

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE
MOSSORÓ-FACENE/RN

STÉFANE CAROLINE FERNANDES DE OLIVEIRA

**HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM
HOSPITAL GERAL**

MOSSORÓ
2010

STÉFANE CAROLINE FERNANDES DE OLIVEIRA

**HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM
HOSPITAL GERAL**

Monografia apresentada como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE.

ORIENTADOR: Prof^o Ms. Johny Carlos de Queiroz

MOSSORÓ
2010

O45h

Oliveira, Stéfane Caroline Fernandes de.

Humanização em unidade de terapia intensiva em um hospital geral/ Stéfane Caroline Fernandes de Oliveira. – Mossoró, 2010.

57f.

Orientador: Prof^ª. MSc. Johny Carlos Queiroz.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Saúde Pública. 2. Humanização. 3. Enfermagem. I. Título.

STÉFANE CAROLINE FERNANDES DE OLIVEIRA

HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL GERAL

Monografia apresentada pela aluna Stéfane Caroline Fernandes de Oliveira de Graduação em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profº Ms. Johny Carlos de Queiroz – (FACENE/RN)
(Orientador)

Profº Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares- (FACENE/RN)
(Membro)

Profª Esp. Ana Cristina Arrais – (FACENE/RN)
(Membro)

A Deus, por me dar além do que mereço para ser feliz e aos meus pais, Ismar Fernandes de Oliveira Júnior e Roberta Fernandes da Silva, pelo amor incondicional e exemplo de cuidado que são para mim.

AGRADECIMENTOS

Toda jornada é composta por grandes alegrias, tristezas e aprendizados. Nunca poderemos chegar a lugar algum sem ajuda e companheirismo do outro. E ao final de mais uma etapa são muitas as pessoas que me ajudaram a materializar o que um dia foi apenas um sonho.

Agradeço a Deus por ter me dado força nos momentos difíceis, por ter me mostrado que não é fácil, mas também não é impossível, por me dar muito mais do que às vezes mereço, por me ensinar, a cada dia, que a compreensão é o melhor caminho e a paciência a maior virtude para se alcançar a felicidade.

Aos meus pais, Ismar Fernandes de Oliveira Júnior e Roberta Fernandes da Silva, por tudo que sou, por todo o cuidado dispensado a mim, por acreditarem em mim quando nem eu mesma achava que era capaz. Sinto-me profundamente agradecida pelas muitas vezes que nesses anos abriram mão dos seus sonhos para eu viver os meus, essa não é uma conquista só minha, pois ela jamais seria alcançada sem vocês.

E em especial a minha mãe, por me ensinar a superar momentos difíceis e a perceber que não existe problema que não possa ser ultrapassado, foi você que despertou em mim depois de tanto tempo de graduação, qual a importância da profissão que escolhi para a minha vida. Você não só me ensinou a andar, mas me mostrou que alguns momentos são necessárias rupturas e perdas para que aprendamos a contemplar o belo que existe no caminho.

Ao meu padrasto, José Marcos Honorato de Carvalho, pelos momentos divididos, as alegrias e dificuldades que compartilhamos.

Aos meus avós Ismar Fernandes (*in memoriam*) e Maria Pereira de Oliveira, vocês são meus exemplos de sabedoria e paciência, e ainda a Ernesto Miguel (*in memoriam*) e Rita Fernandes.

Ao meu namorado Victor Hugo, por ter acreditado em meu potencial, pela colaboração e compreensão e por ser um verdadeiro amigo e companheiro em todos os momentos que passamos juntos.

Aos meus tios e tias Ricardo Fernandes e Shirley, em especial Renato Fernandes e a Seissa Praxedes, minha vida sempre terá boas

lembranças do muito que aprendi com vocês, são para mim uma extensão do cuidado e carinho que só os pais dedicam.

Ao meu orientador Johny Carlos, pela paciência, sabedoria e dedicação, foram muitas as discussões até que chegássemos a um ponto comum e pudéssemos realizar esse trabalho.

Aos componentes da banca que examinou meu trabalho, Ana Cristina e Francisco Rafael, pelas contribuições dadas para concluir minha monografia.

Aos meus amigos que dividiram sonhos e alegrias, Gilvete, Monique, Livia, Juraci, Ester, Erlane, Lorena, Lúcia, João Paulo, Antonio Jales, Amanda que sempre me ajudou quando precisei.

Aos meus amigos de faculdade, que dividiram comigo certamente a mais doce, inesperada e até conturbada fase da minha vida.

Acredito que a dignidade de um homem está em saber perceber a importância que os outros têm em sua vida. Por isso, serei sempre grata. A todos os docentes pelos ensinamentos compartilhados. Por ensinarem mais do que técnicas, procedimentos e teorias.

Aos atores desta pesquisa, por propiciarem que ela pudesse ser materializada.

A todos os usuários, por permitirem em momentos de dor que eu me tornasse um pouco do que hoje sou.

Foi o tempo que perdeste com tua rosa que a fez tão importante. Os homens esqueceram esta verdade – disse ainda a raposa. Mas tu não a deves esquecer. Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.

(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

A humanização da assistência é um tema que vem a cada dia tomando uma conformação maior em todos os âmbitos onde se produz saúde. Foi no ano de 2004 que o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), esta busca (re)qualificar e (re)estruturar o Sistema Único de Saúde (SUS). O ideal da Política Nacional de Humanização (PNH) é fortalecer a autonomia dos sujeitos implicados no processo de assistência, modificar as práticas de atenção à saúde baseadas no assistencialismo, na busca de relações de confiança entre profissionais ou usuários, tomar como base as necessidades de cada um e prezar pela a autonomia de ambos. Mesmo diante de tantos discursos de humanização da assistência alguns, setores hospitalares são descritos como possuidores de entraves para que esta aconteça, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um destes, por ser associada em geral a pacientes em estados graves e em fase terminal. Diante dos discursos vinculados na literatura acerca da humanização e do mito que cerca a UTI, este estudo buscou perceber esses entraves e as possibilidades para humanização da UTI, baseado nas concepções e opiniões dos Enfermeiros da UTI geral do Hospital Regional Tarcisio de Vasconcelos Maia (HRTVM), localizado na cidade de Mossoró/RN. Trata-se, portanto, de uma pesquisa descritiva, realizada através de um questionário. Os enfermeiros concebem a Humanização como um cuidado capaz de atender às necessidades de todos que estejam implicados no processo de assistência, seja usuário, família ou equipe de saúde. Toda a amostra afirmou conhecer o conceito de PNH e percebem que as dificuldades de humanizar estão na falta de recursos, sejam humanos ou materiais, na própria estrutura da UTI, que não possibilita a permanência de acompanhantes por um período maior, conforme o desejo dos mesmos e dos pacientes, bem como na falta de articulação entre os profissionais da UTI. Os caminhos delineados para materializar a humanização passam pelo aumento do número de funcionários, melhoria da articulação entre os profissionais que trabalham na UTI e todos com o intuito de melhorar a condição de vida do usuário. Ocorre que os comentários de melhorias dos enfermeiros em alguns momentos entram em contradição com a realidade visualizada, pois a fragmentação dos processos de trabalho é visível e parte também dos profissionais. É possível afirmar que os enfermeiros possuem concepções de humanização que se aproximam dos discursos vinculados na literatura e na PNH, conseguindo elencar dificuldades e apontar caminhos para materializar a humanização do âmbito estudado, resta agora buscar meios para fazer dos discursos práticas contínuas.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The healthcare humanization is an issue that day by day has been taking a higher conformation in all areas where health is produced. It was in 2004 that the Health Ministry launched the National Humanization Policy (PNH), this one searches to (re) define and (re) structuring the National Health System (SUS). The National Humanization Policy (PNH) ideal is to strengthen the autonomy of individuals involved in the assistance process, to modify the health care practices based on welfarism, in search of trustable relationships between professionals and users, to build on the needs of each one and appreciating both autonomy. Despite so many assistance humanization speeches of some hospital sectors are described as barriers owners for this to happen, the Intensive Care Unit (UTI) is one of these, for being generally associated with ill patients and terminally stage. Before the discourses related on literature about humanization and the myth surrounding the UTI, this study searched to understand those barriers and the possibilities for UTI humanizing, based on the conceptions and opinions of the general UTI Nurses in the Hospital Regional de Vasconcelos Maia Tarcisio (HRTVM), located on Mossoró city, RN. It is, therefore, a descriptive survey, conducted through a questionnaire. The nurses conceive the Humanizing as a care that is capable to attend the needs of all who are involved in the assistance process being even the user, family or health team. The entire sample affirmed to know the concept of PNH and realize that the humanization difficulties lie in the lack of human or material resources, in the very UTI structure wich can't allow the permanence of a companion escort for a longer period as the desire of them and the patients as well as the absence of collaboration between UTI professionals. The outlined paths to materialize the humanization pass through the employees increasing number, improving the coordination among the professionals who works at the UTI and all with the intention to improving the user living condition. But, the nurses improvements commentaries at some times come into conflict with the reality viewed, because of the work process fragmentation is visible and also professionals part. It is possible to argue that nurses have humanization conceptions that approach the discourses related on literature and in PNH, getting to list problems and show ways to materialize the humanization of the studied context, there is now seeking ways to make practical continuous discourses.

Keywords: Healthcare Humanization. Nursing. Intensive Care Units.

LISTA DE SIGLAS

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

HRTVM – Hospital Regional Tarcisio de Vasconcelos Maia

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1	COMPREENDENDO A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	15
3.2	PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	17
3.3	A HUMANIZAÇÃO PROPOSTA NA PNH.....	20
3.4	A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	25
4	PERCURSO METODOLÓGICO	29
4.1	TIPOS DE PESQUISA.....	29
4.2	LOCAL DE PESQUISA.....	29
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	30
4.5	COLETA DE DADOS.....	30
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	31
4.7	ASPECTO ÉTICO.....	31
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	33
5.2	CONCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE HUMANIZAÇÃO EM UMA UTI..	36
5.3	HUMANIZAÇÃO PROPOSTA NA PNH.....	38
5.4	AS DIFICULDADES PARA A EFETIVAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA UTI.....	40
5.5	CAMINHOS POSSÍVEIS PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA UTI..	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES	51
	ANEXO	56

1 INTRODUÇÃO

Humanizar é cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social, incorporando e respeitando os seus valores, esperanças, aspectos culturais e as preocupações de cada um (KNOBEL, 2009).

Humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

A humanização nas práticas de atenção à saúde é descrita como a capacidade de ouvir o usuário, atender suas necessidades culturais, sociais, permitir que este exerça sua autonomia. É assegurar que o usuário participe junto com a equipe da construção do seu plano terapêutico e envolver a família nesse cuidado para que o usuário não se sinta fora do seu contexto, principalmente quando este se encontra hospitalizado.

Para Betts (2009, p.34.) a humanização implica:

[...] precisa da mediação das palavras faladas e trocadas no diálogo com o outro para poder generalizar-se. Como uma relação autêntica com outro implica um mínimo de alteridade e aceitação da pluralidade humana como algo irreduzível, o laço social humanizante somente se constrói pela mediação da palavra. É somente pela mediação da palavra trocada com o outro que podemos tornar inteligíveis nossos próprios pensamentos, anseios, temores e sofrimentos. Nossos sentimentos e sensibilidades só tomam forma e expressão na relação simbólica com o outro. Enfim, as coisas do mundo se tornam humanas quando as discutimos com nossos semelhantes.

O Ministério da Saúde (MS) lançou em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH), na perspectiva de busca (re)qualificar e (re)estruturar o SUS através do fortalecimento de ações em saúde voltadas para construção da autonomia através de redes de diálogos de todos os sujeitos implicados neste processo.

A PNH considera a saúde como direito de todos e dever do Estado, entendendo que a humanização como política deve, necessariamente, atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde.

Entende-se assim, que a humanização da assistência à saúde de acordo com a PNH, não se dá de forma verticalizada e hierarquizada. Está concebida em uma forma de agir em saúde que se realiza transversalmente através das medidas gerenciais, trocas de experiências e articulação entre todos os profissionais envolvidos no cuidado, tomando o usuário como ponto de partida para a assistência, incluindo sua rede social e familiar.

A Humanização, nesse viés, compreende à valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo, bem como o fomento à autonomia e ao protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de co-responsabilidade; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais; a mudança dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e do atendimento (BENEVIDES; PASSOS, 2006).

Percebe-se, no entanto, que mesmo diante de tantos discursos vinculados à humanização da assistência, ainda existe uma visão reducionista do que seja esta, acreditando-se, inclusive, que alguns setores hospitalares e alguns níveis de assistência possuem características que dificultam ou até impossibilitam a humanização.

Ao perceber a humanização em suas peculiaridades e observando que estas precisam ser trabalhadas em cada contexto para poder desenvolver uma prática concreta em todos os setores hospitalares.

Os profissionais de enfermagem devem estar preparados no sentido de minimizar os transtornos decorrentes da hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), possibilitando uma assistência que venha atender às necessidades dos usuários e familiares. Por isso, vemos a necessidade da implementação de Programas de Humanização em UTI's que deverão ser

trabalhados por todos que fazem a equipe multiprofissional, pois a “A humanização se faz por pessoas” (KNOBEL, 2009,p.39).

Diante da realidade exposta, observa-se que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na UTI têm uma grande relevância no bem-estar do paciente.

Mas fica a seguinte dúvida: Será que os enfermeiros que atuam em UTI têm conhecimento sobre a PNH e quais as dificuldades encontradas para a sua implementação?

Durante as nossas práticas no Estágio Supervisionado nos Hospitais do Município de Mossoró-RN, percebemos que mesmo diante de tantos discursos vinculados à humanização da assistência, ainda existe uma visão reducionista do que seja esta, acreditando-se, inclusive, que alguns setores hospitalares e alguns níveis de assistência possuem características que dificultam ou até impossibilitam a humanização.

Neste sentido, resolvemos estudar as dificuldades e possibilidades de prestar uma assistência humanizada na UTI, justamente por ser ainda um espaço cercado de mitos e preconceitos, e associado por muitos, como local de pacientes terminais.

Dentro da importância deste estudo entende-se que a humanização enquanto medida para mudança e melhoria das práticas assistenciais deve ser uma prática contínua em todos os âmbitos onde se produz saúde, a partir do conhecimento das dificuldades e possibilidades de humanizar a UTI é possível traçar caminhos que facilitem e aprimorem o cuidado humanizado.

Enquanto prática acadêmica ajuda na construção de conhecimentos, chamando atenção dos docentes e discentes para importância de trabalhar a humanização, com o intuito de sensibilizar discentes para prática de humanização em UTI, e ao mesmo tempo fazendo perceber a tamanha responsabilidade atribuída a este setor.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção dos enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva em uma Unidade Hospitalar a respeito das práticas humanizadas a partir da Política Nacional de Humanização.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a percepção dos Enfermeiros acerca das práticas humanizadas propostas pela Política Nacional de Humanização.
- Identificar as práticas humanizadas realizadas pelos enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva.
- Identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros na implantação da Política Nacional de Humanização.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 COMPREENDENDO A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Humanizar significa “elevar à altura do homem; tornar humano; dar condição humana; afável; tratável” (FERREIRA, 2009, p.29).

Mais o que seria inerente ao humano? Atitudes como exploração do outro, maus tratos, relações que fogem do conceito ético, não seriam também características do ser humano?

O conceito de humano e humanidade mudou ao longo das civilizações, para alguns povos só eram considerados humanos os membros da sociedade. Em outras, mulheres e crianças não possuíam essa condição.

Na Grécia antiga e na clássica, as mulheres, as crianças, os escravos e estrangeiros não eram cidadãos e em graus variáveis, não eram tidos como humanos. Tal tradição discriminatória se prolongou no Império Romano, em suas numerosas colônias, assim como os bárbaros que, decididamente, não eram considerados humanos (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Se consideramos como humanos, seres capazes de manifestar diversas reações diante das situações, tais como as já citadas de exploração do outro, não podemos definir a humanização da assistência à saúde apenas como uma relação de confiança ou de respeito mútuo, já que são diversas as possibilidades de ações inerente aos seres humanos.

A humanização da atenção à saúde não possui um conceito pronto, já que são muitas as características próprias do ser humano, que fogem ao que é vinculado na literatura como humanização da assistência, visto que o ser humano não pode ser quantificado, também a humanização não pode ser definida, apenas apontamos aproximações para sua efetivação.

Na literatura em saúde, alguns autores como Deslandes (2004), Betts (2009), Campos (2009) defendem a humanização da assistência à saúde como um cuidado centrado no sujeito, no qual existe possibilidade para a interação pessoa a pessoa, ao respeito à melhoria da condição de vida em

todos os momentos da existência, propiciando que os sujeitos desenvolvam sua autonomia.

Geralmente emprega-se a noção de “humanização” para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais (DESLANDES, 2004, p. 4).

Ainda dentro desta concepção de humanização como relação dialógica de troca de saberes, entende-se que humanizar pressupõe possibilitar que o usuário faça parte do seu plano terapêutico, escolhendo junto com os profissionais envolvidos na assistência, conforme seus desejos, interesses, dentro das possibilidades terapêuticas.

É construir um ambiente para que estes não se sintam ainda mais fragilizados, quando fora do seu contexto de vida, como em internações hospitalares, onde os usuários são deslocados para ambientes totalmente diferentes da sua realidade (GUATARRI, 2001).

É perceptível que, algumas vezes, a estrutura e o funcionamento da UTI impessoalizam os sujeitos, visto que a complexidade desse serviço exige intervenções que podem estar em desacordo com as singularidades dos usuários, e sua estrutura não permite contato prolongado destes com sua rede social.

Entendemos que uma forma de dar condições aos usuários de tomarem suas próprias decisões pode partir de reformulações simples na dinâmica dos serviços, como o horário de banhos, que não pode ser fixado em uma hora ‘X’, para toda a possibilidade de visitas mais frequentes e de alguém de confiança do usuário junto deste, mesmo quando não podem expressar suas necessidades, pois não podemos pensar a humanização somente aplicada aos sujeitos doentes, mas a todos que fazem parte do contexto de assistência, entendendo assim profissionais, usuários e família.

A humanização pressupõe também condições adequadas de trabalho para que esta seja efetivada, pois não é possível pensar a

humanização da assistência com profissionais em condições de trabalho desfavoráveis, insalubres, injustas sob o prisma da remuneração.

Para que os profissionais de saúde/enfermagem possam prestar uma assistência de qualidade e humanizada, se faz necessário ter sua dignidade e condição humana respeitada, recebendo remuneração justa, condições adequadas de trabalho e ter seu trabalho reconhecido e valorizado (BACKES et al apud SALICIO; GAIVA, 2006).

Assim entendemos a humanização como um conjunto de práticas e estruturas no sentido de efetivar um cuidado técnico e eticamente centrado, onde coexistem as particularidades dos diversos sujeitos envolvidos na assistência, usuários, profissionais e família.

3.2 PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

No campo das políticas públicas de saúde a humanização diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si.

A humanização em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos (Campos, 2000) de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão).

Mudar as práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e co-responsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde (CAMPOS, 2000).

Por isso, falamos da humanização do SUS (HumanizaSUS) como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas (CAMPOS, 2000).

No dia 24 de maio de 2000, foi apresentado em Brasília o Projeto-Piloto do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, para convidados representativos das várias instâncias da área da saúde, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, dirigentes de hospitais e universidades, representantes dos usuários, Conselhos de Saúde e Conselhos de Classe (BRASIL, 2001).

Com a aprovação do Programa pelo Ministro da Saúde, o comitê escolheu um grupo de profissionais de reconhecida capacidade técnica para desenvolver o Projeto-Piloto. O trabalho em cada hospital foi desenvolvido por dois profissionais, com o acompanhamento de uma equipe de supervisores e coordenada pelo Comitê de Humanização (BRASIL, 2001).

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. E seu objetivo fundamental é aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001, p.07).

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

O Comitê de Humanização atuará como condutor do processo, garantindo as diretrizes básicas do PNHAH, critérios e parâmetros de avaliação de resultados, como também, responsável pela articulação e apoio às redes

regionais, sistematização da metodologia e da avaliação do trabalho, cabendo-lhe (BRASIL, 2004, p. 04):

- Apoio técnico ao trabalho desenvolvido pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- Acompanhamento do trabalho das secretarias na condução operacional dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar;
- Elaboração de textos para publicações, produção de vídeos e manuais;
- Implantação da Rede Nacional de Humanização, do home Page, do Banco de Projetos, do Mapa Nacional de Experiências de Humanização e desenvolvimento de mecanismos de constituição de redes;
- Condução dos workshops;
- Organização do Congresso Nacional de Humanização;
- Acompanhamento do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Capacitação para Humanização Hospitalar;
- Acompanhamento dos mecanismos de incentivo aos hospitais;
- Acompanhamento das parcerias estabelecidas;
- Coordenação dos cursos de especialização;
- Elaboração de indicadores de humanização da assistência à saúde;
- Elaboração de relatórios das atividades e de resultados;
- Avaliação parcial e final dos resultados do Programa;
- Criação e manutenção de canais de comunicação com a equipe e com o MS;
- Desenvolvimento de novas metodologias de educação à distância (BRASIL, 2001).

De 2000 a 2002, o PNHAH iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e

alguns trabalhadores e, por vezes, secundarizada por gestores e profissionais de saúde.

Por um lado, os usuários reivindicam o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais lutam por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos (Benevides; Passos, 2005).

Quando colocam que é imprescindível perceber e atender as necessidades dos sujeitos doentes, entendendo estas em sua plenitude, os profissionais evidenciam alguns dispositivos da PNH como a clínica ampliada, que se propõe a trabalhar com o sujeito articulando toda a rede de assistência à rede social do usuário, com o intuito de produzir saúde e não somente tratar a doença.

O desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar implica, necessariamente, no fortalecimento de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais, como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social. Portanto, a implantação ampla do Programa deverá, especialmente, considerar a participação ativa e responsável do maior número de pessoas (profissionais e usuários) empenhadas, direta ou indiretamente, de forma que sejam respeitadas, ouvidas e valorizadas (BRASIL, 2001).

A elaboração, implantação e avaliação do Programa feito com a participação da comunidade, do profissional de saúde e da instituição hospitalar, representam o início da efetiva implantação de uma política de resgate do valor da vida humana e respeito por seu sofrimento e suas necessidades (BRASIL, 2001).

3.3 A HUMANIZAÇÃO PROPOSTA NA PNH

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1990 através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), busca uma nova forma de produzir saúde no Brasil,

através dos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação popular.

O SUS traz uma concepção de saúde centrada na qualidade de vida dos usuários tentando superar o conceito de saúde apenas como ausência de doença.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...] (BRASIL, 2004, p. 08).

Mesmo diante dessa nova forma de fazer saúde no Brasil proposta pelo SUS, surgem insatisfações com a forma de materialização da mesma, os usuários reclamam melhorias no atendimento e na resolutividade de seus problemas.

Lacunas foram percebidas ao longo da efetivação do SUS, dentre elas destaca-se a dificuldade de concretizar seus princípios basilares, Universalidade Integralidade, Equidade e participação popular, relação de trabalho precarizado entre os profissionais que produzem saúde, dificuldade de resolução das necessidades singulares dos usuários, gestão verticalizada e hierarquizada entre outros.

[...] o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas. A esse quadro acrescenta-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2008, p.9).

Como proposta para reorientação das práticas de atenção à saúde, resgate e fortalecimento da sua capacidade cuidadora, em 2004, o MS lança a PNH. Esta busca uma (re)qualificação e (re)estruturação do SUS, fortalecendo a autonomia dos sujeitos implicados no processo de assistência, modificando

as práticas de atenção à saúde baseadas no assistencialismo, na busca de relações de confiança entre profissionais e usuários, tomando como base as necessidades dos usuários, prezando pela autonomia destes e dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004).

Enquanto política, a humanização perde a característica de ação pontual e verticalizada e ganha o enfoque de prática permanente transversal de construção coletiva. “A humanização como uma política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL, 2008, p. 13).

Para a PNH a humanização é uma estratégia que inclui:

Aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS no cuidado à saúde, implica mudanças na cultura da atenção aos usuários e da gestão aos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como protagonistas do sistema de saúde através de sua ação de controle social, mas são também melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2008, p. 2).

Para efetivar a humanização nas instâncias do SUS, a PNH propõe estratégias e metas a serem alcançadas, situadas no eixo das instituições, gestão, financiamento, formação e saúde, de acordo com o grau de envolvimento dos sujeitos em sua dimensão técnico-assistencial.

Tais metas propiciam a redução de filas de tempo de espera com ampliação do acesso ao atendimento, eficiência da referência e contrarreferência nos serviços de saúde, gestão participativa dos profissionais e usuários nos serviços de saúde, garantia aos usuários de informações verídicas sobre seu estado de saúde, bem como o direito de acompanhamento de pessoas de sua rede social, fazendo valer todos os direitos do usuário do SUS (BRASIL, 2008).

Entende-se assim, que a humanização da assistência à saúde, de acordo com a PNH, não se dá de forma verticalizada e hierarquizada. Está

concebida em uma forma de agir em saúde que se realiza transversalmente, através das medidas gerenciais, até troca de experiências e articulação entre todos os profissionais envolvidos no cuidado, tomando o usuário como ponto de partida para a assistência, incluindo sua rede social e sua família.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização dispõe de dispositivos, dentre eles destacam-se:

- O acolhimento com avaliação de risco;
- Ampliação do diálogo entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Adequar os serviços ao ambiente e a cultura local (BRASIL, 2004).

De acordo com a PNH, a Humanização pode ser entendida como uma necessidade vigente para a mudança das práticas assistenciais e melhoria dos serviços ofertados. Deve ser baseada em ações que perpassam desde os níveis gerenciais até o individual, utilizando, para tanto, de vários dispositivos como os citados anteriormente.

É perceptível que a PNH nos coloca uma nova forma de pensar o fazer em saúde, e traz a Humanização semelhante ao que vínhamos discutindo, como um conjunto de ações a serem construídas coletivamente com o intuito de melhorar atenção à saúde em todos os níveis assistenciais.

Percebe-se que para a PNH, o acolhimento pressupõe a organização dos serviços de saúde, tornando-os capazes de atender às necessidades dos usuários, baseado na classificação destas, através de uma equipe de trabalho multidisciplinar que possibilite a recuperação da saúde, garantindo a referência e a continuidade da assistência na rede social dos usuários (BRASIL, 2008).

O acolhimento busca, dentre outras coisas, dar uma maior resolutividade aos problemas dos usuários que recorrem aos serviços de saúde, criando em cada atendimento um encontro acolhedor através da construção de vínculos que favoreçam a recuperação dos pacientes e os processos de trabalho dos profissionais cuidadores, bem como da organização dos recursos e das intervenções necessárias.

O acolhimento ainda pode ser entendido:

Como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2008, p.4).

Neste sentido Franco; Bueno; Merhy (1999) reforçam que o acolhimento deve ser pensado de forma centrada, ou seja, direcionado sempre pelas singularidades dos sujeitos, garantindo acesso universal a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, fugindo o foco da atenção baseada no modelo curativista fundamentada na figura do médico, atuando através de equipes multiprofissionais. Este é formado por profissionais qualificados, que garantam a escuta do usuário e resolutividade da assistência.

Segundo os mesmos autores, em todos os encontros que visam produção de saúde são construídas relações de responsabilização, vínculo e compromisso, constituídos por trabalho vivo em ato, assim o acolhimento só vem reforçar a construção dessa responsabilização que já deve inerente de toda prática de produção de saúde.

[...] o que propomos é pôr em prática o acolhimento como um dispositivo que interroga processos intercessores que constroem relações clínicas das práticas de saúde e que permite escutar ruídos do modo como o trabalho vivo é capturado, conforme certos modelos de assistência, em todo lugar em que há relações clínicas em saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 2).

A humanização como cuidado que oferece resolutividade aos problemas dos usuários, possui características intrínsecas relacionadas ao ambiente da UTI, visto que em geral as pessoas relacionam esta com um local de morte e de pacientes terminais, fator este que implica muitas vezes na recuperação dos mesmos, pois já entram na unidade apreensivos pela sua condição, e algumas vezes a falta de diálogo com os profissionais agrava ainda mais o estado do paciente.

O cuidado humanizado então é entendido como atender não só a necessidades de assistência à saúde dos usuários, mas oferecer atenção fazendo com que se compreendam todas as intervenções necessárias, estabelecendo uma relação de confiança entre usuários/equipe de saúde/família.

3.4 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA X HUMANIZAÇÃO

As UTIs foram criadas durante a Segunda Guerra Mundial, para cuidar dos feridos de guerra, estas instituíram uma forma de cuidado intensivo aos usuários, que melhorou as condições de recuperação e diminuiu consideravelmente a mortalidade.

A partir da II Guerra Mundial e da Guerra da Coréia, a experiência adquirida com o trauma nas guerras é transferida para a vida civil. Na década de 50, os hospitais norte-americanos passam a usar os cuidados intensivos para recuperar pacientes em choque, em especial as vítimas de acidentes graves (FERRARI, 1988, p.454).

São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e própria, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas à diagnóstica e terapêutica (BRASIL, 2008).

Em uma UTI, a visão de futuro é desdobrada em planejamentos específicos para a melhoria da estrutura física e de recursos humanos, dos processos de diagnóstico e tratamento, de fluxo e armazenamento de informações, visando à obtenção de resultados.

A execução é feita através de processos e geri-los é fundamental para torná-los previsíveis. Na gestão dos processos definem-se as funções, as tarefas e os limites de responsabilidade e autoridade das pessoas, as prioridades e os custos. Qualquer processo envolve um ou mais fornecedores ou cliente. Se o cliente final de uma UTI é o usuário, existem certamente, clientes intermediários e parceiros a serem considerados (KNOBEL, 2009).

As UTI's podem ser caracterizadas de acordo com a especialidade do atendimento e a faixa etária dos usuários; é considerada UTI neonatal a que atende pacientes de 0 a 28 dias, pediátrica de 28 dias a 14 ou 18 anos, adultos atende pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com a rotina do hospital. Todo hospital que contenha 100 ou mais leitos deve dispor de UTI com capacidade para atender no mínimo 6 % dos leitos totais do hospital (BRASIL, 1998).

Os equipamentos necessários à recuperação dos usuários na UTI são definidos de acordo com Merhy (1999) como tecnologias duras. Ocorre que o uso necessário destas tecnologias cercou a UTI de mitos, como corredor da morte, sendo percebida enquanto um setor onde os cuidados à saúde são dispensados somente por estas tecnologias, o distanciamento da família e a própria estrutura física a ligam à idéia de morte e de medo.

Vejamos uma versão mais explícita dessa idéia:

É uma espécie de ante-sala do céu ou do inferno. Se você entrou nela, ou morre, ou sai com profundas lesões. [...] o ambiente era uma sala pequena, com luz fria. Não sabia se era dia ou noite, porque não havia janelas, só paredes brancas (FERRARI apud PAIVA 1988, p. 458).

É evidente que as UTI's se configuram em um grande avanço na atenção a saúde, já que possibilitam, através dos cuidados intensivos facilitados por equipamentos necessários às condições clínicas nas quais uma ou mais funções vitais estejam comprometidas, recuperar e restaurar a saúde de pacientes graves.

A humanização da atenção à saúde, como já vem sendo discutido, é entendida dentre outros fatores, como um processo de envolvimento, em que

existe espaço para o diálogo, construção de ambientes de negociação, responsabilização, fundamentados nas singularidades de todos os sujeitos.

Partindo de concepções de humanização como acima descrita, alguns setores hospitalares ainda são percebidos como possuidores de características que dificultam ou até impossibilitam a atenção humanizada.

São inúmeros os fatores descritos como limitantes ao atendimento humanizado em UTI, entre estes se destaca a estrutura do local, os equipamentos utilizados, e as rotinas, que podem despersonalizar os usuários, criando condições onde este é percebido somente na sua condição patológica.

A unidade de terapia intensiva (UTI) tem sido caracterizada como ambiente complexo, decorrente do uso crescente da tecnologia que visa atender melhor o paciente. O tratamento implantado nesse ambiente é considerado agressivo e invasivo, traduzindo-se por uma alta intensidade e complexidade de eventos e situações. Outra característica dessa unidade é a despersonalização do ser, pois o paciente encontra-se fora do seu ambiente familiar, social e profissional, para ficar em um ambiente desconhecido (GUIRARDELLO et al., 1999, p.124).

Fica implícita nesta análise dos autores a idéia de que na assistência humanizada é relevante a percepção do paciente como ponto de partida do atendimento e norteador da assistência. Assim, levar em consideração o perfil dos pacientes é fundamental para um atendimento eficaz dentro dos parâmetros da humanização.

Na UTI, os pacientes possuem um perfil que os diferenciam de pacientes de outros setores hospitalares, pela condição clínica, pela necessidade de cuidados mais intensivos, pelo próprio ambiente da UTI.

Um paciente de um centro de terapia intensiva (CTI), não é um paciente de enfermaria, pois muitos aspectos o diferenciam dos pacientes de uma unidade de internação convencional. A citar: (1) a gravidade e a agudeza de sua condição clínica, (2) os aspectos legais, de ontológicos e bioéticos, (3) o relacionamento interpessoal dos múltiplos segmentos envolvidos na atenção ao paciente, (4) a interface com os equipamentos e (5) o ambiente hostil (BARRETO; VIEIRA, 2001, p.29).

Não é possível pensar humanização sem uma articulação negociada entre equipe de saúde e usuário, e sem ter as mínimas condições necessárias para que a equipe efetue seu trabalho. Essas condições não se restringem somente à técnica, mas primordialmente a um ambiente emocionalmente propício para a equipe e para os usuários.

A equipe de saúde é um fator determinante para a humanização da assistência, sua condição emocional pode tanto melhorar como limitar o serviço prestado. Assim o ambiente da UTI, descrito como estressante, pode acarretar problemas à equipe, dificultando o atendimento humanizado.

Considerando os ambientes críticos como as unidades de terapia intensiva (UTI), o estresse tem constituído fator de risco a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem e, embora seja o local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, parece oferecer um dos ambientes mais hostis mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital (...) esse fato ocorre devido às conseqüências das variáveis que intervêm nesse processo tais como: ambiente extremamente seco, refrigerado, fechado, iluminação artificial, ruído interno contínuo, inter-relacionamento constante entre as mesmas pessoas da equipe durante o turno, bem como a exigência excessiva de segurança. Respeito e responsabilidade para o paciente em sofrimento dor e com morte iminente, para garantia da qualidade da assistência (FERRAREZ; FERREIRA et al., 2006 ,p.19).

Na UTI, assim como nos demais setores hospitalares é *sine-qua-non* que o atendimento humanizado faça parte da sua rotina, e os usuários tem que ser vistos em todas as suas dimensões, mesmo quando estes não possam expressar verbalmente seus anseios e necessidades.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo realizado trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa.

Para Gil (2006) a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

De acordo com abordagem qualitativa na concepção de Minayo (1997, p. 21):

(...) se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos dos fenômenos que não podem ser reduzidos à apreciação de valores.

Para que os objetivos propostos na pesquisa fossem alcançados, foram realizadas pesquisas bibliográficas acerca do tema cuidado e humanização, tendo sido utilizado como principais referências, Coelho (2005), Merhy (2007), Foucault (1980), Deslandes (2004) e a PNH do MS do Brasil.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na UTI do Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia (HRTVM) em Mossoró-RN, campo de práticas e estágio supervisionado nas áreas de clínica médica, cirúrgica, pediátrica e urgência e emergência, que presta atendimento aos usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS) não só para a cidade de Mossoró, mas para toda a região circunvizinha do Estado do Rio Grande do Norte, estados vizinhos como Paraíba e Ceará.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por Enfermeiros (as) que atuam na UTI do HRTVM e a amostra foi composta por cinco enfermeiros, devido um deles não ter aceitado participado da pesquisa, conforme está elencado nos critérios estabelecidos para este estudo.

Elencamos como critérios de inclusão: participar voluntariamente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), experiência profissional superior a seis meses e atuação exclusiva em UTI.

Como critérios de exclusão, definimos: tempo de experiência inferior a seis meses na UTI, os que se encontravam de licença médica, licença prêmio e maternidade, em gozo de férias, e os que se recusaram em participar da pesquisa não assinando o TCLE.

Optamos por trabalhar apenas com enfermeiros, devido serem responsáveis pela condução dos processos de trabalhos inerentes a enfermagem, assim como, devem ser responsáveis pela assistência humanizada aos usuários.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados através da aplicação de um questionário estruturado (APÊNDICE A) com perguntas elaboradas previamente. O questionário foi composto por duas fases com dados de identificação dos entrevistados e a segunda fase com dados relacionados aos objetivos do trabalho, relacionado à humanização da assistência em UTI.

Cada participante foi esclarecido sobre os objetivos do estudo, a importância da sua participação, a garantia do anonimato e foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B).

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2010 e foi desenvolvido na UTI do Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia

(HRTVM), de acordo com disponibilidade e aceitabilidade dos Enfermeiros (as), iniciada logo após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE.

A coleta de dados foi desenvolvida com os enfermeiros que fazem parte da escala da UTI do HRTVM. Iniciamos a pesquisa da seguinte forma:

A - Entramos em contato com os possíveis participantes;

B - Informamos o propósito da pesquisa e a importância da participação;

C – Foi garantido o anonimato e foi solicitada assinatura do TCLE;

D – Foi agendada a entrega do questionário conforme a disponibilidade dos mesmos.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Logo após a coleta de dados, se fez necessária a análise e interpretação dos dados coletados, buscando tendências, padrões, relação e respostas ao problema proposto, confrontando os dados com o objetivo da pesquisa. Para a obtenção da análise e distribuição do conteúdo nesta pesquisa foi utilizada a técnica de análise de categorização.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo (analogia), com os critérios previamente definidos (BARDIN, 2009, p.145).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Ética, para Fortes (1998), é um dos mecanismos de regulação social do homem que visa garantir a coesão social e harmonizar interesses individuais e coletivos.

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução

196/96 CNS/MS e Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem. Para isso, o mesmo será submetido à avaliação e aprovação do comitê de pesquisa da FACENE. Para Costa et al (2000), a Resolução nº 196/96 CNS/MS, é sem dúvida, um documento de suma importância no campo da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte aos pesquisadores na realização de pesquisa com seres humanos.

As pesquisas realizadas no campo da saúde são eticamente movidas pelo princípio da beneficência, objetivando aumentar o bem-estar do ser humano. O bem-estar das pessoas que se submetem à pesquisa deve prevalecer sobre os interesses industriais e comerciais (FORTES, 1998).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após o término do recolhimento de todos os questionários procedeu-se a leitura exaustiva de todas as respostas, consolidação e análise, tendo-se como norte o tema e os objetivos propostos para este estudo, buscando-se as representações concretas dos significados nas falas dos sujeitos.

Como última etapa da análise, foi feita a discussão dos dados obtidos, sendo assim divididos: A Concepção dos enfermeiros sobre humanização em uma Unidade de Terapia Intensiva; Humanização proposta na PNH; As dificuldades para a efetivação da humanização da assistência na UTI; Caminhos possíveis para a humanização da assistência na UTI.

Para que os entrevistados tivessem seus nomes preservados foram utilizados pseudônimos, sendo utilizados nomes de flores que possuem uma difícil floração, mas uma beleza encantadora, por entendermos que o trabalho dos enfermeiros em UTI em alguns momentos pode ser difícil, mas de importância singular para a recuperação dos usuários, tendo assim considerável beleza dentro do processo de assistência.

Neste capítulo, será apresentada a análise e discussão dos resultados do estudo realizado, que põe em cena os enfermeiros(a) sobre a Humanização em Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Geral.

Os dados foram analisados de forma qualitativa, análise está dividida em quatro questões norteadoras promovendo melhor compreensão aos leitores.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Para caracterização da amostra dos 05 enfermeiros participantes da pesquisa que trabalham no Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia (HRTVM) em Mossoró-RN, utilizaram-se as variáveis: Sexo, estado civil, nível de formação (pós-graduação, Mestrado e Doutorado), tempo de formação, trabalha há quanto tempo na UTI, trabalha em outra instituição, qual a carga horária do enfermeiro.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA	Nº	F (%)
SEXO		
FEMININO	4	80
MASCULINO	1	20
ESTADO CIVIL		
CASADO	1	20
SOLTEIRO	4	80
VIÚVO	0	0
SEPARADO	0	0
NÍVEL DE FORMAÇÃO		
GRADUAÇÃO	5	100
ESPECIALIZAÇÃO	5	100
MESTRADO	0	0
DOCTORADO	0	0

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais de acordo com sexo, estado civil e o nível de formação, Mossoró- RN.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Conforme pesquisa foi verificada que 100% dos enfermeiros (as) da UTI possuem especializações em diversos campos da área da saúde, sendo a preferência por Terapia Intensiva, especializações que refletem a preocupação dos profissionais em buscar atualizar sua prática, visando contribuir para melhora da saúde do seu paciente, objetivando um saber científico que subsidie a prática assistencial. Qualificação esta que reflete diretamente no atendimento ao nosso cliente final, os pacientes.

Observando a amostra, ficou claro que a enfermagem continua sendo uma profissão onde o sexo feminino se sobressai em relação ao

masculino. Essa característica possui raízes históricas, uma vez que a enfermagem começou sendo executada apenas por mulheres (freiras).

CARACTERIZAÇÃO SÒCIO-DEMOGRÁFICA		Nº	F (%)
TEMPO DE FORMAÇÃO			
< DE 1 ANO		0	0
DE 1 A 2 ANOS		1	20
> DE 2 ANOS		4	80
TEMPO DE ATUAÇÃO NA UTI			
< DE 1 ANO		1	20
DE 1 A 2 ANOS		0	0
> DE 2 ANOS		4	80
ATUAM EM OUTRA INSTITUIÇÃO			
NÃO		1	20
SIM		4	80
CARGA HORÁRIA			
30 h		0	0
40 h		0	0
> 40 h		5	100

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de acordo com o tempo de formação, tempo de atuação na UTI, profissionais que atuam em outra instituição e de acordo com a sua carga horária, Mossoró-RN

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Como mostra o quadro acima foi verificado que dos enfermeiros (a) entrevistados, 20% possuem mais de 01 ano de formado e 80% possuem mais de 02 anos evidenciando a experiência dos mesmos no cuidados dos pacientes na UTI.

Nesta pesquisa foi observado que dos enfermeiros (a) entrevistados 20% trabalham na UTI há menos de um ano e 80% trabalham a mais de dois anos, o tempo de atuação na UTI influência diretamente nas ações desenvolvidas pelos os mesmos, pois o enfermeiro (a) tem um conhecimento

maior da rotina da UTI e com isso tendo uma agilidade maior nos procedimentos. De acordo com a pesquisa foi observado que dos enfermeiros (a) entrevistados, 80% trabalham em outra instituição e apenas 20% não trabalha. A sobrecarga de trabalho é um problema para a enfermagem, uma vez que para oferecer uma assistência de qualidade o profissional deve estar descansado e com a mente voltada para o trabalho, fato que não ocorre com profissionais sobrecarregados.

5.2 A CONCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A humanização se constitui de um conjunto de ações que não podem ser quantificadas, enquanto processo subjetivo esta possui várias aproximações de acordo com o contexto onde se materializa.

Na literatura encontramos a humanização entendida como cuidar bem do usuário, respondendo a todas as suas necessidades.

Para a Política Nacional de humanização é compreendida enquanto um conjunto de ações e estruturas capazes de atender às peculiaridades de todos os sujeitos envolvidos na assistência sejam usuários, profissionais e família.

Na pesquisa realizada, os atores envolvidos demonstraram que concebem a humanização em sua maioria enquanto um trabalho capaz de satisfazer as necessidades do usuário e da família. Seja assegurando os direitos destes, valorizando-os enquanto sujeitos com histórias peculiares e distintas, por meio do apoio ao usuário e à família, conversando acerca dos procedimentos a serem realizados ou sobre sua condição clínica.

Para os enfermeiros, a humanização não seria apenas assegurar apoio ao usuário, tratá-lo bem, mas também trabalhar com vistas a assegurar os direitos destes e de sua família. Isso mostra que existe uma visão ampliada do que seja a humanização, fugindo do reducionismo de perceber o usuário isoladamente, entendendo a família participante do processo de adoecimento enquanto elo importante na recuperação do doente.

Humanização é o cuidado voltado para o cliente como um todo; dando ênfase na essência humana considerando diferentes dimensões biológicas, psicológicas, social, cultural e espiritual, entende-se a todos os envolvidos no processo da doença (HELICONÍEA).

Em alguns momentos fica perceptível que a concepção de humanização como atendimento das necessidades do usuário e da família se dá entre outros fatores particulares de cada ator da pesquisa, pelo fato do ambiente onde estes se encontram da UTI ser um local onde o usuário requer cuidados específicos fato que algumas vezes limita a permanência da família no setor.

Perceber a família como ponto necessário à humanização da assistência demonstra que estes profissionais compreendem a responsabilidade que o setor, a

UTI lhes traz, pois a família confia a recuperação e os cuidados de pessoas queridas a desconhecidos que humanizam a assistência quando “cuidam” além dos usuários da sua família, sempre partindo das particularidades de cada sujeito.

Atendimento humanizado é dar tudo de melhor ao paciente e a família, não só nos enfermeiros, o médico dar resolutividade ao problema do paciente, com medicação com trabalho em equipe, é dar apoio psicológico ao paciente e a família, não só aqui dentro mais do porteiro ao médico (AGAPANTO).

De acordo com os enfermeiros, a concepção de humanização enquanto um cuidado direcionado ao paciente e sua família estão em consonância com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde na PNH. Esta busca romper com o reducionismo de focar somente as patologias no cuidado em saúde, (re)estruturando os modelos assistenciais para atender às singularidades dos usuários do SUS, mas também de sua rede social.

Pensar em humanização é se remeter a um cuidado integral prestado ao usuário, trazendo resolutividade. Para isto, necessita-se de um trabalho em equipe multiprofissional, que além da eficácia técnico-científico apresente uma sensibilidade e co-responsabilização com o outro (AGAPANTO).

5.3 HUMANIZAÇÃO PROPOSTA NA PNH:

Na pesquisa realizada se percebeu que a maioria dos Enfermeiros(as) conhece a base conceitual e os fundamentos da PNH, que é a política que rege a implantação e avaliação dos projetos de humanização da assistência hoje no país, ou conhecem um determinado dispositivo, a de atenção a determinados agravos.

Enquanto política do Ministério da Saúde, a humanização necessita ser de conhecimento de todos os que fazem saúde no Brasil, subtendesse que uma das formas de fazer da humanização uma prática contínua em todos os setores hospitalares é conhecendo o que o MS nos propõe para alcançá-la com a PNH.

É uma política instituída pelo SUS com o intuito de mudança na maneira de cuidar “fragmentada”. Para isto, precisa-se de ações conjuntas entre usuários, trabalhadores e gestores permeados pelo co-responsabilização, construção de autonomia, criação de vínculo, etc. (GLICÍNIA).

Os sujeitos da pesquisa relatam a compreensão de alguns de seus dispositivos, sendo, no entanto, necessário que os mesmos conheçam a política ministerial em sua totalidade.

Um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, dentre eles destaca-se: O acolhimento com avaliação de risco; estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias; ampliação do diálogo entre profissionais e administração promovendo a gestão participativa (ORQUÍDEA).

Quando colocam que é imprescindível perceber e atender as necessidades dos sujeitos doentes, entendendo estas em sua plenitude, os profissionais evidenciam alguns dispositivos da PNH como a clínica ampliada que se propõe a trabalhar com o sujeito articulando toda a rede de assistência à rede social do paciente, com o intuito de produzir saúde e não somente tratar a doença.

Contemplar as necessidades não só dos usuários, mas também dos profissionais cuidadores que enquanto humanos necessitam de condições adequadas de trabalho para humanizar, é isso que evidenciamos na fala seguinte:

Humanização é dar cuidado, respeito, carinho, cuidar, bem medicar, dar cuidado, atender as necessidades de todas as formas, não só ao paciente, mas também nós, profissionais, que somos seres humanos (LÍRIO).

Mesmo diante dessa nova forma de fazer saúde no Brasil proposta pelo SUS, surge insatisfações com a forma de materialização da mesma, os usuários reclamam melhorias no atendimento e na resolutividade de seus problemas.

O cuidado humanizado então é entendido como atender não só as necessidades de assistência à saúde dos usuários, mas oferecer atenção fazendo com que se compreendam todas as intervenções necessárias, estabelecendo uma relação de confiança mútua entre usuários/equipe de saúde/família.

Humanizar quer dizer qualificar o profissional para dar uma assistência melhor ao paciente, ver o paciente como um ser humano, uma pessoa da sociedade que se encontra dentro de uma unidade, principalmente a UTI, que é uma unidade onde a maioria das pessoas acha que vem pra cá, ah! A UTI é lugar de se morrer, então é complicado, quando um paciente se vê dentro de uma UTI, ele precisa ser trabalhado, principalmente quando está consciente, trabalhar a parte de conscientização, pra que ele entenda que está aqui porque precisa de cuidados especiais e que ele vai sair daqui confiando em Deus e em nós, profissionais, mas é também ter esse

trabalho lá fora com a família, porque outra parte a família acha que porque está na UTI não tem mais chance (GLICÍNIA).

Mesmo diante de algumas fragilidades percebidas quando contrastadas com a realidade vivenciada e falas coletadas, é possível inferir que teoricamente a concepção de humanização expressa pelos profissionais se aproxima do que propõe a PNH, porque estes compreendem a humanização como uma rede de saberes e práticas em que não se percebe só paciente, mas também a família e os profissionais cuidadores.

5.4 AS DIFICULDADES PARA A EFETIVAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA UTI:

Acreditamos que uma das formas de materializar a humanização na UTI ou em qualquer outro setor hospitalar é entendendo as dificuldades que os profissionais encontram em desenvolvê-la.

A sobrecarga de trabalho foi descrita como uma das dificuldades de humanizar a assistência e a falta de incentivo, condições para trabalhar, a falta de recursos humanos e materiais. Dificultando assim, uma assistência mais humanizada, já que muitas vezes os profissionais são em número insuficiente, passando por jornadas de trabalho exaustivas já que na UTI estudada, os plantões são em regime de 12 a 24 horas.

Essa dificuldade é bem evidenciada nesta fala:

Muitas vezes, o profissional trabalha insatisfeito, não tem incentivo e nem condições adequadas, falta de recursos humanos e materiais; dificultando assim uma assistência mais humanizada; os fatores estressantes como: O lidar com o sofrimento do paciente e família; o fazer específico da profissão que requer agilidade, atenção e renovação de conhecimento técnico, a necessidade de improviso; as questões de ordem burocrática, o interrelacionamento com a equipe. Apesar do grande esforço que os enfermeiros possam realizar para humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demandam atitudes individuais contra um sistema tecnológico dominante (ANTÚRIO).

Condições adequadas de trabalho, ambiente tranquilo e acolhedor são fatores que humanizam a assistência, pois não é possível pensar em humanização sem uma equipe qualificada e sem condições adequadas de trabalho. Esse pensamento é evidenciado nesta fala:

Pensar em humanização é se remeter a um cuidado integral prestado ao usuário, trazendo resolutividade. Para isto, necessita-se de um trabalho em equipe multiprofissional, que além da eficácia técnico-científica apresente uma sensibilidade e co-responsabilização com o outro (ORQUÍDEA).

Essa percepção das condições de trabalho como fator determinante para a humanização da assistência já é discutida por alguns autores, Ferrares; Ferreira (2006), colocam o ambiente da UTI como um dos mais estressantes do hospital, o que acarretaria problemas de saúde para os profissionais, que se somando ao excesso de trabalho, pode se tornar um entrave à humanização.

A condição clínica dos pacientes ainda se torna um fator limitante à humanização, já que alguns deles não têm condições de expressar suas necessidades. A prevalência de pacientes inconscientes associada à mecanização do trabalho faz com que os profissionais nem sempre estabeleçam diálogos com os usuários, expliquem os procedimentos que estão sendo realizados, o porquê de tantos aparelhos, a importância destes para a terapêutica e recuperação.

Outro ponto que vejo é a falta de comunicação, de vínculo, de explicar que procedimento será realizado, enfim, temos muito que repensar para ofertamos um cuidado humanizado. Somos seres humanos que infelizmente, muitas vezes, reproduzimos uma prática desumanizada para com aquele que precisa mais que nunca de ser tratado como humano (VIOLETA AFRICANA).

Em alguns momentos, o estresse vinculado à sobrecarga e às condições inadequadas de trabalho, fragiliza para alguns profissionais a possibilidade de materializar a assistência humanizada na UTI estudada.

São inúmeros os fatores descritos como limitantes do atendimento humanizado em UTI, entre eles se destaca a estrutura do local, os equipamentos utilizados e as rotinas, que podem despersonalizar os usuários criando condições onde este é percebido somente na sua condição patológica.

Apesar da UTI ser vista como um ambiente em que predominam máquinas e aparelhos, é um ambiente que exige um trabalho humanizado, através das tecnologias leves, da evasão de vínculo, da solidariedade para com outro. Acredito que se humaniza em qualquer setor que exista ser humano, requer e deve ser humanizado (GLICÍNIA).

Como a humanização para os enfermeiros(as) está relacionada à resolutividade da assistência, a falta de medicação de insumos para atender às necessidades básicas dos usuários são fatores percebidos como limitantes à humanização.

Às vezes, falta medicação de insumos para atender às necessidades dos pacientes e faltam funcionários (ORQUÍDEA).

Humanizar assim seria:

Ter todos os materiais e medicamentos para atender às necessidades básicas dos pacientes (HELICONÍEA).

Esse pensamento é evidenciado novamente nesta fala:

Faltam recursos, tem que brigar por condições novas, exames e medicamentos que precisam ser pagos pelos os usuários (GLICÍNIA).

Outro fator relevante, descrito como entrave para a humanização foi a estrutura física da UTI, pelo fato de esta não possuir iluminação natural, impossibilitando ao paciente distinguir o dia da noite.

Umas das dificuldades começam a partir da estrutura da UTI, ela própria já não é tão humanizada, quando o paciente está por aqui ele se desorienta, principalmente se ele estiver consciente, porque aqui a gente não tem noção de tempo, não tem nada que veja a luz do dia, que saiba se está pelo menos de dia ou noite (AGAPANTO).

Podemos entender a estrutura física enquanto dificuldade para a humanização dentro do que nos coloca a ambiência, dispositivo da PNH que defende uma estrutura adequada, capaz de acolher pacientes e enfermeiros como forma de humanizar a assistência.

5.5 CAMINHOS POSSÍVEIS PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA UTI:

Diante do conhecimento das dificuldades de humanizar a UTI surge a necessidade de apontar caminhos para a sua efetivação, visto que as realidades são distintas, cada unidade possui peculiaridades que as distingue das demais e exige que sejam traçados caminhos concernentes às mesmas. Assim, se torna relevante elucidar como os enfermeiros da UTI estudada percebem os caminhos possíveis para materializar a humanização.

Os enfermeiros(as) entendem que uma maneira de melhorar a eficiência do cuidado prestado seria capacitando os profissionais que trabalham na UTI fazendo com que esta seja capaz de dispensar um cuidado que atenda a todas as necessidades do paciente.

Tem que existir curso de reciclagem, aulas de relações humanas para os enfermeiros e a equipe de enfermagem. A parte principal seria capacitar os profissionais sobre a humanização na assistência ao paciente de UTI, levando a prática da sensibilidade e solidariedade humana (ANTÚRIO).

Percebemos pela fala de Antúrio que a necessidade de capacitação/atualização não se limita a procedimentos e rotina assistencial da Unidade Terapia Intensiva, mas se estende ao próprio conhecimento dos princípios da humanização. Como foi descrito anteriormente, os profissionais do setor relatam possuir concepções de humanização construída pela vivência.

A necessidade de capacitação estendida ao conhecimento de procedimentos e políticas institucionais e governamentais como a PNH demonstra que estes profissionais, entendem a necessidade do domínio de técnicas para prestar uma assistência qualificada, bem como o conhecimento do que seja a humanização para efetivá-la de forma resolutiva.

Outro ponto elencado como caminho para a humanização foi o trabalho em equipe, o trabalho fragmentado, cada um fazendo sua parte, despersonaliza o ser e não dá condições para se pensar em cuidado humanizado. Esse pensamento é reforçado quando os profissionais colocam que um dos entraves para a humanização da assistência é o trabalho mecanizado, sem uma relação estreita com o paciente.

A enfermagem entendida como responsável pela humanização da assistência amplia o conceito de cuidado humanizado e mesmo que engatinhando, já nos mostra que os sujeitos estudados caminham para uma compreensão do cuidado centrado no sujeito e realizada por toda uma equipe multiprofissional.

Condizendo com o entendimento de materialização da humanização como cuidado que atenda a todas as necessidades dos pacientes, em que não deve faltar nenhum recurso necessário à assistência, os profissionais colocam que outra possibilidade de alcançar o cuidado humanizado seria tendo sempre todos os insumos necessários à assistência à saúde, sejam estes materiais ou humanos.

Esse pensamento é evidenciado nas falas a seguir:

Falta de disponibilidade no número de leitos, exames e medicamentos que precisam ser pagos pelos os usuários, profissionais não atuantes: fonoaudióloga, psicólogos, fisioterapeuta 24 horas, etc. Descontinuidade da assistência nos demais níveis de

atenção. Atualização profissional, valorização profissional (ORQUÍDEA).

A escassez de recursos humanos ainda traz um problema relevante, que é a impossibilidade de prestar um cuidado mais direcionado ao paciente, a falta de tempo restringiria a assistência somente a procedimentos técnicos.

A capacitação e também a questão de pessoal de recursos humanos em se preocupar em mandar mais pessoas, um número maior de profissionais, pois com a quantidade que tem está difícil de dar uma assistência mais humanizada, está sendo a parte mais técnica (GLICÍNIA).

Todos os caminhos elencados para a humanização como trabalho dos profissionais na UTI. Capacitação da mesma para um cuidado centrado no humano e resolutivo e um aumento do número de profissionais é destacada na fala de Heliconíea.

Depois do concurso do Estado, chegaram enfermeiros novos, estamos ajustando a escala para ficarmos com a carga horária certa, funcionários novos e daí fazer um novo treinamento. A humanização da visita tem que melhorar, porque humanizar não é só tratar do paciente, tem que começar pelos profissionais que trabalham na UTI, eles têm que trabalhar com mais vontade (HELICONÍEA).

Os caminhos reconhecidos pelos os enfermeiros(as) para humanizar a Unidade de Terapia Intensiva estudada, demonstra que esta reconhece a importância do cuidado qualificado para melhoria do atendimento, e que este percurso depende de todos os profissionais cuidadores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos adquiridos nesta etapa do processo ensino-aprendizagem foram muitos e cada um com seu significado especial. Cada questão aqui abordada envolveu vários momentos de reflexão e promoveu o amadurecimento e crescimento pessoal e profissional.

Diante das discussões acerca da humanização vinculadas na literatura, com enfoque especial para a PNH, das vivências e das discussões realizadas, fica evidente que a humanização da assistência é um tema cada vez mais emergente e necessário para a melhoria e qualificação do cuidado em saúde.

É perceptível que as concepções de humanização da assistência na UTI estudada, mesmo que fundamentadas empiricamente, possuem aspectos que estão em consonância com as discussões vinculadas na literatura e com a PNH.

Partindo destas concepções, os mesmos atores conseguem elencar dificuldades e caminhos para humanizar a UTI, os quais se tornam meios possíveis para materializar a humanização no referido setor.

Os entraves percebidos por estes para a humanização da assistência, estão em concordância com suas concepções, elencam problemas de ordem pessoal, como o trabalho em equipe dos enfermeiros e de ordem estrutural, como condições adequadas de trabalho, insumos materiais e humanos suficientes para garantir a qualidade do cuidado.

Os caminhos traçados para materializar a humanização, indicam que os sujeitos estudados não possuem uma visão reducionista de cuidado humanizado, pois os caminhos apontam diversas direções, todas centradas na qualificação do cuidado em saúde.

Os mesmos sujeitos entendem que a UTI possui características que poderiam dificultar o cuidado humanizado, como a condição clínica de alguns usuários, a estrutura física do setor, mas não se restringem a esses fatores e conseguem apontar direções para materializar a humanização.

Ocorre que muito ainda tem que ser discutido para que as falas dos enfermeiros condigam com as suas práticas. Esta deve ser pensada como

responsabilidade de todos os profissionais que trabalham na UTI, onde os mesmos sujeitos que trabalham com vistas a um ponto comum, o cuidado ao usuário.

Os caminhos apontados pelos os Enfermeiros(as) para qualificar o cuidado e humanizar a assistência na Unidade de Terapia Intensiva devem ser materializados, iniciando da qualificação e atualização destes profissionais, possibilitando que estes discutam temas e possam trabalhar a educação em saúde de forma contínua.

O presente estudo nos mostra que a humanização em UTI pode ser materializada, e que os enfermeiros(as) são capazes de traçar caminhos para efetivá-la, resta agora buscar meios de fazer estes caminhos serem percorridos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.foar.unesp.br/comite/Modulo%2003.pdf> > Acesso em: 18. Mai. 2010.

_____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>> Acesso em: 26. Mai. 2010.

_____. **Clínica Ampliada Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf > Acesso em: 3. Mar. 2010.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br> > Acesso em: 3. Abr. 2010.

_____. Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998. **Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo-UTI**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT98/GM/PRT-3432.pdf> > Acesso em 3. Mar. 2010.

BARRETO, S. S. M.; VIEIRA, S. R. R.; PINHEIRO, C. T. S. **Rotina em Terapia Intensiva**. 3. ed. São Paulo: Artmede, 2001.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas Públicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.561, 571, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> > Acesso em: 28. Abr. 2010.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é Humano e o que é Humanizar**. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37> > Acesso em: 28. Mar. 2010.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e co-gestão dos coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 214-217, març-abr 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200017&script=sci_arttext>. Acesso em: 3. Jun. 2010.

COSTA, S. F. G. et al. **Metodologia da Pesquisa: coletânea de termos.** João Pessoa: Idéia, 2000.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14, jan. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 4. Jun. 2010.

FERRAREZ, M. V. G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Rev.enf. usp**, São Paulo, n.19, n.3, 2006. Disponível em: < <http://www.portalbvenf.eerp.br> > Acesso em: 1. Mai. 2010.

FERRARI, B. I. Terapia intensiva, um passo adiante na recuperação do doente. **Clínica e Terapêutica**, n.11 e 12, 1983.

FERREIRA; A. B.H. **Dicionário da Língua Portuguesa.** Disponível em: < <http://www.dicionariodoaurelio.com.Php?P=Humanizar> > Acesso em: 3. Mar. 2010.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica.** São Paulo: Difusão, 2004.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** Tradução de Roberto Machado. 2º Ed. Rio de Janeiro: Forense, 1980.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e Saúde.** São Paulo: E.P.U., 1998.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde**

Publica. Rio de Janeiro, p. 345-353, abr - jun 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> >. Acesso em: 25. Mar. 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GUATARRI, Félix. **As três ecologias.** Tradução de Maria Cristina F. Bittencourt. 11^o ed. Campinas: Papirrus, 2001.

GUIRARDELLO, E. B et al. Percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev.esc.usp**, São Paulo, v.33, n.2, 1999. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br> > Acesso em: 15. Mar. 2010.

KNOBEL, E. **Terapia Intensiva:** enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4^o ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C.S. **Pesquisa Social:** teoria, métodos e criatividade. 26 Ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; Vieira, C. S. A humanização na assistência a Saúde. **Rev. Latino Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.14, n.2, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo> > Acesso em: 28. Mar. 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais.** 1. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**ROTEIRO DE ENTREVISTA****I - DADOS DOS ENTREVISTANDOS**

1 - SEXO: () M () F

2 - ESTADO CIVIL: () Casado(a) () Solteiro(a) () Viúvo (a) ()
Separado(a)

3 - NÍVEL DE FORMAÇÃO:

() Graduação

() Especialização: Em que área?

() Mestrado

() Doutorado

4 - TEMPO DE FORMADO

() Menos de 1 ano () De 1 a 2 anos () Mais de 2 anos.

5 – TRABALHA HÁ QUANTO TEMPO NA UTI

() Menos de 1 ano () De 1 a 2 anos () Mais de 2 anos.

6 – TRABALHA EM OUTRA INSTITUIÇÃO?

() Não () Sim.

7 – QUAL SUA CARGA HORÁRIA?

() 30 h () 40 h () Mais de 40 h

II - DADOS RELACIONADOS AOS OBJETIVOS DO TRABALHO

1 - O que você compreende por Humanização do cuidado?

2 - Você conhece a Política Nacional de Humanização (PNH)?

3- Se afirmativo, de que forma você aplica á PNH na Unidade de Terapia Intensiva?

4- Quais as dificuldades que você encontra em desenvolver uma Assistência Humanizada na UTI?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidar o Sr (a) a participar da pesquisa intitulada “Humanização em Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital geral”, desenvolvida por Stéfane Caroline Fernandes de Oliveira, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE sob a orientação do Professor Ms. Johny Carlos de Queiroz.

A mesma apresenta os seguintes objetivos: Analisar a percepção dos enfermeiros que atuam em Unidade de terapia Intensiva em uma unidade hospitalar a respeito das práticas humanizadas a partir da política Nacional de Humanização; Identificar as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros na implantação da Política Nacional de Humanização;

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma em qualquer tempo e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação. O questionário estruturado com perguntas elaboradas previamente. Para a manutenção da privacidade e sigilo dos sujeitos, serão utilizados pseudônimos.

Ressaltamos que os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____,
RG: _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo.

Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Diante do exposto declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

Mossoró, ____/____/ 2010.

Profº Ms. Johny Carlos de Queiroz
Orientador

Stéfane Caroline Fernandes De Oliveira
Pesquisadora

Participante da Pesquisa

Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE, localizado na R. Frei Galvão, 12, Bairro Gramame, João Pessoa-PB, fone: (83) 2106-4477, ou no endereço eletrônico: CEP@facene.com.br

Orientadora: Prof. Ms. Johny Carlos de Queiroz. Endereço: Av. Presidente Dutra, n º: 710, Alto de São Manoel- Mossoró-RN CEP: 59.600.000 Fone/Fax: (84) 3312-0143

Pesquisadora: Stéfane Caroline Fernandes de Oliveira

Endereço: Av. Presidente Dutra, n º: 710, Alto de São Manoel- Mossoró-RN

CEP: 59.600.000 Fone/Fax: (84) 8809-3922

ANEXO



FACENE
FAMENE

**FACULDADES DE ENFERMAGEM
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 12/08/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado "**Humanização em terapia intensiva em um hospital geral**", protocolo número: 147/2010 e CAAE: 3661.0.000.351-10, do orientador: **Johny Carlos de Queiroz** e da aluna: **Stefane Caroline Fernandes de Oliveira**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/11/2010, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 25 de Agosto de 2010

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Ltda.

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE