

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
DE MOSSORÓ – FACENE/RN

MARIA ERONICE DA SILVA

**A ENFERMAGEM FRENTE AO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

MOSSORÓ
2011

MARIA ERONICE DA SILVA

**A ENFERMAGEM FRENTE AO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada à Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró -
FACENE/RN, como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem

ORIENTADORA: Prof. Esp. Ana Cristina Arrais

MOSSORÓ
2011

MARIA ERONICE DA SILVA

**A ENFERMAGEM FRENTE AO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada pela aluna Maria Eronice da Silva, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas (os) professoras (es):

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Ana Cristina Arrais

Orientadora (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN)

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves

Membro (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN)

Pof. Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva

Membro (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN)

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo, resultado de muito trabalho e superação, à minha querida mãe Terezinha Lourenço da Silva. À esta que construiu meus pilares no decorrer de toda a minha vida. A você minha querida mãe, te dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensuravelmente ao meu pai João Etelvino da Silva pelo apoio em todos os momentos da minha vida;

Agradeço ao grande amor da minha vida, por ter compartilhado ao meu lado momentos alegres e tristes e sempre me dando forças;

Aos meus dois irmãos e meus lindos sobrinhos, que eu amo demais;

A minha orientadora Ana Cristina Arrais, aos professores que compõem a banca examinadora, Thiago Enggle de Araújo Alves e Raquel Mirtes Pereira da Silva, por todas as contribuições para a construção deste estudo;

Agradeço a todos os professores que passaram seus conhecimentos durante os 4 anos da graduação;

Aos colegas de sala de aula, em especial a Magcélia, com quem dividi e convivi todos os momentos da academia, onde juntos fizemos descobertas que fundamentarão toda a minha vida profissional, bem como a pessoal;

Aos funcionários da FACENE/RN, em especial Raimundo e Maria José, e as meninas da biblioteca: Vanessa, Lígia e Ritinha;

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma para a minha vida enquanto graduanda.

"A diferença entre o possível e o impossível está na vontade humana"

(Louis Pasteur).

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade reservada, complexa, dotada de monitoração contínua que acolhe pacientes potencialmente graves ou com descompensação de sistemas orgânicos. O enfermeiro deve utilizar meios que promovam a interligação tecnologia-humanização, favorecendo a preservação do calor humano neste setor. Objetivou-se com este estudo analisar as condutas dos enfermeiros frente ao processo de humanização na Unidade de Terapia Intensiva. O tipo de pesquisa que se realizou para a obtenção dos dados foi do tipo descritiva exploratória, com abordagem quantiquantitativa. A pesquisa foi realizada na UTI Adulto da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado do município de Mossoró/RN, com 5 enfermeiras, o instrumento para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista, que fora aplicado no mês de Abril de 2011. De acordo com os resultados constatou-se que 100% (5) é do sexo feminino, 60% (3) possui pós-graduação e 20% (1) dos que possui pós-graduação está cursando mestrado e 40% (2) possui somente a graduação, 80% (4) se formou a mais de 2 anos e 20% (1) está formada a menos de 1 ano, 60% (3) da amostra trabalha a mais de 2 anos na UTI, 20% (1) trabalha a menos de 1 ano e 20% trabalha a mais de 2 anos, 80% (4) trabalham em estabelecimentos hospitalares diferentes, e apenas 20% (1) trabalha em único estabelecimento, 60% (3) só trabalham em UTI, 20% (1) trabalha em outros setores e 20% (1) não respondeu, 40% (2) diz trabalhar 40 h por semana, 40% (2) trabalha mais de 40 h e 20% (1) trabalha menos de 40h por semana. A humanização é prestar, conforme resposta da amostra, um atendimento digno, considerar o paciente bem como o seu contexto e garantir um ambiente confortável. O respeito à individualidade de cada paciente, o apoio psicológico, a promoção do contato com a família e a importância de dar atenção ao paciente são as condutas que a amostra realiza para firmar a humanização na UTI. Setor fechado, proximidade de leitos, sobrecarga de trabalho, déficit de profissionais, bem como a baixa qualificação destes são os entraves citados pela amostra para a humanização na UTI. Para a humanização na UTI é necessário otimizar as condições de trabalho, e preparar os profissionais, desde acadêmicos, para apreender a importância da humanização em sua legítima essência, que para humanizar não existe técnica, basta tratar o paciente como único e como ser humano.

Palavras-chaves: Humanização. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is a reserved, complex unit which is equipped with continuous monitoring that receives potentially serious patients or who have decompensation of organ systems. The nurse must use means to promote the interconnection technology-humanization collaborating to the preservation of human warmth in this sector. The objective of this study was to analyze the behavior of nurses regarding to the process of humanization in the Intensive Care Unit. The type of research that was accomplished to obtain data was descriptive exploratory, with quantiquitative approach. The research was conducted in the Adult ICU of Casa de Saúde Dix-sept Rosado in Mossoró / RN, with 5 nurses, the instrument for data collection was structured interview, which was applied in April 2011. According to the results it was found that 100% (5) are female, 60% (3) has a post graduation degree, 20% (1) of those who have post-graduation is studying Masters and 40% (2) has only graduation. 80% (4) graduated more than two years ago and 20% (1) graduated less than 1 year ago, 60% (3) of the sample has been working for over two years in the ICU, 20% (1) has been working for less than 1 year and 20% has been working for more than 2 years. 80% (4) works in different hospitals, and only 20% (1) works in a single hospital. 60% (3) only works in the ICU, 20% (1) works in other sectors and 20% (1) did not reply, 40% (2) claims to work 40 hours per week, 40% (2) works more than 40 hours and 20% (1) works less than 40 hours per week. Humanization is, according to the response of the sample, to provide a decent service, consider the patient as well as his/her context and ensures a comfortable environment. Respect for the individuality of each patient, psychological support, promoting contact with the family and the importance of giving attention to patient are behaviors that the sample performs to firm the humanization in ICU. Closed sector, proximity of beds, overload work, shortage of professionals as well as their low level of qualification are barriers cited by the sample to the humanization of ICU. To humanize the ICU is necessary to optimize the working conditions, and the preparation of professionals while academics to apprehend the importance of humanization in its legitimate essence, because there is no technique for humanizing, just treat the patient as unique and as a human being.

Keywords: Humanization. Nursing. Intensive Care Unit.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto ao sexo	29
Gráfico 2: Caracterização da amostra quanto à escolaridade	30
Gráfico 3: Caracterização da amostra quanto ao tempo de formação	31
Gráfico 4: Caracterização da amostra quanto ao tempo de serviço na Unidade de Terapia Intensiva	32
Gráfico 5: Caracterização da amostra quanto ao fato de trabalharem em outros estabelecimentos	33
Gráfico 6: Caracterização da amostra quanto ao trabalho em setores diferentes da UTI	34
Gráfico 7: Caracterização da amostra quanto a quantidade de horas trabalhadas semanalmente	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Respostas dos sujeitos à pergunta: O que você compreende por humanização?	36
Quadro 2: Respostas dos sujeitos à pergunta: Quais as condutas de enfermagem que são realizadas no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva, no que se refere à humanização?	38
Quadro 3: Respostas dos sujeitos à pergunta: Há obstáculos e/ou entraves que dificultam a humanização na Unidade de Terapia Intensiva? Se sim, cite-os.	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA.....	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 BREVE HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO.....	16
3.2 HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA DE SAÚDE.....	17
3.3 HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	19
3.4 A ENFERMAGEM E A PERSPECTIVA DE HUMANIZAÇÃO NA UTI.....	22
4 METODOLOGIA.....	25
4.1 TIPO DA PESQUISA.....	25
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
4.4 INSTRUMENTO.....	26
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS.....	26
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	27
4.8 FINANCIAMENTO.....	27
5 ANÁLISE E RESULTADOS DOS DADOS.....	29
5.1 DADOS QUANTITATIVOS – GRÁFICOS.....	29
5.1.1 Caracterização da Amostra.....	29
5.2 DADOS QUALITATIVOS – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	37
5.2.1 Questões concernentes à temática, Humanização na Unidade de Terapia Intensiva.....	37

5.2.1.1 Síntese das respostas da amostra sobre a questão do seu entendimento a respeito da humanização.....	37
5.2.1.2 Síntese das respostas da amostra à questão acerca das condutas de enfermagem que são realizadas no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva, no que se refere à humanização.....	39
5.2.1.3 Síntese das respostas da amostra quanto à presença de obstáculos e/ou entraves que dificultam a humanização na Unidade de Terapia Intensiva.....	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES.....	49
ANEXO.....	53

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), conforme Cheregatti; Amorim (2010) é um local o qual é distinguido como uma unidade reservada, complexa, dotada de monitoração contínua que acolhe pacientes potencialmente graves ou com descompensação de sistemas orgânicos.

O enfermeiro deve utilizar meios que promovam a interligação tecnologia-humanização, favorecendo a preservação do calor humano nas relações enfermeiro-paciente (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004).

Para isso é interessante saber que cuidar do outro exige inventar relações que propiciem as manifestações das diferenças não mais entendidas como desigualdades, mas como riquezas da única e complexa substância humana. Entender esse fenômeno fomenta e direciona os seres humanos à dispensarem maneiras mais cuidadas de ser (BOFF, 1999).

É sabido que a humanização propicia uma assistência mais próxima/efetiva no percurso da relação estabelecida entre enfermeiros e pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O interesse por conhecer os preceitos que pilarizam a humanização na saúde, mais especificamente no setor da UTI - setor esse um tanto estigmatizado, mas com a extraordinária capacidade de restabelecer o indivíduo que ali se encontra, deu-se pela afinidade existente com a disciplina de Enfermagem em Terapia Intensiva, ministrada no final do curso de graduação em enfermagem, mais precisamente no 7º período.

Até então, apesar dos muitos assuntos interessantes inerentes à profissão de enfermagem, alguns já teriam sido cogitados para ser trabalhados, mas só após a referida disciplina é que de fato foi tida a real certeza sobre o assunto a ser abordado.

Diante dos assuntos que introduziram tal disciplina, o interesse em saber mais, em querer saber o que vem depois aumentava, uma vez que foi compreendido que a UTI é um setor hospitalar onde o paciente que ali se encontra, está momentaneamente ou permanentemente impossibilitado de realizar por si só suas funções vitais, e a enfermagem tem papel importantíssimo nesse setor, no tocante a reabilitação e assistência desse paciente. E quando a citada assistência é provida e fundamentada pelos preceitos da humanização, a riqueza dos ganhos é tamanha para todos os envolvidos.

E a humanização vem para incrementar, complementar, fortalecer e efetivar de fato

essa assistência ao paciente pertencente ao mundo próprio, incapaz de realizar por si só suas funções vitais, além de garantir os direitos que lhe são cabíveis e inerentes à condição de cliente de um serviço hospitalar.

Uma vez que cuidar de alguém não se dá somente com administração de medicamentos, ou um curativo bem feito, o cuidar pode ser realizado por meio de um olhar atencioso, uma palavra de estímulo, um sorriso ou simplesmente a voz de quem amamos, concretizando-se deste modo o cuidar humanizado, tornando este tipo de cuidado uma ferramenta imprescindível para firmar-se confiança e assim contribuir para o sucesso de um tratamento instituído. Isso é cuidado de fato.

Essa afirmação foi realmente aprendida e apreendida por mecanismos instituídos em âmbitos da própria academia e em momentos vivenciados em estágios curriculares. E isso precisa ser verdadeiramente compreendido pelos profissionais que cuidam.

Assim, esse estudo vem cooperar para o ganho de um modo geral para todos os envolvidos e acometidos por uma assistência humanizada na Unidade de Terapia Intensiva.

Para o profissional da saúde, mais especificamente para o profissional de enfermagem, o ganho de um cuidado humanizado é imensurável. Ele obtém um retorno/resposta rápido do paciente ao tratamento que lhe foi estipulado, propiciando com isso uma real sensação de dever cumprido. O paciente se restabelece para assim voltar às suas atividades da vida diária, ao seu mundo, com um vínculo positivo do momento vivenciado em um hospital, mais especificamente “em uma UTI”.

Com o avanço científico, tecnológico e a modernização de procedimentos, vinculados à necessidade de se estabelecer controle, o enfermeiro passou a assumir cada vez mais encargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado ao paciente, surgindo com isso a necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência de enfermagem (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004).

E para a sociedade não é diferente, ela ganha o que de fato merece e se espera quando se é requerido os cuidados de saúde, ganha além de uma assistência que propicia restabelecimento de um mau funcionamento orgânico, ganha cuidados direcionados e específicos, como também respeito ao seu mundo, à sua cultura, à sua dignidade, enfim à sua condição de ser humano.

Diante do exposto, e por acreditar que é possível humanizar a Unidade de Terapia Intensiva partindo do pressuposto primário que a humanização é inerente e caracteriza a enfermagem, em que sua essência é direcionada para o cuidado, que, como problema de pesquisa formulamos e levantamos o seguinte questionamento: A enfermagem está realizando

uma assistência humanizada no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva?

Interrogar sobre a assistência de enfermagem no aspecto de humanização é relevante, uma vez que nos faz compreender uma dada realidade e a motivação para tal, e deste modo buscar métodos para aperfeiçoá-la ou tentar melhorá-la.

Aspirando responder o questionamento supracitado, foram delineados alguns objetivos, os quais serão descritos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as condutas dos enfermeiros frente ao processo de humanização na Unidade de Terapia Intensiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação profissional dos entrevistados;
- Verificar como os enfermeiros compreendem a humanização;
- Identificar as intervenções de enfermagem dispensadas dentro da Unidade de Terapia Intensiva com a finalidade de humanização;
- Investigar a presença de obstáculos e/ou entraves que dificultam a humanização na Unidade de Terapia Intensiva.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança (MARTINS, 2001).

Na vida primitiva, a condição de humano era reservada aos membros do clã ou das tribos, sendo que os “outros”, ou seja, os que não estavam inseridos nos grupos anteriormente citados, às vezes, não eram considerados nem seres humanos (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Os mesmos autores ainda retratam a realidade da vida primitiva, no início dos tempos onde,

Em muitas comunidades primitivas a diferença entre os animais, os deuses da terra (*humus*) e os homens (tanto entre os vivos como entre os mortos) era relativamente pouco clara. Em algumas delas, o pronome pessoal eu não existia na língua e o equivalente do que para nós é um ser humano, era grupal ou coletivo (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006, pag. 278).

Nos primórdios da civilização o conhecimento que se tinha sobre as causas das doenças, bem como a motivação para que um indivíduo vivenciasse circunstâncias de saúde e doença estava estreitamente ligado à harmonia ou desarmonia com os deuses da terra, com os antepassados e com o cumprimento dos códigos que regiam a vida da comunidade (BAREMBLITT, 2001 apud OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Algum tempo depois, na civilização contemporânea, humanização desponta, então, como resposta espontânea a um completo estado de mal-estar, de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais quanto dos pacientes, por meio de movimentos ainda tímidos e localizados, e foi se instituindo até chegar, hoje, à forma de uma política pública na área da Saúde, é o que explica Rios (2009).

Deste modo, o mesmo autor ainda coloca que a proposta de humanização buscava nas ações humanizadoras a recuperação não só da saúde física, mas principalmente do respeito, do direito, da generosidade, da expressão subjetiva e dos desejos das pessoas.

Assim, em meados do século XX aos tempos contemporâneos surgiram na área da saúde várias iniciativas que se direcionavam para a realização da humanização no contexto hospitalar. Desde então, vários hospitais, predominantemente do setor público, começaram a desenvolver ações que chamavam de “humanizadoras”. Inicialmente, eram ações que

tornavam o ambiente hospitalar mais afável. Entretanto não chegavam a abalar ou modificar substancialmente a organização do trabalho ou o modo de gestão, tampouco a vida das pessoas (RIOS, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) em maio de 2000 cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento na saúde que apoiasse a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados através do aprimoramento das relações entre trabalhadores da saúde; usuários e profissionais e hospitais e comunidade (MELO, 2008).

Em 2003, o Ministério da Saúde passou o PNHAH por uma revisão, e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), que mudou o patamar de alcance da humanização dos hospitais para toda a rede Sistema Único de Saúde e definiu uma política cujo foco passou a ser, principalmente, os processos de gestão e de trabalho (RIOS, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a humanização é um pacto, uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2005).

3.2 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA DE SAÚDE

Antes de pensarmos em métodos favoráveis para a humanização, tem-se que primeiramente propor a todos o desafio da “hominização”, ou seja, criar para os seres humanos oportunidades de existir e viver dignamente, um desafio para ações inovadoras (PESSINI; BERTACHINI, 2004 apud CARVALHO et al., 2005).

Humanização é definida do ponto de vista como política de saúde para Rios (2009) como uma ferramenta de gestão, uma vez que prioriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais.

Humanizar é para o Ministério da Saúde (2004), oferecer atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Diante do contexto exposto é convenientemente interessante relacionar os preceitos da humanização com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que são totalmente de inspiração humanista: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Tal caráter faz do SUS, hoje, o principal sistema de inclusão social deste país (RIOS, 2009).

Para que a humanização realmente aconteça, é preciso caminhar cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do sistema clínico de saúde. Como política ela deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

Humanização na saúde é um processo tão importante e necessário que para firmar e concretizar tal processo, o Ministério da Saúde (MS) no ano de 2000 implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que constituiu, posteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH) (FIALHO, 2008).

Sua implantação envolveu o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e entidades da sociedade civil, prevendo a participação de gestores, profissionais de saúde e comunidade (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

No que diz respeito às pretensões e objetivos do PNHAH, o Ministério da Saúde (2001) informa que,

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visa 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, seu objetivo fundamental é aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.

O PNHAH tem o importante desafio de “ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos cuidados e das condições de trabalho dos profissionais”. Este conceito depende da mudança de atitude em direção a cultura da excelência e da gestão dos processos de trabalho (RIOS, 2009).

A partir dessa proposta, a Humanização passa a ser definida como uma política, e não mais como programa, norteador princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS (SIMÕES et al., 2007).

A humanização, enquanto política de saúde traduz princípios e modos de comportamentos no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, e entre as diversas unidades e serviços de saúde (FIALHO, 2008).

Após a posterior transição da PNHAH para PNH, evento esse ocorrido em um

período de três anos, Rios (2009) relata que a política da PNH se apresenta como um conjunto de diretrizes transversais que norteiam toda atividade institucional que envolva usuários ou profissionais da Saúde, em qualquer instância de efetuação. Tais diretrizes norteadoras são:

- A valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão fortalecendo compromissos e responsabilidade;
- O fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
- A utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo;
- A promoção do cuidado (pessoal e institucional) ao cuidador.

Enfim, pensar a humanização como política significa menos o que fazer e mais como fazer. Embora importantes, não são necessariamente as ações ditas humanizadoras que determinam um caráter humanizado ao serviço como um todo, mas a consideração aos princípios conceituais que definem a humanização como a base para toda e qualquer atividade (RIOS, 2009).

“A humanização estabelece-se como construção de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde” (Freyre, 2004 apud MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006, pag. 324).

3.3 HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

No Brasil foi em 1970 que as primeiras Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) foram instaladas, com o intuito de prestar cuidados a pacientes com alto grau de complexidade em uma área hospitalar adequada (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

As UTIs surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado (VILLA; ROSSI, 2002).

Em uma UTI, quando se está com medo, ansioso ou deprimido, receber um toque carinhoso, afetivo pode ser ... divino! (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

Humanização na UTI é sinônimo a cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social, devendo na prática associar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada pessoa (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

O cuidado é algo tão surpreendentemente importante que Boff (1999) atesta que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado, uma vez que é o cuidado o verdadeiro pilar da criatividade, da liberdade e da inteligência.

Alguns profissionais da enfermagem que trabalham na UTI consideram-se bons de um modo geral em sua prática assistencial, uma vez que são altamente capazes de manusear aparelhos, realizar técnicas consideradas complicadas e possuem destreza com equipamentos complexos, de altíssima tecnologia, mas se esquecem que tal aparelho será usado em alguém com sentimentos, que está passando por uma fase inusitada no processo de saúde-doença, que está acostumado a (con) viver em um meio que não é aquele que o recebe naquele momento, a Unidade de Terapia Intensiva (CARVALHO, 2005).

A complexidade da rotina intensiva contribui para o esquecimento de ações básicas como ouvir, tocar o outro e o domínio tecnológico que reina perante ações individuais, dificultando o processo de humanização (VILLA; ROSSI, 2002).

O cuidado humanístico não é rejeição aos aspectos técnicos, tão pouco aos aspectos científicos. O que se pretende ao revelar o cuidado é enfatizar a característica do processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva, que compõe o lado artístico além do aspecto moral (WALDOW, 1998).

Importa saber ainda que cuidar é mais que um simples ato. Visto que, cuidar abrange mais que um momento de atenção, de zelo, de responsabilização e de envolvimento afetivo com outro (BOFF, 1999).

Cuidar de forma humanizada não é uma técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade das pessoas que assistem o paciente, procurando realizar e oferecer o tratamento que ele merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento no hospital (LIMA, 2004 apud REICHERT; LINS; COLLET, 2007). Sem cuidado, deixa-se de ser humano! é o que lembra e ressalta Boff (1999).

O papel do enfermeiro na UTI é voltado para o cuidado e não para a cura, utilizando a tecnologia a favor da harmonização e bem-estar do paciente. Percebendo a humanização como um detalhe imprescindível, como forma de respeito aos dados biológicos e à subjetividade do paciente (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

Para que consigamos humanizar o atendimento de enfermagem na UTI é preciso que a equipe seja conscientizada e preparada para fazer a diferença no cuidado, passando a entender o paciente de forma humana; o enfermeiro é responsável por orientar, sanar dúvidas pertinentes ao procedimento trazendo uma maior tranquilidade e segurança, não esquecendo de que ele também necessita de um ambiente adequado para realizar o seu trabalho (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004).

Complementando e facilitando a compreensão sobre humanização, Puccini; Cecílio (2004) apud Lamengo; Deslandes; Moreira (2005), relatam que a humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalhos favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e usuários.

É interessante deixar evidente que, para o desenvolvimento de ações humanizadoras na assistência em saúde, faz-se necessário que a humanização seja a filosofia da instituição. Portanto, esta deve estar comprometida com um projeto terapêutico que contemple a humanização das relações de trabalho, da assistência e do ambiente de trabalho (OLIVEIRA et al., 2006).

Em consonância com a informação acima Cheregatti; Amorim (2010) colocam que o ambiente físico também é passível de prover uma melhor acomodação com mais conforto, privacidade e segurança ao paciente de UTI. E diante disso fornece sugestões de como isso pode ser possível:

A cor sempre utilizar tons claros nas paredes, pois essas cores transmitem tranquilidade, paz, harmonia e aspecto de limpeza; a luz deve ser natural para dar noção de tempo e espaço, de preferência de modo individualizado; quanto à temperatura, permitir ao paciente escolher a temperatura que mais lhe agrade; minimizar ao máximo os ruídos, os pacientes precisam de ambiente calmo, silencioso e tranquilo. No que se refere à infra-estrutura, o piso deve ser emborrachado, teto, parede e janelas com acústicas adequadas; os equipamentos deve-se ajustar adequadamente os alarmes sonoros, diminuir o volume da campainha dos telefones, manter impressoras e fax distantes dos pacientes. Quanto ao pessoal, Orientar e monitorar o tom da equipe multiprofissional, utilizar sapatos com solado de borracha que contribuem para combater a poluição sonora; O boxe individual: quando não for possível oferecer um boxe para cada paciente, recomenda-se o uso de divisórias com finalidade de garantia da privacidade (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

A enfermagem brasileira, para Oliveira et al. (2006), muito tem produzido em termos de pesquisa acerca da humanização do cuidado tendo em vista as especificidades de seu

objeto de trabalho. O encontro envolvendo cuidador e ser cuidado deve ter como fio condutor a escuta sensível para a construção de uma prática do cuidar que seja capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, vínculo e responsabilização.

Ressaltando o mecanismo apresentado por Pessini; Bertachini (2009), para a implementação da humanização na UTI, eles bem colocam que o científico e o econômico devem estar a serviço do ser humano e não o ser humano a serviço da ciência e da economia.

Deste modo muito empenho é necessário para que o progresso da tecnologia e da ciência não acabe por esvaziar a profissão de seu conteúdo humano, sendo imprescindível associar ao exercício profissional, a tecnologia e o conhecimento da personalidade do paciente, mantendo a assistência digna a quem tem sentimentos e racionalidade, e não a um amontoado de sinais, sintomas e reações (ZEN; BRUTSCHER, 1986).

3.4 A ENFERMAGEM FRENTE AO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NA UTI

As condutas humanizadas na Unidade de Terapia Intensiva são utilizadas para denominar a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes (MARTINS, 2006).

“A enfermagem da UTI precisa estar atenta para perceber como o doente e os seus familiares vivenciam o encontro EU-TU, EU-ISSO, em um ambiente adverso ao seu, de modo a torná-lo o mais favorável possível à recuperação da saúde” (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004, pag. 9).

É conveniente saber o que Boff (1999) transmite para todos os seres humanos independente de profissão, classe social entre outras características pertinentes ao ser humano: que sem o “cuidado” o humano se faria inumano.

Para confirmar a mesma idéia do autor acima, faz-se necessário cogitar as idéias abordadas por Zauhy; Mariotti (2002) apud Carvalho (2005) que citam que “o mais dramático é que não percebemos que ao coisificarmos as pessoas, tornamo-nos também coisas. Coisificar os outros, coisifica a nós mesmos. Desumanizar os outros, desumaniza-nos. Não acolher os outros é não acolher a nós mesmos”.

“A enfermagem é uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, mantendo uma estreita relação com a história da civilização” (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004 pag. 400).

Neste contexto, os autores acima afirmam que a enfermagem tem um papel preponderante por ser uma profissão que busca requerer o bem estar do ser humano, apreciando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas inaptidões e no processo de morrer.

A enfermagem é para Carvalho et al. (2005) cuidadora em sua total essência e foi a categoria profissional com pioneirismo a profissionalizar o cuidado. Complementa ainda que o cuidado é o processo de saúde, de adoecimento, de invalidez, de empobrecimento, pois ele busca promover, manter ou recuperar a dignidade e humana.

O resgate do cuidado não se faz à custa do trabalho e sim mediante uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho. Para isso o ser humano precisa voltar-se a si mesmo e descobrir seu modo-de-ser-cuidado (BOFF, 1999).

A visão provida pelas concepções de humanização é que a UTI passe a focar não apenas a recuperação do paciente, mas e principalmente o bem-estar do paciente, assim como as suas características definidoras, bem como suas necessidades específicas para uma situação (KNOBEL, 2006).

Conforme Cheregatti; Amorim (2010), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), caracteriza-se como uma unidade reservada, complexa, dotada de monitoração contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de sistemas orgânicos. Com relação à enfermagem neste setor, sua assistência implica em elevada carga de trabalho devido à alocação de pacientes sujeitos às constantes alterações hemodinâmicas e iminente risco de morte, os quais exigem cuidados complexos, atenção ininterrupta e tomada de decisões imediatas. (INOUE; MATSUDA, 2009).

Resgatar a humanidade na UTI, sabendo das características definidoras apresentadas pelo autor acima, leva-nos a refletir, cada vez mais conscientemente, sobre a necessidade de compreender o que é ser humano e como ser humano diante das tecnologias inerentes ao setor da UTI. Para tal é necessário compreender que a UTI para realizar sua função precisa e deve utilizar-se de recursos tecnológicos cada vez mais avançados, entretanto, os profissionais que são cuidadores do tal setor, não deve esquecer que jamais a máquina substituirá a magnífica essência humana (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

Humanizar é cuidar do paciente em sua totalidade, englobando o contexto familiar e social, e incorporando e respeitando seus valores, esperanças, aspectos culturais e as

preocupações de cada um, realizar uma escuta ativa com outro, compreendê-lo na sua singularidade e nas suas necessidades (KNOBEL, 2006).

Na relação do profissional com o paciente, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mas um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico e a adesão terapêutica. Na relação entre profissionais, esses espaços são a base para o exercício da gestão participativa e da transdisciplinaridade (RIOS, 2009).

Para que a UTI seja verdadeiramente um setor que executa suas atividades com princípios humanizadores, é importante também que as condutas de enfermagem com fins de humanização, não se dêem somente ao paciente, que ela se estenda com a mesma compaixão e atenção aos seus companheiros e colegas de trabalho, e principalmente que ela alcance o eu de cada um (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

A humanização tem como objetivo principal, segundo Oliveira (2001 apud Bedin; Ribeiro; Barreto 2004) fazer com que os profissionais que cuidam da saúde dos indivíduos, coloquem sempre em suas ações assistenciais tanto a cabeça como também o coração, e que estes se entreguem de modo sincero e leal ao outro, ouvindo-os com ciência e paciência as palavras bem como o silêncio.

Informam e orientam Cintra; Nishide; Nunes (2008) que trabalhar em uma UTI e tentar e/ou otimizá-la para fins de humanização, é primariamente necessário aceitar que o próprio ambiente por si só é propício para a quebra de tal objetivo. No entanto devemos procurar rever nossa auto-avaliação para compreendermos como esse processo pode ser implantado em nós mesmos para assim aplicarmos a todo o contexto da UTI.

Contribuindo para o processo de implantação da humanização na UTI, Vila; Rossi (2002 apud BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004) referem que a “humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta sim irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 TIPO DA PESQUISA

O tipo de pesquisa que se realizou para a obtenção do que se propõe o presente estudo foi do tipo descritiva exploratória, com abordagem quantiqualitativa.

Conforme Ludke; André (2001) apud Nóbrega et al. (2007), a pesquisa exploratória qualitativa faz com que compreendamos a complexidade das experiências e seus significados. Permitindo apreender os fenômenos capturando os diferentes significados das experiências no ambiente investigado, facilitando assim a compreensão das relações entre os indivíduos, seu contexto e suas ações.

Consoante com Figueiredo (2004), as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática.

A abordagem quantitativa significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, assim como também o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde a mais simples até o uso mais complexo (OLIVEIRA, 2000).

Na pesquisa qualitativa, os elementos do delineamento do estudo evoluem durante o curso do projeto. As decisões sobre a melhor maneira de obter os dados, de quem estes dados devem ser obtidos, como programar a coleta e quanto tempo deve durar uma coleta de dados, são feitas no campo, à medida que o estudo se desenvolve (POLIT; BECK; HUNGLE, 2004).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado do município de Mossoró/RN.

O local supracitado para a realização da pesquisa foi preferencialmente escolhido pelo fato deste apresentar em sua estrutura física setores diversos como obstetrícia, centro cirúrgico, clínica médica, dentre outros, tendo a Unidade de Terapia Intensiva como suporte para assistir quando necessário aos pacientes das mais diversas necessidades de cuidados, sendo assim o melhor campo para coletar os dados, uma vez que existe a possibilidade de se assistir a distintas necessidades de cuidados, de modo humanizado.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população que compôs a pesquisa foi constituída por profissionais de enfermagem que dispensam assistência na Unidade de Terapia Intensiva do referido local da pesquisa. Quanto a amostra, a mesma foi composta por enfermeiras, mais precisamente 5 (cinco), lotadas na UTI adulto do referido local.

Quanto aos critérios de inclusão para a participação da pesquisa, elencamos os seguintes:

- Ser enfermeiro (a);
- Trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Casa de Saúde Dix - Sept Rosado;
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa;
- Concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto aos critérios de exclusão para participação da pesquisa, foram definidos os seguintes:

- Não concordância com os objetivos da pesquisa;
- Enfermeiros que solicitem gratificação para participação na pesquisa;
- Enfermeiros que estejam gozando de férias, atestados médico, licença especial ou maternidade.

4.4 INSTRUMENTO

Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado como instrumento um Roteiro de Entrevista, composto por perguntas diretas e objetivas – dados quantitativos, que se relacionam à caracterização profissional da amostra, e questões concernentes à temática, “Humanização na UTI”, para a obtenção dos dados qualitativos.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados ser realizada, foi imprescindível o encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, em que foi inicialmente gerada a folha de rosto nº 401262, onde se

submeteu a avaliação, e tendo obtido aprovação através do protocolo nº 47/11 e CAAE nº 0037.0.351.000-11, após a qual esse estudo então foi realizado. Inicialmente o (a) participante da pesquisa teve que concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foi informado (a) além de outras informações, que poderia desistir de participar a qualquer momento da pesquisa sem obter prejuízo algum.

A coleta de dados foi desenvolvida com 5 enfermeiras que prestam assistência na UTI Adulto da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado. Quanto ao dia, local e horários para a realização do questionário, estes foram determinados de acordo com a disponibilidade, conveniência e aceitabilidade de cada participante.

O Roteiro de Entrevista quando aplicado não pôde ser gravado, pois as entrevistadas não permitiram, apesar de sua grande relevância para a pesquisa. Pois de acordo com Gil (2008) o método que propicia segurança, exatidão e preservação da realidade obtida na entrevista é assegurado pelo mecanismo da transcrição, ou seja, do registro e da gravação por meio de aparelho gravador, pois os limites da memória humana não possibilitariam a retenção da totalidade da informação, levando a possíveis distorções decorrentes dos elementos subjetivos que se projetam durante a reprodução da entrevista.

Dessa forma o instrumento utilizado para a coleta de dados passou de roteiro de entrevista para questionário.

Para a manutenção da privacidade e sigilo dos sujeitos envolvidos na pesquisa foram utilizados pseudônimos, ao referir algum participante da pesquisa.

A coleta de dados se realizou no mês de Abril do ano de 2011.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

O conceito de analisar para Marconi; Lakatos (2007) é estudar, decompor, dissecar, dividir, interpretar. A análise de um texto refere-se ao processo de conhecimento de determinada realidade e implica o exame sistemático dos elementos.

Os dados qualitativos foram analisados através da técnica de análises do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre; Lefèvre (2005).

O Discurso do Sujeito Coletivo é para os autores acima um discurso síntese elaborado por pedaços de falas de sentidos semelhantes reunidos em um só discurso, extraíndo-se de cada relato a idéia principal e suas expressões chaves.

Quanto aos dados quantitativos, estes foram analisados estatisticamente utilizando

planilhas do programa Microsoft Excel e apresentados por meio de gráficos e/ou tabelas.

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

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. Além disso, o mesmo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em pesquisa da FACENE e aprovado através do protocolo nº 47/11 e CAAE nº 0037.0.351.000-11.

A ética tem vasta contribuição ao processo de humanização hospitalar, mais especificamente para sua implantação efetiva na UTI, fundamentando-se racionalmente na defesa do resgate à dignidade humana no que se refere ao cuidado hospitalar (MARTIN, 2004 apud CARVALHO et al., 2005).

4.8 FINANCIAMENTO

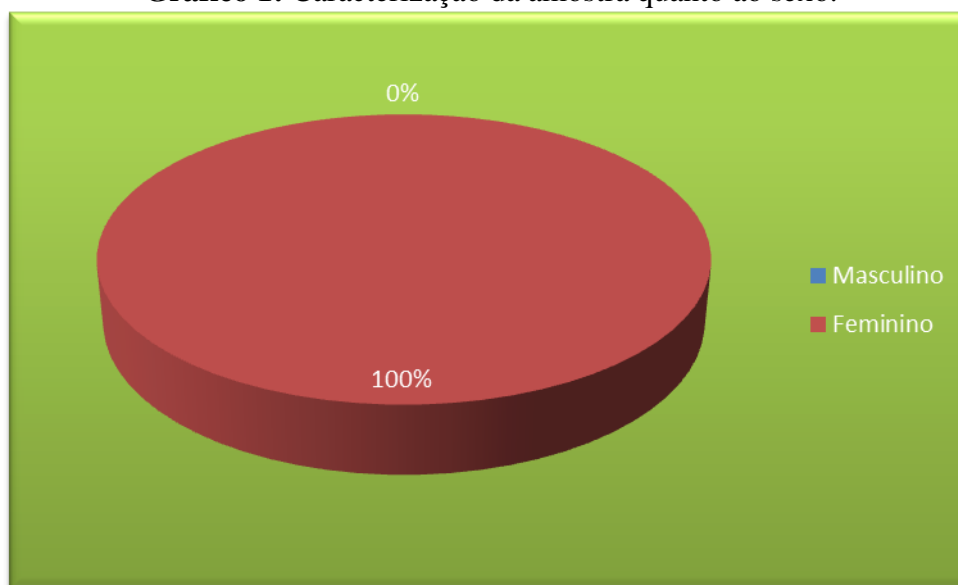
Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5 ANÁLISE E RESULTADOS DOS DADOS

5.1 DADOS QUANTITATIVOS – GRÁFICOS

5.1.1 Caracterização da Amostra

Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto ao sexo.



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O gráfico 1 mostra a caracterização da amostra quanto ao sexo dos participantes da coleta de dados, em que foi constatado que 100% (5) da amostra é constituída por profissionais de enfermagem do sexo feminino.

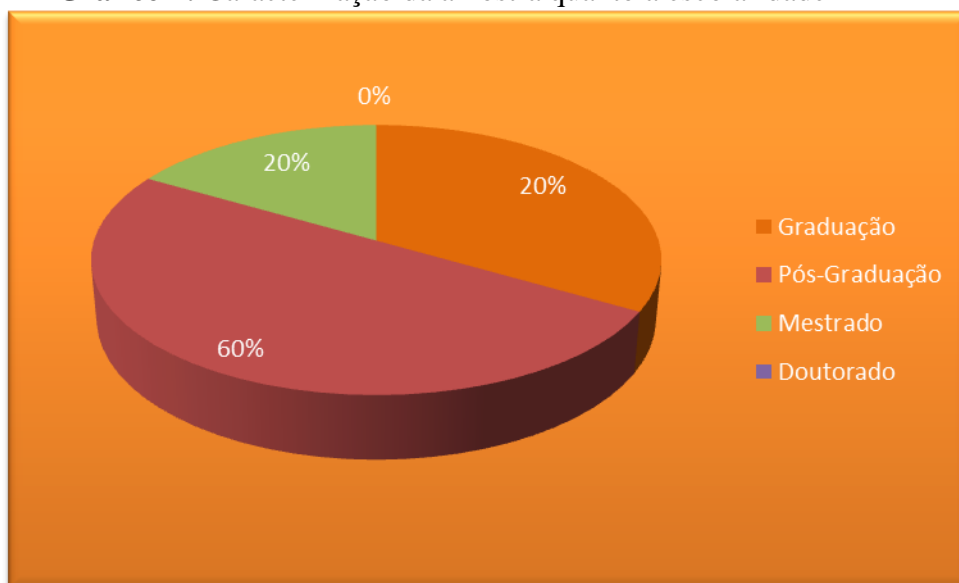
A profissão de enfermagem tem essa característica ainda marcante, de ser uma profissão feminina, desde a sua concepção, desde os tempos em que era exercida meramente por preceitos empíricos. Hoje, a presença feminina ainda é um tanto acentuado, porém em ritmo de mudança (LIMA, 2010).

O acentuado número de enfermeiras na enfermagem não é uma mera eventualidade. Esse fato é explicado por Lopes; Leal (2005) que revela que os valores característicos e vocacionais são um exemplo de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que perduram a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino no campo da enfermagem.

Colaborando para a compreensão do entendimento da prevalência feminina de trabalhadores na área da saúde, em especial na enfermagem, Martins et al. (2006) explica que este fato se deve ao arquétipo, atribuído às mulheres, no qual é elucidado em várias culturas,

onde a assistência e higienização dos doentes são consideradas como extensão do trabalho da mulher.

Gráfico 2: Caracterização da amostra quanto à escolaridade



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O gráfico 2 mostra a caracterização da amostra quanto à escolaridade, em que se apurou através da coleta de dados que 60% (3) possui pós-graduação e apenas 20% (1) dos que possui pós-graduação está cursando mestrado e 40% (2) possui somente a graduação.

Infelizmente, observamos a deficiência de incentivo de algumas universidades que graduam os enfermeiros para os cursos de mestrados e doutorados, daí um dos motivos que justificam o grande número de enfermeiros com baixa titulação, além disso existe a dificuldade de ingresso, uma vez que a estes cursos concentram-se em regiões distantes da região Nordeste (ALMEIDA, 1993).

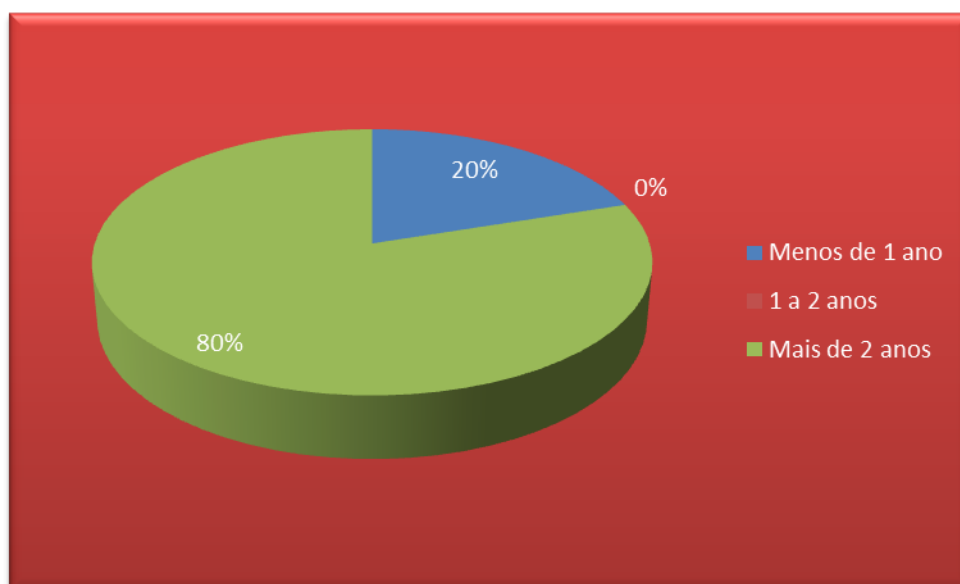
Os cursos de pós-graduação existentes desde a década de 1940 atendem não somente aos profissionais que desejam o ensino/instrução, mas também possibilitar ao enfermeiro graduado atuar em áreas de seu interesse (GEOVANINI et al., 2010).

A pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem no Brasil vem crescendo nos últimos trinta anos e tem contribuído para melhorar a qualificação dos enfermeiros. Os cursos de mestrado e doutorado em Enfermagem concentram-se nas regiões sul e sudeste do país, fato esse, entre outros, que dificulta a formação de mestres e doutores em enfermagem de outras regiões. Os propósitos dos cursos de mestrado e doutorado estão voltados para o

desenvolvimento científico-tecnológico, assim como ao preparo para a docência (PIMENTEL; MOTA; KIMURA, 2007).

Já a explicação apresentada por Secaf; Kurcgant (1999) para o número reduzido de profissionais com o título de mestres se dá pela distribuição geográfica e o quantitativo dos cursos/programas de Mestrado.

Gráfico 3: Caracterização da amostra quanto ao tempo de conclusão acadêmica



Fonte: Pesquisa de campo 2011

O gráfico 3 mostra a caracterização da amostra quanto ao tempo de conclusão acadêmica em que 80% (4) se formou a mais de 2 anos e 20% (1) está formada a menos de 1 ano.

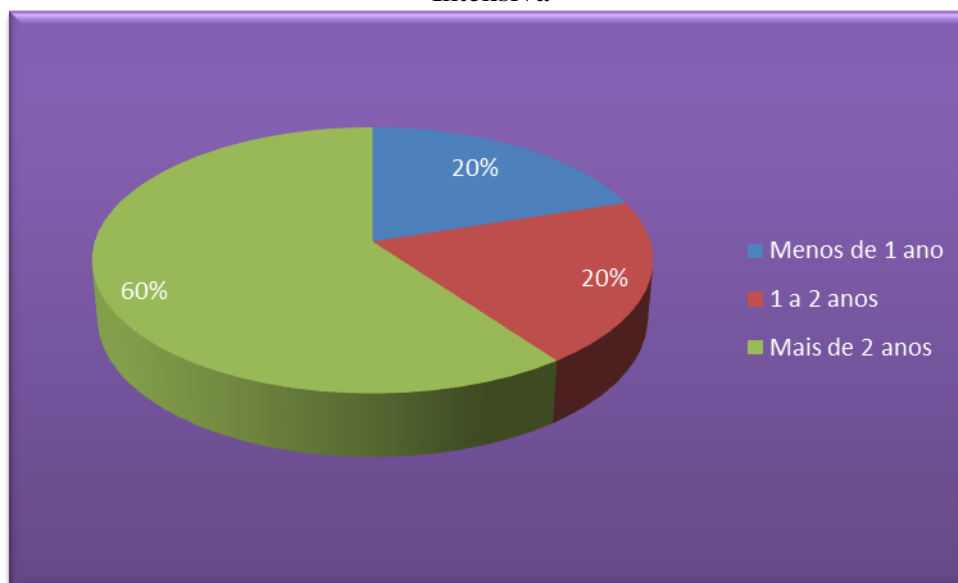
Analisar uma amostra mediante o tempo de conclusão acadêmica permite compreender a experiência e maturidade no mercado de trabalho dos profissionais constituintes da amostra.

“O tempo é um dado real utilizado de acordo com as necessidades, desejos, decisões e prioridades; é algo que não se recupera, pois ele é insubstituível e tende a ser escasso” (ALENCAR; DINIZ; LIMA, 2004, pag. 418), sendo, por esse motivo, indispensável para analisar o perfil caracterizador dos enfermeiros, para com isso compreender como se dá a realização do seu trabalho.

Deste modo o tempo de conclusão permite compreender o entendimento do profissional sobre importância da humanização no serviço de saúde, uma vez que esta é proposta nova de assistência.

A graduação revela as competências e habilidades dos enfermeiros, assim como o tempo de formação em dada época reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período (Martins et al., 2006).

Gráfico 4: Caracterização da amostra quanto ao tempo de serviço na Unidade de Terapia Intensiva



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O gráfico 4 apresenta a caracterização da amostra quanto ao tempo de serviço na Unidade de Terapia Intensiva, em que foi averiguado que 60% (3) da amostra trabalha a mais de 2 anos nesse setor, 20% (1) trabalha a menos de 1 ano e 20% trabalha ente 1 e 2 anos na UTI.

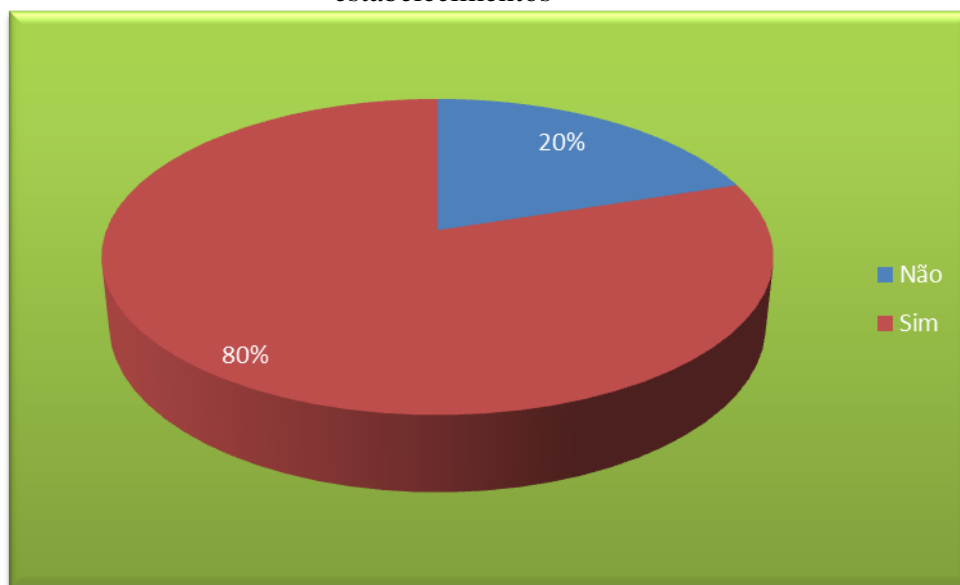
Analisar o tempo que um profissional trabalha em um setor, é também avaliar a sua experiência e envolvimento com a instituição. Além do mais, esse mesmo fator contribui para a tão desejada estabilidade profissional, que é também advinda da permanência no setor, gerando com isso satisfação profissional que direciona à qualidade da assistência (MARTINS et al., 2006).

O tempo que o profissional trabalha em um setor, no caso na UTI é interessante de se analisar uma vez que nos permite entender a sua acomodação e mecanização, no que se refere a utilização e acreditação somente da tecnologia em vez do toque, da escuta ativa.

Outra visão sobre o tempo de serviço em um determinado setor é apresentada por Oliveira (2010) que diz que o profissional que trabalha a certo tempo em um determinado estabelecimento hospitalar possivelmente acaba moldando-se ao perfil da instituição,

tornando-se modelo para os demais recém-chegados, e mais respeitados pelos colegas, sendo alvo de possível promoção. Todavia, de modo subjetivo, tornam-se acomodados pela rotina do serviço.

Gráfico 5: Caracterização da amostra quanto ao fato de trabalharem em outros estabelecimentos



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O gráfico 5 elucida a caracterização da amostra quanto ao fato de trabalhar em distintos estabelecimentos. E foi verificado que 80% (4) trabalham sim em outros estabelecimentos hospitalares, e apenas 20% (1) trabalha apenas no hospital onde se desenvolveu a pesquisa.

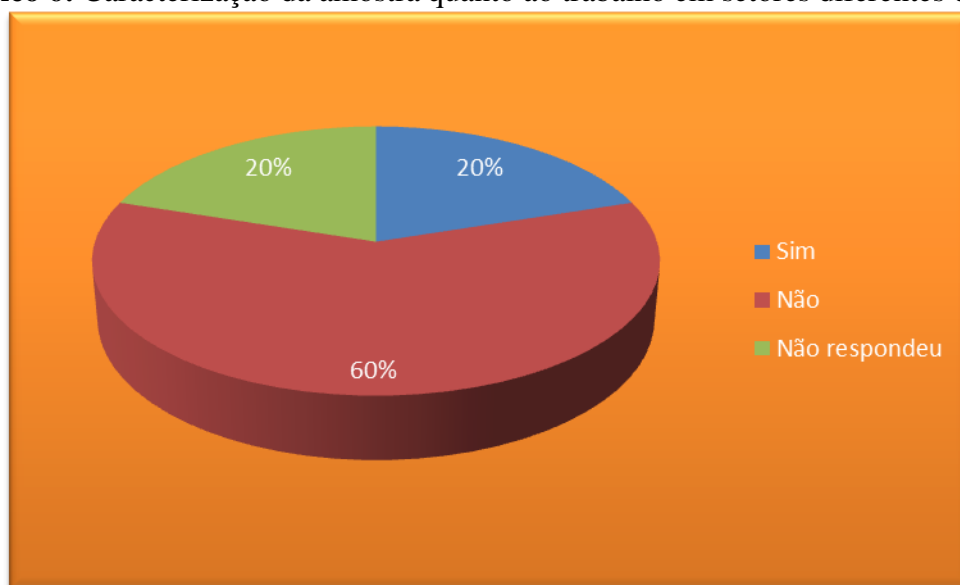
Analisando estudos de Oliveira (2010), é possível conhecer vantagens e desvantagens providas aos profissionais que possuem mais de um vínculo empregatício. Quanto às vantagens o autor inclui habilidade e desenvolturas nas mais diversas situações inerentes ao serviço. Com relação às desvantagens, a principal é a extensa jornada de trabalho, que gera sobrecarga, direcionando a alteração no humor e estresse.

Quando o profissional de saúde trabalha em locais distintos ele acaba acarretando com isso uma sobrecarga de trabalho muito grande, em que a sua capacidade de lidar com as atribuições inerentes à sua função tornam-se alteradas, uma vez que a sobrecarga de trabalho gera desgaste físico e mental, dificultando desta forma a assistência humanizada.

Um dos motivos, apontados por Murofuse; Abranches; Napoleão (2005 apud MAGALHÃES; CASTRO, 2008), que justifica o fato dos profissionais enfermeiros

possuírem mais de um emprego é o pagamento de baixos salários, que os direcionam a busca de outros vínculos empregatícios, para enfim suprirem suas necessidades básicas, e conseqüentemente acaba tendo uma carga mensal muito longa e desgastante, caracterizando a sobrecarga de trabalho.

Gráfico 6: Caracterização da amostra quanto ao trabalho em setores diferentes da UTI



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O gráfico 6 revela a caracterização da amostra quanto ao trabalho de enfermagem executado em setores diferentes da Unidade de Terapia Intensiva, em que foi verificado que 60% (3) só trabalham em UTI, 20% (1) trabalha em outros setores e 20% (1) não respondeu a este questionamento.

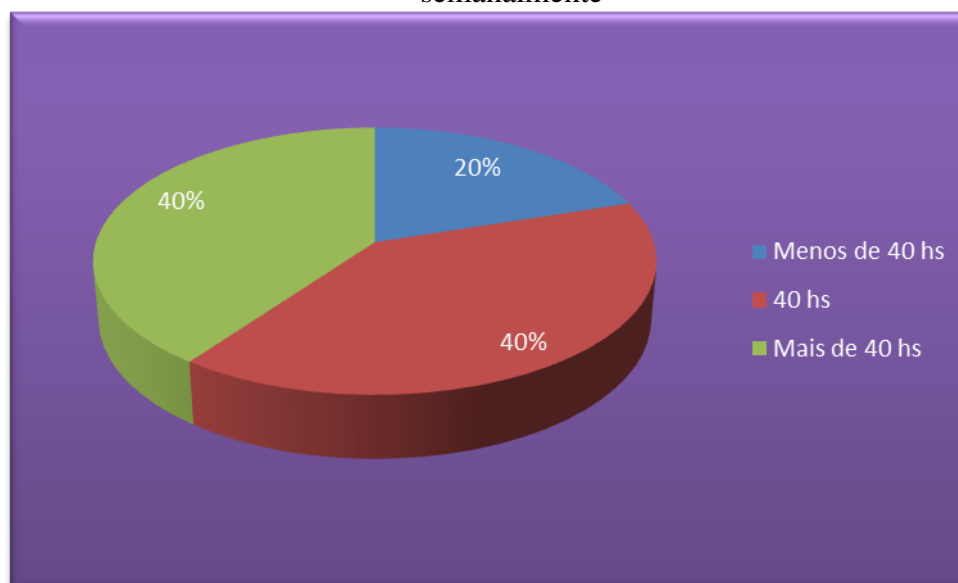
A carreira do profissional que trabalha em setores de saúde distintos, ou seja, dispensa assistência a várias especialidades, certamente é provida de muitas experiências, novos relacionamentos pessoais, acesso a novos conhecimentos, além das possibilidades de obter pensamento crítico sobre um determinado evento de um ponto de vista diferente. Isto só engrandece e valoriza o profissional (LIMA, 2010).

Outro ponto de vista é apresentado por Martins et al. (2006), só que ele opina de modo distinto à opinião acima, quando relata que o profissional adquire experiência de forma bem mais rápida quando seu trabalho é realizado com exclusividade a apenas uma especialidade, em que isto fomenta a competência profissional, na qual se adquire saber agir responsável e reconhecido, o que implica em mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, fato que fica comprometido quando o profissional trabalha em setores

distintos.

É necessário inferir que quando um profissional se detém apenas ao trabalho específico de uma determinada especialidade da saúde, sem dúvida a competência dele para as intervenções relacionadas são bem mais precisas e embasadas na experiência adquirida, no entanto é extremamente importante que este mesmo profissional se permite novos conhecimentos providos por especialidades outras, que são afins e se complementam, uma vez que, por exemplo, o paciente que apresenta um distúrbio mental pode também apresentar uma disfunção cardiovascular, e ambas as intervenções devem ser fundamentas nos princípios da humanização.

Gráfico 7: Caracterização da amostra quanto a quantidade de horas trabalhadas semanalmente



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O gráfico 7 exhibe a quantidade de horas semanalmente trabalhadas pelos que compuseram a amostra deste estudo. Em que se apurou que 40% (2) diz trabalhar 40 h por semana, 40% (2) trabalha mais de 40 h e 20% (1) trabalha menos de 40h por semana.

O motivo pelo qual justifica os profissionais se submeterem a longas jornadas de trabalho, segundo Calderero; Miasso; Webster (2008) é devido ao achatamento de salários que obriga os profissionais a terem mais de um vínculo de trabalho, resultando numa carga mensal extremamente longa e desgastante.

Estudos realizados com enfermeiras que trabalham em UTI revelam acentuado aumento da carga horária semanalmente trabalhada, situação esta que condiciona estas

profissionais à tensão e deterioração física, uma vez que o corpo tenso faz o metabolismo acelerar, ocasionando taquicardia, dificuldades de respiração, tremores e dores no corpo devido à muscular, evoluindo para depressão e ansiedade (ARAÚJO; SERVO, 2007 apud ARAÚJO; SANTO; SERVO, 2009).

Os mesmos autores ainda acrescentam que o excesso de horas trabalhadas provoca também despersonalização e inércia, acarretando queda na produtividade, no desempenho e na satisfação do trabalhador.

A gravidade do quadro de saúde dos pacientes da UTI requer e necessita de mais tempo para a realização dos cuidados de enfermagem, fato este que aumenta as horas do tempo de serviço da categoria de destinadas ao cuidado dos mesmos, o que por sua vez acarreta em implicações que interferem no cuidado, elevam os custos e os riscos à saúde da clientela e dos trabalhadores (INOUE; MATSUDA, 2009).

E o profissional que possui este tipo de rotina laboral, apresenta comprometimento de sua assistência, ficando a desejar todos os preceitos humanitários propostos pela PNH.

5.2 DADOS QUALITATIVOS – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

5.2.1 Questões concernentes à temática, **Humanização na Unidade de Terapia Intensiva**

5.2.1.1 Síntese das respostas da amostra sobre a questão do seu entendimento a respeito da humanização.

Idéia Central - I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Cuidar com amor</i>	“(...) acho que humanização é o cuidar com amor (...)”.
Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Assistência Digna</i>	“(...) é prestar uma assistência de forma digna ao paciente, condizente com a realidade (...)”.
Idéia Central – III	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Cuidado Integral</i>	“(...) humanizar é visar o paciente como um todo, procurando entender seus medos, as angústias e as ansiedades do mesmo e de seus familiares (...)”.
Idéia Central – IV	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Ambiente Confortável</i>	“(...) lhe proporcionar uma ambiente acolhedor e familiar (...)”.

Quadro 1: Respostas dos sujeitos à pergunta: O que você compreende por humanização?

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O quadro 1 mostra a análise das respostas da amostra, sobre a compreensão que esta possui sobre a humanização. E foi observado, conforme análise, que humanização é prestar um atendimento digno, considerar o paciente bem como o seu contexto e garantir um ambiente confortável.

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de harmonizar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalhos adequados ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e usuários (PUCCINI; CECÍLIO, 2004 apud LAMENGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005).

Com vistas na utilização consciente da tecnologia de forma humanizada Silva; Porto; Figueiredo (2008 apud Dias et al., 2009, pag. 4), orientam como essa associação pode acontecer

Mesmo nos apropriando de máquinas, o cuidado mantém sua conotação humana e não se inviabiliza pelo uso da tecnologia. Muitas vezes, entende-se a tecnologia dentro da UTI como “máquinas que parecem ser a alma, a espinha dorsal dessas unidades”. Com isso, é necessário compreender a diferença entre tecnologia e técnica para desvincular do discurso do senso comum de que a UTI é uma ameaça para o humano.

O cuidado ao paciente deve ser totalmente baseado nos princípios da humanização, para tanto este cuidado humanizado deve estender-se e considerar todos aqueles que estão envolvidos no seu contexto do processo saúde-doença, que são, além do paciente, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente (VILA; ROSSI, 2002).

O ambiente tem influência direta no bem-estar do paciente, família e equipe multiprofissional. As estratégias que facilitam o contato, a interação e a dinâmica no contexto da UTI podem ser consideradas premissa básica para o cuidado humanizado, podendo ainda ser responsável pelo desenvolvimento de distúrbios psicológicos, pela desorientação no tempo e no espaço, privação de sono devido aos ruídos constantes (VILA; ROSSI, 2002).

Um ambiente adequado, é considerado essencial ou adequado para que um setor, no caso a UTI, seja capaz de adotar uma postura humanizada. Em termos físicos, o ambiente deve respeitar essencialmente seu caráter terapêutico, facilitador da ação da equipe e, sobretudo, não agravante do quadro clínico do paciente (SILVA, 2007).

5.2.1.2 Síntese das respostas da amostra à questão a cerca das condutas de enfermagem que são realizadas no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva, no que se refere à humanização.

Idéia Central - I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Respeito ao individual</i>	“(...) respeitar a individualidade de cada paciente e também suas particularidades e trabalhar com suas respectivas necessidades (...)”.
Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Apoio Psicológico</i>	“(...) promover apoio psicológico àqueles pacientes que estão conscientes e aos seus familiares (...)”.
Idéia Central - III	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Contato com a família</i>	“(...) procurar manter a família próxima durante os horários de visita, para que possam passar conforto e segurança ao seu ente querido (...)”.
Idéia Central - IV	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Dar atenção</i>	“(...) eu acho que é o conversar, é o cuidar em si e lhe dar mais um carinho e atenção, por que muitas vezes você fica ali jogado e a pessoa não chega, não pergunta... não dá uma palavra amiga, trata só como... aquela coisa mecânica: medicou, acabou!”

Quadro 2: Respostas dos sujeitos à pergunta: Quais as condutas de enfermagem que são realizadas no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva, no que se refere à humanização?

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O quadro 2 revela a análise das respostas da amostra quanto as condutas de

enfermagem, voltadas para a humanização, realizadas no setor da UTI. Foram obtidas como respostas o respeito à individualidade de cada paciente, o apoio psicológico, a promoção do contato com a família e a importância de dar atenção constantemente ao paciente.

Para assistir com fins de humanização na UTI, Leite; Vila (2005) afirmam que é primordial que a equipe que ali trabalha entenda que a participação da família é essencial para a terapêutica instituída para os pacientes. Deste modo é imprescindível que os profissionais e os familiares dos pacientes se relacionem bem, sendo para isso necessário a criação e/ou reformulação de normas e rotinas do setor.

“O acesso das famílias é outro ponto importante na discussão dos cuidados humanizados” (LAMENGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005, pag. 674).

A hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva traz uma variedade de responsabilidades emocionais e psicológicas para a família que muitas vezes são manifestadas por quadros de choque, ansiedade, raiva, culpa, desespero e medo (FOX-WASYLYSHYN, 2007 apud DIAS et al., 2009).

“A UTI é o setor que mais gera distúrbios emocionais e psicológicos nos pacientes, familiares e profissionais” (DIAS et al., 2009, pag. 2). O apoio psicológico é uma importante ferramenta tanto para os profissionais quanto para os pacientes, para que o trabalho não se torne mecanizado e desumano (OLIVEIRA et al., 2006).

No ambiente da UTI, Silva (2007) relata que as necessidades psicológicas básicas das pessoas precisam ser preservadas, como de orientação espaço-temporal que se vincula à conservação da noção de identidade pessoal.

A humanização garante, além de outros benefícios, a individualidade de cada paciente, criando um ambiente mais agradável e acolhedor com profissionais capacitados para perceber a importância desta para os indivíduos que estão aos seus cuidados (DIAS et al., 2009).

5.2.1.3 Síntese das respostas da amostra quanto à presença de obstáculos e/ou entraves que dificultam a humanização na Unidade de Terapia Intensiva.

Idéia Central - I	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Sim. Setor fechado</i>	“(...) é um setor fechado, que impossibilita o acesso da família em muitos momentos (...)”.
Idéia Central - II	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Sim. Proximidade dos leitos</i>	“(...) tentamos ao máximo preservar a individualidade, mas nem sempre é possível pela proximidade dos leitos que não tem como isolar tudo, como por exemplo, o óbito (...)”.
Idéia Central – III	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Sim. Sobrecarga de trabalho, déficit de profissional e baixa qualificação</i>	<p>“(...) os obstáculos para a humanização são sobrecarga de trabalho e poucos profissionais, como também má qualificação dos profissionais que compõe a equipe (...)”.</p> <p>“(...) alguns profissionais são muito antigos, ou seja, faz muito tempo que trabalham e não tem conhecimento sobre o assunto, com isso o trabalho deles torna-se mecânico e a humanização fica deixada de lado (...)”.</p>
Idéia Central - IV	Discurso do Sujeito Coletivo
<i>Não tem entraves nem obstáculos</i>	“(...) eu acredito que não, que não tem esses entraves. Por que tudo que você pode fazer para que o paciente se sinta bem e que a família tenha um afeto, aquela unidade acaba fazendo. Porque tudo só depende de quem

	está ali dentro (...)
--	-----------------------

Quadro 3: Respostas dos sujeitos à pergunta: Há obstáculos e/ou entraves que dificultam a humanização na Unidade de Terapia Intensiva? Se sim, cite-os.

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O quadro 3 evidencia a resposta da amostra quanto aos obstáculos e/ou entraves que dificultam a humanização na Unidade de Terapia Intensiva, em que constatou-se que o próprio setor, por ser fechado, contribui para a não humanização. Outros pontos citados foram a proximidade de leitos, a sobrecarga de trabalho, o déficit de profissionais, bem como a baixa qualificação destes. E foi ainda possível apurar nas falas da amostra que não existem obstáculos e/ou entraves no serviço que dificultem a humanização na UTI, que para existir humanização nesse setor, basta cada um fazer a sua parte.

“A UTI é um local que devido à restrição de acesso, a disposição da planta física, equipamentos característicos e as condições críticas dos pacientes que ali se encontram, desperta a curiosidade das pessoas que a classificam como um ambiente hostil” (MARUITI; GALDEANO, 2007, pag. 6).

Infer-se neste momento que esta classificação procede em decorrência do entendimento, por sinal errado, que a população de um modo geral, possui que a UTI é um setor destinado a pacientes em estado terminal, e sendo seria necessário o cuidado humanizado. Engana-se pois que pensa desta maneira. A UTI é um setor que acomoda a sua cuidados pacientes que por algum motivo estão momentaneamente ou não de realizarem por si só suas funções vitais, e diante do pressuposto que a humanização é um complemento terapêutico, e extremamente necessário aplicá-lo neste setor, para que as funções sejam o mais rápido possível reestabelecidas.

É conveniente deduzir que a proximidade dos leitos na Unidade de Terapia Intensiva, gera aos pacientes falta da privacidade e visualização de procedimentos que os assustam. Diante disso, Silva (2007) sugere que a existência do box para cada leito garante um nível ínfimo indispensável para o respeito à privacidade possível dentro da unidade bem como para a proteção contra a visualização de manobras intensas feitas em um paciente próximo.

A carga de trabalho, as atribuições conferidas a cada categoria profissional, a necessidade freqüente de horas extras para cobertura da escala, assim como a fragilidade das relações interpessoais são alguns dos motivos observados que interferem potencialmente na

qualidade de vida no trabalho desta equipe e na qualidade da assistência de enfermagem (INOUE; MATSUDA, 2009).

Sabe-se que nem sempre é possível proporcionar o melhor atendimento. Uma boa estrutura de UTI envolve: pessoal em número suficiente e treinado para fornecer assistência específica e observação contínua, planta física elaborada com equipamentos especiais e manutenção constante e organização administrativa preocupada em manter padrões de assistência e programas de educação continuada (SILVA, 2000 apud LEITE; VILA, 2005).

Diante do exposto, fica evidente que para garantir a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI é necessário ater-se não somente à qualificação dos trabalhadores, mas também à quantificação desses para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas (INOUE; MATSUDA, 2009).

Fortalecendo as afirmações acima, e os dados colhidos, Souza et al. (2006) destaca alguns fatores que impedem o cuidado profissional em excelência que vão desde a baixa qualificação; que é um fator essencial, até a precariedade dos serviços ofertados, jornadas de trabalho exaustivas, plantão noturno, remuneração insuficiente, competitividade profissional, excesso de responsabilidades, falta de identificação profissional e a falta de uma ética específica menos dependente da ética e das decisões médicas, entre outros.

Em estudos realizados por Vila; Rossi (2002) foi observado que “alguns informantes referiram que, apesar de da Unidade de Terapia Intensiva ter relógio, janelas, a estrutura física compromete a assistência, os leitos são muito próximos e isso dificulta o trabalho, a questão da privacidade”.

Com relação à sobrecarga de trabalho, Quirino; Collet (2009) relatam que esta exerce forte influência na assistência prestada, tanto na assistência direcionada à administração de pessoal, como também na administração da assistência de enfermagem.

Para Leite; Vila (2005) em geral, o processo de cuidar torna-se frustrante, sobretudo por causa das dificuldades decorrentes das condições de trabalho. O que se observa é que, ante a escassez de recursos materiais e humanos, os profissionais acabam fazendo o melhor que podem, mas isso culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu compreender a necessidade de se aplicar aos clientes dos serviços de saúde, em especial na Unidade de Terapia Intensiva, uma assistência humanizada. Pois, ficou claro que cuidar não é meramente administrar medicamentos ou tecnicamente saber manusear da forma mais precisa e minuciosa uma máquina.

Constatou-se que para de fato humanizar um serviço, é necessário conhecer e considerar toda a história antecedente do paciente, interessante ao restabelecimento do processo saúde, que culminou na realidade atual, pois desta forma se verifica os seus determinantes que direcionam para onde se deve realmente agir para prover a mudança.

E mais ainda, se confirmou que humanizar é colocar o respeito e a consideração pelo contexto do outro em tudo que se faz. Que a escuta das palavras e do silêncio do paciente é uma terapêutica altamente eficaz, que infelizmente fica a desejar na prática assistencial dos enfermeiros e de todos os cuidadores da saúde, pela sobrecarga das atividades e pela falta de mecanismos que vão além da vontade dos profissionais, que estão sob o controle da própria organização hospitalar, em termos de estrutura física e recursos materiais e humanos.

E para a humanização realmente acontecer é extremamente importante que os familiares dos pacientes estejam envolvidos no processo terapêutico instituído para seus entes que se encontram ali em tratamento. E que a família tenha quando necessário todo o apoio que precisa da equipe multiprofissional que assiste na UTI.

Verificou-se que a enfermagem está sim, dispensando uma assistência humanizada na UTI, uma vez que sua assistência é baseada no cuidado, e se tem cuidado, instantaneamente se tem humanização, porém é necessário atentar para os fatores que contribuem para o insucesso destas práticas.

A análise proposta pelos objetivos foi de fato alcançada, pois foi possível caracterizar e analisar a amostra estudada em sua compreensão do que é humanização, do que fazem para humanizar a UTI, e quais as dificuldades encontradas para pôr em prática tais condutas humanizadoras.

E diante das respostas da amostra envolvida, é possível concluir que para a humanização na UTI é necessário otimizar as condições de trabalho, e preparar os profissionais, desde enquanto acadêmicos, para apreender a importância da humanização em sua legítima essência, que para humanizar não existe técnica, basta tratar o paciente como único e como ser humano.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Karleny dos Santos; DINIZ, Rita de Cássia Moura; LIMA, Flavia Regina Furtado. Administração do Tempo nas Atividades de Enfermagem de Uma UTI. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 jul-ago. 57(4): 417-20.
- ALMEIDA, M. C. P. A Pós- Graduação em Enfermagem no Brasil situação atual. **Rev. Latino Am. Enf.** v. 1, n. 1, Ribeirão Preto, Jan., 1993. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010411691993000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 21 mar. 2011.
- ARAÚJO, Pricila Oliveira de; SANTO, Eniel do Espírito; SERVO, Maria Lúcia Silva. Análise do Estresse e suas Implicações no Processo de Trabalho do Enfermeiro. **Diálogos & Ciência** - Revista da Rede de Ensino FTC. Ano III, n. 9, jun. 2009.
- BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 400-409, 2004. Disponível em: < www.fen.ufg.br > Acesso em: 16 out. 2010.
- BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra**. 12ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> > Acesso em: Set. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Série B. Textos básicos de saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Brasil. Política nacional de humanização. **Humaniza SUS**, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. Acesso em: 24 abr. 2011.
- CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; WEBSTER, C. M. C. Estresse e Estratégias de Enfrentamento em uma Equipe de Enfermagem de Pronto Atendimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2008; 10 (1): 51 – 52.
- CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva et al. Cuidado E Humanização Na Enfermagem: Reflexão Necessária. **2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. UNIOESTE**- Campus de Cascavel, 2005. Disponível em: < <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau16.pdf> > Acesso em: Set. 2010.
- CHEREGATTI, Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão. **Enfermagem: unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.

CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wima Aparecida. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DIAS, Gabriela Torres et al. Humanização do Cuidado na UTI: uma possibilidade real. **Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Unidade Coração Eucarístico**. Minas Gerais, 2009.

FIALHO, Tatiana Cupertino. **O papel do enfermeiro no Parto Humanizado**. Minas Gerais: In Monografia apresentada a Evata, 2008. Disponível em: <<http://www.evata.com.br/downloads/MONOGRAFIA%20MODELO%20TATIANA%20CUPERTINO%20FIALHO.pdf>> Acesso em: Junho/2010.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. São Caetano do Sul/ São Paulo: Difusão Editora, 2004.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INOUE, Kelly Cristina; MATSUDA, Laura Misue. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(1):55-63.

KNOBEL, Elias. **Terapia Intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LAMENGO, Denyse T.C.; DESLANDES, Suely F.; MOREIRA, Maria Elisabeth L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciências & Saúde Coletiva**, 10 (3): 669-675, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 15 ago. 2010.

LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.13 n.2. Ribeirão Preto mar./abr. 2005.

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito Coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa**. 2ª Edição. Caxias do Sul: 2005.

LIMA, Maria Juraci de Oliveira. **In Monografia: Intervenções de Enfermagem ao Recém-Nascido com Doença da Membrana Hialina**. Mossoró: Faculdade de Enfermagem de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), 2010.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A Feminização Persiste na Qualificação da Enfermagem Brasileira. **Cadernos Pagu** (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125. Rio Grande do Sul: 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>> Acesso em: 09 Nov. 2010

MAGALHÃES, Aline Pereira; CASTRO, Nely Maria dos Santos. **Fatores Determinantes de Estresse em Enfermeiros que Atuam em Centro de Terapia Intensiva (CTI), Unidade de**

Terapia Intensiva (UTI) e Pronto Socorro. Trabalho elaborado para conclusão do curso de especialização Enfermagem do Trabalho na Faculdade São Camilo – MG - 2007/2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico.** 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, C. et al. Perfil do Enfermeiro e Necessidade de Competência Profissional. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis: 2006. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415312.pdf> > Acesso em: 28 Jun. 2010.

MARTINS, Cezira Fantini Nogueira. Formação: saberes e fazeres Humanizados. **Boletim Da Saúde.** Porto Alegre; Volume 20. Número 2, Jul./Dez. 2006.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde:** a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARUITI, Marina Rumiko; GALDEANO, Luiza Elaine. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem;** 20 (1): 37-43; 2007.

MELO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil:** conhecimentos básicos para estudantes e profissionais, 2008.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira; TRENTINI, Mercedes. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.12 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2004.

NÓBREGA, Tânia Cinira Vieira da Costa; et al. Assistência de Enfermagem: Análise ao paciente no Centro cirúrgico. João Pessoa-Paraíba: **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança.** Série Monografias. Vol. 05-Número 02-Dez., 2007.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica.** 2. ed., São Paulo: Pioneira, 2000.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de, et al. O Processo de Trabalho da Equipe de Enfermagem na UTI Neonatal e o Cuidar Humanizado. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 105-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 112 ago. 2010.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIEIRA, Claudia Silveira. A Humanização na Assistência à Saúde. **Rev Latino-am Enfermagem,** 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000200019&lng=en&nrm=iso > Acesso em: Set. 2010.

OLIVEIRA, Moniky Lopes Evangelista. **In Monografia:** O papel do enfermeiro na humanização do parto na atenção à primípara. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, 2010.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e Cuidados Paliativos.** 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

PIMENTEL, Vera; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; KIMURA, Miako. Reflexões Sobre o Preparo para a Docência na Pós-Graduação em Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(1):161-4.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheyl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. Fundamentos De **Pesquisa Em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUIRINO, Daniela Dias; COLLET, Neuza. Fácies do trabalho de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(3):681-7Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a28.pdf>> Acesso em: 16 abr. 2011.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; Lins, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do cuidado da UTI neonatal. Paraíba: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2007. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>> Acesso em: 17 abr. 2010.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos de Humanização na Saúde:** práticas e reflexões. São Paulo: Aurea, 2009.

SECAF, Victoria; KURCGANT, Paulina. Doutores e doutorandos em enfermagem: motivos do mestrado em outras áreas. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 5-10, janeiro 1999.

SILVA, Rosanna Rita. Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Salus-Guarapuava-PR.** jan./jun. 2007; 1(1): 39-41.

SIMÕES, A. L. de A. et al. Humanização na Saúde: um enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007.

SOUZA, Ana Célia Caetano et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev. bras. enferm.** vol.59 no.6 Brasília Nov./Dec. 2006.

VILLA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2002 março-abril; 10(2):137-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf> Acesso em: 25 set. 2010.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano:** o resgate necessário. Porto Alegre. Ed. Sagra Luzzatto, 1998.

ZEN, O. P; BRUTSHER, S. M. Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia. São Paulo, **Rev. Enfoque;** v. 14, n.º 01, p. 4-6, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada de “**A enfermagem frente ao processo de humanização na Unidade de Terapia Intensiva**”. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Maria Eronice da Silva, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da Professora Esp. Ana Cristina Arrais. A realização deste estudo justifica-se em torno do avanço científico, tecnológico e a modernização de procedimentos, vinculados à necessidade de se estabelecer controle, deste modo o enfermeiro passou a assumir cada vez mais encargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado ao paciente, surgindo com isso a necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência de enfermagem. A mesma apresenta como objetivo geral: Analisar as condutas de enfermagem frente ao processo de humanização na Unidade de Terapia Intensiva. Objetivos Específicos: caracterizar a situação profissional dos entrevistados; verificar como os enfermeiros compreendem a humanização; identificar as intervenções de enfermagem dispensadas dentro da Unidade de Terapia Intensiva com a finalidade de humanização; investigar a presença de obstáculos e/ou entraves que dificultam a humanização na Unidade de Terapia Intensiva.

Solicitamos sua contribuição e 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 e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Informamos, além disso, que o referido estudo não apresenta riscos aparentes aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista, onde o senhor (a) responderá manualmente a algumas perguntas sobre dados pessoais que caracterizarão os profissionais da amostra e perguntas relacionadas à questões concernentes com a temática, Humanização na UTI, avisamos ainda que a entrevista será gravada e os dados informados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional como 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 responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras 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 esclarecido (a), 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 copia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, ____/____/2011.

Prof^a Esp. Ana Cristina Arrais
Pesquisadora Responsável

Maria Eronice da Silva
Pesquisadora Participante

Participante da Pesquisa

Pesquisadora Responsável: Prof. Esp. Ana Cristina Arrais.

Endereço: Av. Presidente Dutra, nº 710, Alto de São Manoel. Mossoró/RN. Fone/Fax: (84) 3312-0143.

E-mail: anaarraais@facenemossoro.com

Pesquisadora Participante: Maria Eronice da Silva.

Endereço: Rua Manoel Amâncio Rebouças Neto, nº 190, Bairro Sumaré. Tel.: 8818-9056.

E-mail: eronicesilva2010@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro: Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil. CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777.

E-mail: cep @facene.com.br

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA**1 CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DA AMOSTRA**

Sexo: Masculino Feminino.

Escolaridade: Graduação _____
 Pós-Graduação _____
 Mestrado _____
 Doutorado _____

Quanto tempo de formado: menos de 1 ano 1 a 2 anos mais de 2 anos.

Trabalha a quanto tempo nesse setor: menos de 1 ano 1 a 2 anos mais de 2 anos.

Trabalha em outros estabelecimentos: Não Sim.

Executa atividades de enfermagem em setores diferentes da Unidade de Terapia Intensiva: Sim Não.

Quantas horas por semana você trabalha: menos de 40 hs 40 hs mais de 40 hs.

2 QUESTÕES CONCERNENTES À TEMÁTICA, HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

O que você compreende por humanização?

Quais as condutas de enfermagem que são realizadas no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva no que se refere à humanização?

Há obstáculos e/ou entraves que dificultam a humanização na Unidade de Terapia Intensiva?
Se sim, cite-os.

ANEXO
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA