

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-  
FACENE/RN

CÁSSIA MARIA GUERRA DE SOUSA

**VISITA EM UTI:**

PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES QUANTO À HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO  
EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN

MOSSORÓ  
2011

CÁSSIA MARIA GUERRA DE SOUSA

**VISITA EM UTI:**

PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES QUANTO À HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO  
EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE-RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Ivone Ferreira Borges

MOSSORÓ  
2011

CÁSSIA MARIA GUERRA DE SOUSA

**VISITA EM UTI:**

PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES QUANTO À HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO  
EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN

Monografia apresentado pela aluna Cássia Maria Guerra de Sousa do Curso de bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Ms. Ivone Ferreira Borges  
(Orientadora - FACENE/RN)

---

Profº Esp. Leonardo Carlos Rodrigues Menezes  
(Membro - FACENE/RN)

---

Profº Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves  
(Membro - FACENE/RN)

S334v

Sousa, Cássia Maria Guerra de

Visita em UTI: percepção dos familiares quanto a humanização do atendimento em uma unidade de terapia intensiva no município de Mossoró-RN / Cássia Maria Guerra de Sousa. – Mossoró, 2011.

54f.;il.

Orientadora: Ivone Freire Borges

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

Dedico a DEUS pela força nessa caminhada, por me dar além do que mereço. Aos meus pais Francisco Ferreira de Sousa e Maria da Conceição Guerra de Sousa pelo apoio e amor incondicional.

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS por todo esse caminho percorrido, pelas grandes alegrias e conquistas que marcaram minha trajetória. Por todas as bênçãos a mim concedidas no decorrer desses quatro anos.

Aos meus pais Francisco Ferreira de Sousa e Maria da Conceição Guerra de Sousa pela renúncia de seus sonhos em função dos meus, pelo exemplo de caráter e honestidade, pela sabedoria com que transmitem seus ensinamentos.

Aos meus irmãos Cleiniane Maria Guerra de Sousa e Cleiton Luiz Guerra de Sousa e meus sobrinhos Pedro e a pequena Maria Luiza, pelo apoio.

A Éliton, meu namorado, companheiro, amigo, que soube compreender meus momentos de ausência, escutou minhas angústias, participou das minhas decisões, contribuiu ativamente nessa caminhada, muitas vezes priorizando meus sonhos.

A minha mestra, orientadora, amiga, irmã...Ivone Ferreira Borges, símbolo de competência, pela sabedoria, paciência e compreensão a mim dedicados durante a etapa final da realização de um sonho.

A minha banca examinadora, Thiago Enggle de Araújo Alves e Leonardo Carlos Rodrigues Menezes pela amizade, auxílio, disponibilidade de tempo e material, sempre com uma simpatia contagiante.

A Joseline Pereira, minha Josy, que estará guardada sempre em meu coração como exemplo de profissional, ser humano e amiga e Karlinha minha outra companheira do NUPEA.

Aos demais professores da instituição que contribuíram não só para minha formação acadêmica, mas que me ensinaram a ser uma profissional competente e um ser humano melhor, em especial Raquel Mirtes e meus professores supervisores da monitoria Patrícia Helena, Aninha e Rodolfo, obrigada.

As minhas amigas Alésia, Renata e Thalita, foi com vocês que vivi os melhores momentos da minha vida acadêmica, minhas boas lembranças desses anos sempre terão a imagem de vocês, obrigada meninas.

Aos colegas de classe com os quais tive o prazer de conviver e compartilhar os bons momentos.

Aos funcionários da instituição, sempre tão atenciosos e prestativos que me receberam de braços abertos, em especial Guigui, Leida e Natália, estarão sempre em meu coração.

A todos que contribuíram direta e indiretamente na construção desse sonho.

Minha querida filha.  
Jamais eu te deixarei nas horas  
de provas e de sofrimento.  
Quando viste, na areia, apenas  
um par de pegadas, eram as  
minhas. Foi exatamente aí que  
eu te carreguei nos braços.

## RESUMO

O aspecto humano do cuidado é um dos mais difíceis de ser implementado, diante disso surge a Política Nacional de Humanização (PNH) na perspectiva de buscar (re) qualificar e (re) estruturar o SUS com o intuito de combater alguns desafios. A rotina complexa que envolve o ambiente da UTI faz com que os membros da equipe, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir. O paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. O envolvimento da família com o paciente é pré-requisito para a humanização. A presença junto ao paciente hospitalizado contribui para o sucesso do tratamento. O estudo buscou analisar a percepção dos familiares quanto à humanização no atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva no município de Mossoró-RN; Caracterizar a situação socioeconômica dos familiares entrevistados; Verificar o entendimento dos familiares sobre humanização da assistência; Analisar os sentimentos dos familiares sobre a humanização no atendimento dos profissionais e Analisar na opinião dos familiares a contribuição do cuidado humanizado na recuperação do paciente. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo e abordagem quantiquantitativa, realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturada, os dados quantitativos foram analisados por meio de gráficos e os qualitativos segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A pesquisa desenvolveu-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital regional do município de Mossoró/RN, e o roteiro aplicado aos familiares dos pacientes internados na UTI. Dos entrevistados 88,88% da amostra foram do sexo feminino; 33,33% tinham acima de 40 anos; 44,44% tinham cursado o ensino médio; 22,22% eram assistentes administrativos e 22,22% do lar e 66,66% tinham renda familiar de 2-3 salários mínimos. No que se refere à compreensão dos entrevistados sobre a humanização observou-se a falta de conhecimento e o pensamento restrito da humanização como sendo uma prática relacionada somente ao bom atendimento ou a solidariedade. Os entrevistados consideraram o trabalho dos profissionais humanizado por terem sido bem atendidos e com atenção, por trabalharem de forma higiênica e terem uma boa comunicação. Em relação à adequação das informações prestadas a satisfação deu-se por não esconderem a verdade e a forma clara de serem transmitidas. No que se refere à satisfação a maioria sente-se satisfeito e outras opiniões revelam que depende da equipe que esteja atuando. Grande parte dos entrevistados acredita que o cuidado humanizado contribui para a recuperação do paciente e uma parcela menor acha que a recuperação não depende da equipe atuante. Verificou-se no presente estudo a falta de conhecimento da população sobre a temática abordada, demonstrando a necessidade de políticas que aproximem o usuário e seus familiares da realidade, permitindo que os mesmos conheçam e possam ser capazes de serem autônomos e protagonistas em todas as etapas do processo de cuidar, como preconiza a PNH.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva. Humanização da Assistência. Qualidade dos Cuidados de Saúde. Visitas a Pacientes.



## ABSTRACT

The human aspect of care is one of the most difficult to implement, so the National Policy of Humanization (PNH) in the perspective of searching, qualify and structure the SUS with intention of combat some challenges. The complex routine that involves the environment of the ICU makes team members, most often, they forget to play, talk and listen. The ICU patient needs excellence care, also directed to psychosocial, environmental and family questions that become intimately connected to physical illness. The family's involvement with the patient is a prerequisite for humanization. The presence with hospitalized patients contributes to the success of treatment. The study sought analyze the relatives perceptions about the humanization in the service in an Intensive Care Unit in the city of Mossoró-RN; To characterize the socioeconomic status of relatives interviewed; Check the understanding of relatives about assistance humanization; To analyze the relatives feelings about the humanization in the care of professionals and To analyze, in the opinion of the relatives, the contribution of humanized care in patient recovery. This is an exploratory research, descriptive and quantiquitative approach realized by a semi-structured interview script, the quantitative data were analyzed using graphics and the qualitative using the Collective Subject Discourse technique. The research developed in the Intensive Care Unit (ICU) of a regional hospital in the city of Mossoró-RN, and the script applied to the relatives of ICU patients. 88.88% of the sample interviewees were female, 33.33% were older than 40 years, 44.44% had coursed the high school, 22.22% were administrative assistants and 22.22% were housewives and 66.66% had family income between 2-3 minimum wages. In respect to the understanding about the humanization of the interviewees was observed the knowledge lack and the restricted thought to humanize as being a practice related only to the good care and solidarity. The interviewees considered the professionals work humanized, because they were well attended and with attention, for working hygienically and have good communication. Concerning the adequacy of the information given, the satisfaction was given for not hide the truth and clear way from being transmitted. In respect to the satisfaction the most feels satisfied and other opinions show that depends on the team that is working. A large portion of the interviewees believe that the humanized care contributes to patient recovery and a smaller portion thinks the recovery doesn't depend on the health care team. In this study was checked the lack of population knowledge about the selected theme, demonstrating that policies are needed that approach the patient and their relatives from reality, allowing them to know and can be able to be self-reliant and protagonists in all the stages of care process as recommended by the HNP.

**Keywords:** Intensive Care Unit. Humanization of Assistance. Quality of Health Care. Visits to Patients.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição percentual dos entrevistados pelo sexo .....	30
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição percentual dos entrevistados por faixa etária .....	31
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição percentual dos entrevistados pela escolaridade.....	31
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição percentual dos entrevistados pela profissão .....	32
<b>Gráfico 5</b> – Distribuição percentual dos entrevistados pela renda familiar .....	32

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – O que o (a) senhor (a) entende por humanização da assistência? .....	33
<b>Quadro 2</b> – Os profissionais da UTI trabalham de forma humanizada?Por quê?.....	36
<b>Quadro 3</b> – As informações prestadas pela equipe da UTI foram adequadas? Por quê? .....	38
<b>Quadro 4</b> – Qual o nível de satisfação do senhor (a) em relação à assistência prestada pelos profissionais da UTI? .....	39
<b>Quadro 5</b> – Na sua opinião o cuidado humanizado em UTI contribui para a recuperação do paciente? .....	41

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 GERAL .....	14
2.2 ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH).....	15
3.2 HUMANIZAÇÃO COMO PRÁTICA DE SAÚDE .....	17
3.3 UTI: UM AMBIENTE COMPLEXO.....	19
<b>3.3.1 Humanização em Cuidados Intensivos</b> .....	<b>21</b>
3.4 PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA EM UTI.....	22
<b>4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	<b>26</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	26
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	27
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	27
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	27
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	28
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4.8 FINANCIAMENTO .....	29
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>30</b>
5.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA.....	30
5.2 RESULTADOS REFERENTES AO TEMA DA PESQUISA .....	33
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>44</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>48</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A humanização da assistência à saúde requer atenção a inúmeros aspectos, que devem ser norteados e alinhados a uma filosofia organizacional, cujos princípios devem estar claramente estabelecidos e viáveis de serem concretizados na prática (HOGA, 2004).

O Ministério da Saúde (MS), ao identificar um número elevado de reclamações dos usuários de hospitais de todo país, elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse programa objetivou promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil, aprimorando as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 881, de 19/06/2001, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O PNHAH é parte de um processo de discussão e implementação de projetos de humanização do atendimento a saúde e de melhoria da qualidade do vínculo estabelecido entre trabalhador da saúde, pacientes e familiares (SALÍCIO; GAIVA, 2006).

Em 2003, juntamente com os demais programas de humanização preexistentes, o PNHAH transforma-se em Política Nacional de Humanização (PNH), o Humaniza-SUS, abrangendo a saúde pública como um todo, na tentativa de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições de saúde (BOLELA; JERICÓ, 2006).

Atualmente estamos vivenciando no cotidiano hospitalar um vertiginoso desenvolvimento tecnológico de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Esses avanços tecnológicos vêm contribuindo para a melhoria da assistência, com ênfase nas unidades críticas, particularmente nos serviços de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (CAETANO et al, 2007).

As Unidades de Terapia Intensiva pode representar um espaço que, por sua concentração de tecnologia de ponta, caracteriza-se pela manutenção do saber científico, especializado e fragmentado, tornando-se assim um local em que a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionais de cuidado, uma vez que os profissionais que ali desenvolvem suas ações estão envolvidos com máquinas e monitores e tendem a esquecer de que, velados pelos problemas de doença,

existem um paciente e sua família, sendo considerado o tratamento implantado na UTI agressivo, invasivo, complexo e até hostil para o paciente e sua família, e em virtude desta realidade, há um movimento profissional e governamental pelo resgate e valorização da humanização no cuidado em saúde (MARQUES; SILVA; MAIA 2008; COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

Diante do exposto e com vista ao desenvolvimento do conhecimento da equipe de saúde, se faz necessária uma reflexão das ações realizadas no cotidiano, e, conseqüentemente, mais preparo dos profissionais, não só sob o aspecto teórico e técnico, mas, também, voltada à transformação da assistência numa perspectiva mais humanitária (CAETANO et al, 2007).

É sabido que existe um significado cultural da internação na UTI. Em geral, as pessoas acreditam que este ambiente é sinônimo de morte iminente para todos os pacientes. Compreende-se que isso não é verdade, apesar da gravidade dos pacientes que ali se internam. Portanto, os profissionais do intensivismo deveriam ter a preocupação, precaução, responsabilidade e o compromisso ético de educar os pacientes e familiares, tentando modificar esse significado cultural da UTI (BETTINELLI; ERDMANN, 2009).

A internação, vivenciada pelo familiar e pelo paciente, pode se tornar uma experiência difícil, devido à debilidade emocional que os invade nessa ocasião, pois se encontram sensivelmente abalados. Facilitar a presença do familiar junto ao paciente, nessa situação, com o intuito de oferecer assistência humanizada, tem grande importância para a recuperação e a promoção da segurança do paciente durante esse momento de fragilidade física e emocional (COMASSETTO; ENDERS, 2009).

Segundo Beccaria et al (2008), o envolvimento da família com o paciente é pré-requisito para a humanização. A presença junto ao paciente hospitalizado contribui para o sucesso do tratamento, pois o desligamento da família pode acarretar distúrbios psicológicos que irão influenciar no desenvolvimento mental, social e físico do paciente, refletindo na sua recuperação.

Os familiares (participantes do processo do cuidado na UTI) necessitam de atenção, acolhimento e apoio, pois muitas vezes não sabe a quem recorrer nesses momentos de angústia e sofrimento, tornando-se invariavelmente, susceptíveis ao estresse, pois a sua vida cotidiana sofre mudanças bruscas decorrentes desse evento (BETTINELLI; ERDMANN, 2009).

De acordo com o exposto a presente pesquisa busca responder o seguinte questionamento: os familiares dos pacientes internados na UTI acreditam que a humanização da assistência contribui para a recuperação do paciente?

Diante do contexto e das práticas vivenciadas, levantamos como hipótese que a humanização do cuidado na UTI vai além de permitir ou não a visita do familiar, inclui também o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda, na qual a equipe tem a função de identificar as reais necessidades dos familiares. Quanto mais cedo a interação (equipe/familiares) ocorrer melhor será para a família e, conseqüentemente, para o paciente (MARUITI; GALDEANO, 2007).

A temática abordada foi escolhida a partir de uma vivência pessoal da promotora da pesquisa durante estágios curriculares supervisionados, ao observar os familiares dos pacientes internados em uma UTI de um Hospital Regional do Município de Mossoró/RN, que se encontravam em um momento de extrema necessidade de atendimento, orientação e acolhimento dos profissionais de saúde. Vivenciando uma experiência tão delicada, aonde surgem dúvidas, medos, incertezas e na maioria das vezes se sentem despreparados e desamparados pelo serviço de saúde.

Espera-se que a atual pesquisa possa contribuir para a reflexão, compreensão e implantação da assistência pelos profissionais envolvidos no processo de recuperação, não só ao paciente, mas também de seus familiares. A oportunidade também é válida para estimular e aprimorar o saber acerca da temática.

Deste modo, torna-se imprescindível uma maior reflexão acerca do tema exposto com o intuito de qualificar a assistência prestada ao paciente e aos familiares, a partir da realização de um trabalho que tome como base a prestação de uma assistência humanizada e individualizada, na qual permita a implementação e a definição de estratégias para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, visto que, ficou criteriosamente embasado através da observação que a produção do cuidado não visa à subjetividade, a particularidade e a singularidade do sujeito, para com os usuários sob cuidados intensivos.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Analisar a percepção dos familiares quanto à humanização no atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva no município de Mossoró-RN.

### 2.2 ESPECIFICOS

- Caracterizar a situação socioeconômica dos familiares entrevistados;
- Verificar o entendimento dos familiares sobre humanização da assistência;
- Analisar os sentimentos dos familiares sobre a humanização no atendimento dos profissionais;
- Analisar na opinião dos familiares a contribuição do cuidado humanizado na recuperação do paciente.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

De acordo com o que preconiza o SUS, todo cidadão possui o direito de receber um atendimento público de qualidade na área da saúde. Para garantir esse direito, é preciso empreender um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, uma ação com potencial para disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado (BRASIL, 2004).

Apesar do SUS ser considerado um grande avanço, ainda apresenta muitas dificuldades. A saúde pública no Brasil ainda tem sido protagonista de cenas inaceitáveis, considerando-se as condições técnicas e econômicas atuais. Filas; falta de atendimento; demora; serviços insuficientes e em geral mal estruturados; investimento insuficiente; trabalhadores insatisfeitos com suas condições de trabalho e salarial são elementos bastante comuns nesse cenário. Tudo isso gera uma insatisfação social para com o sistema público de saúde (GARCIA et al, 2010).

O Ministério da Saúde (MS), objetivando mudar esse cenário, dentre outras iniciativas, regulamentou em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), já que os hospitais eram o alvo das maiores críticas. O PNHAH estimulou a criação dos grupos de trabalho de Humanização (GTHs) nas unidades hospitalares de todo o país, para que se pudesse discutir sobre o tema e avançar no que se referem ao atendimento hospitalar humanizado no SUS, considerando tudo e todos envolvidos neste processo as equipes, os gestores e os usuários (GARCIA et al, 2010).

Esses grupos eram compostos por lideranças expressivas do coletivo dos profissionais que, compromissadas com os princípios da humanização, constituíam um espaço de comunicação e um real dispositivo para mudança institucional. As atuações em grupo que caracteriza o modo de funcionamento deste espaço permitiam que a realização das iniciativas fosse responsabilidade da própria instituição e representava o todo da organização. Dessa forma, o trabalho produzido ganha força e permanência ao longo do tempo (BRASIL, 2001).

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 deve, 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).

Em meio a esse contexto o Ministério da Saúde (MS), juntamente com demais programas de humanização preexistentes, lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), na perspectiva de buscar (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, com o intuito de combater alguns desafios como o de fragmentar o processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, a precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, o desrespeito aos direitos dos usuários e a desvalorização dos trabalhadores de saúde e o sistema burocrático e verticalizado (SOUZA; MENDES, 2009).

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 (BRASIL, 2004).

A PNH tem como princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão em saúde, fortalecimento da autonomia, protagonismo dos sujeitos, descentralização, construção coletiva (coanálise, codecisão e coavaliação) e capilarização de todo o processo e democratização, apoiado nas seguintes diretrizes: acolhimento, clínica ampliada, cogestão, produção de redes, valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com alguns dispositivos: acolhimento com classificação de risco, colegiados de gestão, grupos de trabalho de humanização, equipes de referência e apoio matricial, sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores de saúde, entre outros (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006; MORI; OLIVEIRA, 2009).

A política de humanização, portanto, precisa ser considerada uma construção coletiva que acontece a partir da identificação das potencialidades, necessidades, interesses e desejos dos sujeitos envolvidos, devendo ser tratada como um elemento de transversalidade para o SUS, estando presente desde a recepção e acolhimento do usuário no sistema de saúde, até o planejamento e gestão das ações e estratégias, sejam elas de promoção, prevenção e/ou reabilitação. Sendo assim, quando se considera o cenário hospitalar, é necessário entender que a humanização precisa estar voltada não só ao paciente internado e aos seus familiares, mas também à própria equipe de saúde, uma vez que será pela inter-relação efetiva e afetiva existente entre eles que o cuidado poderá ser desenvolvido de maneira mais humana, ética e solidária (COSTA; FIGUEIREDO; SHAURICH, 2009).

### 3.2 HUMANIZAÇÃO COMO PRÁTICA DE SAÚDE

A saúde é direito de todos e dever do Estado. Esta é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de outro processo. No Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas (BRASIL, 2004).

No passado, definia-se saúde apenas como ausência de doença. Hoje abrange o aspecto individual do paciente avaliando seu estado físico, mental,

psíquico, social, cultural e espiritual. A definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é o “estado completo de bem-estar físico, mental e social” e da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) que reforça esse conceito e o complementa com a espiritualidade, acrescenta a visão holística do paciente (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Nessa atual perspectiva, a temática Humanização do atendimento em saúde, mostra-se relevante, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e usuário (CASATE; CORRÊA, 2005).

Um dos aspectos que mais tem chamado à atenção quanto à avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe e a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão. Para isso, foi construída uma política nomeada Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde, o Humaniza SUS (BRASIL, 2001).

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre gestão e atenção. A humanização da saúde se constitui, portanto, como um movimento que sinaliza para o fortalecimento dos princípios do SUS, diz respeito a novos homens em interação e construtores para novas práticas de saúde e deve ser vista como instrumento que transversaliza todo o sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares (BRASIL, 2004; SOUZA; MENDES, 2009).

A humanização supõe troca de saberes, incluindo os dos usuários e sua rede social, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. Sendo assim, entende-se a humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são

capazes de modificar realidades, se transformando neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo (BRASIL, 2004; MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

Humanizar não é uma técnica ou um 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. Assim, Humanizar passa a ser responsabilidade de todos, individual e coletivamente, sendo preciso reconstruí-la em todos os atos de saúde, quer aqueles burocrático-administrativos, quer aqueles relacionais. Humanização no setor saúde é ir além das competências técnicas, científicas e políticas dos profissionais, compreende o desenvolvimento da competência das relações interpessoais que precisam estar pautadas no respeito à vida, na solidariedade, na sensibilidade de percepção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos (CASATE; CORRÊA, 2005).

### 3.3 UTI: UM AMBIENTE COMPLEXO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nasceu da necessidade organizacional dos profissionais de saúde para a realização da assistência a pacientes com alto grau de complexidade, visando ao atendimento e observação constantes em ambiente restrito e especializado. Trata-se de uma idéia antiga que começou a ser concretizada por Florence Nightingale ao isolar os doentes mais graves, durante a Guerra da Criméia, em 1800, e desenvolveu-se após a II Guerra Mundial e a Guerra da Coréia (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

Com o avanço dos procedimentos cirúrgicos, a necessidade de se prestar maiores cuidados ao paciente durante o período pós-operatório imediato levou ao desenvolvimento das unidades especiais de terapia. As UTI's evoluíram com a criação das salas de recuperação, na década de 1920, para assistência de pacientes de neurocirurgia. Durante a epidemia de poliomielite nos anos 50, a sobrecarga imposta aos hospitais forçou a criação de centros regionais para o atendimento de pacientes. Esses centros representavam o impacto de novas tecnologias, trazendo modernas técnicas de ventilação mecânica prolongada, evoluindo fora da sala de cirurgia (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

No Brasil, a implantação das UTI's teve início na década de 70. Atualmente é uma unidade presente no contexto hospitalar. O surgimento da prática em UTI representou um marco dentro dos progressos obtidos pelos hospitais em nosso século, visto que, antes dela, os pacientes graves eram tratados nas próprias enfermarias, faltando assim, área física adequada, além de recursos materiais e humanos para uma melhor qualidade desses cuidados (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se como um ambiente altamente agressivo e invasivo, em função da intensidade das situações ou da iminência de eventos. É também um setor que utiliza aparelhagens e técnicas terapêuticas sofisticadas para atender pacientes em estado grave (MORGON; GUIRARDELLO, 2004; BECCARIA et al, 2008).

A UTI é considerada local que se destina à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Os pacientes são submetidos à monitorização constante de suas funções orgânicas e a cuidados altamente complexos, na tentativa do restabelecimento do seu estado de saúde e de permitir sua sobrevivência. É um ambiente caracterizado por uma constante expectativa de situações de emergência, com pacientes sujeitos a mudanças súbitas no estado geral, atividades constantes, luzes, ruídos e aparelhagem estranha, tubos na boca e/ou nariz, ter dor, comprometimento do sono, não ter controle de si mesmo, limitação de movimentos das mãos ou braços devido aos acessos venosos, não ter explicação sobre o seu tratamento. Esses fatores tornam o ambiente estressante para todos os que convivem e trabalham nas unidades de terapia intensiva (BOLELA; JERICÓ, 2006; BITENCOURT et al , 2007).

A Unidade de Tratamento Intensivo deve funcionar atendendo a um parâmetro de qualidade que assegure a cada paciente: direito a sobreviver, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade dos seus parâmetros vitais; direito a uma assistência humanizada; monitoramento permanente da evolução do tratamento assim como de seus efeitos adversos (BRASIL, 1998).

Apesar de oferecer um serviço especializado, com profissionais extremamente capacitados, a UTI talvez seja o setor que mais gera estresse nos pacientes, pela própria estrutura ambiental, pelas técnicas e procedimentos, pela doença que contribui para isso e interfere na capacidade de adaptação e mudanças

no indivíduo e na sua família. A movimentação das pessoas e o barulho monótono dos aparelhos contribuem para essa situação, que, certamente, compromete tanto os profissionais que atuam na unidade, quanto o próprio paciente e sua família. Além da própria estrutura física e ambiental da UTI, a doença contribui e interfere na capacidade de adaptação e mudança do paciente (LEMOS; ROSSI, 2002; PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

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.

### **3.3.1 Humanização em Cuidados Intensivos**

O aspecto humano do cuidado é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) faz com que os membros da equipe de saúde, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente. Apesar do grande esforço que os profissionais possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor (VILA; ROSSI, 2002).

Dentro dessas unidades, alguns fatores devem ser considerados para que a humanização aconteça, tais como: respeitar a privacidade dos pacientes, pois esses não são separados por sexo ou gravidade da doença, levando-os a vivenciar não apenas sua doença, mas o que acontece ao seu redor; personalizar o atendimento, pois essa assistência individual proporciona maior conhecimento sobre o paciente (BECCARIA et al, 2008)

O paciente em UTI deve ser considerado como uma pessoa que está em um momento difícil, mas que é um ser humano com necessidades, sentimentos, alguém que precisa não apenas de cuidados físicos, mas também psicossocioespirituais. Um importante requisito para a humanização do cuidado é manter a família informada e prepará-la para a visita na UTI, oferecendo informações adequadas,

com palavras simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, sendo que a participação da equipe fundamental neste momento (BECCARIA et al, 2008).

Há ainda a disponibilidade de aparelhos sofisticados vistos negativamente, por acarretarem maior ônus para a família, falta de privacidade, constância da morte, incômodo produzido pelos ruídos dos aparelhos, luzes e clima frio, desconforto ocasionado pela rotina do cuidado. As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde muitas vezes apresentam enfoque mais técnico do fazer, e acaba por esquecer o cuidar como uma característica humana, baseada na afetividade, no conhecimento de valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades dos pacientes para manter ou melhorar o seu estado (CAETANO et al, 2007).

Resgatar a humanidade nas UTI's talvez seja voltar a refletir, cada vez mais conscientemente, sobre o que é ser humano. É verdade que não podemos questionar o surpreendente desenvolvimento tecnológico do mundo, mas isso não necessariamente implica a leitura de que as pessoas que vivem nesse mundo se tornaram mais afetivas, compreensivas, sensíveis e solidárias. A UTI precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais avançados, porém os profissionais de UTI, não deveriam esquecer que jamais a máquina substituirá a essência humana (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

De modo geral, em termos de desenvolvimento e aperfeiçoamento tecnológico, vivemos uma nova realidade jamais imaginada. Não se trata de condenar a tecnologia. Esta, em si mesma, não é benéfica nem maléfica, pois tudo depende da forma como a usamos. A tecnologia deve ser utilizada de forma criativa e humana para melhorar a qualidade de vida (CAETANO et al, 2007).

### 3.4 PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA EM UTI

O paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física (VILA; ROSSI, 2002).

O envolvimento da família com o paciente é pré-requisito para a humanização. A presença junto ao paciente hospitalizado contribui para o sucesso do tratamento, pois o desligamento da família pode trazer distúrbios psicológicos



que irão influenciar no desenvolvimento mental, social e físico do paciente, refletindo na sua recuperação. O familiar deve ser visto como um aliado da equipe, podendo ser um recurso pelo qual o paciente pode reafirmar e recuperar sua confiança no tratamento, investindo nas suas possibilidades de recuperação (BECCARIA et al, 2008).

A experiência da internação em UTI para a família é muito dolorosa, pois existe a possibilidade nítida da perda do seu ente querido. Por sua vez, a negação dessa possibilidade de perda, a morte, não é enfrentada pela sociedade, ou seja, a morte é escondida, pouco discutida. Também, os avanços tecnológicos e terapêuticos incentivam para que acreditemos cada vez mais na longevidade ou na cura, mesmo quando não há mais alternativas possíveis (BETTINELLI; ERDMANN, 2009).

A hospitalização de um familiar em UTI geralmente ocorre de forma aguda e inesperada, fato que repercute na família alterando todo o seu cotidiano, os familiares se deparam com um ambiente totalmente estranho e desconhecem os componentes conectados ou acoplados ao paciente. A situação de crise vivida pelos familiares pode ser observada pela desorganização das relações interpessoais devido à distância física do paciente, a problemas financeiros e ao medo da perda da pessoa amada. É importante orientar e preparar os familiares antes de sua entrada no setor (URIZZI et al, 2008; BETTINELLI; ERDMANN, 2009).

Há um aumento de tensão e ansiedade pela família, geralmente diante da falsa idéia de que as pessoas que são levadas para a UTI estão prestes a morrer (BECCARIA et al, 2008).

Situações que são normais e comuns para a equipe não são para a família, advertindo que a equipe não pode, a partir de seus conceitos de bom e ruim, deduzirem os da família. Assim, por mais simples e familiar que pareça, aos olhos dos profissionais, a visão do familiar sobre o mundo da UTI necessita ser considerada (URIZZI et al, 2008).

Para Silva e Santos (2010), os visitantes (familiares) de pacientes críticos também necessitam de cuidados de saúde. As considerações acerca deste assunto referem-se ao fato de que, ao ajudar na recuperação de seu familiar hospitalizado e/ou contribuir com uma visita ou solicitação de informações, a pessoa sente-se envolvida, preocupada e muitas vezes ansiosa e estressada diante das notícias

sobre o estado de saúde daquele que se encontra afastado do seu ambiente familiar, de trabalho e social.

É fundamental dar apoio e atenção, escutando o familiar nos momentos das visitas e também durante sua permanência na sala de espera. Essa escuta e aproximação com a família aumentará a satisfação dos familiares, tendo maior segurança no que tange ao processo do cuidado (BETTINELLI; ERDMANN, 2009).

A estrutura física e funcional de uma UTI dificulta as práticas das relações físicas e emocionais da família deixando-a mais apreensiva e angustiada. A família envolvida nesse processo precisa de acolhimento e solidariedade, devendo também receber a atenção e o apoio dos profissionais do intensivismo (BETTINELLI; ERDMANN, 2009).

Facilitar a presença do familiar junto ao paciente, nessa situação, com o intuito de oferecer assistência humanizada, tem grande importância para a recuperação e a promoção da segurança do paciente durante esse momento de fragilidade física e emocional. O familiar deve ser visto como um aliado da equipe, podendo ser um recurso pelo qual o paciente pode reafirmar e recuperar sua confiança no tratamento, investindo nas suas possibilidades de recuperação. A família deve assumir responsabilidades pela saúde do paciente, por isso cabe a equipe ouvir suas necessidades e sua opinião deve contribuir com o plano de cuidados (BECCARIA et al, 2008; COMASSETTO; ENDERS, 2009).

Considera-se importante trabalhar, de maneira continuada com os profissionais de saúde, estratégias de comunicação verbal e não-verbal para atender as necessidades dos familiares, para promover a Humanização da Assistência (MARQUES; SILVA; MAIA, 2008).

Conhecer as necessidades e as expectativas dos familiares é parte fundamental não só na melhora da qualidade e humanização da assistência Intensiva, como também é responsabilidade da equipe diminuir o processo doloroso que envolve ter um ente querido internado na UTI. O familiar de um paciente internado deseja informações de fácil entendimento, sinceras e em tempo oportuno, além de políticas de visitas liberais, a segurança de que seu parente está sendo tratado por profissionais competentes e envolvido no “processo do cuidar” (WALLAU et al, 2006).

Não é suficiente permitir a entrada da família na UTI. É necessário prepará-la e acompanhá-la durante a visita, identificando e esclarecendo suas dúvidas,

observando as reações e comportamentos e, especialmente, compreendendo seus sentimentos. Os profissionais precisam reconhecer que, nesse momento, a família também está ansiosa e sente-se isolada, com medo da morte e sem controle da situação (LEITE; VILA, 2005).

Ao focar a relação profissional com a família, delimitando-a em informações técnicas e de racionalidade científica, com a emissão de um boletim informativo, numa relação assimétrica e de poder profissional, está longe da humanização. Somente um modelo motivado pela solidariedade humana baseado no encontro da intersubjetividade e mediado pela palavra diálogo, será capaz de promover a humanização no ambiente de UTI (BETTINELLI; ERDMANN, 2009).

## 4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo e abordagem quantiquantitativa, cuja fundamentação teórica deu-se por meio de análises práticas e levantamentos bibliográficos desenvolvidos a partir de literaturas especializadas de livros e artigos científicos selecionados através de buscas no banco de dados da BIREME, LILACS e Google acadêmico utilizando-se dos seguintes descritores: Unidade de Terapia Intensiva, Humanização da Assistência, Qualidade dos Cuidados de Saúde e Visitas a Pacientes.

A pesquisa exploratória, de acordo com Gil (2010) tem por finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado.

A pesquisa quantitativa representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências (RICHARDSON, 2010).

A pesquisa qualitativa é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa desenvolveu-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), localizado no Município de Mossoró no estado do Rio Grande no Norte. A escolha do local de pesquisa se deu pelo fato da instituição ser campo de práticas e estágio supervisionado nas áreas de clínica médica, cirúrgica, pediátrica, urgência e emergência e UTI. A instituição presta atendimento aos usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS) não só à cidade de

Mossoró, mas para toda a região circunvizinha, no Rio Grande do Norte e Estados vizinhos como Paraíba e Ceará.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por familiares de pacientes internados na UTI do HRTM e a amostra composta por 9 entrevistados, um representante de cada leito, obedecendo aos critérios de inclusão: ter familiar internado há mais de 24 horas, voluntariedade de cada participante, ser maior de 18 anos de idade e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), não foi adotado qualquer critério de exclusão, em relação à sexo, escolaridade, renda ou motivo da internação.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), contendo perguntas objetivas e subjetivas, dividido em dois momentos: o primeiro contém os dados dos familiares dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva e o segundo está relacionado à temática, Política Nacional de Humanização (PNH) da pesquisa a fim de investigar a importância na visão dos familiares da humanização do atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva.

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados realizou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Todo o processo de coleta foi realizado no mês de setembro do ano corrente com a utilização de uma entrevista gravada em formato MP3 pela pesquisadora participante e norteadas pelo roteiro. A transcrição da entrevista considerou o sigilo dos entrevistados (as), e como forma de garantir esse anonimato foi utilizada a letra “E” seguida de números escolhidos de forma aleatória. Todas as entrevistas foram realizadas no turno da tarde, em dias úteis no horário de visitas dos familiares à UTI, onde foi feito o contato prévio com cada participante da

pesquisa, explanado os objetivos da pesquisa, a importância da participação e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados objetivos e subjetivos foram analisados com base no enfoque no método quantiquantitativo. Os dados quantitativos foram analisados através do programa Excel e compilados por meio de gráficos e o método qualitativo foi analisado a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

De acordo com os autores supracitados, esta técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as Expressões-Chave, que são trechos mais significativos destas respostas. A essas Expressões-Chaves correspondem Idéias Centrais que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões-Chave. Com o material das Expressões-Chave e das Ideias Centrais serão construídos discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os chamados DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual. Convencionando-se expor apenas as Idéias Centrais e os DSC, haja vista que as Expressões-Chave selecionadas pela Promotora da pesquisa estarão agrupadas nos DSCs, contribuindo assim para um melhor entendimento do estudo.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho submeteu-se previamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. Assim, no decorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde especialmente no que concerne ao termo de consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 1996) garantindo anonimato dos depoentes e sigilo das

informações confidenciais. A pesquisadora participante ainda considerou os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica - da Resolução do COFEN - 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

#### 4.8 FINANCIAMENTO

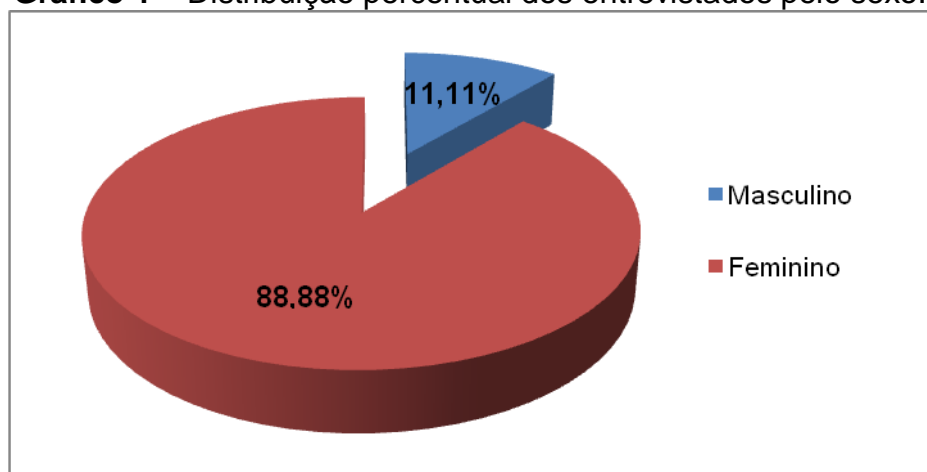
Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca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

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTA

A primeira parte do roteiro utilizado aborda as características pessoais, profissionais e sociais dos pesquisados, tais como: sexo, faixa etária, escolaridade e profissão. Os resultados estão apresentados em percentual, seguidos de discussão.

**Gráfico 1** – Distribuição percentual dos entrevistados pelo sexo.



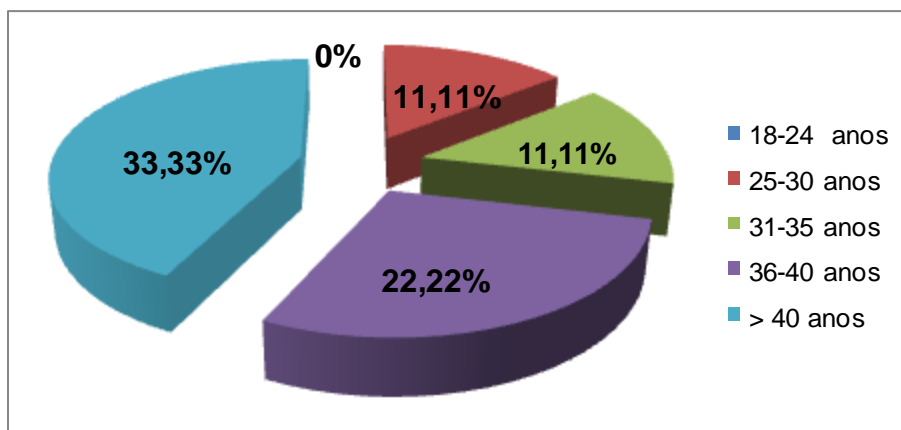
**FONTE:** Pesquisa direta (2011)

No gráfico 1 os entrevistados estão distribuídos de acordo com o sexo: 11,11% dos entrevistados correspondem ao sexo masculino e 88,88% são do sexo feminino. Observa-se que a grande parte dos entrevistados é do sexo feminino.

Para Cortes et al (2011) o papel feminino, como parte da natureza feminina associado à representação da abnegação e amorosidade, é determinante para que a responsabilidade do cuidado seja delegada à mulher, como por exemplo, o cuidado aos membros do grupo familiar. Acaba então sendo, por questões culturais, atribuído à mulher, na maioria das vezes, o acompanhamento de questões de saúde e adoecimento, eventos da vida social, reuniões escolares, entre outros.



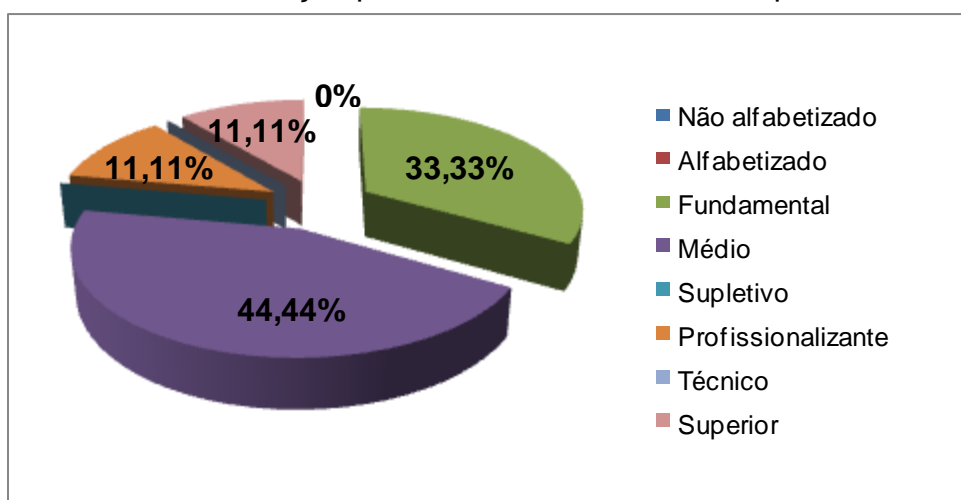
**Gráfico 2 – Distribuição percentual dos entrevistados por faixa etária.**



**FONTE:** Pesquisa direta (2011)

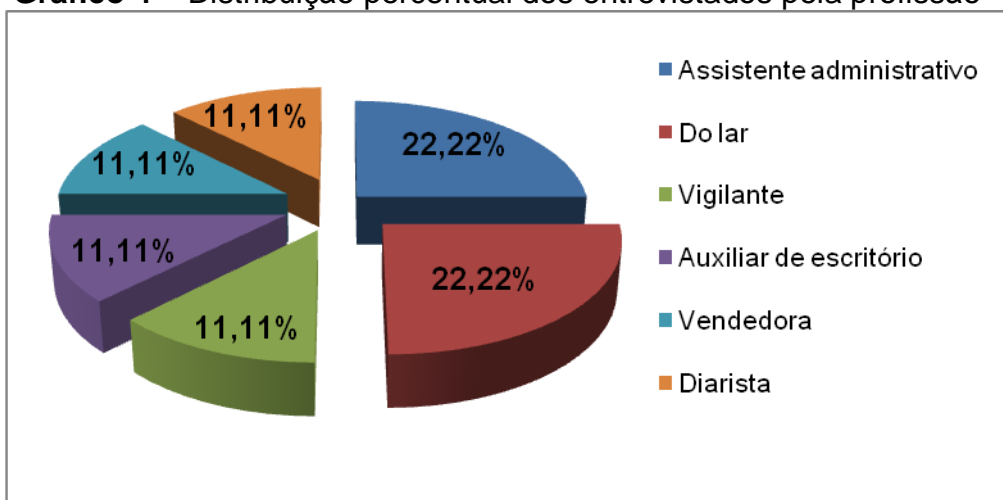
Os dados representados no gráfico 2 demonstram que nenhum dos entrevistados estão na faixa etária de 18 à 24 anos de idade, 11,11% têm entre 25 à 30 anos, 11,11% estão na faixa etária de 31 à 35 anos, 22,22% têm entre 36 à 40 anos e 33,33% dos entrevistados pertencem ao grupo com idade superior a 40 anos.

**Gráfico 3 – Distribuição percentual dos entrevistados pela escolaridade.**



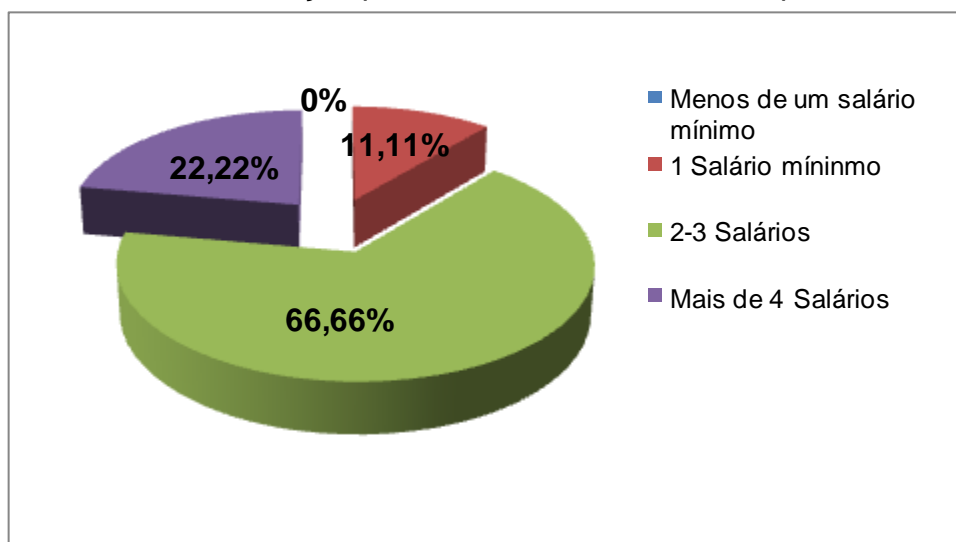
**FONTE:** Pesquisa direta (2011)

O gráfico 3 mostra que nenhum dos entrevistados eram não alfabetizados, alfabetizados, com supletivo ou curso técnico, 33,33% dos entrevistados têm nível fundamental, 44,44% afirmam ter nível médio, 11,11% possui nível profissionalizante e 11,11% refere ter nível superior.

**Gráfico 4 – Distribuição percentual dos entrevistados pela profissão**

**FONTE:** Pesquisa direta (2011)

O gráfico 4 representa o percentual dos entrevistados pela profissão. Dos entrevistados 22,22% eram assistentes administrativos, 22,22% afirmaram ser do lar, 11,11% referem serem vigilantes, 11,11% auxiliares de escritório, 11,11% relatou serem vendedores e 11,11% afirmam serem diaristas.

**Gráfico 5 – Distribuição percentual dos entrevistados pela renda familiar.**

**FONTE:** Pesquisa direta (2011)

Quanto a renda familiar dos entrevistados, o gráfico 5 mostra que nenhum dos entrevistados têm renda familiar inferior a 1 salário mínimo, 11,11% afirmam ter

renda de 1 salário mínimo, 66,66% relatam ter renda de 2 à 3 salários e 22,22% com renda de mais de 4 salários.

## 5.2 RESULTADOS REFERENTES AO TEMA DA PESQUISA

Neste item os dados foram analisados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) a partir das falas dos familiares dos pacientes internados na UTI, fazendo a junção das idéias centrais que foram encontradas. Estas se encontram dispostas em forma de quadros demonstrativos destacando as palavras chaves e fundamentada à luz da literatura sobre o assunto. Assim, faz-se necessário esclarecer que embora em alguns momentos o DSC apareça composto apenas pelo depoimento de um participante, tal fato não compromete a credibilidade do estudo, uma vez que o relato de um só entrevistado pode perfeitamente representar a opinião de uma coletividade.

Com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados, seguindo os aspectos éticos, convencionou-se identificá-los pela letra “E” seguida de um número de 1 a 9, referente a quantidade de participantes. Na transcrição dos discursos foram usados conectivos para promover sentido a frase, e de acordo com a necessidade, os discursos distintos oscilam em 1ª e 3ª pessoa, com as devidas correções gramaticais. Objetiva-se, desse modo, facilitar para melhor compreensão do estudo.

**Quadro 1** . Idéia Central e DSC em resposta a pergunta: O que o (a) senhor (a) entende por humanização da assistência?

<b>Idéia central I</b>	<b>DSC</b>
Falta de conhecimento	“Eu não tenho muito conhecimento não...é assim...eu já ouvi falar, mas não tenho muito conhecimento...”(E1)
<b>Idéia central II</b>	<b>DSC</b>
Bom atendimento	“É uma necessidade dos pacientes que precisam de atendimento [...] uma forma boa de atender as pessoas que precisam de cuidado [...] deixa gente mais conformado, tranqüilo com a

	situação” (E4, E6, E8, E9) “Humanização é um jeito bom de atender o povo, ajuda muito as pessoas...” (E5, E6, E7)
<b>Idéia central III</b>	<b>DSC</b>
Solidariedade	“Entendo que as pessoas têm que ser solidárias, tratar bem os outros e isso é humanização.” (E3)

**Fonte:** Pesquisa Direta (2011)

Na idéia central I observa-se que não há compreensão sobre o que seja humanização. A falta de compreensão pode ser atribuída ao baixo nível de escolaridade observado na fala dos entrevistados, onde 77,77% tinham “baixo nível de escolaridade” ensino fundamental e médio e a falta de campanhas de educação popular em saúde que abordem o tema em questão, ou seja, não se trata apenas de um problema de caráter social, mas também do papel da equipe de saúde no meio hospitalar, já que entre suas obrigações está a educação popular em saúde, prática efetuada não apenas na atenção básica, como também a nível hospitalar.

A falta de conhecimento também pode estar associada aos fatores socioeconômicos da maioria dos entrevistados, dos quais 66,66% têm renda de 2-3 salários mínimos, grande parte dos usuários do SUS possui baixo poder aquisitivo, baixo nível de escolaridade, não têm uma devida assistência à saúde, prevenção de doenças e alimentação adequada, tornando-se, portanto dependentes dos programas sociais públicos. A compreensão dos seus direitos e exigência dos mesmos fica prejudicada pela dificuldade de acesso e compreensão das informações (PEREIRA, 2009).

A educação popular, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular, permitindo que o usuário tome conhecimento sobre seus direitos e deveres, bem como dá oportunidade de expressar sua opinião (GOMES; MERHY, 2011).

A falta de compreensão acerca do tema reflete na ausência de uma cobrança mais efetiva por parte da sociedade, no tocante aos seus direitos previstos tanto na Constituição quanto na PNH, uma vez que toda a assistência à saúde deve ser pautada nos princípios de humanização. No entanto, como a população não sabe o que é humanização isso inviabiliza a exigência desta no atendimento pelo SUS. A participação popular constitui-se como uma ferramenta importante que pode auxiliar no controle e na inspeção dos serviços em saúde. Sua existência só tem sentido quando a sociedade é instruída o bastante para conhecer seus direitos e deveres (LEANDRO, 2010).

Na idéia central II observa-se a associação da Humanização a uma forma de bom atendimento. A concepção acerca do conceito de Humanização da assistência presente nos discursos reflete o conhecimento empírico sobre o tema em questão.

A humanização ainda é compreendida como uma ação de resgate do homem bom e, em consequência disto, o SUS que dá certo é aquele que faz o bem. Os desdobramentos desse equívoco são, em última instância, contrários aos princípios da PNH, que se referem à produção de sujeitos protagonistas e autônomos. A compreensão de saúde como fazer o bem está vinculada a um modo assistencialista, paternalista, de se concretizarem as práticas de cuidado, e, por trás desse modo de agir, há um entendimento de que o SUS é um favor, e não um direito de todos. Com isso a sociedade fica nas mãos dos interesses individualizados. Naturalmente, esse modo de pensar práticas de humanização não interessa à PNH, ao contrário, se antagoniza a conquista e ao exercício de direitos na área da saúde, inviabilizando possibilidades de promover protagonismo e apropriação dos processos de trabalho pelos usuários, trabalhadores da saúde e gestores (PEDROSO; VIEIRA, 2009; SOUZA, MENDES, 2009).

A idéia central III traz a Humanização como atitudes de solidariedade realizada pela equipe de saúde, corroborando com a idéia de Bettinelli e Erdmann (2008) de que o processo de cuidado envolve uma ação interativa. Esse comportamento tem como base os valores e o conhecimento do ser humano cuidador. Daí envolver atitudes de solidariedade humana. A solidariedade é, pois, uma atitude de cuidado, e este, por sua vez, uma expressão de solidariedade, tendo como propósito uma valorização da vida do ser humano.

A Humanização permite desenvolver maneiras solidárias e adequadas de receber a clientela que busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento

existencial de cada um. Acredita-se que o profissional do intensivismo pode agregar maior valor ao cuidado quando permite e demonstra a solidariedade nas suas relações no cotidiano de trabalho. Essa maior aproximação com o cidadão permite conhecer e valorizar mais a história de vida desse ser humano, tentando criar um ambiente solidário, facilitador e articulador que humaniza o cuidado (BETTINELLI; ERDMANN, 2008; AYRES et al, 2006).

Vale salientar que a Humanização é algo muito maior vai muito além da solidariedade, Lamego, Deslandes e Moreira (2005) afirmam que a Humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com produção de conhecimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e usuários.

**Quadro 2** . Idéia Central e DSC em resposta a pergunta: Os profissionais da UTI trabalham de forma humanizada? Por quê?

<b>Idéia central I</b>	<b>DSC</b>
Tratar bem e atenção dada aos familiares dos pacientes internados na UTI	Eles me atenderam muito bem, fui muito bem atendida [...] tratam muito bem a gente que vai visitar... dão muita atenção...(E1, E3, E4, E5, E7 E8)
<b>Idéia central II</b>	<b>DSC</b>
Higiene	Trabalham todos higienizados, com touca, luva, lavam as mãos...Eles fazem as coisas muito certas [...] dizem o que a gente tem que fazer... (E2, E6)
<b>Idéia central III</b>	<b>DSC</b>
Comunicação com a equipe	...dizem a gente como é pra entrar [...] têm jeito de falar com as pessoas, sabem tratar o povo... (E6, E9)

**Fonte:** Pesquisa Direta (2011)

Na idéia central I os entrevistados percebem a Humanização como bom tratamento e atenção dada aos familiares dos pacientes internados na UTI.

A família é um suporte para a situação vivenciada pela pessoa adoecida, adquire o direito de ter o apoio da equipe para atender suas necessidades físicas, emocionais, intelectuais e espirituais. É praticamente impossível assistir o indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando se desconsidera sua família (consaguínea ou social), pois vários estudos demonstram que ela pode ser entendida tanto como fonte de saúde como doença (SILVA; SANTOS, 2010).

A hospitalização de um familiar em UTI geralmente ocorre de forma aguda e inesperada, fato que repercute na família alterando todo o seu cotidiano. A situação de crise vivida pelo familiar pode ser observada pela desorganização das relações interpessoais devido à distância física do paciente, a problemas financeiros e ao medo da perda da pessoa amada (URIZZI et al, 2008).

A internação de um familiar na UTI provoca na família uma sensação de medo, ansiedade e impotência deixando-os mais frágeis. Nesse momento de dificuldade a equipe de saúde deve ser receptiva e atenta as necessidades dos familiares, fazendo com que se sintam mais acolhidos e amparados pelas pessoas que estão prestando cuidados ao seu ente querido, gerando uma relação de confiança. Por atitudes como as citadas anteriormente que os familiares consideram o atendimento humanizado, sentem-se importantes, valorizados, têm a sensação de que seu familiar está sendo bem assistido.

Muitas literaturas apontam o relacionamento equipe/família como impessoal, frio e distante, evitando envolvimento pessoal (MARQUES; SILVA; MAIA, 2008), divergindo dos resultados encontrados no presente estudo, no qual os entrevistados relatam sentirem-se bem tratados e bem atendidos pela equipe multiprofissional. Pode ser justificado pela concepção popular de que a humanização é um favor que está sendo prestado, e não um direito da população ser bem assistida.

Na idéia II os participantes da pesquisa destacam a higiene dos profissionais como forma de humanização do atendimento. Sabe-se que é de fundamental importância o trabalho dos profissionais da equipe de forma correta, seguindo os padrões higiênicos e usando equipamentos adequados de segurança. A humanização aborda questões mais subjetivas relacionadas às necessidades humanas, não se restringindo apenas à técnica.

A família sofre um impacto muito grande ao ter um de seus membros internado em uma UTI e, neste caso, a comunicação torna-se relevante para a satisfação familiar e uma melhor compreensão do momento que tal família vive (STANISCIA et al, 2011)

Conhecer as necessidades e as expectativas dos familiares é parte fundamental não só na melhora da qualidade e humanização da Medicina Intensiva, como também é responsabilidade da equipe diminuir o processo doloroso que envolve ter um ente querido internado na UTI (WALLAU et al, 2006). Na idéia central III os entrevistados destacam como forma humanizada de atendimento a comunicação com a equipe de saúde.

É certo que o dialogo entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares favorece um relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para assistência com qualidade. O ser cuidador precisa saber ouvir, estar presente e ter empatia com o outro ser. Desta forma, ambos se fortalecerão e poderão encontrar a solução para o problema de saúde. Isto remete a um significado de humanização da assistência, com interação entre os cuidadores/familiares (SIQUEIRA et al, 2006).

**Quadro 3** . Idéia Central e DSC em resposta a pergunta: As informações prestadas pela equipe da UTI foram adequadas? Por quê?

<b>Idéia central I</b>	<b>DSC</b>
Falar a verdade	...eles não mentiram pra mim...eles informaram todo o procedimento, o que aconteceu [...] eu achei certo por que ela não escondeu nada e deu muita atenção a gente... (E1, E2, E6, E7, E8, E9)
<b>Idéia central II</b>	<b>DSC</b>
Clareza nas informações	...todas as minhas dúvidas foram tiradas [...] explicou de um jeito que deu para entender...as informações são muito claras... (E3, E4, E5)

**Fonte:** Pesquisa Direta (2011)



A idéia central I associa as informações prestadas pela equipe da UTI adequadas por não esconderem a real gravidade da situação. Deve-se estabelecer uma relação de confiança entre a equipe que assiste o paciente e a família, ambos prezam por um mesmo objetivo. A equipe deve ter o familiar como participante ativo no tratamento. É importante ressaltar que a credibilidade dada pela família aos profissionais de saúde contribui para amenizar a ansiedade, tensão e medo, pois passam a confiar na equipe e nutrir mais esperança na recuperação da saúde do ente querido (SILVA, SANTOS, SOUZA, 2011).

De acordo com Beccaria et al (2008), para um atendimento humanizado é imprescindível manter a família presente no cuidado intra-hospitalar. O familiar deve ser visto como um aliado da equipe, podendo ser um recurso pelo qual o paciente pode reafirmar e recuperar sua confiança no tratamento, investindo nas suas possibilidades de recuperação. A família deve assumir responsabilidades pela saúde do paciente, por isso cabe a equipe ouvir suas necessidades e suas opiniões devem contribuir com o plano de cuidados.

A comunicação é tida como algo muito importante para a família porque consideram que é a ligação com o saber sobre o estado do paciente. A própria capacidade de afeto, ser empático, colocar-se no lugar de outra pessoa, leva as pessoas a seguirem certos princípios morais como a justiça e a verdade. Então, a empatia é fundamental para a comunicação adequada já que nos leva a seguir o caminho da verdade (INABA; SILVA; TELLES, 2005). Corroborando com a idéia de Wallau et al (2006) de considerar fundamental para o alto grau de satisfação a não omissão de informações ao familiar.

Os indivíduos agrupados na idéia central II afirmam que a adequação das informações se deu por terem sido passadas de forma clara. Diversos estudos têm sido realizados no sentido de conhecer as necessidades e expectativas dos familiares dos pacientes internados em UTI: em ensaio realizado por Wallau et al no ano de 2006 sugere que o familiar de um paciente internado deseja informações de fácil entendimento, sinceras e em tempo oportuno, além de políticas de visitas liberais e a segurança de que seu parente está sendo tratado por profissionais competentes e envolvidos no “processo do cuidar” ( MARQUES; SILVA; MAIA, 2008).

**Quadro 4** . Idéia Central e DSC em resposta a pergunta: Qual o nível de satisfação do senhor (a) em relação à assistência prestada pelos profissionais da UTI?

<b>Idéia central I</b>	<b>DSC</b>
Satisfeito	...eu estou gostando muito do atendimento [...] não achava que era assim [...] é muito bom para ser um hospital público... (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9)
<b>Idéia central II</b>	<b>DSC</b>
Depende da equipe	...não é assim desse jeito todo dia, por que muda [...] a equipe é outra, não é todo mundo assim não... (E8)

**Fonte:** Pesquisa Direta (2011)

Os entrevistados agrupados na idéia central I demonstraram satisfação com o atendimento prestado na UTI. A satisfação dos familiares interfere diretamente na recuperação do paciente. O familiar consciente e participativo passa segurança para o paciente aumentando sua autoconfiança e ajudando na sua recuperação.

Corroborando com os resultados do estudo de Prince et al (1991 apud Oliveira, 2006), no qual foram obtidas dimensões que representam o tipo de cuidado que as famílias desejavam dos profissionais que cuidavam do seu parente, entre essas dimensões estavam: ter perguntas respondidas honestamente, saber que seu parente está recebendo o melhor cuidado possível, estar seguro de que será comunicado caso haja alguma alteração no estado de saúde do paciente, obter explicações em termos simples, ter equipe multiprofissional amigável e cordial, entre outros. Acredita-se que a satisfação dos entrevistados no presente estudo esteja relacionada a presença das dimensões encontradas no estudo supracitado no ambiente da UTI em que seu familiares era assistidos.

Já o estudo realizado por Bettinelli e Erdmann (2009), que avalia a interação dos familiares dos pacientes internados na UTI com os profissionais, foram encontrados como resultados a falta de atenção e a sensação de não existir dos familiares dos pacientes internados na UTI diante da equipe multiprofissional, parecendo que a ansiedade e o sofrimento não são objetos de ação do serviço enquanto intervenção técnico-assistencial, desconsiderando o familiar como objeto

de cuidado. Divergindo dos resultados encontrados no presente estudo que demonstram satisfação com o atendimento.

A UTI é um ambiente altamente complexo, que demanda cuidados intensivos e contínuos. Em decorrência das particularidades do ambiente intensivo a rotatividade da equipe multiprofissional é muito grande, muitas vezes as opiniões, prognósticos e avaliações divergem de profissional para profissional, e acabam por confundir e abalar a credibilidade do familiar com a equipe. As atitudes e posturas dos profissionais muitas vezes não seguem um mesmo padrão como é evidenciado na idéia central II em que os familiares demonstram satisfação com o atendimento dependendo da equipe que esteja no turno.

Em estudo realizado por Wallau et al (2006), no qual foram avaliadas as principais queixas dos familiares dos pacientes internados em UTI, observou-se que entre elas estavam as informações prestadas por diferentes profissionais (principalmente médicos), que em alguns casos apresentavam opiniões divergentes e que uns não apresentavam tanta clareza quanto outros, corroborando com os resultados do presente estudo.

**Quadro 5** . Idéia Central e DSC em resposta a pergunta: Na sua opinião o cuidado humanizado em UTI contribui para a recuperação do paciente?

<b>Idéia central I</b>	<b>DSC</b>
Contribui	Com certeza...fica bom mais rápido, quando é bem tratada se sente melhor... (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9)
<b>Idéia central II</b>	<b>DSC</b>
Não depende da equipe	...eles tentam ajudar mais não depende deles...quando chega a hora não tem nada que dê jeito. Eles tentam ajudar...mas se for a hora não adianta não... (E6, E7)

**Fonte:** Pesquisa Direta (2011)

A assistência humanizada possibilita que o paciente e seus familiares participem do processo de recuperação, como preconiza a PNH. Nessa perspectiva

os discursos agrupados na idéia central I afirmam que o cuidado humanizado contribui para a recuperação do paciente.

O paciente pode ser ajudado a adquirir uma melhor qualidade de vida, desde que seja assistido por profissionais que ajudem no restabelecimento, minimizando complicações físicas e emocionais decorrentes do processo de adoecimento (BRANDÃO; BASTOS; VILA, 2005).

Entre os benefícios trazidos pela humanização da assistência está a redução do tempo de internação, a diminuição das faltas ao trabalho, o aumento da sensação de bem-estar entre pacientes, familiares e funcionários e, com isso, conseqüentemente, a redução de gastos com a saúde (COSTA; FIGUEIREDO; SHAURICH, 2009).

Na idéia central II as falas indicam que não depende da equipe que assiste o paciente, afirmam que o cuidado humanizado não influencia na recuperação. Percebe-se a falta de esperança dos entrevistados, a idéia de que não há mais nada a ser feito pelo paciente, acreditando que o cuidado humanizado não trará nenhum benefício para o paciente,

Continua a ser importante curar doenças, mas sem esquecer que mais importante ainda é curar o doente; e não somente curá-lo, mas também cuidar dele. É a pessoa doente que deve ser o principal foco de atenção, e não a sua enfermidade. Mesmo diante da opinião dos entrevistados, ainda quando a cura não é mais possível, quando a ciência se acha incapaz de resolver o problema trazido pela doença, continuamos diante do doente, na sua dignidade, na sua fragilidade e na sua necessidade de ser amparado, cuidado e amado (MOTA; MARTINS; VERAS, 2006).

Cuidar do paciente não significa apenas tratar o físico, mas principalmente da sua identidade, suas dimensões psicossociais e psicobiológicas, não se limitando a realização de procedimentos, tratando o individuo em sua totalidade. A assistência da equipe limitada a realização de procedimentos vai contra os princípios da PNH que preconiza a assistência do individuo em todas as suas dimensões.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo buscar identificar a percepção dos familiares quanto à humanização do atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva, e a concepção dos mesmos sobre a influência do cuidado humanizado na recuperação do paciente. Foi realizada uma entrevista com 9 familiares dos pacientes internados na UTI do HRTM. Nesta pesquisa foi investigado e rediscutido os objetivos da humanização do serviço segundo as políticas do humaniza-SUS.

Considerando a Humanização como prática assistencial que deve estar presente nas instituições hospitalares cuja dinâmica confere um cuidado específico e singular, configurando um instrumento terapêutico, contribuindo para a evolução do quadro clínico dos pacientes. Em relação à UTI os profissionais trabalham de uma forma satisfatória, de acordo com a maioria dos entrevistados, valorizando a participação dos usuários e seus familiares em todo o processo.

A idéia de que o atendimento humanizado seja um favor prestado pela equipe afasta o usuário das reais intenções da PNH, que preconiza sujeitos autônomos e protagonistas.

Compreendemos que a humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço - de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnicas, políticas e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis.

O usuário (e seus familiares) como parte integrante do processo necessita de conhecimento acerca do tema, podendo colaborar e garantir que seus direitos sejam cumpridos. Programas de esclarecimento e conscientização da população podem permitir a compreensão do usuário acerca da Humanização, evitando distorção no entendimento ou até mesmo desconhecimento do assunto.

Verificou-se no presente estudo a falta de conhecimento da população sobre a temática abordada, demonstrando a necessidade de políticas que aproximem o usuário e seus familiares da realidade, permitindo que os mesmos conheçam e possam ser capazes de serem autônomos e protagonistas em todas as etapas do processo de cuidar, como preconiza a PNH.

## REFERÊNCIAS

AYRES, R. C. V. et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 2, p. 306-311, 2006.

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

BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. **AVANCES EN ENFERMERÍA**, v. 27, n. 1, p. 15-21, 2009.

BITENCOURT, A. G. V. et al. Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 1, p. 53-59, 2007.

BOLELA, F.; JERICÓ, M. C. Unidades de Terapia Intensiva: Considerações da Literatura Acerca das Dificuldades e Estratégias para sua Humanização. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 2, p. 301-308, 2006.

BRANDAO, E. S. B.; BASTOS, M. R. C. M.; VILA, V. S. C. O Significado da Cirurgia Cardíaca e do Toque na Perspectiva de Pacientes Internados em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 278-284, 2005.

BRASIL. Resolução 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 5, n. 2 p. 12 – 14, abr/jun. 1996.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 466/MS/SVS de 04 de junho de 1998**. Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/466\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/466_98.htm)>. Acesso em: 05 maio 2011.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização**, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Carilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2011.

CAETANO, J. A. et al. Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: um Estudo Reflexivo. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 2, p. 325-330, 2007.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do Atendimento em saúde: Conhecimento Veiculado na Literatura Brasileira de Enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P. **ENFERMAGEM: Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN Nº. 311/2007**. Disponível em: <<http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2011.

COMASSETTO, I.; ENDERS, B. C. Fenômeno Vivido por Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 30, n.1, p. 46-53, 2009.

CORTES, L. F. et al. CONSTRUÇÃO DO FEMININO E DO MASCULINO: COMPREENSÃO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 2, p. 289-295, 2011.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Comunicação Saúde Educação**, v.13, n.1, p.571-80, 2009.

GARCIA, A. V. et al. O Grupo de Trabalho de Humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 811-834, 2010.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p.7-18, 2011.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. T. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm**, v. 39, n. 4, p. 423-429, 2005.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, F. S.; MOREIRA, M. E. I. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência & Saúde**, v. 10, n. 3, p. 669-675, 2005.

LEANDRO, J. P. D. HUMANIZAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO: olhar crítico dos pacientes frente à conduta dos profissionais de enfermagem. Mossoró, RN 2010. 59f. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Mossoró, 2010.

- LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma Nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades Vivenciadas pela Equipe Multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n. 2, p. 145-150, 2005.
- LEMOS, R. C. A.; ROSSI, L. A. O Significado Cultural Atribuído ao Centro de Terapia Intensiva por Pacientes e seus Familiares: Um Elo Entre a Beira do Abismo e a Liberdade. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n. 3, p. 345-357, 2002.
- MARQUES, R. C.; SILVA, P. M. J.; MAIA, M. O. F. Comunicação efetiva com família de pacientes em cuidados críticos: percepção dos profissionais de saúde. **Rev enferm Hereditaria**, v. 1, n. 2, p. 65-70, 2008.
- MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 1, p. 37-43, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MORGON, F. H.; GUIRARDELLO, E. B. Validação da Escala de Razão das Necessidades de Familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 198-203, 2004.
- MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface**, v. 13, n. 1, p. 627-640, 2009.
- MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel do Profissional de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Psicologia em Estudo**, v.11, n. 2, p. 323-330, 2006.
- OLIVEIRA, L. M. A. C. **O acolhimento de familiares de pacientes internados na uti: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem**. 2006. 219f. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde)- Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.
- PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **INTERFACE**, v.13, n.1, p. 695-700, 2009.
- PEREIRA, M. C. S. A PRECARIZAÇÃO DAPOLÍTICA DE SAÚDE: uma expressão da questão social, **INTERFACE**, v. 6, n. 1, p. 114-124, 2009
- PINA, R. Z.; LAPCHINSK, L. F.; PUPULIM, J. S. L. Percepção dos Clientes sobre o Período de Internação em Unidade de Terapia Intensiva. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 4, p. 503-508, 2008.



RICHARDSON, R. J. **PESQUISA SOCIAL: Métodos e Técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SALICIO, D. M. B.; GAIVA, M. A. M. O Significado de Humanização da Assistência para Enfermeiros que Atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 370-376, 2006.

SILVA, F. S.; SANTOS, I. Expectativas de Familiares de Clientes em UTI Sobre o Atendimento em Saúde: Estudo Sociopoético. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 2, p. 230-235, 2010.

SILVA, L. W. S.; SANTOS, F. F.; SOUZA, D. M. SENTIMENTOS DA FAMÍLIA DIANTE DO ENFRENTAMENTO DO VIVER-MORRER DO MEMBRO FAMILIAR NA UTI. **R. Enferm. UFSM**, v.1, n. 3, p. 420-430, 2011.

SIQUEIRA, A. B. et al. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados a qualidade da assistência. **Arq Med**, v.31, n. 2, p. 73-77, 2006.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O Conceito de Humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface**, v. 13, n. 1, p. 681-688, 2009.

STANISCIÁ, A. C. M. et al. Dificuldades emocionais vivenciadas pelos médicos intensivistas da unidade de terapia - adulto de um hospital geral privado. **Rev. SBPH**, v.14, n.1, p. 41-73, 2011.

URIZZI, F. et al. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 20, n. 4, p. 370-375, 2008.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: Muito Falado e Pouco Vivido. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, 2002.

WALLAU, R. A. et al. Qualidade e Humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a Visão dos Familiares? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 1, p.45-51, 2006.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Esta pesquisa é intitulada **Visita em UTI: percepção dos familiares quanto à humanização do atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva no município de Mossoró/RN** e será desenvolvida pela pesquisadora participante Cássia Maria Guerra de Sousa, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da pesquisadora responsável Ms. Ivone Ferreira Borges. A mesma tem como objetivo geral analisar a percepção dos familiares quanto à humanização no atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva no município de Mossoró-RN; e como objetivos específicos caracterizar a situação socioeconômica dos familiares entrevistados; verificar o entendimento dos familiares sobre humanização da assistência; analisar os sentimentos dos familiares sobre a humanização no atendimento dos profissionais; analisar na opinião dos familiares a contribuição do cuidado humanizado na recuperação do paciente.

O interesse em desenvolver a atual pesquisa deu-se a partir de experiências vivenciadas durante estágios curriculares supervisionados pela promotora da pesquisa, diante disto surgiu interesse em trabalhar essa temática, ao observar os familiares dos clientes internados em uma UTI de um Hospital Regional do Município de Mossoró/RN, que se encontravam em um momento de extrema necessidade de atendimento, orientação e acolhimento pelos profissionais de saúde.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurado 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 etapa de seu desenvolvimento. Salientamos ainda que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista gravada através de um gravador digital, onde senhor (a) responderá inicialmente a algumas perguntas sobre dados pessoais a fim de caracterizarmos a população desta pesquisa. Em seguida a entrevista será composta de perguntas abertas que responderá aos objetivos propostos. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado 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 participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

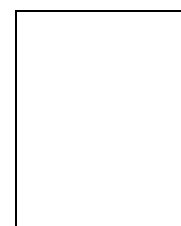
As pesquisadoras<sup>1</sup> e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES<sup>2</sup> estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2011

\_\_\_\_\_  
Ivone Ferreira Borges<sup>1</sup>  
(Pesquisadora Responsável)

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa/Testemunha



<sup>1</sup> **Endereço da Pesquisadora Responsável:** Av. Presidente Dutra, N° 701, Alto de São Manoel, Mossoró - RN CEP: 59.628-000 Tel(s): 3312-0143 E-mail: ivoneborges@facenemossoro.com.br

<sup>2</sup> **Comitê de Ética e Pesquisa** – FACENE/FAMENE – Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – Paraíba/ Brasil. CEP:58.067-695 Tel/Fax: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

## APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

**ROTEIRO DE ENTREVISTA****1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS**

1.1 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

1.2 Idade: ( ) 18- 24 anos ( ) 25-30 anos ( ) 30-35 anos ( ) 35- 40 anos  
( ) > 40 anos

1.3 Escolaridade: ( ) Não alfabetizado ( ) Alfabetizado ( ) Fundamental  
( ) Médio ( ) Supletivo ( ) Profissionalizante ( ) Técnico Superior

1.4 Profissão

---

1.5 Renda Familiar:

( ) Menos de 1 Salário Mínimo ( ) 1 Salário ( ) 2- 3 Salários  
( ) Mais de 4 salários

**2 DADOS REFERENTES AO TEMA DA PESQUISA, POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)**

2.1 O que o senhor (a) entende por humanização da assistência?

---

---

---

2.2 Os profissionais da UTI trabalham de forma humanizada?

( ) Sim ( ) Não

Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.3 As informações prestadas pela equipe da UTI foram adequadas?

( ) Sim                      ( ) Não

Por que? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.4 Qual o nível de satisfação do senhor (a) em relação à assistência prestada pelos profissionais da UTI?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.5 Na sua opinião o cuidado humanizado em UTI contribui para a recuperação do paciente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANEXO**