

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO CRÔNICO-DEGENERATIVO

Danieli Brum de Souza

**HUMANIZAÇÃO COMO PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL: A
PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE AS AÇÕES NO
CUIDADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

Santa Maria, RS.

2018

Danieli Brum de Souza

**HUMANIZAÇÃO COMO PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL: A PERCEPÇÃO
DOS FAMILIARES SOBRE AS AÇÕES NO CUIDADO EM UMA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação Lato Sensu em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, em Gestão e Atenção Hospitalar, Ênfase Crônico Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como parte dos requisitos para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar de Sistema Público de Saúde.**

Orientadora: Enfa. Profa. Dra. Rosângela Marion da Silva

Santa Maria, RS.

2018

Danieli Brum de Souza

**HUMANIZAÇÃO COMO PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL: A PERCEPÇÃO
DOS FAMILIARES SOBRE AS AÇÕES NO CUIDADO EM UMA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação Lato Sensu em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, em Gestão e Atenção Hospitalar, Ênfase Crônico Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como parte dos requisitos para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar de Sistema Público de Saúde.**

Aprovado em 08 de fevereiro de 2018:

Rosângela Marion da Silva. Dra. (UFSM)
(Presidente- orientador)

Patricia Vedovato Prevedello Esp.(HUSM-EBSERH)
(Examinador)

Igor Vinicius Cavalho Morari Esp. (HUSM-EBSERH)
(Examinador)

Claudiane Bottoli Esp. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, RS.

2018

HUMANIZAÇÃO COMO PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL: A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE AS AÇÕES NO CUIDADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

HUMANIZATION AS MULTIPROFESSIONAL PRACTICE: THE FAMILYS MEMBER'S PERCEPTION ABOUT ACTIONS IN CARE IN AN INTENSIVE CARE UNIT

Danieli Brum de Souza¹, Rosângela Marion da Silva²

RESUMO

O atendimento multiprofissional com vistas à integralidade do cuidado é prática prevista nas ações assistenciais, sendo imprescindível a orientação segundo a Política Nacional de Humanização. O objetivo deste estudo é discutir as ações previstas nesta política de acordo com as percepções dos familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados dispensados pela equipe assistente. Estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório, realizada com 12 familiares no período de julho a agosto de 2017. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, sendo analisadas por meio da análise de conteúdo. A partir disso, emergiram as categorias: Vínculo como importante prática no cuidado; acolhimento: proximidade com a equipe assistente, acompanhamento terapêutico pela equipe multiprofissional e estrutura organizacional e assistência integral. A prática humanizada, como diretriz ao cuidado, precisa ser estendida ao cuidado da família, sendo cada caso considerado conforme sua história e peculiaridades.

Palavras-chaves: UTI, PNH, equipe multiprofissional, cuidado integral.

ABSTRACT

Multiprofessional care aiming to the integrality of care is a practice foreseen in the assistance actions, being indispensable the orientation according to the National Humanization Policy. The objective of this study is to discuss the actions foreseen in this policy according to the perceptions of the relatives of patients hospitalized in the Intensive Care Unit about the care given by the assistant team. A study with a qualitative approach, of exploratory-type, was carried out with 12 family members from July to August 2017. The data collection technique was the semi-structured interview, being analyzed through content analysis. From this, the following categories emerged: Bond as an important practice in care; reception: proximity to the assistant team,

¹ Psicóloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM.

² Enfermeira, orientadora, Doutora em Ciências; Tutora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM/HUSM

therapeutic follow-up by the multiprofessional team and organizational structure and integral assistance. The humanized practice, as a guideline for care, needs to be extended to the care of the family, being each case considered according to its history and peculiarities.

Key-words: ICU, PNH, multiprofessional team, integral care

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são consideradas locais é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as vinte e quatro horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para tanto é necessário que a equipe assistencial seja estruturada enquanto equipe multiprofissional. A Portaria nº 1.071/2005 regulamenta a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico e ela consta que, a atenção multiprofissional deve compreender minimamente a participação efetiva e compartilhada de múltiplos profissionais, guiando-se conforme os princípios da interdisciplinaridade e da humanização, focada nas necessidades do usuário, na integralidade assistencial e no respeito à participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos na atenção ao paciente crítico (BRASIL, 2005).

Um importante marco nas políticas em saúde, que transformou o modo de atenção foi a Política Nacional de Humanização (PNH) de 2004. E esta surgiu enquanto uma necessidade que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, possibilitando um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades, garantindo assim, a valorização e a inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com respeito aos seus direitos, o que condiz com a viabilidade de uma saúde digna para todos e compromete os profissionais com a ética da saúde e a defesa da vida. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Pensando no processo de adoecimento, na visão que os familiares têm da Unidade, como um local frio, mecanizado e impessoal, bem como a tensão que se cria na família, podemos inferir sobre a importância do acolhimento e sobre a inserção de todos os profissionais no processo de cuidado não apenas do paciente crítico, mas também dos familiares, enquanto sujeitos ativos.

Este trabalho foi realizado a partir de um projeto matriz, intitulado “A

percepção dos familiares sobre as ações multiprofissionais no cuidado integral ao paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva de hospital universitário”, que foi produzido por três residentes multiprofissionais de uma Universidade Federal do Sul do Brasil, composto por um enfermeiro, uma cirurgiã-dentista e uma psicóloga. O objetivo deste estudo é discutir as ações previstas na PNH de acordo com as percepções dos familiares de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva sobre os cuidados dispensados pelos profissionais inseridos nessa unidade.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória. O método qualitativo privilegia o entendimento dos significados, motivos, crenças, atitudes, vivências e valores, investiga as relações, fenômenos e processos que não podem ser reduzidos a variáveis quantitativas (MINAYO, 2014). É exploratória, pois possibilita a aproximação do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno a ser pesquisado, retratando o maior número possível de elementos existentes no ambiente estudado, o que auxiliará esta pesquisa, uma vez que contribui para a propagação do conhecimento acerca do objeto de estudo (GIL, 2010).

O cenário da pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) de um hospital universitário, que atualmente conta com 10 leitos de internação, sendo três desses leitos de isolamento, com funcionamento 24 horas por dia, em regime de escalas de 6 e/ou 12 horas. Segundo dados coletados no Setor de Estatística do HUSM/EBSERH, no primeiro semestre de 2016 estiveram internados 115 pacientes na UTI-A.

Do total de pacientes internados na UTI no mesmo período, 109 foram provenientes de unidades de internação da instituição e quatro pacientes oriundos de outros locais. A unidade apresentou uma taxa de ocupação de 98,02% sendo que a média de permanência/dia destes pacientes foi de 15,72. A unidade é composta por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, fisioterapeutas, psicólogo, assistente social, residente de psicologia, residente da enfermagem, residente da farmácia, residente da fisioterapia, residente da fonoaudiologia e residente da odontologia

(RODRIGUES et al, 2015).

Os participantes do estudo foram os familiares de pacientes críticos internados nesta unidade. Os critérios de inclusão foram familiares com vínculo sanguíneo e/ou social com o paciente. Os de exclusão foram familiares menores de 18 anos e familiares de pacientes que evoluíram a óbito antes da entrevista. Os mesmos foram acompanhados pelos pesquisadores residentes até a transferência do paciente da unidade supracitada.

Os familiares foram identificados nas primeiras 72 horas de internação do paciente, momento em que também ocorreu o suporte psicológico, que se manteve durante toda a internação na unidade, conforme escala prática na unidade, que contemplava quatro turnos na semana. As atividades de acolhimento foram realizadas antes, durante ou após o horário de visita, a beira do leito, conforme disponibilidade e necessidade do familiar.

No primeiro contato com a psicóloga, o familiar foi convidado a participar da pesquisa, sendo-lhe apresentados os objetivos da pesquisa, a voluntariedade da pesquisa e a garantia do sigilo, o anonimato. Após foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para leitura e posterior assinatura em caso de concordância com os termos expostos. A entrevista ocorreu em uma sala disponível na unidade. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética da instituição sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 67685617.0.0000.5346.

Optou-se pela entrevista semi-estruturada guiada por um roteiro que buscava identificar a percepção sobre a estrutura disponibilizada – horário de visita, local de espera, informações recebidas, contato com a equipe e sugestões de melhoria; conhecimento dos profissionais que estavam acompanhando o familiar durante a internação na UTI. As entrevistas foram gravadas em material digital e transcritas para a realização da análise dos dados, a partir da análise temática de conteúdo, segundo Minayo (2014), durante a transcrição das entrevistas, foi atribuído uma letra e um número para manter o anonimato do participante, levando em conta as considerações éticas. Optou-se por utilizar a letra F (familiar) seguida do número ordinal da ordem de realização das entrevistas (F1, F2, F3...).

O processo operacional da análise temática de conteúdo deve seguir

três passos, para manter a lógica metodológica, sendo elas: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise, parte-se de uma leitura flutuante, onde o pesquisador toma contato direto e intenso com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, levando em conta sua totalidade e a possibilidade de reformulação da hipótese inicial. A exploração do material consiste numa operação classificatória, onde o pesquisador busca encontrar expressões ou palavras que se organizarão em categorias, responsável pela especificação dos temas. E por fim, o último passo, o tratamento e interpretação, momento em que o analista propõe inferências e realiza interpretações.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra composta por oito familiares do sexo feminino e quatro do sexo masculino, e o grau de parentesco: três mães, dois irmãos, dois filhos, três cônjuges e uma sobrinha.

A partir da análise dos relatos emergiram as categorias elencadas pelo critério de repetição, demonstrando que os achados oriundos deste estudo contemplam o objetivo proposto. As categorias foram intituladas da seguinte forma: Vínculo como importante prática no cuidado; Acolhimento: proximidade com a equipe assistente; Acompanhamento terapêutico pela equipe multiprofissional e Estrutura organizacional e assistência integral.

Vínculo como importante prática no cuidado

Nesta categoria, familiares sinalizam o empenho da equipe na busca pela evolução do quadro dos pacientes e a disponibilidade da equipe para esclarecimentos quanto ao estado clínico do paciente crítico e a atenção dispensada aos familiares, aspectos foram considerados positivos do atendimento na UTI.

A importância desta prática é observada nos seguintes relatos.

Todos se empenham na evolução dela, inclusive todos os médicos, toda a hora falo com eles, estão informando partes boas e ruins. (F1)

Eles explicaram tudo [...] isso foi fundamental, foi muito bom. (F2)

É muito legal que quando a gente sai eles conversam com a gente, explicam como que estava durante o dia. (F6)

O atendimento aos familiares ou responsáveis pelo paciente é um importante conteúdo da avaliação do cuidado de saúde, enquanto prática integrante do processo de humanização da assistência, sendo o trabalho interdisciplinar essencial no acolhimento à família dos pacientes, enquanto proposta eficiente no que tange ao atendimento de tais necessidades de informação clínica, orientação e suporte social, clínico e/ou psicológico (ALCANTRA, SANT'ANNA E SOUZA, 2013).

Para Nascimento, (2014), a UTI é um local de atendimento considerado agressivo e frio sendo necessária a atenção aos envolvidos para que a assistência seja realizada de forma humanizada, isso auxilia na minimização do sofrimento do paciente e da família durante sua permanência neste ambiente, sendo importante incentivá-los no acompanhamento do tratamento na busca pela interação da família com a equipe, dando-lhes apoio e garantindo sua participando nas decisões, o que conduz ao cuidado humanizado.

Alcantra, Sant'anna e Souza (2013) descrevem que se torna imprescindível à criação de um espaço interdisciplinar para a partilha, a convivência e o estreitamento do vínculo afetivo, a humanização sob a ótica da integralidade do sujeito, gerando vínculo afetivo, reflexão intra e interpessoal, desencadeando ações, tais como o desenvolvimento de elos significativos, os quais tornam as pessoas e as situações preciosas e portadoras de valores éticos.

Na percepção dos familiares há necessidade do vínculo e do atendimento humanizado, bem como das comunicações do quadro clínico do paciente o que contribui para amenizar o sofrimento dos familiares neste período de crise.

São bem atenciosos com a gente. Agora mesmo conversei bastante com uma enfermeira e ela me explicou da situação dele. (F8)

Os médicos sempre tão ali, as enfermeiras, tudo sempre dando atenção. (F11)

Ponto positivo que a gente vê é a questão do atendimento, de ter alguém pra conversar, de explicar a situação. (F12)

Para Nascimento (2014, pg 31),

“a família têm a necessidade e o desejo de saber sobre o estado de saúde do paciente, pois são as informações que lhe proporcionam mais alívio, mesmo que não entendem muita coisa, e assim, a qualidade do relacionamento estabelecido com a equipe torna a internação menos sofrida e a família com a certeza de que o melhor será realizado do tratamento”.

A mesma autora sinaliza que as orientações realizadas à família de pacientes internados na UTI significam um elemento importante para o cuidado prestado, pois estabelece uma relação interpessoal entre a equipe e a família, possibilitando uma comunicação mais efetiva diante da situação estressante de ter um familiar nesta unidade.

Araújo e Santos (2013) afirmam que uma das maiores fontes geradoras de ansiedade é a falta de informação ou informação excessiva e contraditória. Sendo assim, os familiares precisam ser mantidos informados sobre o que acontece. A família necessita do estabelecimento de uma comunicação clara, honesta e frequente com os membros da equipe que cuida do paciente.

A proximidade dos familiares com a equipe de saúde transmite segurança, auxiliando-os no estabelecimento de vínculos e no diálogo que permite esclarecimentos contínuos. Nesta categoria observa-se que os familiares sentem-se seguros e entendem a importância da proximidade da equipe junto a eles, prestando cuidado e esclarecimentos contínuos.

Acolhimento: proximidade com a equipe assistente

Essa categoria trata das percepções dos familiares quanto à importância do acolhimento na unidade durante os horários de visitas. As falas apontam o quanto a equipe é capaz de dispensar atenção e cuidado aos familiares de pacientes críticos.

Meus parabéns porque vocês acolhem mesmo no corredor. (F2)

Nunca falta atenção, sempre tem um com a gente. (F4)

São atenciosos, estão sempre cuidando. (F7)

Todos sempre dando atenção pra gente, falando né. (F11)

A PNH contempla a humanização como uma política transversal, onde a prática deste dispositivo garante o aumento de grau de responsabilidade dos diferentes atores que constituem o cuidado em saúde. Significa tomar a saúde como valor de uso, é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários. O acolhimento é uma diretriz e um dispositivo da Política de Humanização. Enquanto diretriz se produz na construção de redes de conversações que afirmam as relações de potências nos processos de produção de saúde; o acolhimento como dispositivo de intervenção com foco nas relações no processo de saúde-doença se apresenta como uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica o compartilhamento de saberes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Mesmo que o familiar não reconheça essa prática como acolhimento, ele reconhece a importância da atenção que a equipe dispensa para si durante as visitas na unidade, o profissional psicólogo foi citado como membro da equipe importante no momento de ser acolhido.

É importante ressaltar que as ações interdisciplinares requerem relações horizontais, regidas pela reciprocidade e mutualidade, sem que haja a justaposição dos saberes, diferenciando-se do antigo modelo hegemônico. A atuação interdisciplinar se faz necessário visto a atual complexidade da saúde pública, que exige o envolvimento dos diversos saberes, os quais possibilitam efetivar a comunicação entre todos os envolvidos, facilitando a troca de informações e o acolhimento (ALCANTARA, SANT'ANNA E SOUZA, 2013).

Na área da saúde, o trabalho em equipe é considerado um mecanismo indispensável para a atuação dos profissionais, em contraposição ao intenso processo de especialização e fragmentação das ações geradas por esses indivíduos. A abordagem da equipe multiprofissional e o trabalho desenvolvido na UTI faz com que nesses serviços de saúde os profissionais exerçam funções assistenciais, executando desde procedimentos mais simples até os que oferecem maior risco à vida do paciente. A colaboração ou cooperação interprofissional está relacionada a uma ética do cuidado, aproximando-se de

práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os profissionais de saúde (NETO *et al*, 2016).

Para tanto a equipe multiprofissional deve desenvolver habilidades e atitudes para a construção de uma relação terapêutica com os pacientes; e horizontalizada com os profissionais, onde o paciente é visto como um todo, levando em consideração o atendimento humanizado. Dessa forma, foca-se nas demandas do usuário, sendo que a atuação da equipe tem como finalidade atender as necessidades integrais da pessoa, visando seu bem-estar e sempre priorizando o vínculo entre o paciente e os profissionais (PROENÇA, DELL AGNOLO, 2011).

Sim, a gente recebe sempre do psicólogo e tudo mais. É como eu digo eles fazem o possível [...] a gente só que tem que agradecer porque eles atendem bem, que eu posso falar né? (F10)

Psicólogo é importante [...] é o emocional da pessoa. (F12)

Em se tratando da atuação do psicólogo em uma UTI, seu objetivo é dar suporte psicológico, por meio de uma escuta diferenciada, ao paciente, aos familiares e a toda a equipe de saúde que está envolvida dentro do processo de adoecimento. Possibilita assim a exteriorização e o enfrentamento do sofrimento, da dor e de questões emergentes, facilitando o esclarecimento de dúvidas e de "fantasias" que provocam desconforto. A família, angustiada e sofrida, que se sente impotente e assustada mediante a ameaça da morte, precisa da atenção do psicólogo, devendo ser envolvida no trabalho com o paciente, pois o vínculo com os familiares é, muitas vezes, uma das poucas motivações que ele tem para enfrentar o sofrimento. O psicólogo deve facilitar, criar e garantir a comunicação efetiva e afetiva entre paciente/família e equipe, identificando qual membro da família tem melhores condições intelectuais e emocionais para receber as ino de formações sobre o doente (ARAÚJO E SANTOS, 2013).

Entende-se então que é necessário reconhecer a importância da humanização; humanizar o cuidado é uma forma de relacionamento com o próximo, não somente focado nas atividades que lhe proporcionam a sobrevivência, mas de respeito aos sentimentos do outro, expressando interesse, ao tocar, ouvir ou, falar (NASCIMENTO, 2014).

Acolher a família em cuidados intensivos precisa ser uma prática constante como um cuidado relevante na UTI (PASSOS et al, 2015). Acolher se apresenta como um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Conforme os relatos dos familiares infere-se que eles se sentem acolhidos na unidade, a equipe proporciona um relacionamento de proximidade e cuidado, possibilitando a estes um sentimento de segurança e participação, amenizando o desconforto existente nesta situação. O psicólogo, como parte da equipe se apresenta como profissional importante neste processo auxiliando a adaptação dos familiares no enfrentamento da crise, realizando apoio, clarificação dos sentimentos e fortalecimento dos vínculos familiares.

Acompanhamento terapêutico pela equipe multiprofissional

Nesta categoria os familiares apontam seus conhecimentos quanto aos profissionais que assistem o paciente crítico e sua importância no acompanhamento terapêutico. Fica evidente que a percepção destes ainda é focada no profissional médico e enfermeiro, poucos têm conhecimento em relação aos outros membros da equipe.

Todos? Não. Não faço ideia mesmo. (F7)

Além do médico e da enfermagem, não sei [...]. (F8)

Sim, os médicos eu sei, as enfermeiras, a psicóloga. (F10)

Acho que o psicólogo. (F11)

É médico, enfermeiro, uma equipe muito boa [...] Psicólogo é importante porque é o emocional da pessoa. (F12)

A incorporação das equipes multiprofissionais nas UTIs está prevista na Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (BRASIL, 2005) que exige uma rede assistencial organizada, que incorpore a linha de cuidado integral, longitudinal e a humanização assistencial.

Na UTI, os pacientes críticos são assistidos por uma equipe multiprofissional qualificada, a qual se responsabiliza, além das intervenções tecnológicas e farmacológicas, também pela avaliação das necessidades dos familiares, o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados, a preservação da integridade do paciente, tornando, assim, a assistência mais humanizada e envolvendo os profissionais em uma assistência menos mecanizada (EVANGELISTA, 2013; BRASIL, 1998).

Assim a humanização, sob a ótica da integralidade do usuário, deve compreender minimamente profissionais da medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e serviço social, sendo estes responsáveis pela elaboração das rotinas técnicas, assegurando a assistência integral (BRASIL, 2014).

A atuação interdisciplinar se faz necessário visto a atual complexidade da saúde pública, que exige o envolvimento dos diversos saberes, os quais possibilitam efetivar a comunicação entre todos os envolvidos, facilitando a troca de informações e o acolhimento (ALCANTARA, SANT'ANNA E SOUZA, 2013).

Nos próximos relatos se percebe o reconhecimento além da equipe médica e de enfermagem e mesmo que não reconhecem outros entendem a importância que outros profissionais têm no cuidado integral tanto ao paciente crítico quanto aos familiares.

Todos são eficientes, no meu entendimento. Todos da área, médico, enfermeiro, você (psicóloga), a outra, (fisioterapeuta). (F1)

Alguns sim. Todo o conhecimento, não tenho [...] mas sei que todos são importantes. (F3)

Além do médico, enfermeiro, o cirurgião plástico, as psicólogas, a assistência (Serviço Social) também. Sempre foram importantes desde que ela entrou aqui. (F4)

Aqui ela está sendo acompanhada por uma equipe toda. Tem uma fonoaudióloga que acompanha ela, tem uma psicóloga, médicos, enfermeiros. (F5)

É essencial que os profissionais da saúde construam uma relação com os familiares para que lhes possibilite lidar com a situação dolorosa a partir dos próprios recursos existentes na UTI. Para tanto, mostra-se relevante o

reconhecimento de que ambos, família e equipe, objetivam a recuperação da pessoa hospitalizada e que a troca de informações e experiências poderá se refletir em uma assistência ética, humana e tecnicamente competente (ZACARIAS, 2011).

A PNH busca inserir a necessidade de que o cuidado a ser prestado aos indivíduos ultrapasse a dimensão técnica e englobe uma assistência individualizada e humanizada à pessoa hospitalizada e sua família, o que requer não apenas mudanças institucionais, organizacionais mas, principalmente, no modo de pensar e de que a mudança é importante a fim de que esses se sintam com coragem e à vontade para expressar suas dúvidas, questionamentos e possam ser esclarecidos em uma linguagem compreensível a partir do agir dos profissionais de saúde.

Portanto, é importante que os familiares saibam que além das tecnologias disponíveis na UTI, há uma equipe multiprofissional empenhada na melhora do paciente crítico, que a dimensão humana está presente na unidade. Para tanto, é necessário que esses profissionais se façam presentes diretamente ao familiar, esclarecendo dúvidas e orientando quanto a desenvolvimento terapêutico do paciente e a importância da sua prática.

Estrutura organizacional e assistência integral

Nesta categoria é abordada a percepção dos familiares quanto ao funcionamento interno da unidade, como horários de visitas, três vezes ao dia, manhã, tarde e noite e duração (30 minutos) e possíveis aspectos que poderiam ser melhorados. Infere-se que a maioria dos familiares concorda com o atual funcionamento da unidade e compreendem tal necessidade, porém alguns acreditam que deveria ser ofertado um tempo maior junto ao seu familiar internado. Os familiares que referem satisfação como tempo dispensado de visita, dizem entender a necessidade de tal conduta, relatam sobre risco de infecções e exposição de todos os pacientes internados a um grande número de pessoas advindas do exterior da unidade.

Acho que ta super certo, porque não pode ser muito tempo... Tem que ter um certo resguardo. Acho que está bom, assim mesmo que deve ser. (F1)

A UTI tem que ser reservada, tem que ter limite, eu entendo [...] eu acho muito pouco tempo, mas eu entendo, que não é só ele que tá ali, a gente vem da rua e por mais que a gente bote as luvas e coisa, eu sei que é complicado, o lugar, eu digo que eles ali estão com a imunidade muito baixa. (F2)

Acho que não tem que mudar nada. A visita está bom, o horário da visita, porque tem a questão da contaminação também. A gente vem de fora, vem sujo. Muita gente por muito tempo atrapalha também. (F5)

Não, pra nós está tudo bom assim, não tem porque mudar. (F8)
A gente não tem o que reclamar. (F12)

Outros familiares acreditam ser necessário um tempo maior de visita para estarem próximos ao familiar internado e estar presente na unidade, entendendo melhor os cuidados e práticas dispensados ao mesmo.

Eu acho que o horário de visita podia ser um pouquinho maior. .Eu acho que os médicos podiam falar um pouco mais.(F3)

Se tivesse um pouquinho mais de tempo. Só isso. O resto tá tudo muito bom. (F6)

No que se refere às contribuições para o cuidado da família, a sua permanência junto ao paciente hospitalizado na UTI, proporciona o envolvimento da família no processo saúde doença facilitando, assim, a organização e a implantação de suas funções e papéis, contribuindo para o cuidado de si e da pessoa hospitalizada, o manejo de sentimentos confusos e dolorosos exacerbados pelo processo de adoecimento, geralmente grave, e a melhor aceitação do prognóstico. Sendo assim, a presença da família por um período maior de tempo junto à pessoa hospitalizada na UTI, colabora na sua assistência integral, facilita sua adaptação à hospitalização e ao tratamento, assim como pode contribuir para a implantação de ações terapêuticas e de cuidado, promovendo melhores respostas terapêuticas (ZACARIAS, 2011).

A implantação da visita aberta está descrita na PNH como um dispositivo a ser implantado no caminho da humanização. Essa prática deve ser analisada e implantada com cuidado, visto que pode agregar ou desestabilizar, tanto o paciente, quanto o familiar e a equipe. É necessário levar em conta o contexto individual de cada unidade, criar critérios bem definidos e estabelecimento de vínculo entre equipe e familiares (EUGENIO,

FILHO E SOUZA, 2017), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A unidade onde o estudo foi realizado prevê a possibilidade de visita aberta em casos onde o paciente está consciente e a presença do familiar se torna terapêutico e auxilia na evolução clínica do mesmo, como no relato de uma das familiares que obteve a opção da visita aberta “Pra mim está bom, eu chego e entro a hora que eu quiser” (F4).

Portanto, fica explícita a importância de esclarecimento dos familiares quanto às rotinas existentes na unidade e a necessidade de horários de visita fechados, mas que em casos especiais pode haver a possibilidade de visita estendida, conforme as diretrizes da PNH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa construção, compreende-se a importância da prática humanizada como diretriz ao cuidado não somente do paciente crítico, mas extenso ao cuidado com a família, sendo cada caso considerado conforme sua história e peculiaridades. Os familiares percebem que a disponibilidade da equipe para esclarecimentos contribui para amenizar o sofrimento, que a restrição do horário de visita é essencial para evitar a exposição dos pacientes internados, que há incorporação das equipes multiprofissionais no cuidado na Unidade de Terapia Intensiva e que reconhece a atenção que a equipe dispensa.

O cuidado durante a hospitalização deve prever uma visão holística e valorização de todos os atores (paciente, equipe e família) envolvidos e todos os espaços nos quais esses se fazem presentes. Vínculo, acolhimento e estrutura física e humana são essenciais para que este momento tão delicado e sofrido seja vivenciado de maneira a minimizar as consequências da internação.

A partir da análise das falas destes familiares fica implícito que a unidade onde se desenvolveu o estudo está aplicando as práticas de humanização no cuidado em saúde e seus dispositivos preconizados na Política Nacional de Humanização.

Por se tratar de um estudo realizado em uma única unidade intensiva, os dados não devem ser generalizados. Sugere-se para as próximas pesquisas

avaliar como outros profissionais da equipe assistente utilizam as diretrizes descritas na política em suas práticas profissionais.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Luciana; SANT' ANNA, Joana; SOUZA, Maria da Glória. **Adoecimento e finitude**: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no centro de Tratamento Oncológico. In: *Ciência & Saúde Coletiva* 18 (9): 2507-2514, 2013. disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a04.pdf>>. Acesso em 27 out. 2016.

ARAÚJO, J.A; SANTOS E, M P. **A Psicologia Médica no Centro de Tratamento Intensivo no Hospital Universitário Pedro Ernesto**. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. V.12, nº 3. 2013. http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=428

BRASIL. Portaria n. 466 de 04 de junho de 1998. Propõe Portaria que estabeleça o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 jun 1998. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Diário Oficial da União**, publicado em 31 março de 2006 – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria n. 1.071, de 04 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul 2005. Disponível em: <<http://www.sobrati.com.br/ms-politica-critico.htm>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

_____. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito ao acompanhante. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2ª edição, Brasília, DF. **Ministério da Saúde**, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf Acesso em: 05 dez. 2016.

_____. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 18 janeiro de 2018.

_____. Portaria n. 355, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento dos Serviços

de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 mar 2014. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2014/03_marc o/PT_GM_N_355_10.03.2014.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2016.

_____. Portaria n. 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários, adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de março 2017. Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria_895_2017_UTI_UCO.pdf>. Acesso em: 18 de janeiro de 2018.

EVANGELISTA, V. **Percepção da equipe multiprofissional sobre o cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva de um hospital escola**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista–UNESP, São Paulo. 2013.

EUGENIO, C. S; FILHO, M. C. B; SOUZA, E. N. Visita aberta em UTI adulto: Utopia ou realidade. Revista de enfermagem da UFSM. V. 7, n. 3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22692>. Acesso em 18 de janeiro de 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010. (Obra originalmente publicada em 1987).

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

NASCIMENTO, H. M; ALVES, J.S; MATTOS, A. L. D. **Humanização no Acolhimento da Família dos paciente Internados na Unidade de Terapia Intensiva**. Monografia UNISALESIANO, Lins, SP, 2004. <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/57524.pdf> acesso em 03 novembro de 2017.

NETO, J. D. A *et al.* **Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional**. **Revista Brasileira Promoção da Saúde**. Fortaleza. v. 29, n 1, p. 43-50, jan./mar. 2016.

PASSOS et al. **O Acolhimento no Cuidado à Família numa Unidade de Terapia Intensiva**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):368-74. <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a13.pdf>

PROENÇA, Michele Oliveira; DELL AGNOLO, Cátia Millene. **Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes**. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS), v.32, n.2, p 279-86, 2013.

RODRIGUES, Marlene K. et al. **Manual de gerenciamento da rotina: UTI-A.** Santa Maria, RS. HUSM, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de graduação e pesquisa. **Manual de dissertações e teses da UFSM:** estrutura e apresentação. Ed. UFSM, 2015. disponível em: <http://w3.ufsm.br/biblioteca/phocadownload/Manual_de_Dissertacoes_e_Teses-2015.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.

ZACARIAS, C. C. **Presença da família na unidade de terapia intensiva:** revisão integrativa Dissertação de mestrado UFRGS, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2011.