve ser respeitada. (P5)

Para Kitajima e Cosmo (2008) a comunicação envolve um complexo multifacetado de diversidades comunicativas que envolvem não somente a forma verbal e tonal de expressão, mas também postural e principalmente como o conteúdo destas informações é transmitido aos usuários e suas famílias.

A comunicação não verbal se refere aos gestos, expressões, toque e à postura perante o outro. E também é tratada pelos sujeitos desta pesquisa como relevante a prática assistencial e ao atendimento mais humanizado.

Quando eu vou atender os pacientes eu sempre me apresento, boto a mão no peito dele e me apresento, porque eu estou invadindo o território dele, é o corpo dele, é ele. As pessoas que não fazem isso perdem tudo aquilo que gente recebe de retorno, tu é que mais ganha quando és assim. (P4)

Antes de fazer os procedimentos [suprimido o procedimento para não identificar o profissional] eu explico o que vou fazer, antes de tocar nele. Pego na sua mão, me apresento, pois é o corpo dele o nosso objeto de trabalho. (P5)

A comunicação na TI deve ir além das palavras e das informações porque aquele que está internado perde sua privacidade, expõe seu corpo que fica restrito e suscetível no leito e neste momento, a comunicação se dá pelo seu corpo. Por isso, o momento do exame físico deve ser respeitoso, cercado de carinho e de palavras de incentivo e conforto (KITAJIMA; COSMO, 2008).

Inclusive para Broca e Ferreira (2015) conhecer os elementos que compõem o processo de comunicação entre os interlocutores, bem como o que interfere negativamente e positivamente para que haja uma relação concreta e firme, é requisito chave para a prestação de uma assistência humanizada.

É indiscutível a importância de uma consistente comunicação capaz de promover o bem estar entre todas as partes envolvidas. Isto pode ser percebido quando os depoentes tratam dos benefícios e malefícios que a comunicação pode proporcionar se não for adequada, efetiva, respeitosa e sincera.

5.3 PROFISSIONALISMO ÉTICO E SENSÍVEL

Esta categoria teve bastante impacto neste estudo pelo número de unidades de registros significativas que apareceram para os dois grupos de sujeitos comparados, pois é vista como pilar fundamental para a humanização.

A existência de um profissionalismo ético e ainda, sensível que transcenda o conhecimento teórico permitindo aplicar ações e condutas que não ferem princípios científicos e morais, mas resultem em desfechos mais “humanos”, são vistos como uma diretriz para a humanização na TI. Tudo isso pode ser compreendido nos recortes das falas:

Aí eles arrumaram uma TV pra ela, uma enfermeira que quis arrumar pra ela, não é exigência minha nem dela, até me admirei, então eu fiquei feliz que pelo menos ela tá se entretendo com a TV (...) até teve também a outra chefe da noite, ela chegou e me perguntou se eu era a mãe dela, eu disse: sou. Então ela disse: fica aí então e dá o mingauzinho pra ela, pode ficar. Então eu acho assim isso maravilhoso (...). (F5)

Na realidade essa coisa de se importar, eu me lembro quando eu entrei aqui: ah! você não pode ir visitar os pacientes no andar, ah! você não pode se importar tanto, te envolver tanto com os pacientes, você não pode se envolver. Mas é por isso que eu trabalho com gente, se eu não quisesse me envolver eu trabalhava com papel (...). (P4)

Os serviços de saúde devem estar preparados para enfrentar situações específicas de cada indivíduo provendo recursos para as diversas experiências, as quais mesmo que pareçam inusitadas são peculiares e importantes para quem vivencia. Assim, as boas práticas no campo da saúde incluem, na sua formulação e desenvolvimento, além dos fundamentos teóricos (evidências científicas), mas também a compreensão do ambiente, de todo o contexto dos pacientes, das crenças, valores e princípios éticos daqueles que constroem e dos que são alvo das ações e serviços (GUERRERO et al., 2013).

As falas permitem perceber que ações consideradas simples, de fácil realização, podem ser ridicularizadas, mal vistas, ou mesmo improcedentes, pois não foram pensadas para o contexto da saúde, muito menos para um setor de acesso restrito como a UTI. Um dos profissionais participantes do estudo relata como gestos, considerados “estranhos” podem prover uma assistência mais fraterna deixando recordações tanto para quem pratica quanto para quem recebe essas ações:

Eu não vou me esquecer nunca, nunca, na UTI velha um dia a gente tinha um paciente agitado, agitado. Eu disse pra ele: o que o senhor quer? Ele: eu quero um cigarro. Mas o senhor não pode fumar! Eu não quero fumar. Foi dado o cigarro e ele ficou a tarde inteira com o cigarro pendurado na boca e não incomodou mais (...) eu me lembro também de um menino que era uma paralisia, ele era um toquinho, queria um pirulito de uva, era uma coisinha de nada que deixou a criança (...) é um bem que tu faz que, às vezes, deixa tranquilo. (P3)

Estudos referem que viver com qualidade na UTI acelera a recuperação e diminui as sequelas emocionais no pós alta. Ou seja, algumas recordações podem ser tão traumáticas e estressantes que podem deixar marcas para toda a vida dos internados. No entanto, tais sequelas poderão ser amenizadas com situações afetuosas, boas lembranças e experiências que permitam sentir-se singular e único (HABERKORN; BRUSCATO, 2008).

A ideia do profissionalismo ético e sensível na humanização da assistência remete a necessidade, iminente, dos profissionais que atuam com os usuários do sistema de saúde em se colocar no lugar desses, pensando como gostariam de

serem atendidos, quais ações considerariam importantes para seu tratamento e de que maneira gostariam de serem ouvidos e tratados. Assim, muitas atitudes poderiam ser revistas, reformuladas ou mesmo abolidas por não serem compatíveis com uma assistência holística e humanizadora.

A PNH faz referência desde a sua criação ao profissionalismo sensível como postura ética na qual pressupõe que não há local ou profissional específico para realizá-lo implicando no “abrigo” das demandas e conseqüentemente encaminhamento com responsabilidade e efetividade (BRASIL, 2004).

5.4 ASPECTOS DESFAVORÁVEIS

Esta categoria aponta os aspectos que dificultam a humanização dentro da TI porque são tratados como ações, gestos e condutas que criam barreiras dificultadoras para a humanização no atendimento à saúde. Como pode ser percebido nas declarações de familiares/acompanhantes:

(...) porque assim, a minha filha tentou o suicídio e aí todo dia vinha comida normal com garfo e faca (...) ontem veio carne de panela e com o garfo e a faca quebrando tudo, de plástico, aí sinceramente eu acho que é discriminação (...) se ela tivesse dando perigo, aí sim, ela ta pra ir pra psiquiatria (...) preconceito, vou te dizer sabe, porque dizem que ela é bipolar, mas é preconceito e preconceito dói. Aí ontem na hora do almoço (...) alguém pediu outra sobremesa de mouse de morango no nome dela, pegaram e levaram pra outro doente, pra outro, ou alguém comeu, e aí a noite não veio a sobremesa pra ela, hoje de meio dia não veio a sobremesa pra ela também, aí de noite não veio também (...). Mas aí eu acho que isso é uma judiaria, isso é ruim. A discriminação, porque isso aí me chateou, ela não pediu, ela ouviu falar o nome dela pedindo a sobremesa no nome dela, e ela é bem inteligente, ela ficou quietinha e outra pessoa levou a sobremesa dela. (F5)

(...) a médica chegou, e deu um chocolate pra menina, aí ela ficou com o chocolatinho lá, daí daqui um pouco veio a enfermeira, simplesmente puxou o chocolate e botou no lixo, rispidamente, mais que uma vez. Outro dia, a mesma médica deu outro chocolate pra ela, quis agradar ela, se ela deu, foi a médica que deu, não sei porquê. Daí a enfermeira chega, xinga eles tudo e jogou no lixo. Ela poderia ter um pouquinho mais de educação. Só isso que eu ouvi eles falarem, no mais eles falam bem. (F8)

Na visão de Silva et. al (2012) as situações ditas desumanizantes, como comentários inoportunos, barulhos constantes, falta de privacidade do usuário e a utilização de rótulos e apelidos para se referir a ele, ocorrem em muitos setores assistenciais de saúde, não sendo exclusiva de locais de alta complexidade ou com

grandes recursos tecnológicos.

A PNH (2004) foi pensada devido às muitas dificuldades para prover um tratamento mais humanizador, decorrente de inúmeros motivos principalmente devido ao baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, gerando um comprometimento das práticas de saúde e da responsabilização com os usuários em suas diferentes necessidades, com forte desrespeito aos seus direitos.

Fenômenos genericamente apontados como desumanos, ou práticas desumanizadoras, denotam mais que falhas éticas de trabalhadores ou gestores, correspondem a fatos cuja origem revela e expressa determinadas concepções de trabalho e de suas formas de organização (BRASIL, 2010).

Ela [se referindo a paciente] já vai sair dali, ela tá menstruada, ela tinha que tomar banho, ela toma banho no chuveiro e aí essa [técnica de enfermagem] assim: “ah! eu não estou acostumada”. Ela está acostumada com aqueles que estão bem mal, ela não está acostumada a levar no banheiro pra tomar banho. Aí a minha guria disse que ia esperar a da noite [técnica de enfermagem do noturno] chegar (...) aí a minha guria ficou constrangida, ela disse que estava acostumada só com aquelas pessoas que estão doentes e não com ela que está bem (...) mas foi a primeira de todo esse tempo. (F5)

Alguns profissionais percebem que muitos aspectos no manejo com os usuários (internados e familiares/acompanhantes) podem ser desumanizantes e assim, serem considerados dificultadores do processo que leva a execução das diretrizes sugeridas pelo SUS ao tratamento e envolvimento com os usuários.

Há muita desumanização de todos os lugares do hospital, porque muitas vezes eles são despejados aqui e eles vêm com um pré-conceito de que aqui na UTI é o fim. (P6)

Outra coisa é a personalização. Tu às vezes fala: “tu estás com o paciente do 58?” A pessoa tem nome, está na porta, é fácil de olhar. (P4)

(...) eu disse para a paciente: tem coisas que tu podes e coisas que tu não pode se negar, é que nem injeção, você não pode se negar. De certa forma é o pacote do tratamento, do atendimento. Se eu não precisasse eu não faria, vou tentar fazer da melhor forma possível, mas tu não pode escolher (...). (P4)

Porém, são situações como as citadas anteriormente, consideradas neste estudo como aspectos desfavoráveis a um atendimento acolhedor, que levam algumas vezes ao distanciamento profissional-usuário porque não dá voz e não

identifica a pessoa como coparticipante do seu processo de cuidado, com autonomia para decidir, opinar ou se integrar ao sistema de saúde. Faz parte de muitos profissionais de saúde a ideia de detentores do saber onde ele executa e o usuário é meramente o “paciente” que sofre a ação.

5.5 PERCEPÇÃO SOBRE A HUMANIZAÇÃO

A formação desta categoria foi construída a partir de conceitos elaborados, reformulados ou simplesmente citados pelos pesquisados. Todos os profissionais entrevistados apresentaram sua própria definição e explicitaram maneiras de agir que consideram humanizadoras no exercício de suas atividades assistenciais e gerenciais.

No entanto, para a categoria dos familiares/acompanhantes entrevistados, a maioria não conseguiu formular um conceito de humanização quando questionados, inclusive desconheciam tal palavra. Ao ser formulado um conceito ou introduzido uma explicação, todos conseguiram expressar suas percepções sobre a humanização na TI a partir da maneira como vivenciavam os processos assistenciais e principalmente de como eram acolhidos pelos profissionais.

Essa se tornou uma categoria ímpar por revelar diretamente a maneira perceptiva que os familiares/acompanhantes dos usuários internados na UTI, bem como os profissionais deste setor têm sobre a humanização neste ambiente considerado de alta complexidade.

Entende-se a percepção como ideias subjetivas, originadas por sensações e estímulos externos direcionados ao sistema nervoso central dando capacidade para os seres humanos de associar as informações à memória formando conceitos e determinando comportamentos (OLIVEIRA; MOURÃO-JÚNIOR, 2013).

A percepção da humanização para os sujeitos desta pesquisa apareceu primeiramente a partir de questionamentos somente sobre o que seria a humanização, surgindo alguns conceitos como pode ser evidenciado nas declarações a seguir:

Eu acho que humanização é a pessoa, ser humana com os outros né, ser legal né. Pra mim humanização é ser humano, caridoso, ser querido, não é isso? (F5)

Pra mim é humanidade, é pensar no próximo, não ser só o profissional (...) (F7)

Para os familiares/acompanhantes a percepção de humanização vai ao encontro das ideias apontadas em um estudo realizado na cidade de Cuité (PB), onde acompanhantes de crianças hospitalizadas retratam os fatores facilitadores para uma assistência humanizada os quais foram elencados: a empatia, o diálogo e a valorização humana (TORQUATO et al., 2013).

É o cuidado com afeto, com sensibilidade, escutando o outro. (P1, P2, P3, P4, P6)

Humanização é atender com carinho, com afeto. Que bom se todo mundo fosse assim! Então, é o mínimo de respeito, de consideração, de atendimento, no sentido que ele se sinta seguro contigo, saber que tu vai fazeres o que for melhor para ele (...). P4

A percepção da humanização na TI para os profissionais de saúde desta pesquisa assemelha-se às percepções encontradas em outro estudo realizado na área de urgência e emergência na cidade de Teresina no estado do Piauí. Ambos revelam que os profissionais têm conhecimento significativo em relação à humanização na assistência e retratam a humanização na forma de respeito à dignidade e à singularidade do indivíduo, além de um cuidado técnico que envolve o compromisso voltado aos valores do ser humano, favorecendo um vínculo entre cuidador e ser cuidado, facilitando e tornando menos doloroso os processos de restauração da saúde (CAVALCANTE; DAMASCENO; MIRANDA, 2013).

O que se evidencia é que todos os entrevistados, uns com maior ou menor clareza, têm seus próprios conceitos de humanização os quais devem ser respeitados e considerados, pois não há uma definição única e nem tampouco simples que permita assegurar exatamente ou elencar de forma precisa como agir para ser “humanizador”.

Pode-se afirmar que a PNH do MS existe para tentar assegurar que os profissionais de saúde tratem os usuários e sejam também tratados da melhor maneira possível, com recursos “humanizantes” a partir de uma série de recomendações, preceitos e sugestões para a concretização do atendimento humanizado. Porém, existem barreiras dificultadoras nos serviços de saúde como, por exemplo, a desvalorização profissional, a sobrecarga de trabalho e estrutura física dos serviços que impedem a efetividade desta política pública (CAVALCANTE; DAMASCENO; MIRANDA, 2013).

5.6 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

Apesar de ser uma categoria com menos unidades de registros nos dois grupos de sujeitos comparados nesta pesquisa, ela não deixa de ser importante pelo destaque, percebido pela entrevistadora, nas entonações e variações das falas dos depoentes ao tratar do tema.

A utilização dos termos fé, crença, religião e espiritualidade muitas vezes são considerados sinônimos. Cabe ressaltar que neste momento o importante não é saber conceituar cada um destes, apenas diferenciar suas atribuições. A espiritualidade é uma orientação de cunho filosófico que produz comportamentos e sentimentos que dão significado a vida. Enquanto a religião é o credo na existência de um poder superior sobrenatural capaz de controlar todo o universo. Já a crença é algo resultante das experiências da vida cujas convicções não são fundamentadas na racionalidade (SOUZA et.al., 2015).

Ao abordar a fé, a realização de orações ou até mesmo a utilização de objetos santificados e/ou bentos como válvula de escape ou único meio de esperança para um tratamento ou recuperação do quadro saúde-doença, fica evidente a relevância desta categoria como um requisito a humanização na TI. Tudo isso pode ser percebido nas falas:

(...) porque dizem que quando a pessoa está em coma e se tu fala, fala, fala com ela e eu orei muito, pra mim eu achei maravilhoso porque eles deixarem eu, porque dali ela acordou, no outro dia já foi melhorando e graças a Deus ela já tá pra ter alta. (F5)

Eu tenho outra religião, então eu sempre acho que numa simples palavra tu consegue ajudar a pessoa, ou assim, aqui muitas vezes a gente escuta a dor (...) eu tenho medo de perder a minha mãe. Eu sei que ela vai sempre para um plano melhor, que nem agora no caso aqui, e com o meu marido quando ele partiu, eu sei que ele tá bem, isso eu sempre acreditei. Mas tem horas que tu se sente assim, tão diminuído, tu quer ajudar, tu quer fazer alguma coisa diferente, mas não tem muito o que tu fazer. (F6)

Em estudo realizado por Schleder et al. (2013) com 45 familiares de usuários internados em uma UTI revelou que todos acreditavam em Deus e utilizavam a espiritualidade para enfrentar o estresse da hospitalização. A crença na espiritualidade e na manutenção da esperança pela fé constante como meios de enfrentamento às dificuldades de se ter um familiar/acompanhante internado em situação crítica de vida foi fator relevante observado nesta pesquisa.

A ligação histórica entre religião, medicina e cuidados de saúde não é novidade, embora a indicação das necessidades espirituais de usuários como parte de um tratamento médico atualmente seja vista como novo e diferente. Nas últimas centenas de anos a medicina e a religião seguiram caminhos diferentes e os médicos passaram a ignorar estes assuntos. Porém, muitos pacientes são religiosos e usam as crenças e práticas religiosas para lidarem com suas doenças e isso influencia as decisões médicas, especialmente as feitas quando a doença é grave ou terminal (KOENIG, 2005).

Na visão de Pilger et al. (2014) os profissionais de saúde têm suas crenças religiosas e essas, muitas vezes, influenciam na percepção relacionada à doença, à morte e a atitudes em relação ao cuidados com os usuários. Reconhecer a diversidade de crenças e opiniões religiosas se faz necessário para atender às esferas espirituais do cuidado.

(...) tem uns que falam, tem uns que oram, fazem orações e eu também digo que é uma coisa boa, que muda desfecho, não tem nada científico com relação a isso, mas a gente sabe que acontece, então, eu digo pra eles (familiar/acompanhante) que façam suas orações, essa é a minha parte também. (P1)

Para Saad e Nasri (2008, p. 349) “a espiritualidade pode ser entendida como o conjunto de crenças que traz a vitalidade e significado aos eventos da vida”. Segundo os mesmos autores, muitos enfermos necessitam encontrar razão e esperança para preencherem suas vidas frente à doença, assim utilizam a religiosidade como forma de reforço positivo para lidar com as dificuldades. Tal melhora pode ser constatada algumas vezes clinicamente.

Saber compreender as diferenças culturais, religiosas e de credos faz parte dos preceitos estabelecidos pela PNH quando parte do princípio que as pessoas são únicas, possuem conhecimentos prévios, tem distintos entendimentos sobre o mundo com valores diferentes à matéria, aos seres e ao sobrenatural.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os sujeitos participantes desta pesquisa demonstraram diferentes percepções em relação à humanização, porém que convergem ao mesmo ponto: o tratamento com valorização das singularidades, com respeito às diferenças de opiniões e de maneira acolhedora.

Apesar de aparecerem dificuldades por parte dos usuários (representados pelos familiares/acompanhantes) em conceituar humanização, os mesmos trazem em seus modos de expressão e vivências suas opiniões a respeito do tratamento humanizado ou não.

Evidenciou-se que os profissionais de saúde compreendem os preceitos da PNH e asseguram executar em suas práticas assistenciais tais orientações, apesar de relatarem que ainda existam muitas falhas no caminho ideal para uma efetiva humanização nos serviços de saúde. O relato dos profissionais de saúde e o que se percebeu durante a pesquisa que as formas de executar a humanização na TI acontecem desde a preocupação em cumprimentar os usuários e pedir permissão para invadir seu corpo (objeto do trabalho), em atender com empatia, carisma e principalmente, entendendo a dor, o sofrimento e os sentimentos de quem necessita estar hospitalizado.

Pode-se inferir que os termos acolhimento, comunicação e sensibilidade aparecem como determinantes para a humanização na TI. Entretanto, aspectos desfavoráveis representados por ações que não valorizam os usuários, não o inserem como protagonistas do seu próprio cuidado são considerados desumanizadores à assistência e ao cuidado na saúde. E são ações como essas que impedem a corresponsabilização nos processos do cuidar que destroem a autonomia dos sujeitos (tanto usuários, como familiares e profissionais) e enfraquecem as relações e o funcionamento do coletivo.

Mesmo com relatos negativos em relação à temática da humanização na TI o que se pode afirmar é que a maioria dos atores envolvidos neste processo percebe-se que existe tratamento humanizador com valorização e responsabilização em grande parte da assistência. Apesar de existirem falhas constatou-se o envolvimento, com sensibilidade, acolhida e respeito às relações usuários-profissionais de saúde.

A proposta de compreender as percepções de familiares/acompanhantes e profissionais de saúde sobre humanização em TI foi atingida com este estudo e apontadas durante as discussões.

Ações de educação permanente são apontadas como fundamentais pelos profissionais entrevistados. Os mesmos inferem que atividades como: palestras durante os turnos de trabalho, formação de grupo profissional para sensibilização sobre a temática da humanização, retomada de informativos aos familiares/acompanhantes são importantes estratégias para a produção da integralidade e humanização.

A partir dos resultados encontrados e das discussões no grupo focal, criou-se um Manual Reflexivo de práticas assistenciais humanizadoras para os profissionais, um tabuleiro para facilitar a comunicação destes profissionais com os usuários e ainda, um guia de orientações na forma de banner aos familiares/acompanhantes.

A proposta inicial desta pesquisa baseava-se na produção de um Manual contendo informações humanizadoras para ser entregue aos profissionais da UTI onde se realizou o estudo. Porém, durante as sessões de entrevistas grupais com os profissionais de saúde foram elencadas situações cotidianas que posteriormente transformaram-se em tópicos e capítulos deste Manual. Sugeriram-se ainda outros materiais educativos que favorecem o processo de humanização da assistência em todo o sistema hospitalar. Ideias essas factíveis e relevantes que serão encaminhadas aos gestores por meio de comunicado formal e apresentação deste estudo.

A *priori*, considerando a importância da humanização a todos os atores envolvidos (usuários, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde) e os custos referentes à produção e impressão gráfica, optou-se pela criação de um tabuleiro para facilitar a comunicação dos usuários que não podem verbalizar, e assim, apontem pelo alfabeto ou figuras as suas necessidades imediatas, bem como, criou-se um guia de orientações aos familiares em forma de banner disposto na sala de espera da referida UTI, contendo estas informações simples, cotidianas e relevantes ao processo de humanização usuário-familiar/acompanhante. Materiais esses custeados pela mestranda e doados ao setor como forma de agradecimento aos sujeitos participantes da pesquisa.

Espera-se que os produtos elaborados a partir das sugestões dos profissionais de saúde entrevistados e das ideias previamente planejadas pela mestranda possam direcionar ações educativas, efetivas, resolutivas e permanentes coerentes com as diretrizes preconizadas na PNH.

REFERÊNCIAS

ABIB, G.; HOPPEN, N.; HAYASHI JUNIOR, P. Observação participante em estudos de administração da informação no Brasil. **Rev de Administração de Empresas**. v.53, n.6, p.604-616, 2013.

ALVARES, F.M. **Pedagogia hospitalar: uma discussão acerca da humanização e educação nos hospitais**. Trabalho de Conclusão de Curso. Pedagogia - Universidade Estadual de Maringá – Campus Regional de Cianorte, 2011.

BACKS, D.S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev O mundo da saúde**. v.35, n.4, p.438-442, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BERMEJO, J.C. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**. Petrópolis: Vozes, 2008. 120p.

BERTAN, L.; ARAÚJO, V.L.S. de. Educação para a humanização. **Rev Colloquium Humanarum**. Presidente Prudente, v.8, n.1, p.59-64, 2011.

BOCCATO, V.R.C.; FERREIRA, E.M. Estudo comparativo entre o grupo focal e o protocolo verbal em grupo no aprimoramento de vocabulário controlado em fisioterapia: uma proposta metodológica qualitativa-cognitiva. **Rev Ciência da Informação e Documentação**, v.5, n.1, p.47-68, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Núcleo Técnico da Política. **Política Nacional de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2004. Humaniza SUS [Internet]. Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. 5. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde, cadernos Humaniza SUS, v.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. 4 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 72p

BRASIL. **RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010**. Publicada no DOU dia de 25/02/10 – seção 1 – p. 48 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-7-de-24-de-fevereiro-de-2010>>. Acesso em: 12 de abr 2016.

BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **ABNT NBR 10719**. Dispõe sobre as especificações e os princípios gerais para a elaboração e a apresentação de relatório técnico e/ou científico. 3 ed. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012: Revogada as Resoluções do CNS nº 196/96, 303/2000 e 404/2008 e dá as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde 2015**. Humaniza SUS [Internet]. Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf> Acesso em: 12 abr. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Secretaria de políticas de emprego e salário – **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2016**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf> >. Acesso em: 12 abr. 2016.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M. de A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc Anna Nery**. v.19, n.3, p.467-474, 2015.

CAMELO, S.H.H. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. **Rev Latino-Am Enfermagem**.v.20, n.1, p.192-200, 2012.

CAMPOS, L.F.; MELO, M.R.A.C. Assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Gaúcha Enferm**. v.32, n.1, p.189-193, 2011.

CARNEIRO, R.F.; PASSOS, C.L.B. Concepções de matemática de alunas-professoras dos anos iniciais. **Rev Educação & Realidade**, v.39, n.4, p.1113-1133, 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>. Acesso em: 16 out. 2014.

CAVALCANTE, A.K. de C.B.; DAMASCENO, C.A.F.; MIRANDA, M.D.S. de. Humanização da assistência em atendimento de urgência hospitalar: percepção dos enfermeiros. **Rev Baiana de Enferm**. v.27, n.3, p.221-233, 2013.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

CONCEIÇÃO, T.S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **Rev Ser Social**. v.11, n.25, p.194-220, 2009.

DAL-FARRA, R.A.; LOPES, P.T.C. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Rev Nuances**. v.24, n.3, p.67-80, 2013.

FERRAZ, F. et al. Ações estruturantes interministeriais para a reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **Rev O Mundo da Saúde**. v.36, n.3, p.482-493, 2012.

FREIRE, P. Papel da educação na humanização. Cap. 6, p. 123-132, 1967. In: FREIRE, P. **Uma educação para a liberdade**. 4ed. Textos Marginais 8, Porto: Dinalivro, 1974.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184p.

FREITAS, K.S.; MUSSI, F.C.; MENEZES, I.G. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. **Rev Esc Anna Nery**. v.16, n.4, p.704-711, 2012.

FONSECA, L.M. de S. **Percepções e concepções sobre o atendimento ao idoso: um estudo com os profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades de Saúde da Família.** 2012. 93 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde), Universidade de Franca, Franca, 2012.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na estratégia saúde da família. **Rev Panam Salud Publica.** v.35, n.2, p.144-149, 2014.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Brasília: Liber livro, 2012. 80p.

GAZZINELLI, M.F.C. et al. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Rev Trab Educ Saúde.** v.11, n.3, p.553-571, 2013.

GELATTI, L.S. **Concepções e práticas de ensinar na educação superior a distância.** 2012. 315f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

GUEDES, M.V.C; HENRIQUES, A.C.P.T; LIMA, M.M.N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev Bras Enferm.** v.66, n.1, p.31-37, 2013.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Rev Texto Contexto Enferm.** v.22, n.1, p.132-140, 2013.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ed. São Paulo: Atlas, 2009. 200p.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Hospital Conceição.** Documento institucional. Relatório Anual 2016. Disponível em <<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=1>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

HABERKORN, A.; BRUSCATO, W.L. Qualidade de vida e internação em UTI. In: KNOBEL, E. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves.** São Paulo: Atheneu, 2008.

KITAJIMA, K.; COSMO, M. Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In: KNOBEL, E. **Psicologia e humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008.

KOENIG, H.G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**: por quê, como, quando e o quê. São Paulo: Catavento, 2005. 140p.

LEAL, R.T.M.; VIEIRA, C.G.; CISNE, R. Coma. In: GUIMARÃES, H.P.; FALCÃO, L.F.dos R.; ORLANDO, J.M.da C. **Guia prático de UTI**. São Paulo: Atheneu, 2008.

MARQUES, I.R.; SOUZA, A.R. de. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev Bras Enferm.** v.63, n.1, p.141-144, 2010.

MERENDA JÚNIOR, J.; SYLLA, M. C. D. de T. Cromoterapia, ambiência e acolhimento ao usuário do SUS nas ESFs. **Rev Colloquium Vitae**, v.5, n.esp., p.16-22, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416p.

MORI, G.; ABRAMOVICH, I.; MONTEIRO, P. **Mudança na ótica e na ética das relações durante a residência médica sobre a humanização em saúde [online]**. 2007. [Acesso em: 27 nov.2014]. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/28-11-2007%20%20Mostra%20SES/Comunicacoes%20Orais/5_Humanizacao%20nos%20Servicos%20de%20Saude/Glenda_Garrafa_Mori.pdf>.

MOREIRA, M.A.; NASCIMENTO, E.R.; PAIVA, M.S. Representações sociais de mulheres de três gerações sobre práticas de amamentação. **Rev Texto Contexto Enferm.** v.22, n.2, p.432-441, 2013.

NOGUEIRA, L. de S. et al. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. **Rev Texto e Contexto Enfermagem.** v.21, n.1, p.59-67, 2012.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M.J. **O exercício da enfermagem**: uma abordagem ético-legal. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 370p.

OLIVEIRA, A.O.; MOURÃO-JÚNIOR, C.A. Estudo teórico sobre percepção na filosofia e nas neurociências. **Rev Neuropsicologia Latinoamericana**. v.5, n.1, p.41-53, 2013.

ORLANDO, J.M. da C. Breve história da medicina intensiva no Brasil. In: GUIMARÃES, H.P.; FALCÃO, L.F.dos R.; ORLANDO, J.M.da C. **Guia prático de UTI**: Atheneu, 2008.

PILGER, C. et al. Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com relação à espiritualidade e religiosidade. **Rev Cienc Cuid Saude**. v.13, n.3, p. 479-486, 2014.

PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. v.42, n.1, p.66-72, 2008.

PIVATTO, P. S. Visão de homem na educação e o problema da humanização. **Rev Educação**. v.62, n.2, p.337-363, 2007.

PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras. Enferm**. v.61, n.3, p.312-318, 2008.

PROCHNOW, A.G. et.al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev Gaúcha Enferm**. v.30, n.1, p.11-18, 2009.

RANGEL, M. Educação e saúde: uma relação humana, política e didática. **Rev Educação**. v.32, n.1, p.59-64, 2009.

RIOS, I.C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev Bras Educação Médica**. v.33, n.2, p.253-261, 2009.

RODRIGUES, V.M.C.P, FERREIRA, A.S. de S. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. Disponível em <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 06 de out, 2014. v.19, n.4, [09 telas]. jul-ago. 2011.

SAAD, M.; NASRI, F. Grupos de religiosidade e espiritualidade. In: KNOBEL, E. **Psicologia e humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008.

SAITO, D.Y.T. et al. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Rev Texto Contexto Enferm.** v.22, n.1, p.175-183, 2013.

SANTANA, J.C.B. et al. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. **Rev Enferm Revista.** v.15, n.1, p.47-57, 2012.

SANTOS, D.G.; CAREGNATO, R.C.A. Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva: percepções e comportamentos. **Rev Eletrônica de Enferm** [Internet]. v.15, n. 2, p. 487-495, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16929>.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. de.; GOMES, R. da S. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Rev Interface Comunic Saúde Educ.** v.13, supl.1, p.603-613, 2009.

SCHLEDER, L.P. et al. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Rev Acta Paul Enferm.** v.26, n.1, p.71-78, 2013.

SILVA, F.D. et al. Discurso do Enfermeiro sobre humanização na UTI. **Rev Esc Anna Nery.** v.16, n.4, p. 719-727, 2012.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev APS.** v.11, n.1, p.74-84, 2008.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. The practice of intensive care nursing: alliance among technique, technology and humanization. **Rev Esc Enferm USP.** v.47, n.6, p. 1324-1331, 2013.

SILVA, A. M. da; SÁ, M. de C.; MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Saúde Soc São Paulo,** v.22, n.3, p.840-852, 2013.

SIMONI, R.C.M.; SILVA, M.J.P. da. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. **Rev Esc Enferm USP.** v.46, n.esp., p. 65-70, 2012.

SOUZA, V. de M. et al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. **Rev Bras Enferm.** v.68, n.5, p.509-514, 2015.

SPAGOLLA, R. de P. **Afetividade**: por uma educação humanizada e humanizadora. Artigo científico produzido no Programa de Desenvolvimento Educacional – PDE. Secretaria de Estado da Educação do Paraná, 2009.

TAVARES, A.T.; PAWLOWYTSCH, P.W. da M. Percepção dos pacientes sobre sua permanência em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Saúde Meio Ambient.** v.2, n. 2, p.32-43, 2013.

TORQUATO, I.M. et al. Assistência humanizada à criança hospitalizada: percepção do acompanhante. **Rev Enferm UFPE on line.** v. 7, n. 9, p. 5541-5549, 2013.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1ed. 21 reimp. São Paulo: Atlas, 2012. 176p.

WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Rev Acta Paul Enferm.** v.24, n.3, p.414-418, 2011.

ZEN, E.T. **Educação e humanização: a teoria e a prática de Paulo Freire**. In: I Congresso Internacional da Cátedra Unesco de Educação de Jovens e Adultos, João Pessoa – Paraíba, 2010.

APÊNDICE A – TCLE para familiares/acompanhantes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ENSINO NA SAÚDE

Projeto de pesquisa: Humanização no ambiente de Terapia Intensiva: percepção do familiar/acompanhante e do profissional da saúde.

Orientadora: Dr^a Márcia Rosa da Costa

Coorientadora: Dr^a Rita Catalina Aquino Caregnato

Mestranda Pesquisadora: Flavia Feron Luiz

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você, por meio deste, a participar da pesquisa intitulada: “Humanização no ambiente de Terapia Intensiva: percepção do familiar/acompanhante e do profissional de saúde”, desenvolvida pela mestranda da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Flavia Feron Luiz e sob a supervisão e orientação da professora doutora, Márcia Rosa da Costa e coorientação da professora doutora Rita Catalina Aquino Caregnato.

O objetivo deste estudo é conhecer a percepção sobre a Humanização na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), localizado na cidade de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul. Para alcançar esses objetivos será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 20 minutos, na qual você irá responder a 5 (cinco) questões pré-estabelecidas. Esta entrevista acontecerá no mesmo hospital supracitado, garantindo sua privacidade e sigilo. Também será utilizada como técnica de coleta de dados a Observação Não Participante a qual consiste na observação e registro, em diário próprio da pesquisadora, de atitudes, falas, gestos e outras formas de comunicação não verbal por parte dos sujeitos pesquisados, de ações que digam respeito ao tema.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. As informações coletadas, serão utilizadas somente para este estudo e depois de organizadas e analisadas, poderão ser divulgadas e publicadas de forma anônima. Essas informações serão mantidas gravadas em arquivos de mp3, e registradas por escrito, por um período de 5 (cinco) anos sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda. Após este período, os dados serão totalmente destruídos como preconiza a Resolução 466/2012.

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo. Fui igualmente informado acerca dos riscos e benefícios como participante da pesquisa. Os riscos estão ligados unicamente ao possível desconforto que posso ter ao ser entrevistado e compreendo que, caso me sinta desconfortável posso não responder as perguntas ou interromper a entrevista a qualquer momento. Os benefícios estão diretamente relacionados com a produção do conhecimento acerca do tema, da mesma forma que aprimorar e disseminar boas práticas humanizadoras dentro da UTI e demais ambientes hospitalares.

A participação na pesquisa não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para mim, da mesma forma que não me trará nenhum benefício direto, custo, bem como nenhuma recompensa financeira. Além disso, não haverá nenhum prejuízo na assistência hospitalar de meus familiares/amigos/conhecidos ao qual acompanho.

Tenho assegurado o direito de:

- Receber respostas a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer a cerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- Retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- Saber que este estudo não coloca em risco a vida de seus participantes;
- Em caso de posteriores dúvidas ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora mestranda: Flavia Feron Luiz, pelo telefone (51) 9110-0320, email: flaviaferon@hotmail.com ou com a pesquisadora responsável, professora Márcia Rosa da Cosa, em horário comercial pelo telefone: (51) 3303-8768 e endereço: Rua Sarmiento Leite, nº 245 - Campus da UFCSPA, Departamento de Ensino na Saúde - Porto Alegre, RS.
- Se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato o Comitê de Ética em Pesquisa* da UFCSPA pelo telefone (51) 3303-8804, endereço: Rua Sarmiento Leite, nº 245.

Declaro que todas as páginas deste termo foram rubricadas e ao final desta, assinadas pela responsável e recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora mestranda. As pesquisadoras desta investigação se comprometem a seguir o que consta na resolução nº 466/2012 sobre pesquisas com seres humanos.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2015.

Coordenadora da Pesquisa

Assinatura do Informante

OBS: CASO O ENTREVISTADO SEJA ANALFABETO:

Este formulário foi lido para _____
em ____/____/____ pela pesquisadora _____
enquanto eu estava presente.

Nome: _____

Data: ____/____/____

Assinatura da Testemunha:

Comitê de Ética em Pesquisa* da UFCSPA pelo telefone (51) 3303-8804, endereço: Rua Sarmiento Leite, nº 245. Site: www.ufcspa.edu.br/cep - E-mail: cep@ufcspa.edu.br

APÊNDICE B – TCLE para profissionais da saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ENSINO NA SAÚDE

Projeto de pesquisa: Humanização no ambiente de Terapia Intensiva: percepção do familiar/acompanhante e do profissional da saúde.

Orientadora: Dr^a Márcia Rosa da Costa

Coorientadora: Dr^a Rita Catalina Aquino Caregnato

Mestranda Pesquisadora: Flavia Feron Luiz

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você, por meio deste, a participar da pesquisa intitulada: “Humanização no ambiente de Terapia Intensiva: percepção do familiar/acompanhante e do profissional da saúde”, desenvolvida pela mestranda da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Flavia Feron Luiz e sob a supervisão e orientação da professora doutora, Márcia Rosa da Costa e coorientação da professora doutora Rita Catalina Aquino Caregnato.

O objetivo deste estudo é conhecer a percepção sobre a Humanização na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), localizado na cidade de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul. Para alcançar esses objetivos será realizada a técnica de coleta de dados grupal chamada: Grupo Focal (GF). Esta, contará com os profissionais de saúde que como você, trabalha na referida UTI. Para o (GF) acontecerão: 1 encontro semanal de 1h 30 minutos à 2h, aproximadamente, totalizando 3 sessões que serão realizadas na sala de reuniões da UTI/HNSC, garantindo sua privacidade e sigilo. Caso haja insuficiência de dados ou necessidade por parte dos respondentes de mais discussões sobre a temática, poderão ocorrer mais sessões de GF. Também será utilizada como técnica de coleta de dados a Observação Não Participante a qual consiste na observação e registro, em diário próprio da pesquisadora, de atitudes, falas, gestos e outras formas de comunicação não verbal por parte dos sujeitos pesquisados, de ações que digam respeito ao tema.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. As informações coletadas, serão utilizadas somente para este estudo e depois de organizadas e analisadas, poderão ser divulgadas e publicadas de forma anônima. Essas informações serão mantidas gravadas em arquivos de mp3, e registradas por escrito, por um período de 5 (cinco) anos sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda. Após este período, os dados serão totalmente destruídos como preconiza a Resolução 466/2012.

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo. Fui igualmente informado acerca dos riscos e benefícios como participante da pesquisa. Os riscos estão ligados unicamente ao possível desconforto que posso ter ao participar da entrevista grupal e compreendo que, caso me sinta desconfortável posso não responder as perguntas ou interromper a entrevista a qualquer momento. Os benefícios estão diretamente relacionados com a

produção do conhecimento acerca do tema, da mesma forma que aprimorar e disseminar boas práticas humanizadoras dentro da UTI e demais ambientes hospitalares.

A participação na pesquisa não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para mim, da mesma forma que não me trará nenhum benefício direto, custo, bem como nenhuma recompensa financeira. Além disso, não haverá nenhum prejuízo na minha prática assistencial ou gerencial neste hospital.

Tenho assegurado o direito de:

- Receber respostas a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer a cerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- Retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- Saber que este estudo não coloca em risco a vida de seus participantes;
- Em caso de posteriores dúvidas ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora mestranda: Flavia Feron Luiz, pelo telefone (51) 9110-0320, email: flaviaferon@hotmail.com ou com a pesquisadora responsável, professora Márcia Rosa da Cosa, em horário comercial pelo telefone: (51) 3303-8768 e endereço: Rua Sarmiento Leite, nº 245 - Campus da UFCSPA, Departamento de Ensino na Saúde - Porto Alegre, RS.
- Se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato o Comitê de Ética em Pesquisa* da UFCSPA pelo telefone (51) 3303-8804, endereço: Rua Sarmiento Leite, nº 245.

Declaro que todas as páginas deste termo foram rubricadas e ao final desta, assinadas pela responsável e recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora mestranda. As pesquisadoras desta investigação se comprometem a seguir o que consta na resolução nº 466/2012 sobre pesquisas com seres humanos.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2015.

Coordenadora da Pesquisa

Assinatura do Informante

Comitê de Ética em Pesquisa* da UFCSPA pelo telefone (51) 3303-8804, endereço: Rua Sarmiento Leite, nº 245. Site: www.ufcspa.edu.br/cep - E-mail: cep@ufcspa.edu.br

APÊNDICE C – Planejamento da Entrevista Semi-estruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ENSINO NA SAÚDE

Projeto de pesquisa: Humanização no ambiente de Terapia Intensiva: percepção do familiar/acompanhante e do profissional da saúde.

Orientadora: Dr^a Márcia Rosa da Costa

Coorientadora: Dr^a Rita Catalina Aquino Caregnato

Mestranda Pesquisadora: Flavia Feron Luiz

Caracterização dos sujeitos respondentes

Idade: _____ anos. Gênero: () F () M

Estado Civil: () Casado(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

1. Há quanto tempo seu familiar/amigo/conhecido está internado no HNSC?

2. Há quanto tempo seu familiar/amigo/conhecido está internado na UTI do HNSC?

3. Seu familiar/amigo/conhecido já esteve internado nesta UTI? Caso sua resposta seja positiva, por quanto tempo ele esteve internado?

4. Seu familiar/amigo/conhecido já esteve internado em UTI de outro hospital? Caso sua resposta seja positiva, por quanto tempo ele esteve internado?

Questões norteadoras

1. Como é o atendimento que você está recebendo nesta UTI?

2. Como você acha que deve ser o atendimento nesta UTI?

3. O que você acha que é bom no atendimento em uma UTI?

4. O que você acha que é ruim no atendimento em uma UTI?

5. Você já ouviu falar de *Humanização*?

APÊNDICE D - Planejamento do Grupo Focal

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ENSINO NA SAÚDE

Projeto de pesquisa: Humanização no ambiente de Terapia Intensiva: percepção do familiar/acompanhante e do profissional da saúde.

Orientadora: Dr^a Márcia Rosa da Costa

Coorientadora: Dr^a Rita Catalina Aquino Caregnato

Mestranda Pesquisadora: Flavia Feron Luiz

1º ENCONTRO

Etapas do Encontro

- Abertura da sessão com “Boas Vindas”, agradecimentos e apresentação dos participantes (10 minutos);
- Apresentação do objetivo do estudo e da importância do grupo na investigação (10 minutos);
- Elaboração do contrato coletivo e demais termos éticos (20 minutos);
- Discussão e constituição de tópicos para próximas discussões (30 minutos);
- Lanche e agradecimentos (20 minutos);

O que eu espero desta sessão?

Promover a integração entre os participantes e a pesquisadora mestranda, dando início às reflexões sobre a temática da humanização na UTI.

Questões Focais:

Qual a compreensão de vocês em relação à Humanização?

Qual a percepção de vocês em relação à Humanização em Terapia Intensiva?

2º ENCONTRO

Etapas do Encontro

- Agradecimento pelo retorno participativo dos pesquisados e retomada do contrato (10 minutos);
- Síntese do conteúdo gerado no encontro anterior com a validação oral pelos participantes dos dados obtidos, conforme leitura da ata do encontro anterior pela pesquisadora mestranda (20 minutos);
- Discussão da temática proposta e constituição de tópicos para a próxima sessão (40 minutos);
- Lanche e agradecimentos (20 minutos);

O que eu espero desta sessão?

Validar os dados coletados na sessão anterior. Relembrar os termos éticos desta pesquisa. Retomar as discussões a cerca da Humanização na UTI e conhecer como os profissionais percebem a Humanização na UTI e de que forma a implementam nas suas práticas.

Questões Focais:

Quais práticas/ações/fatores para a Humanização você acredita ser importante no ambiente da Terapia Intensiva?

Quais práticas/ações/fatores para a Humanização você executa na sua prática diária na UTI?

De que maneira você implementa essas práticas/ações/fatores para a Humanização na UTI onde trabalha?

3° ENCONTRO**Etapas do Encontro**

- Agradecimento pelo retorno participativo dos pesquisados e retomada do contrato (10 minutos);
- Síntese do conteúdo gerado no encontro anterior com a validação oral pelos participantes dos dados obtidos, conforme leitura da ata do encontro anterior pela pesquisadora mestranda (20 minutos);
- Discussão da temática proposta e levantamento de pontos importantes para a elaboração de um manual reflexivo sobre práticas humanizadoras no ambiente hospitalar (70 minutos);
- Lanche e agradecimentos (20 minutos);

O que eu espero desta sessão?

Validar os dados coletados na sessão anterior. Relembrar os termos éticos desta pesquisa. Retomar as discussões a cerca da Humanização na UTI e conhecer como os profissionais acreditam que podem melhorar suas práticas humanizadoras. Proposta de criação de um manual reflexivo.

Questões Focais:

Quais novas práticas/ações/fatores para a Humanização você acredita que poderia executar no ambiente da Terapia Intensiva?

Como você acha que poderia resgatar/melhorar/aprimorar algumas práticas humanizadoras na UTI?

Quais propostas vocês sugerem para melhorar a humanização na UTI e em todo ambiente hospitalar?

APÊNDICE E - Manual Reflexivo



MANUAL REFLEXIVO SOBRE PRÁTICAS HUMANIZADORAS NA TERAPIA INTENSIVA

Você pratica a humanização?

Vamos praticar?

Cada um fazendo sua parte:
iremos melhorar o cuidado
prestado, defender os direitos
dos usuários e valorizar nosso
papel enquanto profissionais de
saúde.



Manual Reflexivo

É um documento para consulta e, principalmente, reflexão da nossa prática diária. Surgiu como uma contribuição ao setor no qual exerço atividades assistenciais, a partir da minha pesquisa para a dissertação de mestrado, pois acredito que não há motivos para pesquisas se não transformar práticas. Por isso, coloco-me como participante nas falas apresentadas aqui, com alguns exemplos da minha vivência na UTI do HNSC e ainda, com sugestões pertinentes para mudanças de atitudes mais HUMANAS no ambiente considerado tantas vezes hostil como é o da Terapia Intensiva.

Flavia Feron Luiz

Autora. Enfermeira assistencial da UTI do HNSC.

Especialista em Terapia Intensiva.

Especialista em Enfermagem do Trabalho.

Este trabalho surgiu a partir da pesquisa de dissertação de mestrado da autora intitulado: “Humanização no ambiente de terapia intensiva: percepção do familiar/acompanhante e do profissional da saúde”. O objetivo do estudo estava centrado em conhecer a humanização a partir do olhar dos usuários da UTI do HNSC (representados pelos pacientes e pelos seus familiares) e dos próprios profissionais que aqui trabalham... Por isso, realizaram-se entrevistas a fim de conhecer as necessidades e situações que poderiam ser melhoradas frente ao tema Humanização. O resultado foi este manual elaborado para os colaboradores, independentemente da categoria profissional, que desempenham atividades de forma direta ou indireta com pacientes gravemente enfermos para que assim reflitam nas dicas de ações e condutas construídas pelos sujeitos da pesquisa.

Contribuição

Equipe multiprofissional da UTI do HNSC que participou da pesquisa sobre Humanização e também revisou este manual. Meus sinceros agradecimentos!

“Todos são peças importantes no trabalho em equipe, cada um representa uma pequena parcela do resultado final, quando um falha, todos devem se unir, para sua reconstrução”.

(Salvador Faria)

“Trabalhar em equipe não significa que todos tenham que fazer tudo, mas sim ter a consciência do todo e do papel de cada um neste todo”.

(Daniel Godri Júnior)

“Com dedicação, motivação, visão, talento, diálogo e trabalho em equipe podemos transformar o trabalho, a empresa, a comunidade e contribuirmos para uma sociedade melhor e mais justa”.

(Otto Cembranelli)

SUMÁRIO

- 01 - Práticas Humanizadoras durante a admissão na UTI
- 02 - Preconizando a Humanização durante o período de internação na UTI
- 03 - Tornando o momento da visita e das informações mais acolhedor
- 04 - O cuidado durante procedimentos delicados/dolorosos
- 05 - Lidando com pacientes, familiares ou acompanhantes “difíceis”
- 06 - Manejo com crianças/adolescentes e pacientes em vulnerabilidade
- 07 - Cuidando de pacientes com deficiência ou limitações físicas
- 08 - Vigilância do sono e as intervenções noturnas
- 09 - Amenizando a distância entre pacientes com precaução contato/respiratória e a equipe multiprofissional
- 10 - Humanização em situações de transporte e alta da UTI
- 11 - Transcendendo o processo de terminalidade e cuidados paliativos
- 12 - Respeito ao corpo nas situações de óbito
- 13 - Postura, sigilo e ética profissional.
- 14 - Relacionamento interpessoal entre equipes multiprofissionais

REFERÊNCIAS

01 Práticas Humanizadoras durante a admissão na UTI

As unidades de terapia intensiva são destinadas a receber pacientes em estado de saúde graves que necessitem de recursos tecnológicos e humanos especializados. Os critérios para a internação em uma UTI são analisados por diversos aspectos que estão mundialmente preconizados. Uma vez pactuado a admissão de um paciente para a UTI nos compete, como profissionais de saúde, atentar-se para exercer ações que exijam habilidade e competência técnica, mas também são fundamentais atitudes humanizadoras que minimizem as dificuldades existentes para o paciente devido à internação neste setor, com ações durante a admissão que preconizem:

- **Acolhimento:** segundo a Política Nacional de Humanização o acolhimento não é triagem, é uma postura, onde se devem responder por meio da escuta qualificada as demandas apontadas pelos pacientes;
- **Comunicação:** enfatiza-se a importância da linguagem do profissional de forma clara, objetiva, não irônica, que permita o entendimento por parte dos pacientes;
- **Apresentação pessoal:** nome e categoria profissional, tempo que estará cuidando do paciente, como e quando poderá ser solicitado pelo paciente;
- **Conversar com familiares/acompanhantes** assim que possível, explicando-os as rotinas inclusive como se estabelecerá nos casos de liberação de acompanhante nas 24h;

- **Apresentação das rotinas básicas para os pacientes** que estão em condições de entendimento (horários de passagem plantões, visitas, refeições e exames, o motivo da monitorização, de não permanecer com as roupas pessoais e de não utilizar as próteses dentárias, o deslocamento ao banheiro ou deambulação, a possibilidade de sedação/analgesia e da aparelhagem em geral, dentre outras necessidades específicas);
- **Segurança do paciente:** necessidade das pulseiras de identificação, travas nas camas, uso das campainhas e outras medidas específicas para cada paciente;
- **Tempo permanência:** apesar da dificuldade de estimativa, eles precisam saber pelo menos que dependerá do tempo da recuperação, precisam de uma explicação, inclusive que trate do motivo de estarem internados.

02 Preconizando a Humanização durante o período de internação na UTI

Não podemos deixar que com o decorrer dos dias os pacientes acabem se tornando apenas mais um dentre vários internados em uma UTI de grande porte, o que geralmente acontece nos casos de internação prolongada. Por isso, não se deve subestimar o que já foi explicado e muito menos não conversar mais com o paciente prejudgando que ele já conhece as rotinas. Mesmo que ele tenha as condições de perceber o funcionamento da unidade e, quem são os profissionais não nos cabe tais suposições. Portanto, devemos manter as boas maneiras e as ações humanizadoras como:

- **Apresentação pessoal** sempre ao atender os pacientes;
- **Explicar cada procedimento** a ser realizado, independentemente de que este já tenha sido feito ou aconteça várias vezes ao longo da internação;
- **Orientação enquanto tempo e espaço;**
- **Comunicar os cuidados prestados**, condições de saúde ou prognósticos (conforme cabe a cada categoria profissional);
- **Informar as alterações no quadro geral:** isso inclui a necessidade de novos dispositivos, novos exames, intervenções cirúrgicas, planos de novos métodos tecnológicos como: hemodiálise, ventilação mecânica, dentre outras especificidades;
- **Avaliar sempre a necessidade da liberação de meios/dispositivos fora das rotinas** (mais visitantes, alimentos não preconizados, materiais

domiciliares – conforme acordado com toda equipe multiprofissional e preconizado pela CCIH);

- **Visita religiosa:** se o paciente ou familiar assim desejar nunca deve ser negada;

- **Manter o vínculo com paciente,** pois independente do tempo de internação, com o passar do tempo, não pode tornar-se mais “esquecido”.

03

Tornando o momento da visita e das informações mais acolhedor

Todo mundo sabe que a UTI não é o melhor lugar para se estar ou visitar alguém. Não é incomum os visitantes sentirem-se angustiados, nervosos e até desmaiarem no momento em que adentram no setor. Portanto, pensar em ações que possam tranquilizar os visitantes amenizando suas angústias quando visualizam os pacientes fragilizados ou mesmo quando recebem informações dos profissionais, me parece que podemos tornar este momento um pouco mais acolhedor ou um pouco menos aterrorizante, com atos simples como:

- **Identificar-se** para os familiares/acompanhantes saberem a quem se dirigem (dizer seu nome, categoria profissional e horário de trabalho). OBS: usar o crachá auxilia nesta identificação.
- **Prestar esclarecimentos** quanto ao estado de saúde/cuidados prestados sempre que solicitado conforme competência de cada categoria profissional;
- **Observar o sigilo ao prestar informações**, pois alguns visitantes não são bem vindos pelos pacientes. Cuidar para que informações muito peculiares sejam repassadas apenas para familiares/acompanhantes referência ou próximos;
- **Não ausentar-se do setor no momento da visita e de informações** evitando assim o contato proposital com familiares/acompanhantes apenas para não conversar com os mesmos;
- **Ofertar água, cadeira ou até mesmo um lugar reservado para conversar** com os familiares que

estiverem muito ansiosos, nervosos ou prestes a desmaiar;

- **Observar o tom de voz e o lugar onde são dadas as informações** para que outros visitantes ou pacientes não acabem ouvindo o que se transmite;
- **Perceber o grau de entendimento do familiar/acompanhante** para que não seja fútil o que foi dito e, pior ainda, existam dúvidas não esclarecidas ou gerem situações constrangedoras pela ignorância na interlocução;
- **Dar informações claras, sem uso de termos técnicos ou palavras de difícil compreensão** para que não dificulte o entendimento e assim, não proporcione o objetivo esperado que é: informar, tranquilizar e situar o visitante para a realidade da situação de saúde e prognóstico do paciente.

04 O cuidado durante procedimentos delicados/dolorosos

Existem diversos procedimentos muito invasivos e dolorosos realizados dentro de uma UTI. Não podemos esquecer que a situação fragilizada em que se encontra o paciente pode potencializar o estado doloroso bem como o limiar para dor que também é variável a cada pessoa. Além disso, existem procedimentos considerados “delicados” ou pelo risco presumível ou pelo constrangimento que desencadeia. Portanto, é relevante para um cuidado humanizado prestarmos mais atenção quando executarmos tais ações.

- **Explicar ao paciente a necessidade do procedimento pretendido;**
- **Pedir consentimento aos pacientes** que têm condições de entendimento, pois quaisquer que sejam os procedimentos o paciente será o objeto;
- **Ofertar analgesia** sempre que necessário e possível, pois é inadmissível que dentro de uma instituição hospitalar o paciente sinta dor;
- **Favorecer a privacidade** evitando exposição do corpo ou aumentando as situações que possam causar constrangimento (higiene corporal, aplicação de enema, toque retal, curativos complexos, dentre outros);
- **Organizar todo material e logística antes** para que não seja o procedimento mais demorado que o previsto e não cause mais ansiedade no paciente;
- **Evitar conversas desnecessárias e fúteis durante os procedimentos:** este ato pode deixar os pacientes mais ansiosos ou sentir-se como se o profissional não estivesse prestando atenção no que se está sendo feito;

- **Não utilize perante os pacientes termos que possam causar espanto, medo ou maior apreensão** neles como: “que feio que está”, “tem mais coisa que esperava”, “este cheiro é de infecção”, “nossa! Que horror”, “nunca tinha visto uma coisa dessas”, “não sei por onde começar”, etc.

05

Lidando com pacientes, familiares ou acompanhantes “difíceis”

As pessoas são diferentes e nem todas tem o mesmo grau de simpatia ou bom humor. Muitos doentes e seus familiares continuam mantendo o sorriso no rosto, agradecem e são gentis com os profissionais, mas nem todos são assim e, muitas vezes, a condição que se encontram ou o tipo de patologia que o paciente apresenta acaba levando-os a um estado de antipatia, mau humor, são solícitos ao extremo e até usam palavras desagradáveis e ações repudiáveis como: cuspir, beliscar ou xingar os profissionais de saúde. Essas ações ocorrem ou pela vulnerabilidade ou pelo estado psicológico (doentio ou não) que se encontram. Portanto, o profissional entender este momento e saber lidar de maneira mais humana e menos agressiva com tais pessoas é uma dádiva de um bom profissional.

- **Pacientes e familiares “difíceis” também têm direito a informações:** muitas vezes negar ou não esclarecê-los pode deixá-los mais ansiosos, ríspidos ou desfavorecendo uma boa relação com a equipe de saúde;
- **Ofertar a campanha a todos os pacientes:** não é negando a campanha que o paciente solícito vai chamar menos, ele sempre terá uma maneira de chamar atenção e pode ser de um jeito pior para a equipe;
- **Ouvir os pacientes e familiares “difíceis”:** não é fugindo nos horários de visita, não ouvindo suas queixas ou ignorando-os, não irá amenizar a dificuldade no cuidado ou será mais fácil a convivência com os mesmos;

- **Não perder a paciência, gritar ou agir de maneira agressiva ou hostil** igual o paciente ou o familiar “difícil”. Você apenas irá estressar-se e eles continuaram sendo difíceis;

- **Entender as diferenças e os motivos que levam pacientes e familiares a se tornarem “difíceis”** com quadros de revolta, rispidez, mau humor, dentre outros, é a melhor forma de agir com serenidade e também não perder a postura no tratamento e cuidado;

- **Tentar ofertar condições que minimizem as dificuldades na relação paciente/familiar “difícil”- profissional** como: televisores, umidificar os lábios, abrir as cortinas, apagar luzes, etc. Perguntar a eles o que poderia ser feito que os ajudassem neste momento;

- **Combinar um rodízio entre profissionais de saúde que atendem os pacientes/familiares “difíceis”** evitando o desgaste da equipe e maiores revoltas entre os envolvidos;

- **Estados psiquiátricos levam a dificuldades no cuidado** como: depressão, bipolaridade, esquizofrenia, dentre outras, pois são patologias e situações não rotineiras para a terapia intensiva, mas sim para unidades de tratamento psiquiátrico, portanto entender e saber lidar minimamente faz parte do bom profissionalismo;

- **Situações de vulnerabilidade levam a quadros “revoltosos”** assim como as condições incapacitantes exemplificadas como a pobreza extrema, a ignorância e o retardo cognitivo proporcionam estados de difícil trato e manejo por parte da equipe de saúde.

06

Manejo com crianças/adolescentes e pacientes em vulnerabilidade

Os profissionais devem entender que apesar de não rotineiro a internação de pessoas não adultas, a lei prevê, conforme cada instituição, a internação em UTI adulta de pessoas entre 14 a 18 anos. Inclusive já houve internações de crianças com menos de 14 anos nesta UTI e isso dependerá da necessidade e patologia apresentada. Essas situações, bem como a internação de pessoas violentadas, com medidas restritivas ou que passaram por situações difíceis ou trágicas recentemente, podem acontecer e, por isso, devemos saber como lidar e ainda tratar com um olhar diferencial e peculiar a partir do contexto envolvido.

- **Permitir que crianças e adolescentes tenham acompanhantes** nas 24h do dia;
- **Avaliar necessidade de acompanhantes para adultos em situações de vulnerabilidade ou fragilidade psicológica** os quais se beneficiariam com esta concessão. Cada caso deve ser observado e indicado;
- **Informar como será a rotina durante toda a internação do pacientes e do acompanhante** aos pais ou quem estiver acompanhando as crianças, adolescentes, ou pessoas em estado de vulnerabilidade;
- **Fornecer poltrona e cobertor** aos pais ou outro acompanhante das crianças e adolescentes para que passem o período na UTI de maneira um pouco mais confortável;
- **Comunicar a copa ou providenciar cartão alimentação para acompanhantes** a fim de que

possam fazer as refeições dentro do ambiente hospitalar;

- **Se necessário providencie auxílio de outros profissionais não disponíveis no momento nesta UTI:** Assistente Social, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta ocupacional, Fonoaudiólogo, dentre outros, conforme rotina preconizada na instituição, para melhor manejo nas situações difíceis ou delicadas envolvendo as situações de vulnerabilidade com pacientes e/ou acompanhantes;
- **Atentar para a necessidade de doses medicamentosas e diluição dos medicamentos diferenciados para crianças e adolescentes:** o que dependerá do peso, da idade, da patologia, etc;
- **Observar o tamanho dos dispositivos para serem utilizados nas crianças e adolescentes** como: manguitos, sondas, cateteres, e outros;
- **Avaliar constantemente as necessidades dos pacientes em situações de vulnerabilidade inclusive de tratamento diferenciado:** conforme o caso e especificidade por parte de toda a equipe multiprofissional;
- **Atentar para a maneira de como e o quê dialogar com crianças, adolescentes e usuários em situações de vulnerabilidade:** para que os profissionais não provoquem situações mais delicadas ou intensifiquem os agravos existentes. O ideal é que o profissional de saúde conheça as situações e certifique-se das informações já cientes por parte dos pacientes e acompanhantes.

07

Cuidando de pacientes com deficiência ou limitações físicas

Alguns tipos de deficiência atrapalham o cuidado, como por exemplo, a dificuldade auditiva que impede uma efetiva comunicação paciente-equipe. Limitações físicas como as plegias, também dificultam a assistência pela mobilização mais trabalhosa, pelo tempo despendido, ou simplesmente por ser uma situação diferente da usual na nossa rotina. Por isso, pensar em ações que atendam esse tipo de paciente para que não se sintam menos favorecidos faz parte da nossa obrigação enquanto profissionais preocupados com a humanização na saúde.

- **Conhecer a deficiência ou limitação do paciente que se está cuidando:** para saber como proceder em cada caso e quais ações necessárias a se tomar na assistência;
- **Entender as particularidades de cada deficiência ou limitação:** a fim de saber se as atitudes, reações ou sintomas são decorrentes delas ou por outros motivos a se investigar;
- **Tentar amenizar a dificuldade causada pela deficiência ou limitação ofertando outros dispositivos:** por exemplo, se o paciente não consegue enxergar, explique como é o quarto, situe-o no tempo e espaço, fale o que você está fazendo;
- **Pense em maneiras alternativas que auxiliem o cuidado nos pacientes com deficiência ou limitações físicas:** como confecção de órteses, coxins de apoio, placas indicativas, material para escrever, e demais ideias conforme a necessidade e realidade;

- **Não julgue o paciente por seu tipo de limitação ou pelos motivos originados:** descuidos, incidentes, negação (etilismo pesado, acidentes por armas de fogo, obesidade mórbida, etc.). Nosso código de ética não nos permite este tipo de ação.

08

Vigilância do sono e as intervenções noturnas

Difícilmente vamos encontrar alguém que goste de ser acordado na madrugada para tomar medicamentos ou mesmo receber banho no leito. Se relembrarmos os procedimentos dolorosos realizados na madrugada, alguns sem necessidade ou deixados para este horário propositalmente, podemos pensar em quantas ações desumanas nós profissionais já fizemos. Cabe refletir sobre a real necessidade de atos assistenciais fúteis na madrugada, principalmente aqueles mal avaliados que proporcionam a interrupção do sono dos pacientes internados na UTI.

- Evitar procedimentos fúteis à noite.

OBS: estima-se que das 24h às 6h seria o período mínimo de descanso para uma pessoa hospitalizada.

- Evitar banhos e outros cuidados de higiene entre 24h às 6h;

- Evitar o aprazamento de medicações VO entre os horários 24h às 6h;

- Reduzir a iluminação depois das 24h;

- Evitar os ruídos e diminuir o tom de voz da equipe depois das 24h;

- Reavaliar necessidade de aplicações de medicações por IM ou SC, bem como a realização de HGT entre 24h às 6h: ato que deve ser discutido entre toda equipe multiprofissional que atende o paciente naquele momento;

- Reavaliar as mobilizações noturnas nos pacientes que não estão sedados e conseguem fazer isso espontaneamente.

09

Amenizando a distância entre pacientes com precaução contato/respiratória e a equipe multiprofissional

A necessidade de diminuir custos com uso dos aventais e máscaras para as precauções respiratórias, bem como, a redução do contato ao agente nocivo, favorece o distanciamento entre profissional de saúde e o paciente que está em situação de isolamento devido ao menor tempo de contato entre esses atores. Quanto menos vezes entrarmos no Box destes pacientes, menor o contato, as vezes que iremos conversar com ele e saber se precisa de algo, enfim, propiciar certa aproximação. Por isso, devemos refletir em ações que amenizem essa distância e permitam a humanização independentemente da precaução envolvida.

- **Explicar a necessidade do uso de aventais ou máscaras:** ao iniciar as medidas protetoras fazer esta abordagem para os pacientes, familiares/acompanhantes e demais profissionais (se for necessário);
- **Explicar a utilidade da placa de identificação de isolamento na porta do Box:** isso deve ser para os pacientes e seus familiares/acompanhantes, fazendo-os compreender que não se trata de exclusão, mas sim de uma precaução para evitar a disseminação do agente patológico;
- **Deixar claro os motivos de restrição de materiais** (televisão, celulares, rádios, revistas, etc.) dentro do Box aos pacientes e seus familiares/acompanhantes;
- **Explicar o porquê do número reduzido de visitantes;**

- **Reduzir a distância entre paciente e profissional de saúde:** ao entrar no Box conversar com o paciente, se apresentar, situá-lo no tempo e espaço, perguntar o que ele precisa e como você poderá ajudá-lo;
- **Reforçar ao paciente que esta condição de isolamento é temporária e necessária** até a resolução da causa nociva;
- **Atentar-se para desfazer as medidas de precaução o mais breve possível,** assim que liberado pelo CCIH, diminuindo assim o tempo de distanciamento e reduzindo os custos com os materiais preconizados.

10 Humanização em situações de transporte e alta da UTI

Quando o estado fisiológico do paciente se estabilizou e a necessidade de monitoração e cuidado não é mais necessária ou ainda, intervenções ativas (agressivas) não são mais planejadas, a transferência para um nível de cuidado intermediário ou enfermaria é apropriada e deve ser providenciada. No entanto, existem situações em que o paciente precisa sair momentaneamente da UTI para realização de exames e esta condição também deve ser vivenciada da maneira mais humanizadora possível.

- **Comunicar aos pacientes e seus familiares/acompanhantes a necessidade ou motivo do deslocamento** do paciente da UTI;
- **Explicar aos pacientes e seus familiares/acompanhantes de que maneira irão e com quais profissionais serão acompanhados** ao se deslocar do setor: para as situações de alta da UTI como transporte para exames;
- **Providenciar todo o material necessário para um seguro deslocamento do paciente da UTI:** se necessário, explicar para o paciente e/ou familiar/acompanhante do que se tratam cada material (ex: maca, torpedo de O₂, maleta de utilitários) minimizando assim a ansiedade deles;
- **Durante o transporte não deixar o paciente desnudo ou passando frio;**
- **Não colocar por cima dos pacientes dispositivos que possam machucar ou causar dor,** como: monitores, torpedos de oxigênio, bombas de infusão dentre outros;

- **Na alta da UTI comunicar como serão as rotinas no novo setor** a ser alocado os pacientes e seus familiares/acompanhantes;
- **Os auxiliares administrativos devem entrar em contato com os familiares/acompanhantes:** para que seja comunicado sobre o transporte do paciente;
- **Os auxiliares administrativos devem revisar o prontuário e os pertences dos pacientes:** na alta da UTI para que não sejam perdidas informações ou bens;
- **Todos os profissionais devem se atentar para cuidados no momento antes do transporte/alta da UTI,** como: troca ou retirada de dispositivos invasivos, necessidade de troca de curativos, realização de higiene, oferta ou não de alimentação, conferência de preparos para exames, instalação de pulseiras de identificação, dentre outras especificidades.

11

Transcendendo o processo de terminalidade e cuidados paliativos

Terminalidade: considerada como fase em que o curso da doença do paciente evoluirá para a morte independente das medidas terapêuticas adotadas. A irreversibilidade da doença é definida a partir de dados objetivos e subjetivos analisados pela equipe médica.

Cuidados paliativos: Segundo a Organização Mundial de Saúde são ações de cuidado consideradas ativas e integrais prestadas a pacientes com doença progressiva e irreversível onde o fundamental é o controle da dor e dos demais sintomas mediante a prevenção e o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

- **Visitas liberadas dentro das 24h do dia** a todos os pacientes nestas condições;
- **Permitir visitas religiosas ou outros instrumentos e objetos:** conforme a crença e espiritualidade do paciente;
- **Ofertar sedação/analgesia:** evitando e controlando a dor;
- **Ofertar água e alimentos conforme tolerância, possibilidade ou desejo** do paciente;
- **Evitar realização de procedimentos fúteis** que não irão proporcionar nenhum benefício ao curso da doença;
- **Avaliar o estado psicológico e emocional dos pacientes e familiares/acompanhantes:** para saber como proceder às informações de terminalidade e cuidados paliativos;
- **Providenciar ajuda de outros profissionais** caso seja necessário, avaliando cada caso;

- **Preparar o paciente e/ou seus familiares/acompanhantes para a terminalidade:** eles têm o direito de saber do diagnóstico, condutas e o curso da doença;
- **Dar informações ao paciente e/ou a seus familiares/acompanhantes de forma gradual:** proporcionando assim o entendimento, aceitação e assimilação do novo estado de saúde;
- **Expressar empatia e ser solidário a dor do paciente:** a compaixão e o humanismo conforta e ameniza os sofrimentos;
- **Ser realista e firme nas informações, mas não retirar todas as esperanças da família** destruindo o restante da vida dos pacientes;
- **Manter cuidados de higiene e conforto** permitindo uma morte digna e o mesmo trato e ética com todos os pacientes;
- **Cuidados com familiares nas situações de doação de órgãos** orientando-os sobre o procedimento, burocracias e desfecho da situação;
- **Liberação aos pacientes de alguns desejos** (comidas diferenciadas, revistas, celular, ou outros mesmo que pareçam estranhos no hospital), pois talvez seja a última coisa “boa” que ele faça na vida.

12 Respeito ao corpo nas situações de óbito

A morte é comum dentro da terapia intensiva tanto pelo estado grave como até irreversível em que se encontram muitos pacientes. No entanto, o fato da morte dos pacientes internados na UTI não deve significar mais um (triste ou não) desfecho, e sim, como a evolução e curso da vida em que não podemos evitar e que, para alguém ou muitos “alguéns” aquele que acabou de morrer fará falta e deixará saudades. Portanto, tal situação deverá ser tratada com respeito como se fosse uma pessoa querida e estimada pelo profissional da saúde que vivenciou o óbito.

- **Abolir risadas, piadas ou situações irônicas com o corpo** no pré e pós morte;

- **Cuidar no momento do tamponamento e fixações** evitando cortes, lacerações (acidentes que danifiquem visualmente para a família o corpo), pois para a família, amigos e queridos qualquer forma de agressão ao corpo é um desrespeito àquele que se ama;

- **Atentar para uso de identificação no encaminhamento ao Morgue:** evitando situações embaraçosas ou que causem constrangimento a quem irá reconhecer o corpo, ou até mesmo troca pelas funerárias;

OBS: MORGUE: (local onde são acondicionados os cadáveres no hospital).

- **Utilizar capa plástica e lençol cobrindo o corpo para o transporte ao Morgue:** evitando assim exposição desnecessária e despertar atenção dos curiosos;

- **Permitir visita dos familiares/acompanhantes no momento do óbito:** se os mesmos estiverem próximos e assim desejarem;

- **Comunicar sobre a morte e as situações que levaram ao óbito do paciente com respeito e ética:** sensibilize-se com a dor dos familiares ou quem responsável for, e da melhor maneira como gostaria de receber tal informação se fosse alguém querido seu.

13 Postura, sigilo e ética profissional

Todos nós, independentemente da categoria profissional, somos regidos por um estatuto de boas condutas regulamentado pelo nosso conselho onde apontam direitos e deveres, éticos e morais. Além disso, fizemos um juramento honrando a profissão e respeitando o semelhante a ser atendido e cuidado por nós. Portanto, o mínimo esperado enquanto profissional é o cumprimento das regras estabelecidas mantendo a postura, o sigilo e a ética.

- **Apresentação pessoal** no desenvolvimento das suas atividades, envolvendo: (nome, categoria profissional, procedimento que irá realizar);
- **Usar linguagem adequada no ambiente de trabalho, sem palavras irônicas, piadas abusivas ou comentários desnecessários;**
- **Evitar risadas e conversas em tom de voz alto** ou que incomodem os pacientes e seus familiares/acompanhantes;
- **Evitar conversas sobre assuntos que não dizem respeito aos próprios pacientes na frente deles,** fundamentalmente durante os procedimentos: eles não são obrigados a querer saber sobre sua vida ou seus acontecimentos;
- **Não fazer comentários sobre os outros pacientes,** principalmente para outro paciente ou familiar. É um desrespeito ao sigilo e a privacidade;
- **Não fazer comentários das falas dos pacientes ou familiares/acompanhantes** que lhe foram confiadas enquanto profissional;
- **Não julgar as atitudes ou condutas dos colegas ou pacientes,** principalmente sem conhecer as

circunstâncias ou motivos que o levaram a tais ações;

- **Realizar procedimentos e cuidados pertinentes a sua categoria profissional apenas se tiveres certeza da ação resultante dos seus atos;**
- **Não ser negligente ou imparcial frente às queixas e solicitações** dos pacientes, familiares ou acompanhantes;
- **Não aplicar placebo** (exceto em pesquisas consentidas e com autorização prévia dos pacientes). OBS: Conforme Resolução 466/12 das disposições éticas do Conselho Nacional de Saúde do Brasil;
- **Não tirar fotografias, fazer áudios ou vídeos dos pacientes sem seu consentimento,** mesmo que seja breve ou para estudos internos. OBS: Conforme Código de ética profissional e Constituição Federal;
- **É imperdoável mentir, omitir ou enganar os pacientes** em troca de comodidade profissional ou qualquer outro benefício;
- **Não usar fones de ouvido ou celulares durante o atendimento aos pacientes ou a seus familiares/acompanhantes:** é um desrespeito a quem está necessitando dos seus cuidados e sua atenção profissional;
- **Seja honesto em todas as situações:** erros acontecem, mas a humildade de corrigi-los é sua obrigação;
- **Cumpra o que prometeu e aja de acordo com seus princípios, assumindo suas decisões.**

OBS: a NR 32 prevê a proibição do uso de adornos (alianças, anéis, pulseiras, relógios pessoais, colares, brincos, broches, piercings expostos, gravatas e crachás pendurados com cordão) pelos trabalhadores, principalmente aqueles que mantêm contato com agentes biológicos.

14

Relacionamento interpessoal entre equipes multiprofissionais

Trabalhamos em um ambiente com uma diversidade profissional ampla, com pessoas de diferentes hábitos, humores e modos de exercer suas atividades. É normal que nem todas tenham um bom relacionamento entre si ou gostem umas das outras. Porém, o primordial é nunca esquecer, que no meio profissional o importante não são as amizades, mas sim o respeito pelo colega independente da categoria profissional, tempo de serviço ou papel que exerça neste ambiente.

- **Manter o diálogo entre os profissionais:** é requisito fundamental aos que trabalham com e para os mesmos pacientes;
- **Não guardar ou omitir informações importantes e relevantes dos pacientes** sem multiplicar com toda a equipe que cuida deste;
- **Manter o mínimo de educação e fala polida entre os profissionais** de saúde que cuidam dos mesmos pacientes ou tratam de seus familiares/acompanhantes, independentemente se houver divergência de opinião, de conduta ou simplesmente não “simpatizar” com o colega;
- **Trate todos com respeito:** independentemente se há empatia ou não. Seu dever é a educação para com todos;
- **Não tratar de modo diferencial ou com descaso os profissionais de outras equipes:** todos são importantes e têm suas qualidades e opiniões;
- **Não usar apelidos, eufemismo ou outros vícios de linguagem para se comunicar com colegas:** o ambiente de trabalho não é local para esse tipo de “brincadeira”;

- **Respeitar o trabalho peculiar de cada categoria profissional** levando em consideração suas competências;
- **Seja assíduo e pontual:** é sua obrigação enquanto prestador de serviço em um ambiente onde sua falta sobrecarregará outra pessoa;
- **Respeite as hierarquias:** elas existem para garantir um bom funcionamento institucional e manter as rotinas administrativas e assistenciais dentro dos padrões necessários;
- **Respeite a privacidade dos colegas:** não mexa nas coisas que não são suas sem consentimento;
- **Afaste-se de fofocas** que apenas enfraquecem as relações e geram um clima de desconforto dentro do ambiente de trabalho;
- **Seja tolerante e flexível com quem está aprendendo ou iniciando no setor:** ninguém sabe tudo e ninguém entrou sem saber nada. Você pode fazer a diferença para o colega;
- **Dê créditos a quem mereceu ou executou o trabalho:** não pense em receber elogios pelo trabalho do colega, além de antiético, acaba com os relacionamentos profissionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Código Civil. Lei nº 10.406, 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>.

BRASIL. Código de proteção ao consumidor. Lei nº 8.078, 11 set. 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012: Revogada as Resoluções do CNS nº 196/96, 303/2000 e 404/2008 e dá as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. 5 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras>>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM 1.931, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos profissionais da Enfermagem. Resolução COFEN 240/2000 REVOGADA COFEN 311/2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2402000-revogada-pela-resoluco-cofen-3112007_4280.html>.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO 424 e 425/2013. Disponível em: <<http://crefito11.org.br/codigo-de-etica/>>.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Código de Ética dos Nutricionistas e Técnicos de Nutrição e Dietética. Resolução CFN 334/2004 ALTERADA 541/2014. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/05/RESOL-CFN-334-CODIGO-ETICA-NUTRICIONISTA-RETIFICADA-3.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cuidados paliativos. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/es/>>.







APÊNDICE F - Tabuleiro Comunicativo

(FRENTE)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	
J	K	L	M	N	O	P	Q	R	
S	T	U	V	W	Y	X	Z		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CONTRIBUIÇÃO: Enfª Flavia Feron Luiz – em agradecimento aos sujeitos que participaram da pesquisa sobre Humanização na Terapia Intensiva

(VERSO)

			
			
MEDO	ANSIOSO	POR QUE ESTOU AQUI?	QUEM É VOCÊ?
POR QUE ESTOU SEM ROUPAS?	QUAL MEU ESTADO DE SAÚDE?		
CADÊ MINHA FAMÍLIA?	POR QUE ESTOU AMARRADO?		
QUANDO VÃO TIRAR ISSO?	POR QUE NÃO CONSIGO FALAR?		
FIZ ALGUMA CIRURGIA?	QUANTO TEMPO ESTOU AQUI?		

APÊNDICE G - Banner Informativo



ORIENTAÇÕES PARA OS VISITANTES: A HUMANIZAÇÃO A FAVOR DA RECUPERAÇÃO



- ✓ Você pode tocar no paciente;
- ✓ Converse com o paciente mesmo que ele esteja sedado, talvez ele possa te ouvir e sentir sua presença;
- ✓ Transmita calma ao paciente e evite abordar assuntos desagradáveis;
- ✓ Uma medida de cuidado e carinho é higienizar as mãos antes e após visitar o paciente;
- ✓ Forneça água ou outros alimentos aos pacientes mediante liberação da equipe de saúde;
- ✓ Consulte a equipe de enfermagem para entrada de dispositivos eletrônicos, próteses dentárias e outros objetos;
- ✓ A entrada de menores de 12 anos é permitida após autorização do enfermeiro responsável;
- ✓ Desligue os celulares e aproveite o momento de visita;
- ✓ Os equipamentos e alarmes podem interferir no tratamento. Se tiver alguma dúvida, chame alguém da equipe de saúde;
- ✓ Qualquer profissional identificado poderá ajudar na sua recepção;
- ✓ Respeite a dor dos familiares, não comente com outras pessoas os problemas dos pacientes;
- ✓ As visitas religiosas são permitidas e bem vindas, combine com a enfermagem o melhor horário;
- ✓ Não se preocupe que as roupas utilizadas pelos internados na UTI serão fornecidas pelo Hospital;
- ✓ Não saia daqui com dúvidas, você pode solicitar aos profissionais que atendem seu familiar que lhe ajudem e dêem informações.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Poderá ocorrer eventuais atrasos na entrada dos visitantes quando algum procedimento estiver sendo realizado, porém este fato não interfere no tempo de duração da visita;
- Nos casos de intercorrências poderá ser solicitada a interrupção da visita e/ou a saída dos visitantes temporariamente da UTI.

APÊNDICE H - Planejamento da Observação Participante

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ENSINO NA SAÚDE**

Projeto de pesquisa: Humanização no ambiente de Terapia Intensiva: percepção do familiar/acompanhante e do profissional da saúde.

Orientadora: Dr^a Márcia Rosa da Costa

Coorientadora: Dr^a Rita Catalina Aquino Caregnato

Mestranda Pesquisadora: Flavia Feron Luiz

Data: Hora:

Sujeito observado: () familiar/acompanhante () profissional de saúde

Situações observadas significativas:

Manifestações comportamentais observadas:

Conversas informais que digam respeito ao tema da pesquisa:

Registros das comunicações não verbais:

Observações gerais:

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE E DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Pesquisador: MÁRCIA ROSA DA COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43293915.1.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.026.645

Data da Relatoria: 16/04/2015

Apresentação do Projeto:

A partir das atividades assistenciais em Terapia Intensiva da mestranda pesquisadora, percebeu-se que muitas ações dos profissionais da saúde estão em desacordo com as práticas que preconiza o Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização (PNH). Essa percepção empírica convergiu para a necessidade de ampliar as discussões e as reflexões sobre a temática e para a recuperação de conceitos e práticas humanizadoras.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as percepções de familiares/acompanhantes e profissionais de saúde sobre Humanização na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) para direcionar a uma ação educativa neste setor.

Objetivo Secundário:

Investigar e analisar a percepção dos familiares/acompanhantes de usuários internados na UTI do HNSC e dos profissionais de saúde deste setor sobre a temática da Humanização; Descrever como os profissionais de saúde implementam a Humanização dentro dessa UTI nas suas práticas educacionais e assistenciais; Elaborar um Manual Reflexivo contendo teorias e ações para práticas consideradas humanizadoras; Colaborar no desenvolvimento de um grupo de estudos sobre

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro:

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Continuação do Parecer: 1.026.645

práticas humanizadoras com os profissionais dessa UTI para discussão e disseminação da temática a outros setores hospitalares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão ligados unicamente ao possível desconforto que o entrevistado possa ter ao responder as perguntas. Os benefícios estão diretamente relacionados com a produção do conhecimento acerca do tema, da mesma forma que aprimorar e disseminar boas práticas humanizadoras dentro da UTI e demais ambientes hospitalares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de campo, do tipo exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa. Farão parte do universo da pesquisa dois grupos. O primeiro será composto pelos familiares/acompanhantes de usuários internados na referida UTI. Como requisito fundamental será: a idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos e, que visitem constantemente seus entes (pelo menos cinco dias de visita). O segundo grupo dar-se-á com os profissionais, pelo menos, um de cada categoria da área de saúde da referida UTI que atue direto ou indiretamente com pacientes ali internados, selecionados por amostragem intencional. Serão utilizados métodos mistos para a coleta de dados. Como técnica de pesquisa para os sujeitos do grupo 1 (familiares/acompanhantes), a coleta acontecerá por meio de Entrevistas semi-estruturadas e para os sujeitos do grupo 2 (profissionais da saúde) a realização de Grupos Focais. Além dessas duas técnicas de coletas de dados, haverá para ambos os grupos analisados um roteiro para aplicação de Observação Participante. O número total será de 20 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados dois TCLEs, um para familiares/acompanhantes e outro para os profissionais. O Termo de Anuência é assinado pela responsável pela UTI do HNCS.

Recomendações:

Aprovar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado do ponto de vista ético e metodológico. O prazo de execução do projeto encerra-se no mês de junho de 2016.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro:

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)303 -8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.026.645

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do relator.

PORTO ALEGRE, 16 de Abril de 2015

Assinado por:

**Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)**

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro:

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)303 -8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética do GHC



GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE E DO PROFISSIONAL DA SAÚDE.

Pesquisador: Flavia Feron Luiz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46549415.8.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.143.422

Data da Relatoria: 08/07/2015

Apresentação do Projeto:

A partir das atividades assistenciais em Terapia Intensiva da pesquisadora responsável, percebeu-se que muitas ações dos profissionais da saúde estão em desacordo com as práticas que preconizam o Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização (PNH). Com intuito de melhorar essas práticas ditas humanizadoras, este estudo tem por objetivo geral compreender as percepções de familiares/acompanhantes e de profissionais da saúde sobre a Humanização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para direcionar a uma ação educativa neste setor. O estudo tem ainda como objetivos específicos: investigar e analisar a percepção dos familiares/acompanhantes de usuários internados na UTI e dos profissionais de saúde deste setor sobre a temática da Humanização; descrever como os profissionais de saúde implementam a Humanização dentro da UTI nas suas práticas educacionais e assistenciais; elaborar um Manual Reflexivo contendo teorias e ações para práticas consideradas humanizadoras; e colaborar no desenvolvimento de um grupo de estudos sobre práticas humanizadoras com os profissionais da UTI para discussão e disseminação da temática a outros setores hospitalares. Para atingir os objetivos propostos, a partir da compreensão sobre percepção que os profissionais de saúde da UTI têm sobre a humanização comparando com o olhar que os usuários de saúde, representados pelos familiares/acompanhantes pensam sobre o tema, se formulou a

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNESC), sala 11

Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407

E-mail: cep-ghc@ghc.com.br



GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



Continuação do Parecer: 1.143.422

seguinte questão norteadora: Qual a percepção dos familiares/acompanhantes sobre a humanização na Terapia Intensiva? Como os profissionais de saúde percebem a humanização na UTI e de que forma implementam a

humanização nas suas práticas? O referencial teórico está fundamentado principalmente na PNH do Ministério da Saúde e da visão educativa e humanizadora de Paulo Freire. A metodologia adotada caracteriza-se como um estudo de campo, do tipo exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa. Serão utilizadas para coleta dos dados as técnicas de entrevista para os familiares/acompanhantes, grupo focal para os

profissionais da saúde e a observação participante concomitantemente nos dois grupos de sujeitos pesquisados. A verificação dos dados será por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Durante todo o processo desta pesquisa serão respeitadas todas as exigências éticas e científicas fundamentais, baseado nas orientações e disposições da Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde, na qual estão descritas as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos que envolvem seres humanos. Ao considerar a relevância do tema para a área da saúde e da educação, no âmbito da formação inicial e permanente de profissionais da saúde, estima-se que os resultados possam contribuir para que os profissionais reflitam e exerçam práticas assistenciais e educacionais humanizadoras, fundamentadas nos princípios da PNH. Somado a estes, espera-se que os familiares/acompanhantes dos usuários de saúde sintam-se melhores acolhidos e atendidos frente suas necessidades a partir da escuta de suas percepções sobre o conceito e o papel da Humanização no ambiente da UTI.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender as percepções de familiares/acompanhantes e profissionais de saúde sobre Humanização em Unidade de Terapia Intensiva para direcionar a uma ação educativa neste setor.

Objetivo Secundário:

Investigar e analisar a percepção dos familiares/acompanhantes de usuários internados na UTI e dos profissionais de saúde deste setor sobre a temática da Humanização; Descrever como os profissionais de saúde implementam a Humanização dentro da UTI nas suas práticas educacionais e assistenciais; Elaborar um Manual Reflexivo contendo teorias e ações para práticas consideradas humanizadoras; Colaborar no desenvolvimento de um grupo de estudos sobre práticas humanizadoras com os profissionais da UTI para discussão e disseminação da temática a outros setores hospitalares.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br



GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



Continuação do Parecer: 1.143.422

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Ligados unicamente ao desconforto dos respondentes em participar da pesquisa.

Benefícios: Nenhum benefício direto aos respondentes a não ser os benefícios diretamente relacionados com a contribuição para produção do conhecimento acerca do tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Texto adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu às recomendações prévias apresentadas em parecer consubstanciado anterior.

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 08 de Julho de 2015

Assinado por:

Daniel Demétrio Faustino da Silva
(Coordenador)

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11

Bairro: CRISTO REDENTOR

CEP: 91.350-200

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2407

Fax: (51)3357-2407

E-mail: cep-ghc@ghc.com.br