

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Curso de Especialização em Psicologia e Saúde

Unidade de Terapia Intensiva
Aberta/Humanizada: A Percepção da
Equipe Multiprofissional e suas Práticas

Eduarda Moreira Leal

Mayla Cosmo
Orientadora

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2011.



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Curso de Especialização em Psicologia e Saúde

Eduarda Moreira Leal

**Unidade de Terapia Intensiva
Aberta/Humanizada: A Percepção da
Equipe Multiprofissional e suas Práticas**

Monografia apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da PUC-Rio como
requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Psicologia e
Saúde. Aprovada pela Comissão
Examinadora abaixo assinada.

Mayla Cosmo
Orientadora

Mônica Campioli

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2011.



Para a minha grande mãe, um exemplo de vida.
Sempre me encorajando, apoiando, confiando,
incentivando, ajudando, investindo e, mais do
que tudo, sempre me compreendendo durante
todo o tempo.

E para minha família, por ser minha base e meu
porto seguro.

Agradecimentos

À minha orientadora Mayla Cosmo, que possibilitou a realização desse projeto.
Obrigada pela ajuda, incentivo e confiança.

Aos profissionais da Clínica São Vicente.

À Katya Kitajima, pela ajuda e confiança.

À Mônica Campioli, pela amizade, carinho, escuta acolhedora e por todos os ensinamentos.

À Mônica Ayala, pela amizade e palavras de apoio.

À Mariana Almeida, pelas idéias iniciais para a realização desse projeto.

Ao Diego Costa, pelo apoio e carinho.

Às minhas amigas, por sempre me acolherem mostrando-se disponíveis e solícitas em todos os momentos.

À amiga Luana, por sua ajuda na reta final desse projeto.

Aos meus clientes e/ou pacientes que me ensinaram no decorrer desses anos.

Por fim, a todos que de alguma forma passaram e fizeram a diferença na minha vida.

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo investigar o modelo de Unidade de Terapia Intensiva Aberta/Humanizada com permanência integral da família de um hospital particular do Rio de Janeiro através da percepção da equipe multiprofissional e suas práticas. Para a realização dessa pesquisa, utilizaram-se entrevistas semi estruturadas e observação participante. Os sujeitos escolhidos para a aplicação foram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. As entrevistas foram analisadas a partir da categorização das respostas dos participantes. Os resultados mostraram que 100% dos profissionais de saúde acreditam ser interessante esse modelo de unidade aberta/humanizada. O estudo propõe o conhecimento desse novo modelo de Unidade de Terapia Intensiva a partir dos relatos dos participantes e observações da pesquisadora.

Palavras-chaves: UTI aberta/humanizada, profissionais de saúde, permanência da família

Abstract

This study aims to investigate the model of the “Opened/ Humanized” Intensive Care Unit with the fulltime family permanence in a private hospital in Rio de Janeiro through the perception of the multiprofessional team and its practices. For this survey, we used semi-structured interviews and our observations. The chosen subjects for the application were doctors, nurses, nursing technicians and physiotherapists. The interviews were analyzed through the categorization of participant’s answers. The results showed that 100% of healthcare professionals believe that it is interesting this model of the “Opened/Humanized” Intensive Care Unit. The study proposes the knowledge of this new type of Intensive Care Unit through the participant’s reports and the researcher's observations.

Keywords: “Opened/Humanized” ICU, healthcare professionals, family permanence

Sumário

Introdução	08
1. Descrição dos Cenários	11
1.1. Unidade de Terapia Intensiva	11
1.2. UTI aberta/humanizada: uma nova proposta de assistência ao paciente	15
2. Personagens do Cenário	18
2.1. Paciente	18
2.2. Família	20
2.3. Equipe Multidisciplinar	22
3. Metodologia	24
4. Apresentação dos Resultados	25
5. Discussão dos Resultados	35
Conclusão	40
Referências Bibliográficas	42
Anexos	47
Anexo 1	47
Anexo 2	48

Introdução

O interesse pelo estudo deu-se a partir da experiência de estágio dentro de um hospital particular do Rio de Janeiro, com as psicólogas Mayla Cosmo e Katya Kitajima, durante o curso de especialização em Psicologia da Saúde, no ano de 2009/2010 na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O estágio ocorreu em dois momentos com duração de um ano. No primeiro, a atuação foi dentro da Unidade Coronariana e no segundo, em duas Unidades de Terapia Intensiva diferenciadas. Uma, unidade fechada (UTI 1) e a outra, aberta/humanizada (UTI 2). A diferença entre as duas era a não permanência do familiar na UTI 1 e a permanência 24 horas na UTI 2.

UTI aberta humanizada/humanizada com a permanência integral da família foi uma experiência de trabalho novo. Até o momento, os estágios sempre foram em UTIs fechadas, com a permanência da família em horários definidos de visita.

Durante o segundo semestre do estágio, despertou-se um interesse em saber como era para aqueles profissionais de saúde trabalhar em tempo integral com paciente e família. Vistos e, talvez, avaliados a todo momento. Como seria a percepção deles quanto a esse novo modelo que ainda está em andamento em diversos estudos e hospitais?

Para entender melhor essa diferença entre UTI fechada e aberta, um breve resumo será feito no intuito de entender o funcionamento do ambiente em si e saber qual é a real diferença entre uma unidade e outra.

Na admissão em uma UTI, tanto o paciente como os familiares experimentam uma das maiores crises de sua vida. A preocupação e o medo da morte parecem tomar conta de ambos.

Esse é um setor destinado a receber pacientes graves, com todo tipo de acometimentos e com chances de recuperação, que necessitam de observação constante (ROSSI, 2008). O trabalho da equipe requer atenção constante e a presença da família é restrita aos horários de visita. Essa seria a descrição da UTI 1 desse hospital, a chamada UTI fechada.

A UTI 2, implantada em outubro de 2005, recebe pacientes com acidente vascular cerebral (AVC), pós-operatório em neurocirurgia e pacientes com doenças respiratórias que necessitam de atendimento intensivo. Uma característica marcante dessa unidade é a permanência da família em tempo integral.

Alguns dos estudos realizados sobre Terapia Intensiva abordam a temática no sentido da participação da família no cuidado aos pacientes críticos, ou orientação sistemática aos familiares e na busca de humanização do ambiente de UTI (LOURENÇO e NEVES, 2008).

A partir disso, atualmente, percebe-se um movimento mais maleável por parte dos profissionais de saúde em relação ao tratamento com paciente e família/acompanhante.

Caetano et al (2007), relatam maior preparo dos profissionais de saúde, não só sob o aspecto técnico, mas também, numa perspectiva mais humanitária, no sentido de reconhecer que a presença física é tão importante quanto o procedimento técnico. Em seu artigo de 2007, Nascimento et al, descreve que nas UTIs para adultos e idosos, há uma maior dificuldade, por parte da equipe, em aceitar a presença da família dando a entender que estes gerariam maiores estresses para pacientes críticos. Maciel e Souza (2007) mostrou em sua pesquisa que ainda não há um consenso entre os próprios pacientes internados a respeito da presença dos familiares dentro da unidade. Uns sentiam-se seguros e a família não os ajudaria em neste momento e outros relataram que seria de extrema importância a presença da família em um momento tão difícil de sua vida.

Durante as supervisões e conversas com a equipe de psicólogas, surgiu uma curiosidade e daí, o objetivo dessa pesquisa; saber qual a percepção desses profissionais de saúde diante desse modelo.

O primeiro ponto que chamou a atenção foi a maneira como cada um encara esse lugar. Entre os atendimentos, durante conversas com os profissionais foi-se percebendo como era trabalhar ali dentro. Facilidade para uns, indiferença para alguns e difícilimo para outros. Cada um, a partir de sua experiência, nas entrelinhas, relatava como era a sua percepção daquele ambiente.

Primeiramente, utilizou-se somente a observação participante, no intuito de identificar o caminho a ser trilhado da pesquisa. Identificado o ponto, realizaram-se entrevistas individuais semi-estruturadas com a equipe, sendo o público alvo escolhido de forma aleatória. Por fim, as respostas foram analisadas de maneira a formar categorias.

A pesquisa será dividida em algumas partes, tais como:

- O primeiro capítulo destina-se a conceituação das Unidades de Terapia Intensiva.

- O segundo capítulo falará sobre a visão de paciente, família e equipe multiprofissional
- No terceiro capítulo será apresentada a metodologia da pesquisa
- No quarto capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa
- No quinto capítulo, serão discutidas as categorias estabelecidas no capítulo anterior
- No sexto capítulo será visto algumas conclusões a respeito da pesquisa.

Espera-se, com essa monografia, poder ajudar diversos profissionais de saúde, pacientes, familiares/acompanhantes a compreenderem algo melhor sobre esse novo modelo de Unidade de Terapia Intensiva aberta/humanizada a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão inseridos desde o início ou há pouco tempo dentro desse modelo. Foi apresentada de tal forma no sentido de facilitar a leitura e entendimento das pessoas com ou sem experiência no assunto.

1. Descrição dos Cenários

1.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor dentro do hospital destinado à pacientes graves, considerados críticos, que necessitam de assistência médica e de enfermagem contínua. O trabalho em equipe é multiprofissional e a unidade funciona vinte e quatro horas por dia.

Bastos (2001) relata que as primeiras UTIs datam de 1950 e eram caracterizadas como um “sistema tecnológico de instrumentos, conhecimentos e habilidades” destinados a prestar assistência aos indivíduos criticamente enfermos. Nessa época surgiram os primeiros esforços no sentido de agrupar pacientes instáveis que exigiam uma concentração de profissionais e equipamentos ao seu redor. O aumento significativo de pacientes e a complexidade das doenças consolidaram essa unidade.

A unidade de cuidados intensivos foi implantada no Brasil na década de 70 agrupando os pacientes de acordo com a gravidade de sua doença e da dependência de cuidados da equipe de enfermagem. Com o passar dos anos, técnicas e profissionais foram aperfeiçoados para atender a uma nova demanda de pacientes (CARNEIRO, 1982).

Hoje, a Unidade de Terapia Intensiva é definida como uma

"unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar" (Resolução 81-CREMESP - 5/01/1995).

O rápido crescimento tecnológico e científico que por um lado proporcionou avanços na Medicina, por outro ocasionou estruturas mais robotizadas e profissionais cada vez mais distantes de seus pacientes, com uma supervalorização da tecnologia, deixando o campo do cuidar e das relações interpessoais em segundo plano (NASCIMENTO ET AL, 2007).

Morsch e Barros (2006) retratam a UTI como um ambiente destinado ao prolongamento da vida. Romano (1999) enxerga esse ambiente como um lugar de atenção permanente, decisões rápidas e ações precisas dos médicos, cuidados integrais da equipe de enfermagem, além de tecnologia e

equipamentos especializados, exigindo destes e de outros profissionais o máximo de eficiência no tratamento.

Os sentimentos de medo e a ameaça de morte iminente são constantes e colocam pacientes, familiares e profissionais diante de emoções e conflitos que emergem dos limites do adoecer e da certeza da finitude humana (TORRES, 2008; MORSCH e BARROS apud DINIZ e SCHOR, 2006).

Para esses familiares e pacientes, o estigma que esta unidade carrega é de “ante-sala” da morte. Significa sofrimento, tecnologia e muitas vezes falta de humanismo por parte dos profissionais. É percebido como um local extremamente invasivo devido à ausência de iluminação natural, à presença de ruídos e uma rotina dinâmica e intensa por parte da equipe de profissionais. Por vezes, o que é visto dentro desta unidade é uma estreita relação equipe/aparelhos tecnológicos já que alguns pacientes estão impossibilitados de se comunicarem e o contato com a família é restrito (SILVA e ANDREOLI, 2005; BASTOS, 2001).

Percebe-se que a singularidade do paciente fora deixada em segundo plano, enquanto sua doença, seus diagnósticos e prognósticos se tornaram o foco do saber científico. Dessa forma, o campo da saúde vem enfrentado, há algum tempo, uma crise de legitimação por estar desconsiderando valores humanistas fundamentais para a atenção à saúde (NOGUEIRA-MARTINS e MACEDO, 2008).

Nogueira-Martins e Macedo relatam que a percepção desse fenômeno vinha dando origem a projetos e práticas da humanização nos serviços de saúde há pelo menos 10 anos.

O tema da humanização alcançou maior destaque quando o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 1999. É uma ação para implementar e organizar as práticas no campo da atenção humanizada e com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento em saúde, priorizando as relações entre pacientes e profissionais, dos profissionais entre si, profissionais e gestores e do hospital com a comunidade. Uma das diretrizes do Programa é o desenvolvimento técnico e emocional dos profissionais de saúde, de forma a aperfeiçoá-los para o atendimento ao usuário. O Programa se propõe, portanto, a ultrapassar a dicotomia biomédica/psicossocial, propondo a oferta de assistência de qualidade, articulando a tecnologia com o bom relacionamento. Nogueira-Martins e Macedo relatam que a boa administração de relacionamentos também é uma tecnologia, seria a “tecnologia leve” que diz respeito à produção de

vínculos, acolhimento e formas de gestão do cuidado (NASCIMENTO ET AL, 2007; NOGUEIRA-MARTINS e MACEDO, 2008; MORSCH e BARROS apud DINIZ e SCHOR, 2006).

Ainda segundo Nogueira-Martins e Macedo (2008), o PNHAH propõe que para humanizar a assistência seria necessário cuidar dos próprios profissionais da saúde, formando equipes de trabalho saudáveis e menciona a necessidade de cuidado com a formação dos profissionais, ao reconhecer que muitas dificuldades de interação interpessoal eram devidas a falhas na formação do profissional, restrita ao modelo biomédico.

Deslandes (2004) diz que os gestores definem humanização como:

- associados à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários (cuidados pautados pelo acolhimento, escuta, empatia, respeito);
- ligados ao reconhecimento dos direitos do paciente (então interpretados de muitas e distintas maneiras);
- agregados a uma perspectiva de maior democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes;
- relacionados a um modelo de desmedicalização de atenção ao parto e nascimento;
- reconhecidos como conjunto de iniciativas para promover o vínculo entre familiares, mãe e recém-nascidos hospitalizados e para minimizar o estresse desses bebês;
- vinculados à valorização dos profissionais de saúde.

Em relação à humanização do atendimento, as iniciativas apontam para:

- a democratização que envolve o atendimento;
- o maior diálogo e a melhoria da comunicação e paciente
- o reconhecimento dos direitos dos paciente, de sua subjetividade e referências culturais ou, ainda o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico.

A Humanização em Terapia Intensiva tem sido central na área da saúde devido à grande preocupação dos hospitais em proporcionar aos seus pacientes uma assistência de qualidade. Para tanto, estão colocando como prioridade o atendimento das necessidades individuais dos pacientes, o que inclui o contato

mais próximo dos familiares, pois acreditam que estes possam influenciar positivamente na recuperação do doente (NASCIMENTO ET AL, 2007).

Romano (1999) reitera tal idéia quando fala do aumento da preocupação com a humanização e do cuidado personalizado com o paciente crítico. Soares et al (2010) compartilham da mesma idéia de Romano. Falam de um ambiente mais acolhedor e menos impessoal, não só nos aspectos físicos, mas também nas atitudes e comportamentos da equipe.

Moraes et al (2004), associam cuidado técnico científico ao cuidado que incorpora a necessidade e o acolhimento do imprevisível, favorecendo uma atmosfera mais humanizada. Para Costa et al (2009) humanizar pressupõe valorizar o paciente, o familiar e o profissional de saúde dentro do contexto hospitalar.

Segundo Mezzomo (2001),

"hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade." (p. 276)

Com esse novo conceito de UTI humanizada, Silva (2000) relata que os profissionais de saúde, necessitam utilizar a tecnologia aliada a empatia, a experiência e a compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil.

A questão da permanência prolongada de familiares em unidades de terapia intensiva (UTI humanizada) tem permeado as discussões sobre humanização. Porém nota-se, ainda, uma grande dificuldade por parte de alguns profissionais em aceitar e permitir a presença de acompanhantes, alegando que tal presença seria estressante para os pacientes graves assim como poderia aumentar o risco de infecções hospitalares. Os conceitos da Humanização não são capazes, sozinhos, de manter uma proposta de UTI aberta, os limites e possibilidades da mesma apontam para a capacidade do hospital e de suas equipes multidisciplinares, através das sensações e impressões subjetivas dos profissionais, em sustentar a UTI humanizada como uma inovação viável nos cuidados ao paciente crítico (NASCIMENTO ET AL, 2007; CAETANO ET AL, 2007).

1.2 UTI aberta/humanizada: uma nova proposta de assistência ao paciente crítico

A partir dessas idéias de humanização, um hospital particular do Rio de Janeiro implementou, em outubro de 2005, uma UTI com a proposta de ser aberta/humanizada. Este modelo é voltado especialmente para pacientes com acidente vascular cerebral (AVC), pós-operatório em neurocirurgia e pacientes com doenças respiratórias que necessitam de atendimento intensivo.

A família tem a possibilidade de permanecer 24 hs com o paciente e dispõe de acomodações adequadas na tentativa de minimizar o cansaço físico e mental advindos do processo de internação.

O papel da equipe, além do cuidado, é o de orientar a família sobre como se portar em diferentes situações, já que os acompanhantes irão vivenciar a rotina em tempo integral. Esse modelo viabiliza que o familiar fique ao lado do paciente confortando-o e ajudando-o a ter uma melhor aderência ao tratamento.

A equipe é multiprofissional composta por médicos rotina, médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos (solicitados por pedidos de parecer da equipe). Há uma sala para os médicos, banheiro para a equipe e um balcão para atendimento da enfermagem.

São sete quartos privados. As suítes são compostas pela cama do paciente, um sofá para os acompanhantes, um banheiro, televisão, armários para o acompanhante, janelas, pia independente do banheiro e porta. Os pacientes tem maior autonomia dentro de seus quartos. Há uma maior flexibilidade para as visitas. Não é necessário que o acompanhante saia para dar lugar as visitas. O horário é mais maleável.

Abaixo seguem fotos da UTI aberta/humanizada desse hospital:





2. Personagens do Cenário

2.1. Paciente

Kitajima e Cosmo (2008) retratam a UTI como um ambiente destinado a pacientes gravemente adoecidos, podendo ou não estar em fase de recuperação necessitando de equipamentos especializados e do cuidado intensivo de toda a equipe multidisciplinar. Sua chegada nesta unidade, muitas vezes, ocorre de maneira inesperada exigindo rapidez e eficiência da equipe. Pacientes cirúrgicos também são acolhidos nessa unidade visando uma recuperação pós operatória melhor assistida pela equipe (ROMANO, 1999).

Durante o período de internação, o indivíduo é submetido aos cuidados da equipe multiprofissional ficando exposto a várias manipulações de seu corpo, assim como a procedimentos sofridos e invasivos. Rossi (2008) aponta para a perda de privacidade até nos momentos de higiene e passagens de sonda desencadeando sentimentos de mal-estar, vergonha e constrangimento. O paciente permanece despido de suas roupas, de seus objetos pessoais, de seu papel social e com as suas funções vitais controladas. O contato com a família, a comunicação e a mobilidade tornam-se restritos. A alimentação e a demora no atendimento, que pode ser real ou uma percepção emocional, são vistos, pelos pacientes, como motivos de insatisfação (ROMANO, 1999; SILVA e ANDREOLI, 2005; ROSSI, 2008).

O processo de internação em UTI deixa o paciente vulnerável, desestabilizando-o emocionalmente, exarcebando seus mecanismos de defesa, gerando inquietude, intolerância e baixa resistência à frustração. Emergem sentimentos como a ansiedade e o desamparo devido à mudança de sua rotina, à perda do autocontrole, ao risco de morte iminente e à situação de dependência de terceiros (SOUZA, 2004; TORRES, 2008).

Sentimentos como estes citados acima tem ocorrido com maior frequência já que atualmente, dentro da UTI, vem crescendo o número de pacientes acordados, orientados, lúcidos e interagindo. Por um lado positivo, possibilita o entendimento de seu quadro clínico permitindo que este, muitas vezes junto à sua família, participe de decisões em relação ao seu tratamento acarretando segurança e confiança em sua recuperação (KITAJIMA e COSMO apud ANDREOLI e ERLICHMAN, 2008; BECCARIA, 2008; TORRES, 2008).

Silva e Andreoli (2008) escrevem sobre os pacientes rotulados como “*difíceis*” pela equipe. São pacientes que se enquadram

“com múltiplas queixas, de difícil diagnóstico, de difícil manejo de sintomas, manipulativos, extremamente demandadores, agressivos verbal ou fisicamente, que provocam intriga entre os membros da equipe, impulsivos, que extravasam a raiva, com comportamento auto agressivo, que criam problemas com outros pacientes, que tentam suicídio, com sintomas depressivos ou ansiosos, que apresentam muitos sintomas somáticos e maior gravidade.” (p.115)

Pacientes sedados, entubados, desorientados e até mesmo os não cooperativos com os tratamentos são também, encontrados dentro dessa unidade. Oliveira et al (2003), afirma que um dos fatores mais estressantes é o período de entubação, já que os movimentos e a comunicação tornam-se limitados.

Romano (1999) cita alguns diagnósticos psicológicos que são frequentemente observados em pacientes dentro da UTI. São eles: o delírio, a ansiedade e a depressão. Delírio é um prejuízo global reversível dos processos cognitivos, que pode causar desorientação, prejuízo na memória de curto prazo, discurso desconexo ou até mesmo alucinações. Depressão é caracterizada pela fadiga, abatimento do humor, perda de energia ou até mesmo pensamentos recorrentes em morte.

O Delirium, diferente do delírio, também é um diagnóstico de pacientes em UTI. Essa síndrome se caracteriza por uma perturbação aguda e flutuante da consciência e da cognição, ocorre em um curto período de tempo (horas a dias) e geralmente é um quadro reversível. Acomete até 80% dos pacientes em uso de ventilação mecânica que necessitam de doses, muitas vezes alta, de sedação. Seu aparecimento é prejudicial para o paciente prolongando o tempo de internação deixando-o mais suscetível à complicações. O tratamento inclui medidas simples, tais como: flexibilizar o horário de visitas promovendo o maior contato entre paciente e família, deixar com os pacientes objetos que permitam orientá-lo no tempo e espaço, reduzir ruídos e iluminação durante a noite. A comunicação deverá ser a mais clara possível, visando trazer o paciente para a realidade. O uso de medicações pode ser necessário na tentativa de minimizar a agressividade ou agitação desses pacientes (GIRARD ET AL, 2008; PESSOA e NÁCUL, 2006).

No decorrer do processo de internação, a forma como paciente e família vivenciarão esse momento, será uma experiência singular. Irá depender da maneira de cada um viver e se relacionar podendo variar de acordo com diversos fatores, dentre eles: a idade, a gravidade da doença, a história clínica, o tempo de internação, a rede de apoio, as vivências anteriores como paciente ou acompanhante, o estado emocional, as crenças, o tratamento e o possível prognóstico. É imprescindível lembrar que, antes do foco na manutenção da vida, através da tecnologia e de medicamentos, existe um indivíduo que tem sentimentos, afetos e emoções. Cada um atribuirá àquela doença e suas conseqüências um sentido pessoal que apenas pode ser compreendido frente ao contexto de sua história de vida (HABERKON e BRUSCATO, 2008; BOTEGA, 2006).

2.2. Família

“A família é um sistema intercomunicante, no qual o comportamento de um membro apenas pode ser compreendido em relação ao contexto do sistema grupal e do meio onde esse indivíduo está inserido.”

ROMANO, 1999

A família é entendida como unidade social intimamente conectada ao paciente através de laços afetivos, não precisando ter parentesco legal ou consangüinidade. O núcleo familiar deve ser visto como um sistema que possui suas próprias leis internas de estrutura e funcionamento. Sua manutenção, sua existência, sua organização e capacidade de adaptação dependem da busca ininterrupta de manter seu equilíbrio. A internação pode acarretar um desequilíbrio nesse contexto familiar desconfigurando os papéis desempenhados por cada indivíduo. Como a homeostase do sistema é interrompida por fatores internos e externos, a hospitalização é sentida como uma ameaça. Pode-se dizer que “paciente em desequilíbrio” é igual a “família em desequilíbrio”. Se o equilíbrio não é restaurado, gera-se uma crise nessas relações. Cada membro da família tentará criar estratégias adaptativas buscando restaurá-lo novamente (ROMANO, 1999; GUANAES e PUSCH, 2001; BECCARIA, 2008).

Além da desorganização causada pelo impacto da internação, a família precisará reavaliar os papéis sociais de cada membro, terá que lidar com a ameaça da perda, das pendências e, muitas vezes, dos segredos familiares prévios. Isso dependerá do lugar ocupado pelo paciente dentro da família, da doença, do sentido dado a ela e de sua inscrição no contexto familiar (ROMANO, 1999; ROSSI, 2008).

Quando os familiares entram na UTI, deparam-se com um aparato tecnológico capaz de transmitir segurança e tranquilidade por um lado, mas por outro, responsabilizam-nos pelo isolamento e solidão dos pacientes. Geralmente a família não está preparada para ver seus entes queridos ligados a inúmeros equipamentos, sedados, entubados, contidos ou até mesmo em delirium. Chocam-se com esse cenário e deixam a UTI desesperados sem receber qualquer tipo de informação ou acolhimento por parte da equipe multiprofissional (BECCARIA, 2008; NASCIMENTO ET AL, 2007).

Kitajima e Cosmo (2008) escrevem que a família deveria ser acolhida em seus questionamentos e dúvidas na tentativa de minimizar a ansiedade e as incertezas geradas pela internação. Isso facilitaria a adaptação dentro do contexto hospitalar.

Rossi (2008) descreve que a UTI é um ambiente comum para os profissionais de saúde, pois fazem parte de sua rotina assistencial, enquanto que para os familiares é um espaço assustador. O receio de causar danos aos pacientes e/ou equipamento é enorme, restringindo o contato físico entre o familiar e seu ente. É necessário que os familiares sintam-se seguros quanto às informações recebidas e ao tratamento dispensado ao paciente.

Durante o período de internação, a família vivencia diferentes etapas dentro desse processo. Primeiro, como já mencionado acima, a família passa por períodos de crise e tenta mobilizar recursos de enfrentamento. Nesse momento, a família não percebe suas necessidades e nem as do paciente, sentindo-se confusa, parte em busca de informação. Mais contextualizada, os familiares passam a se preocupar com os cuidados com qualidade e eficácia que seu ente está recebendo. Por fim, partem em busca de recursos para suprir as suas necessidades e as do paciente (ROSSI, 2008).

Silveira et al (2005) relata que a presença da família tem sido tema de destaque no processo de compreensão dos fatores que podem interferir no cuidado do paciente. Afirma que é preciso valorizar a presença da família no cuidado prestado, principalmente quando ela vivencia a internação de um parente na UTI. Mesmo quando a família mostra-se fragilizada, continua

ocupando um papel de destaque para o paciente e sua presença contribui para que o mesmo sinta-se acolhido, seguro, amado e com significado para seu grupo familiar. Porém a possibilidade de construir novos paradigmas, como a permanência prolongada da família em UTIs, requer sensibilidade e disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender o novo, capacidade de reconhecer a si e ao outro e principalmente a crença que o significado e afetos da relação familiar são fundamentais para paciente e sua recuperação.

2.3. Equipe Multiprofissional

“A pessoa do médico pode ser um medicamento poderoso e eficaz, que causa impacto significativo na construção do vínculo e até mesmo na própria ação do remédio prescrito.”

BALINT, 1988

A palavra “médico” citada na frase de Balint poderia, em alguns casos, ser trocada por outras especialidades que compõem a equipe multiprofissional de uma UTI. Romano (1999) escreve que o conhecimento não pode ser adquirido, assimilado e nem aplicado por uma única pessoa. Ele não pode ser isolado e nem fragmentado. Cada um, dentro da equipe, tem a sua função, cuida da sua especialidade e todos juntos cuidam de um só corpo, um só ser humano.

Como relata Maldonado e Canella (2009), da mesma forma que um medicamento, a atuação do profissional de saúde pode fazer bem ou provocar efeitos colaterais indesejáveis, pois tudo aquilo que trata apresenta riscos. O cruzamento dessas possibilidades formam uma questão-chave: o profissional como agente de saúde ou como fonte de dificuldades.

O cotidiano da equipe multiprofissional dentro da UTI é permeado por diversos sentimentos e vivências de dor, sofrimento, impotência, angústia, medo, desesperança, desamparo, perdas e morte. É necessário criar estratégias de enfrentamento para lidar com essas situações. Nem sempre as escolhidas são as mais adequadas e por vezes podem comprometer o trabalho do profissional. É um ambiente fascinante para alguns, porém, aversivo para outros. A possibilidade de diagnosticar corretamente, curar doenças, aliviar a dor e o sofrimento e salvar vidas fazem com que o trabalho do profissional de saúde seja reconhecido gerando gratificação e realização pessoal. Contudo é

importante ressaltar que muitas vezes devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, o profissional presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva (ROSSI, 2008; SILVA JR ET AL apud BENINCÁ, 2002; SILVA e ANDREOLI, 2008; COLLET e ROZENDO, 2003).

Moreira e Biehl (2004) relatam que há uma maior aceitação da morte, por parte dos profissionais, quando percebem que os procedimentos invasivos não são mais eficazes para garantir a qualidade de vida daquele paciente. Orlando (2002) escreve que o desgaste emocional maior vivenciado pela equipe da UTI é a comunicação da morte aos familiares.

Devido a altos níveis de estresse, Nogueira-Martins (2002) relata que na literatura há a descrição de algumas síndromes associadas às atividades profissionais dos médicos, como a síndrome de *burnout*. Esta síndrome é definida como uma resposta ao estresse ocupacional crônico e é caracterizada por altos níveis de exaustão emocional e despersonalização, e baixo envolvimento pessoal no trabalho.

O quadro é composto por sintomas somáticos, tais como: exaustão, fadiga, cefaléia, distúrbios gastrintestinais, insônia e dispnéia. Os psicológicos: humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse. Os comportamentais: fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos, fazer críticas e evitar os pacientes e o contato visual. Algumas características da personalidade do indivíduo estão relacionadas a essa síndrome. Profissionais mais inflexíveis, mais teimosos e com dificuldade de adaptação estão mais suscetíveis. A possibilidade de controlar as situações também está relacionada. Quanto menor o controle, maior o nível de *burnout* (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

As consequências são a diminuição do desempenho profissional, interferências na vida familiar, baixa auto-estima, desmotivação, aumento de problemas de saúde e alta rotatividade de pessoal. Todos esses fatores interferem na qualidade do trabalho desses profissionais de saúde (NOGUEIRA-MARTINS, 2002; ROSSI, 2008).

Silva e Andreoli (2008) escrevem que os profissionais de saúde precisam ter empatia e atitude colaborativa para promoverem o melhor cuidado ao paciente. Benedito apud Diniz e Schor (2006) relata que as informações, dadas pela equipe, devem ser claras o suficiente para que os familiares não fantasiem situações aumentando o medo e dificultando a comunicação com a equipe. É imprescindível estabelecer uma relação de confiança com o paciente e o familiar durante todo o período de internação

3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa etnográfica¹, realizada no ano de 2009/2010, cujo cenário foi a UTI “aberta” de um hospital privado do Rio de Janeiro – RJ. O setor possui um total de sete suítes privadas, um balcão para atendimento, uma sala para a equipe de enfermagem e outra para a equipe médica e membros da equipe multiprofissional.

As pesquisas com os profissionais da equipe multidisciplinar foram aplicadas no intervalo entre os meses de junho a setembro de 2010, tendo como instrumentos a observação participante e entrevistas individuais semi-estruturadas. (Anexo 1)

A equipe total da unidade é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem e fonoaudiólogos. Os sujeitos escolhidos para a aplicação foram: uma médica rotina, quatro plantonistas, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem e duas fisioterapeutas.

Foram excluídas a equipe de Psicologia, já que a autora do projeto faz parte da equipe e a de Fonoaudiologia, por ser um serviço terceirizado, sendo solicitado somente por pedidos de parecer.

A cada participante foi explicado o objetivo da pesquisa, sendo compreendido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Anexo 2)

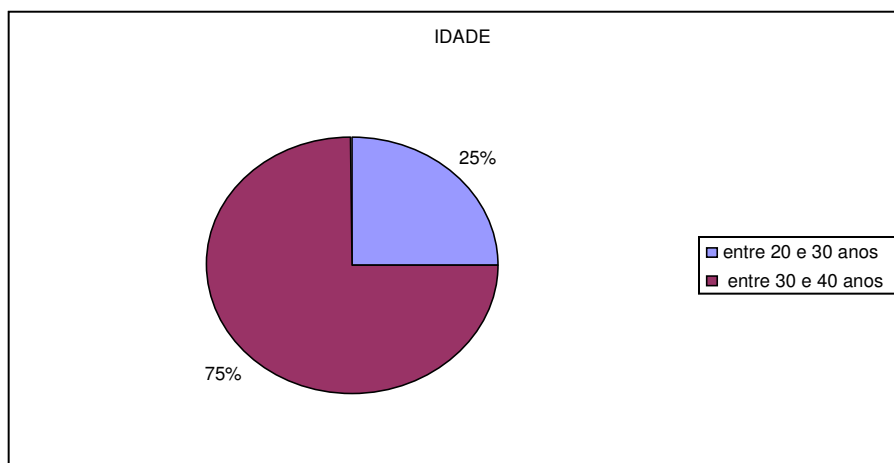
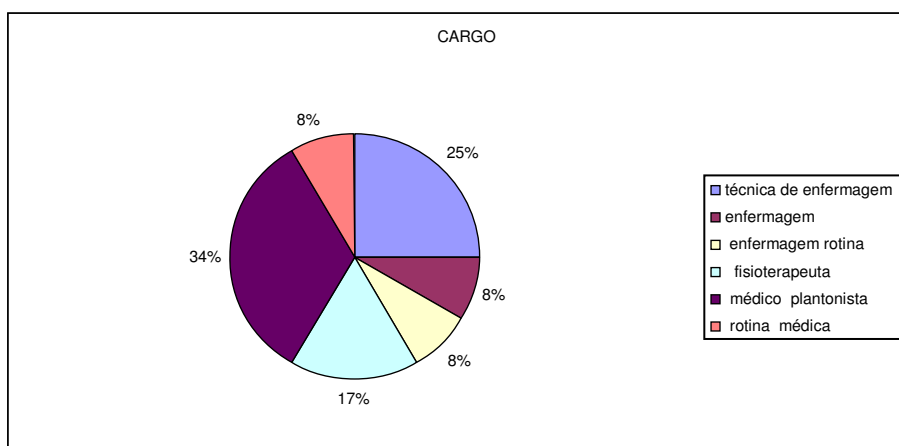
O Comitê de Ética em Pesquisa do CEP Hospital Copa D’Or aprovou o projeto que está de acordo com a Resolução 196/96 do CSN quanto ao sigilo dos dados, anonimato dos participantes e utilização dos dados para fins científicos.

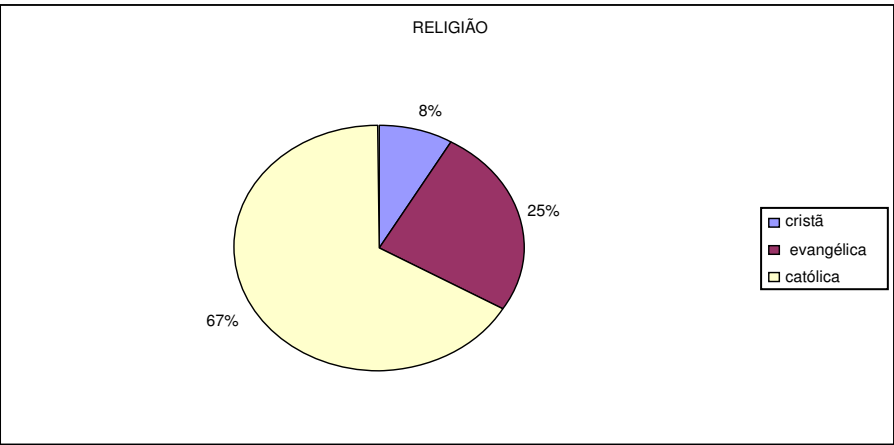
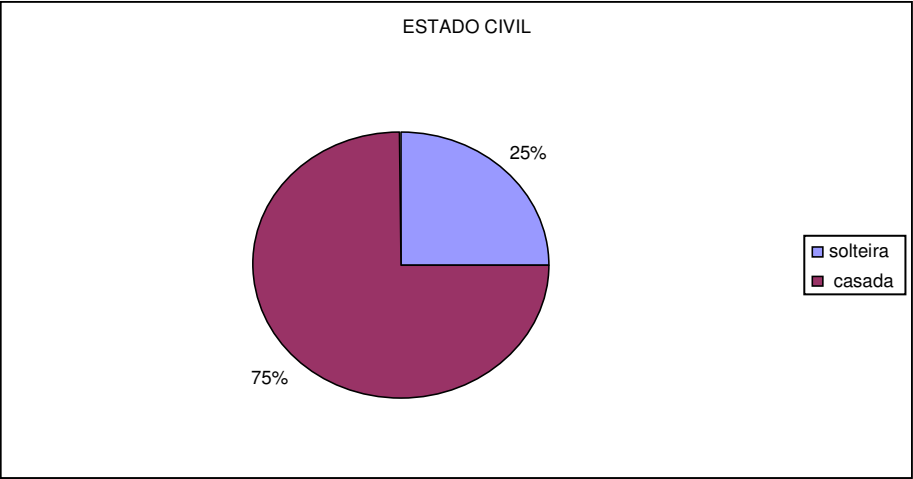
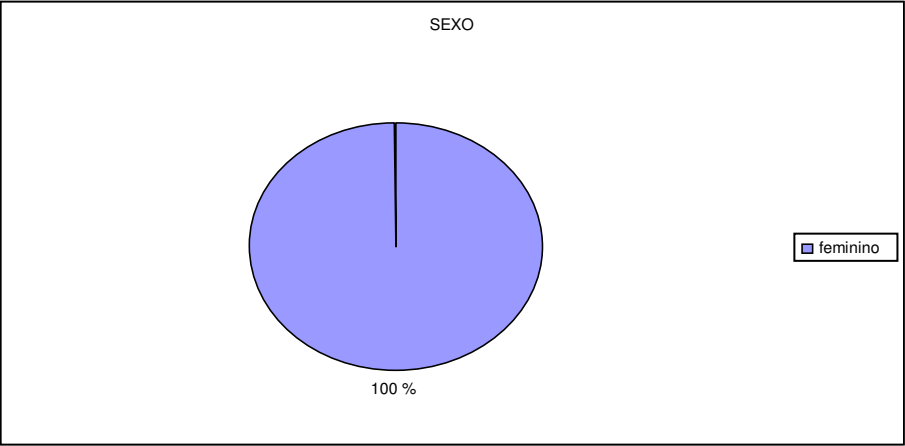
Os dados obtidos foram analisados a partir da categorização das respostas dos participantes, sendo descritos as de maior destaque.

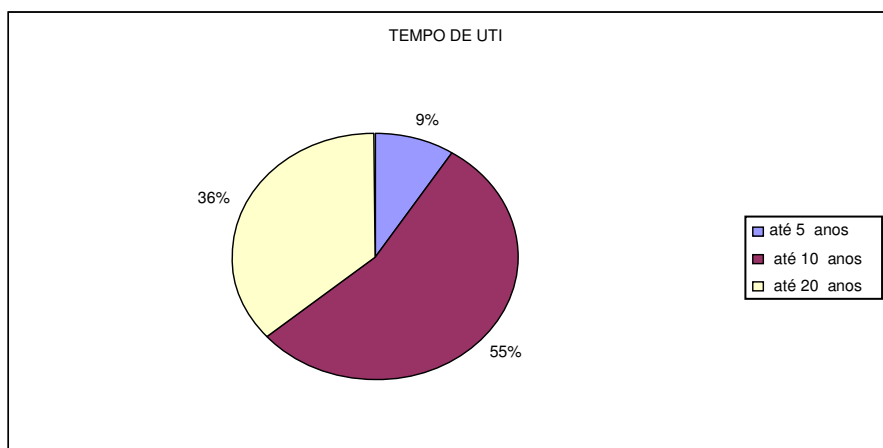
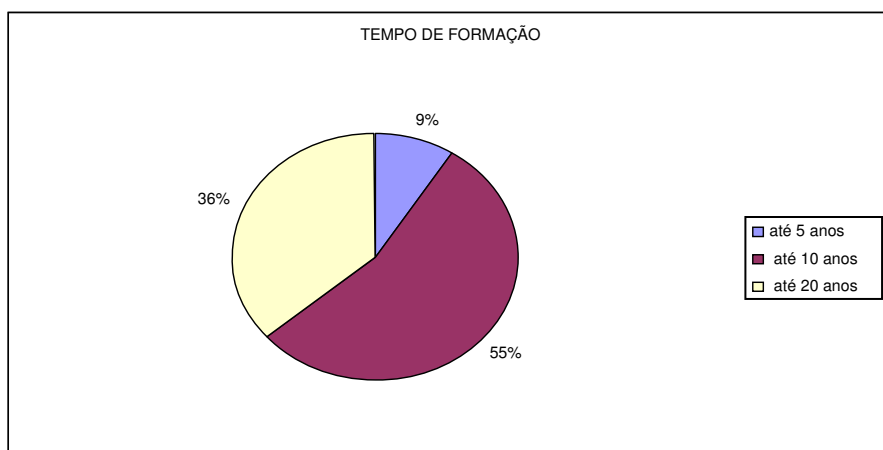
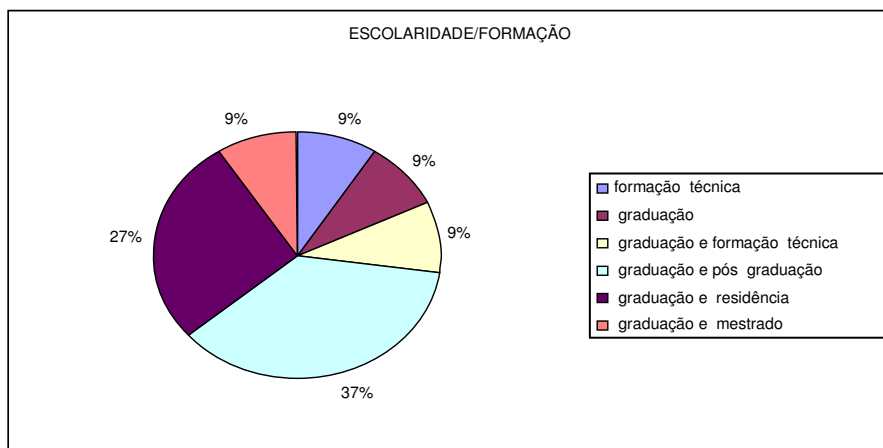
¹ Etnografia: É uma técnica proveniente das disciplinas de Antropologia Social, que consiste no estudo de um objeto por vivência direta da realidade onde estes se inserem.

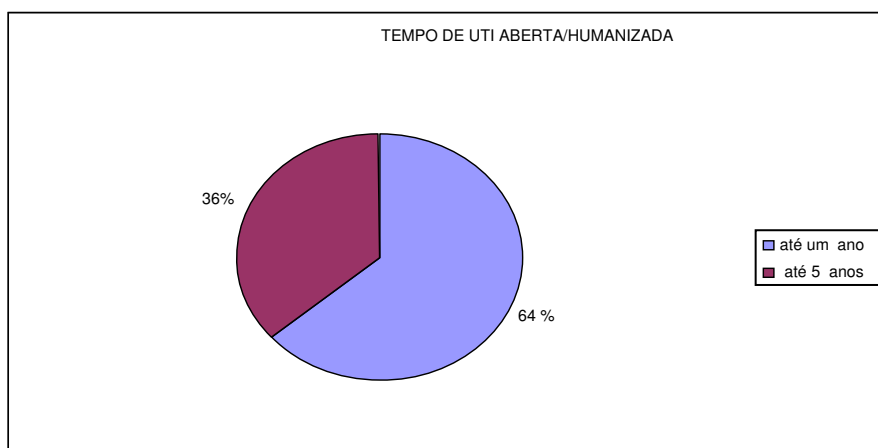
4. Apresentação dos resultados

Os gráficos abaixo permitem uma visualização dos dados mais gerais dos participantes da pesquisa, tais como: cargo, idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade/formação, tempo de formação, tempo em UTI e tempo em UTI aberta/humanizada.









Análise das categorias

As entrevistas foram submetidas a uma análise qualitativa. Essa análise foi feita a partir de categorias que definem a percepção dos profissionais de saúde, do hospital em questão, em relação ao modelo de UTI humanizada/aberta. As categorias seguem abaixo:

1. Modelo humanizado da UTI
2. Benefício para pacientes
3. Opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral
4. Situações difíceis dentro da UTI aberta/humanizada
5. Sobrecarga de trabalho para a equipe
6. Aspectos relacionados à formação pessoal da equipe

Categorias:

1. Modelo humanizado de UTI

Modelo humanizado de UTI significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social. Esta prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um. Pode-se

dizer que 100% dos profissionais de saúde entrevistados acreditam ser interessante esse modelo de UTI aberta/humanizada, porém ainda existem falhas a serem reparadas. As opiniões se dividem: alguns acham positivo para os profissionais, outros somente para o paciente e outros para ambos. A maioria percebe a valorização de seu trabalho dentro dessa unidade, outros sentem-se avaliados em tempo integral. Dois profissionais relatam não fazer diferença, em relação ao seu trabalho, o modelo de UTI fechado ou aberto.

“Bom e ruim ao mesmo tempo (...) às vezes por ser humanizado dá a liberdade de duas, três, quatro pessoas, e isso muitas vezes acaba atrapalhando o tratamento.” (técnica de enfermagem 1)

“O doente, aqui, não é meu. É de um médico que internou aqui (...) isso facilita um pouco o trabalho. Não é em qualquer lugar que isso daria certo. Se for um CTI que não tenha essa figura de médico assistente, o profissional tem que cuidar de todos os doentes (...) não daria certo.” (médica plantonista 1)

“Não faz diferença, o trabalho é o mesmo independente do modelo de UTI” (fisioterapeuta 1)

“Bom, desde que haja uma harmonia entre equipe e familiares. (...) O trabalho que eu faço, eu tenho certeza que cada detalhe eles estão avaliando.” (técnica de enfermagem 2)

“Muito bom para o paciente e bem difícil para a equipe lidar. (...) no CTI 1 (fechado) você trabalha com a gravidade ao extremo, tem que ser até um pouco mecânico para não perder nada. São dois extremos diferentes.” (enfermeira 1)

Existem críticas a esse modelo, mas as mais apontadas resumem-se em não haver critérios para a internação e a falta de explicação quanto à rotina da unidade.

“Deveria haver normas a serem respeitadas (...) quando o paciente internasse deveria ter uma cartilha que ele pudesse ler e saber quais seriam as rotinas” (técnica de enfermagem 1)

“Critérios de internação e de alta (...) UTI mais humanizada acaba servindo como quarto. (...) Muitas vezes serve como um lar de idosos, para doentes de home care e demência avançada.” (médica plantonista 1)

“Deveria ter um controle a respeito de entrada e saída dos acompanhantes.” (técnica de enfermagem 3)

“Deixar bem claro a entrada e saída de crianças. Porque às vezes a Psicologia deixa entrar e a gente tem normas para não deixar e isso acaba criando um conflito.” (enfermeira 2)

“O posicionamento dos médicos em relação ao modelo de UTI aberta, achando que aqui é uma unidade semi-intensiva e que tanto faz estar aqui ou num quarto.” (médica plantonista 3)

2. Benefício para o paciente

A maioria dos profissionais de saúde percebe que esse modelo de UTI, com a permanência da família em tempo integral, é favorável para pacientes com menor gravidade, em processo de desmame e interagindo ou começando a interagir com o ambiente. Pacientes graves não seriam beneficiados. Poucos relataram ser importante esse modelo para os pacientes graves.

“Para pacientes graves, ainda em fase de tratamento mais intensivo eu acho que traz mais angústia do que conforto (...) fica muito mais difícil de você trabalhar” (técnica de enfermagem 1)

“Num modelo de UTI com menor gravidade eu acho interessante a presença da família.” (rotina médica 1)

“(...) tem muitos pacientes graves que ficam conscientes, lúcidos, então é muito importante a família está presente” (técnica de enfermagem 3)

“Paciente entubado não entende o que o profissional está fazendo e não tem interação com o mesmo.” (enfermeira 1)

3. Opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral

As opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral divergem em alguns pontos. A maioria dos profissionais percebe que a família tenta controlar e/ou ditar regras. Mas por outro lado podem alertar os profissionais sobre o que ocorre nos quartos durante a internação. Serve como um porto seguro para o paciente. Criticam a dificuldade dos familiares em aceitar o adoecimento de seu ente.

“(...) ele está em uma unidade fechada, com pessoas estranhas, ambiente estranho, liga máquina, as pessoas começam a conversar, põe medicação, fiação... então eu acho que com um familiar o paciente se sente mais seguro” (técnica de enfermagem 1)

“(...) quando o paciente que recusar alguma coisa, o familiar conversando, fica tudo mais fácil, se sente mais protegido.” (fisioterapeuta 1)

“Acho que a família algumas vezes fica mais nervosa e acaba deixando o paciente mais nervoso. (...) por outro lado, a família serve como um meio de comunicação em termos de trazer informações de como esse doente era em casa.” (rotina médica 1)

“Eu entendo que quando a família vê o que está acontecendo ela não cria fantasias sobre o que poderia estar acontecendo se ela não estivesse ali. (...) eu acho que culturalmente o Brasil ainda não está pronto para isso (...) acham que estão lá para ver se ninguém vai fazer nenhuma besteira” (médica plantonista 2)

“(...) determinadas personalidades de algumas famílias, do tipo querer interromper o tratamento, opinar, questionar; isso dificulta a nossa atuação.” (fisioterapeuta 2)

“(...) fazer algo durante a noite incomoda a família, eles mesmos reclamam. A família se sente incomodada com essas intervenções da equipe” (técnica de enfermagem 3)

“(...) família quer controlar a situação, dizer o que a equipe tem que fazer e quando tem que fazer.” (médica plantonista 4)

4. Situações difíceis dentro da UTI aberta/humanizada

Metade dos profissionais relata que a situação mais difícil dentro da UTI é a permanência da família. Dificulta quando a família se posiciona de forma negativa em cooperar com a internação. Os demais se dividem em final da vida, intercorrências médicas e paciente difícil. Um entrevistado respondeu que não há situação difícil dentro desse ambiente.

“(...) pacientes pouco colaborativos, que acham que UTI é um quarto e não tem noção da gravidade do quadro e querem mandar na equipe.” (médica plantonista 1)

“Família se posiciona como general das coisas.” (médica plantonista 2)

“Família dificulta o trabalho ao invés de ser aliado.” (fisioterapeuta 2)

“(...) situações mais difíceis são as intercorrências, uma parada, uma entubação, situações normais de uma UTI.” (técnica de enfermagem 3)

“(...) você que fazer algo rápido, com praticidade para as coisas andarem mais rápido e você precisa parar para explicar porque está fazendo isso ou aquilo para a família. (enfermeira 1)

“Paciente terminal, pacientes jovens que são terminais. Tento lidar com muito controle, mas às vezes acabo me envolvendo (...) quando vejo que estou envolvida acabo colocando o meu lado mais racional.” (enfermeira 2)

5. Sobrecarga de trabalho para a equipe

Alguns profissionais relatam que esse modelo de UTI aberta/humanizada acaba sobrecarregando a equipe. Além de terem que dar suporte para o paciente, a família muitas vezes, acaba necessitando mais da equipe do que o próprio. Por ser um modelo diferenciado, falta profissional especializado para trabalhar dentro dessa unidade.

“Necessário ter mais paciência com o acompanhante do que com o paciente, muitas vezes dá mais trabalho que o próprio paciente.” (técnica de enfermagem 1)

“(...) e a permanência da família ali é um fator que você precisa levar em consideração porque você acaba tendo que não só dar atenção para o paciente como para a família também.” (rotina médica 1)

“a equipe deveria ser mais protegida quanto à sobrecarga de situações que poderiam ser evitadas (...) nesse modelo, a equipe precisa de um suporte das chefias para que se sinta respaldada em suas ações.” (médica plantonista 3)

“para o médico é o dobro de gente para acalmar, é mais trabalhoso pro médico. Você precisa de um número maior de profissionais trabalhando, porque a família é uma demanda a mais.” (médica plantonista 4)

6. Aspectos relacionados à formação pessoal da equipe

Mais da metade dos profissionais relataram que uma das características pessoais mais importantes para o profissional dessa unidade aberta/humanizada é a paciência. Em seguida, empatados, vem a simpatia, o “jogo de cintura”, a atenção ao paciente, a tranquilidade, o gostar de conversar e a empatia. As demais características como educada, ansiosa, aparência, angústia, respeito, timidez, assertiva, carinhosa e carismática foram citadas apenas por um profissional cada uma.

“Tenho paciência para explicar o que está acontecendo com o paciente” (médica plantonista 3)

“Ser simpático o tempo inteiro, não adianta chegar com a cara sisuda para as famílias porque elas não vão confiar em você.” (enfermeira 1)

“(...) se eu fosse uma pessoa um pouco mais paciente me favorecia mais.” (fisioterapeuta 2)

“(...) atenção a tudo o que se faz.” (técnica de enfermagem 3)

“(...) a gente tem que ter um pouco mais de paciência (...) engolir alguns sapos mesmo, a gente vai ter que ouvir coisas que não vai gostar.” (rotina médica 1)

5. Discussão de Resultados

A discussão dos resultados será feita em duas partes. Inicialmente, serão apresentados os dados mais gerais da pesquisa, como sexo, idade, estado civil, religião, formação, tempo de formação e tempo dentro das UTIs. Na segunda, serão analisadas as categorias escolhidas juntamente com os fragmentos das respostas dos participantes, observação participante e os escritos dos autores.

A amostra da pesquisa foi composta por doze profissionais de saúde sendo todas as entrevistadas do sexo feminino. A maioria tem entre 30 e 40 anos de idade, possuem nível superior completo com pós graduação há pelo menos dez anos. O tempo de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva é de no máximo dez anos e em UTI aberta/ humanizada, um ano.

Diversas pesquisas vêm contribuindo para a discussão de gênero feminino e masculino dentro dos campos profissionais. Estudos sobre o trabalho feminino e a inserção das mulheres no mercado de trabalho vêm sofrendo transformações.

Antes, ao homem competia o espaço público, o trabalho não doméstico e o encargo da subsistência da prole e à mulher cabia o trabalho doméstico, as tarefas relativas a este espaço e o cuidado com a família. Sendo assim, o masculino era caracterizado pela razão, instrumentalidade e objetividade, enquanto o feminino estava associado às emoções, o afeto e o relacional.

Ao longo dos anos, com as diferentes mudanças desse panorama, a mulher expandiu seu trabalho, ocupando posições antes jamais vistas, como por exemplo, em profissões de nível superior de prestígio, como na medicina (BRUSCHINI e LOMBARDI, 1999).

Como já dito anteriormente, a UTI é uma espaço dentro do hospital destinado à pacientes graves que necessitam de cuidados médicos intensivos. A UTI aberta/humanizada da instituição pesquisada conta com todos esses cuidados além da permanência da família em tempo integral.

Nogueira-Martins e Bógus (2004) descrevem que a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada hospital terá seu processo singular de humanização.

A primeira categoria analisada foi o modelo humanizado de UTI. Para Silva, Porto e Figueiredo (2008), a humanização nesse ambiente deve existir como um cuidado aliado à técnica e ao conforto, associado à valorização da subjetividade e aos aspectos culturais de cada pessoa incluindo a relação de diálogo entre os profissionais.

A partir dos fragmentos das respostas das participantes sobre esse modelo, somado aos estudos sobre o processo de humanização dentro de hospitais, pode-se notar que os profissionais de saúde dessa instituição vêm valorizando a passos largos a importância desse novo modelo de UTI. Percebem a importância de seu trabalho a partir do olhar da família e isso exige do profissional maior conhecimento das doenças e tratamentos.

Alguns criticam, por ser um modelo que demanda um trabalho diferenciado em terapia intensiva (que envolve cuidados médicos intensivos e mais tempo gasto com a família), em que faltam informativos para os familiares e falta de critérios na internação por parte dos médicos responsáveis pelos pacientes, os chamados médicos-assistentes (MA).

Na instituição em questão, os MAs são exclusivamente responsáveis pela conduta clínica de seus pacientes, deixando os médicos plantonistas da UTI responsáveis somente pelas intercorrências.

Notou-se, que em muitos casos, os plantonistas deixaram transparecer seu descontentamento em manter pacientes internados sem a necessidade dos cuidados intensivos, como nos casos de pacientes com demências, pacientes de home care e inclusive, pacientes sem acompanhantes, mas que necessitavam de cuidado específico a pedidos dos médicos assistentes.

A segunda categoria é o benefício para o paciente. Gotardo e Silva (2005) relatam que da mesma forma que o ambiente da UTI tende a ser extremamente hostil para o paciente, é mais ainda para os familiares, pois estes estão aptos a perceber com mais detalhes o ambiente desconhecido do que o próprio paciente. Ainda mais por ser uma unidade aberta, o familiar tem mais tempo para vivenciar esse ambiente.

Para esses autores, os membros da família, quando bem preparados, têm condição de ficar mais tempo junto ao seu familiar e serem envolvidos no processo de recuperação, que, além de beneficiá-los, diminui o sentimento de desamparo.

Os profissionais de saúde dessa instituição acreditam ser benéfica a presença da família em tempo integral, mas somente para pacientes mais estáveis e que tenham interação com o ambiente. Pacientes graves não

perceberiam e nem se beneficiariam com a presença da família. Talvez, esses profissionais não percebam que a presença física, o toque e a palavra (mesmo sem saber se são escutados ou não), podem fazer a diferença não para o paciente, mas sim para a família. Esta sente-se confortada por estar ao lado do paciente, mesmo que este, encontre-se sedado e entubado.

A terceira categoria refere-se às opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral. O processo de adoecer acontece na vida de uma pessoa de maneira inesperada trazendo consigo vários sentimentos e mudanças em seu cotidiano, que podem ser vivenciadas e aceitas de uma forma diferente por cada pessoa dependendo de suas experiências de vida (SEVERO e GIRARDON-PERLINI (2004); HABERKON e BRUSCATO (2008). Com a internação, alguns pacientes sentem-se mais tranquilos e seguros com a presença da família.

O paciente necessita de cuidados da equipe, da família e de sua rede social, como os amigos durante o processo de internação. Muitas vezes, os pacientes sentem-se inseguros e vulneráveis levando-os a recusarem certos procedimentos e/ou tratamentos, como visto nos relatos das entrevistas. A presença da família serve como aliadas ou ditadoras nesse processo.

Para alguns profissionais entrevistados, não havia a necessidade do apoio da família e dos amigos quando o paciente encontrava-se gravemente enfermo, como visto anteriormente. Apenas um profissional enfatizou ser de extrema importância a permanência da família, no sentido da não criação de fantasias a respeito do quadro clínico e dos prognósticos dos pacientes.

A antepenúltima categoria são as situações difíceis dentro da UTI aberta/humanizada. Nascimento et al (2007) escrevem sobre o processo de humanização e relata a importância do contato mais próximo com os familiares. Reafirmando Gotardo e Silva em categorias acima.

Estudos apontam que as maiores dificuldades por parte dos profissionais são as intercorrências inesperadas e mudanças repentinas no estado clínico do paciente aumentando a ansiedade e a tensão dentro da unidade (Knobel, 1998).

Para essa equipe de profissionais em questão, embora tenham a consciência que o modelo humanizado gera mais benefícios para o paciente, colocam a presença da família como uma das situações mais difíceis de lidar dentro da UTI. Relatam tentativas de controle no processo de internação ditando normas e regras para o desenvolvimento do seu trabalho. Somente um profissional relatou serem difíceis as intercorrências, como no caso de uma parada cardíaca, uma entubação inesperada, por exemplo.

Duas profissionais relataram que pacientes terminais geram sofrimento não só para o paciente e família, mas também para a toda a equipe multiprofissional.

Mesmo com o avanço das descobertas científicas, nem sempre a morte pode ser evitada dentro dessas unidades. E a maneira como cada profissional irá lidar com essa perda dependerá de sua história de vida pessoal, da cultura em que está inserido e até mesmo de sua formação universitária. O sentimento gerado por estas situações, muitas vezes, se traduz em impotência, frustração e revolta. (KÓVACS, 2010)

A penúltima categoria é sobrecarga de trabalho para a equipe. Knobel (1998), coloca que o que mantém esses profissionais trabalhando nas UTIs, é a capacidade de transformá-lo em fonte de prazer. O contato direto com o paciente e com a função nobre socialmente valorizada de cuidar e promover elementos essenciais à sua sobrevivência constitui-se em fatores de proteção psíquica para a equipe de saúde.

Para essa equipe, a dificuldade encontrada dentro das UTIs é a falta de profissionais qualificados para trabalhar nesse modelo e o suporte excessivo que a família demanda da equipe.

A partir da experiência do estágio, pôde-se notar que o pouco tempo de unidade (seis anos) e as próprias vivências dos profissionais em UTI, dificultam a seleção desses profissionais. Uma entrevistada citou que características da personalidade podem dificultar o trabalho dentro dessa unidade. Outra relata a questão da maturidade, maior tolerância advinda da idade.

Uma das entrevistadas, 31 anos, trabalha desde o início dentro dessa unidade, relatou que em 2005 era mais angustiante trabalhar nessa unidade do que hoje em dia. Outra entrevistada, 34 anos, relatou não entender, em 2005, como um paciente seria entubado e a família estaria ao lado dele.

Essas experiências vão sendo transmitidas para outros profissionais novos que ingressam nessa unidade. As experiências são adquiridas ao longo do tempo de trabalho.

A última categoria são os aspectos relacionados à formação pessoal da equipe. Falar sobre essa categoria requer, em primeiro lugar, definir personalidade.

A personalidade é o conjunto de características psicológicas e consistentes que determinam a individualidade pessoal e social de cada indivíduo, ou seja, é um conjunto único e específico de características

psicológicas como padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos de uma pessoa.

Entende-se que a personalidade é o que diferencia um indivíduo do outro, uma vez que cada um possui o seu padrão de comportamento, maneira de pensar, de sentir e de agir. Ela determina o significado das experiências vividas, da própria existência, do mundo e de todos os indivíduos, tornando-os pessoas singulares.

A partir da convivência com os profissionais de saúde da UTI aberta/humanizada foi percebida a dinâmica de cada profissional dentro dessa unidade. Alguns mais pacientes, outros menos tolerantes, uns simpáticos, outros exigentes; cada uma com a sua bagagem de vivências.

Talvez, por ser uma unidade que recebe familiares em tempo integral, a característica mais acentuada dentro dessa unidade, por parte das profissionais, foi a paciência. Ser paciente com o paciente e sua família.

A equipe citou entre essas acima, outras como: respeito, atenção, tranquilidade, timidez, assertividade, carisma, empatia, calma, carinho, aparência, gostar de conversar, gostar do trabalho, “*jogo de cintura*”, ansiedade, angústia e variação do humor.

Conclusão

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço de internação para pacientes graves ou de risco que requerem assistência médica e de enfermagem permanentes, com recursos humanos especializados, com equipamentos específicos próprios e outras tecnologias destinadas a diagnóstico e tratamento. Dentro dessas unidades são encontradas em doses variadas o que a sociedade tem de mais nobre, bonito e incrível, bem como o que há de mais triste, degradante e violento. Há pessoas lutando com todas as suas forças para sobreviver (BALLONE, 2004).

Com base nos estudos sobre humanização, um hospital particular do Rio de Janeiro implantou, em outubro de 2005, uma Unidade de Terapia Intensiva que garante além do cuidado ao paciente, a permanência da família em tempo integral.

As opiniões em relação a esse novo modelo são dicotômicas. Alguns autores apontam para o benefício do paciente na questão da segurança, enquanto outros relatam gerar mais estresse, inclusive para a própria família.

Durante o período de internação, o paciente fica exposto e muito vulnerável a todo e qualquer procedimento invasivo, acarretando sentimentos de frustração fragilizando-o e sensibilizando-o ainda mais (TORRES, 2008). Ele lida em tempo integral com a sua própria impotência, a dependência de terceiros e experencia um ambiente totalmente inovador e complexo para ele.

A partir das entrevistas com os profissionais de saúde que trabalham dentro desse novo conceito de unidade, ficou evidente que 100% das entrevistadas acreditam ser importante, para o paciente, esse novo modelo humanizado. Porém, crêem ser benefício para pacientes que encontram-se acordados e interagindo com o ambiente, ou seja, sem o risco iminente da morte.

As entrevistas retratam a visão em relação a permanência da família em tempo integral dentro dessa Unidade de Terapia Intensiva aberta/humanizada. Para esses profissionais, a família, em muitos momentos, é vista como facilitadora desse processo de internação, ajudando o paciente a sentir-se mais seguro, encorajando-o a realizar procedimentos ou aceitar tratamentos que o mesmo teria dificuldades em decidir sozinho. Porém, em muitos casos, também podem ser percebidas com certa dificuldade quando tentam controlar ou ditar regras para a equipe.

Além disso, as categorias, possibilitaram um panorama geral em relação a sobrecarga de trabalho. Para eles, é necessário acalmar não somente o paciente como também a própria família e nem sempre os profissionais que trabalham nessa área (UTI) são acostumados a esse modelo. Isso gera dificuldade para a equipe sobrecarregando outros profissionais. Talvez o pouco tempo de unidade, ainda não tenha possibilitado a todos os profissionais o contato maior com esse novo tipo de setor.

Os profissionais enfatizam a paciência como uma característica da personalidade de extrema importância para o trabalho dentro dessa unidade. Entendem que a família, muitas vezes, é uma carga a mais que demanda mais até do que o próprio paciente.

Esta pesquisa conclui que o modelo humanizado é o mais indicado para o paciente, porém ainda são necessários alguns ajustes em relação ao próprio ambiente e ao profissional de saúde.

Referências Bibliográficas

BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. 2. ed. São Paulo: Livraria Atheneu, 1988

BALLONE, G. J. Humanização do Atendimento em Saúde, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.virtualpsy.org/temas/humaniza.html>>, 2004

BASTOS, M. A. R., Etnografia: estratégia metodológica utilizada para contextualizar o cenário do CTI de um hospital universitário. Rev. esc. enferm. USP v.35, n.2, São Paulo, junho, 2001 Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em 29 set 2010

BECCARIA, L M.; RIBEIRO, R.; SCARPETTI, N.; CONTRIN, L M.; PEREIRA, R.; RODRIGUES, A M. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. Arq Ciênc Saúde abr/jun, 15(2), 2008, p.65-69

BENEDITO, M D. Lidando com as angústias das internações. In: DINIZ, D.; SCHOR, N. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina, Barueri, São Paulo, Manole, 2006, p.139-141

BENINCÁ, C. R. S. A enfermagem da UTI diante da morte: um estudo fenomenológico. Psico, Porto Alegre, v. 14, n.2, 2002, p.385-399

BOTEGA, N. J. Reação à doença e à hospitalização. In: Botega, N. J. (org). Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência, Porto Alegre: Artmed Editora, 2006, cap.3, p.49-66

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. Médicas, arquitetas, advogadas e engenheiras: mulheres em carreiras profissionais de prestígio. In: Revista Estudos Feministas, v. 7, n. 1 e 2, p. 9-24,1999

CAETANO, J. A.; SOARES, E.; ANDRADE M. L.; PONTE, R. M. *Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo*. Esc. Anna Nery v.11 n.2. Rio de Janeiro, junho, 2007 Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em 29 set 2010

CARNEIRO, AM. Comunicação enfermeiro-paciente na UTI: estudo interativo do processo de comunicação. (dissertação) Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ; 1982

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem, *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 56, n.2, 2003, p.189-92

COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, 2009, p.571-80

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 02 out. 2010

GUANAES A. e SOUSA, R. P. Introdução: Objetivos, Conceito, Histórico e Filosofia. In: *Humanização em Cuidados Intensivos*. (AMIB). Rio de Janeiro, 2001

GIRARD, T., PANDHARIPANDE, P., ELY, E. O delirium (síndrome confusional) na unidade de tratamento intensivo. *Critical Care*, 12 (Supl.3): S3 (doi: 10.1186/cc6149, 2008

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem, UERJ*, 2005; 13: p. 223-228

HABERKON, A. e BRUSCATO, W. L. Qualidade de vida e internação em UTI. In: ANDREOLI, P. e ERLICHMAN, M. R. *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo. Atheneu, 2008

KITAJIMA, K. e COSMO, M. Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P.; ERLICHMAN, M. R. Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves. São Paulo. Atheneu, 2008,p.213-229

KNOBEL, E. *O paciente crítico*. São Paulo. Atheneu, 1998

KÓVACS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional, *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(4): p.420-429

MACIEL, M. R; SOUZA, M. F. S. Acompanhante de adulto na unidade de terapia intensiva: uma visão do paciente. *Acta Paul Enferm*, 19(2): 138-143, 2006

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. *Recursos de relacionamentos para profissionais de saúde*. São Paulo. Novo Conceito, 2009

MEZZOMO, J.C. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. Barueri: Manole, 2001

MORAES, J.C.; GARCIA, V. da G.L.; FONSECA, A. da S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. *Revista Nursing*. v. 79, n.7, 2004

MOREIRA, E. C.; BIEHL, J. G. Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no nordeste do Brasil. *Revista Bioética*, v. 12, n. 1, 2004, p.19-30

MORSCH, C.; BARROS, E. Qualidade de vida em terapia intensiva. In: DINIZ, D.; SCHOR, N. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina, Barueri, São Paulo, Manole, 2006, p. 91-101

NASCIMENTO, A. Z; RIBEIRO, G.; BERNARDINO, E.; OLIVEIRA, E. S. *Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva*. *Cogitare Enferm*, 2007 Out/Dez; 12(4): p.446-451 Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em 29 set 2010

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N. J. (org). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. e MACEDO, P. C. M.; Programa de humanização da assistência em hospitais. In: Knobel, E; Andreoli, P.; Erlichman, M.R. *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo. Atheneu, 2008, p.

OLIVEIRA, F. P. T. de; SANTOS, G. S.; SILVA, L. S. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Nursing*, São Paulo, v. 6, n.60, 2003, p.37-42

ORLANDO, J. M. UTI muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu, 2002

PESSOA, R. F., NÁCUL, F. E. Delirium em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 18, n. 2, abril-junho, 2006

ROMANO, BW. *Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo; Casa do Psicólogo, 1999

ROSSI, L. Gritos e Sussuros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Geral do Hospital das Clínicas – FMUSP. (dissertação) São Paulo (SP), Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo, 2008

SILVA, A. L. M.; ANDREOLI, P. B. O trabalho do psicólogo em UTI e UCO. In: ISMAEL, S. M. C. (org), *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005

Cuidando de pacientes “difíceis” ou famílias “difíceis”. In: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B.; ERLICHMAN, M. R. *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo. Atheneu, 2008, p. 113-124

SILVA, M. J. P.da. Humanização em UTI. In: CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. (Org.). *Assistência de enfermagem ao paciente crítico*. São Paulo: Atheneu, 2000

SILVA, R. C. L. da; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*; 12(1):156-159, mar. 2008.

SILVEIRA, R. S., LUNARDI, V. L., FILHO, W. D. L., OLIVEIRA, A. N. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI, *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 14(Esp.): 2005, p.125-30

SOARES, L. O., SANTOS, R. F., GASPARINO, R. C., Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Out-Dez; 19(4): 2010, p. 644-650

SOUZA, R. P. Manual de rotinas de humanização em medicina intensiva. Curitiba. Edição do autor, 2004

TORRES, A. O Paciente em Estado Crítico. In: Romano, BW (org.). *Manual de Psicologia Clínica para Hospitais*. São Paulo; Casa do Psicólogo, 2008

ANEXO 1

ENTREVISTA

- 1) Profissão
- 2) Cargo
- 3) Idade
- 4) Sexo
- 5) Estado Civil
- 6) Religião
- 7) Escolaridade / Formação
- 8) Tempo de Formado
- 9) Tempo em UTI
- 10) Tempo UTI 2
- 11) O que você acha do modelo de UTI aberta / humanizada?
- 12) Como é trabalhar nesse modelo?
- 13) Que tipo de família você encontra nessa UTI?
- 14) O que você pensa sobre a presença da família em tempo integral na UTI?
- 15) Facilidades?
- 16) Dificuldades?
- 17) Quais são as situações mais difíceis que você encontra nessa UTI?
- 18) Como você lida com essas situações?
- 19) Quais características da sua personalidade te ajudam a trabalhar nesse modelo?
- 20) E quais você acha que não favorecem
- 21) O que você acha que diferencia os profissionais que trabalham nesse modelo daqueles que não conseguem ou não gostam de trabalhar nesse modelo?
- 22) Crítica ao modelo
- 23) Sugestão

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: *“Unidade de Terapia Intensiva Aberta/Humanizada: Equipe Multiprofissional e suas Práticas”*.

O objetivo dessa pesquisa é investigar o modelo de Unidade de Terapia Intensiva Aberta/Humanizada com permanência integral da família de um hospital particular do Rio de Janeiro por meio da percepção da equipe multiprofissional e suas práticas. Portanto, estamos convidando você a responder a uma entrevista sobre o tema.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que pode ser encontrado na UTI da Clínica São Vicente.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa de monografia de pós graduação em Psicologia da Saúde (PUC-Rio), não serão identificados os nomes dos profissionais que participarem da mesma. Não haverá despesas pessoais nem compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento nesta instituição.

Entrevistado

Katya Kitajima ou Mayla Cosmo
Orientadores - Cel 97245700 / 99874243

Eduarda Moreira Leal
Pesquisador Responsável
Cel. 8886-7677

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Curso de Especialização em Psicologia e Saúde

Unidade de Terapia Intensiva
Aberta/Humanizada: A Percepção da
Equipe Multiprofissional e suas Práticas

Eduarda Moreira Leal

Mayla Cosmo
Orientadora

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2011.



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Curso de Especialização em Psicologia e Saúde

Eduarda Moreira Leal

**Unidade de Terapia Intensiva
Aberta/Humanizada: A Percepção da
Equipe Multiprofissional e suas Práticas**

Monografia apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da PUC-Rio como
requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Psicologia e
Saúde. Aprovada pela Comissão
Examinadora abaixo assinada.

Mayla Cosmo
Orientadora

Mônica Campioli

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2011.



Para a minha grande mãe, um exemplo de vida.
Sempre me encorajando, apoiando, confiando,
incentivando, ajudando, investindo e, mais do
que tudo, sempre me compreendendo durante
todo o tempo.

E para minha família, por ser minha base e meu
porto seguro.

Agradecimentos

À minha orientadora Mayla Cosmo, que possibilitou a realização desse projeto.
Obrigada pela ajuda, incentivo e confiança.

Aos profissionais da Clínica São Vicente.

À Katya Kitajima, pela ajuda e confiança.

À Mônica Campioli, pela amizade, carinho, escuta acolhedora e por todos os ensinamentos.

À Mônica Ayala, pela amizade e palavras de apoio.

À Mariana Almeida, pelas idéias iniciais para a realização desse projeto.

Ao Diego Costa, pelo apoio e carinho.

Às minhas amigas, por sempre me acolherem mostrando-se disponíveis e solícitas em todos os momentos.

À amiga Luana, por sua ajuda na reta final desse projeto.

Aos meus clientes e/ou pacientes que me ensinaram no decorrer desses anos.

Por fim, a todos que de alguma forma passaram e fizeram a diferença na minha vida.

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo investigar o modelo de Unidade de Terapia Intensiva Aberta/Humanizada com permanência integral da família de um hospital particular do Rio de Janeiro através da percepção da equipe multiprofissional e suas práticas. Para a realização dessa pesquisa, utilizaram-se entrevistas semi estruturadas e observação participante. Os sujeitos escolhidos para a aplicação foram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. As entrevistas foram analisadas a partir da categorização das respostas dos participantes. Os resultados mostraram que 100% dos profissionais de saúde acreditam ser interessante esse modelo de unidade aberta/humanizada. O estudo propõe o conhecimento desse novo modelo de Unidade de Terapia Intensiva a partir dos relatos dos participantes e observações da pesquisadora.

Palavras-chaves: UTI aberta/humanizada, profissionais de saúde, permanência da família

Abstract

This study aims to investigate the model of the “Opened/ Humanized” Intensive Care Unit with the fulltime family permanence in a private hospital in Rio de Janeiro through the perception of the multiprofessional team and its practices. For this survey, we used semi-structured interviews and our observations. The chosen subjects for the application were doctors, nurses, nursing technicians and physiotherapists. The interviews were analyzed through the categorization of participant’s answers. The results showed that 100% of healthcare professionals believe that it is interesting this model of the “Opened/Humanized” Intensive Care Unit. The study proposes the knowledge of this new type of Intensive Care Unit through the participant’s reports and the researcher's observations.

Keywords: “Opened/Humanized” ICU, healthcare professionals, family permanence

Sumário

Introdução	08
1. Descrição dos Cenários	11
1.1. Unidade de Terapia Intensiva	11
1.2. UTI aberta/humanizada: uma nova proposta de assistência ao paciente	15
2. Personagens do Cenário	18
2.1. Paciente	18
2.2. Família	20
2.3. Equipe Multidisciplinar	22
3. Metodologia	24
4. Apresentação dos Resultados	25
5. Discussão dos Resultados	35
Conclusão	40
Referências Bibliográficas	42
Anexos	47
Anexo 1	47
Anexo 2	48

Introdução

O interesse pelo estudo deu-se a partir da experiência de estágio dentro de um hospital particular do Rio de Janeiro, com as psicólogas Mayla Cosmo e Katya Kitajima, durante o curso de especialização em Psicologia da Saúde, no ano de 2009/2010 na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O estágio ocorreu em dois momentos com duração de um ano. No primeiro, a atuação foi dentro da Unidade Coronariana e no segundo, em duas Unidades de Terapia Intensiva diferenciadas. Uma, unidade fechada (UTI 1) e a outra, aberta/humanizada (UTI 2). A diferença entre as duas era a não permanência do familiar na UTI 1 e a permanência 24 horas na UTI 2.

UTI aberta humanizada/humanizada com a permanência integral da família foi uma experiência de trabalho novo. Até o momento, os estágios sempre foram em UTIs fechadas, com a permanência da família em horários definidos de visita.

Durante o segundo semestre do estágio, despertou-se um interesse em saber como era para aqueles profissionais de saúde trabalhar em tempo integral com paciente e família. Vistos e, talvez, avaliados a todo momento. Como seria a percepção deles quanto a esse novo modelo que ainda está em andamento em diversos estudos e hospitais?

Para entender melhor essa diferença entre UTI fechada e aberta, um breve resumo será feito no intuito de entender o funcionamento do ambiente em si e saber qual é a real diferença entre uma unidade e outra.

Na admissão em uma UTI, tanto o paciente como os familiares experimentam uma das maiores crises de sua vida. A preocupação e o medo da morte parecem tomar conta de ambos.

Esse é um setor destinado a receber pacientes graves, com todo tipo de acometimentos e com chances de recuperação, que necessitam de observação constante (ROSSI, 2008). O trabalho da equipe requer atenção constante e a presença da família é restrita aos horários de visita. Essa seria a descrição da UTI 1 desse hospital, a chamada UTI fechada.

A UTI 2, implantada em outubro de 2005, recebe pacientes com acidente vascular cerebral (AVC), pós-operatório em neurocirurgia e pacientes com doenças respiratórias que necessitam de atendimento intensivo. Uma característica marcante dessa unidade é a permanência da família em tempo integral.

Alguns dos estudos realizados sobre Terapia Intensiva abordam a temática no sentido da participação da família no cuidado aos pacientes críticos, ou orientação sistemática aos familiares e na busca de humanização do ambiente de UTI (LOURENÇO e NEVES, 2008).

A partir disso, atualmente, percebe-se um movimento mais maleável por parte dos profissionais de saúde em relação ao tratamento com paciente e família/acompanhante.

Caetano et al (2007), relatam maior preparo dos profissionais de saúde, não só sob o aspecto técnico, mas também, numa perspectiva mais humanitária, no sentido de reconhecer que a presença física é tão importante quanto o procedimento técnico. Em seu artigo de 2007, Nascimento et al, descreve que nas UTIs para adultos e idosos, há uma maior dificuldade, por parte da equipe, em aceitar a presença da família dando a entender que estes gerariam maiores estresses para pacientes críticos. Maciel e Souza (2007) mostrou em sua pesquisa que ainda não há um consenso entre os próprios pacientes internados a respeito da presença dos familiares dentro da unidade. Uns sentiam-se seguros e a família não os ajudaria em neste momento e outros relataram que seria de extrema importância a presença da família em um momento tão difícil de sua vida.

Durante as supervisões e conversas com a equipe de psicólogas, surgiu uma curiosidade e daí, o objetivo dessa pesquisa; saber qual a percepção desses profissionais de saúde diante desse modelo.

O primeiro ponto que chamou a atenção foi a maneira como cada um encara esse lugar. Entre os atendimentos, durante conversas com os profissionais foi-se percebendo como era trabalhar ali dentro. Facilidade para uns, indiferença para alguns e difícilimo para outros. Cada um, a partir de sua experiência, nas entrelinhas, relatava como era a sua percepção daquele ambiente.

Primeiramente, utilizou-se somente a observação participante, no intuito de identificar o caminho a ser trilhado da pesquisa. Identificado o ponto, realizaram-se entrevistas individuais semi-estruturadas com a equipe, sendo o público alvo escolhido de forma aleatória. Por fim, as respostas foram analisadas de maneira a formar categorias.

A pesquisa será dividida em algumas partes, tais como:

- O primeiro capítulo destina-se a conceituação das Unidades de Terapia Intensiva.

- O segundo capítulo falará sobre a visão de paciente, família e equipe multiprofissional
- No terceiro capítulo será apresentada a metodologia da pesquisa
- No quarto capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa
- No quinto capítulo, serão discutidas as categorias estabelecidas no capítulo anterior
- No sexto capítulo será visto algumas conclusões a respeito da pesquisa.

Espera-se, com essa monografia, poder ajudar diversos profissionais de saúde, pacientes, familiares/acompanhantes a compreenderem algo melhor sobre esse novo modelo de Unidade de Terapia Intensiva aberta/humanizada a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão inseridos desde o início ou há pouco tempo dentro desse modelo. Foi apresentada de tal forma no sentido de facilitar a leitura e entendimento das pessoas com ou sem experiência no assunto.

1. Descrição dos Cenários

1.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor dentro do hospital destinado à pacientes graves, considerados críticos, que necessitam de assistência médica e de enfermagem contínua. O trabalho em equipe é multiprofissional e a unidade funciona vinte e quatro horas por dia.

Bastos (2001) relata que as primeiras UTIs datam de 1950 e eram caracterizadas como um “sistema tecnológico de instrumentos, conhecimentos e habilidades” destinados a prestar assistência aos indivíduos criticamente enfermos. Nessa época surgiram os primeiros esforços no sentido de agrupar pacientes instáveis que exigiam uma concentração de profissionais e equipamentos ao seu redor. O aumento significativo de pacientes e a complexidade das doenças consolidaram essa unidade.

A unidade de cuidados intensivos foi implantada no Brasil na década de 70 agrupando os pacientes de acordo com a gravidade de sua doença e da dependência de cuidados da equipe de enfermagem. Com o passar dos anos, técnicas e profissionais foram aperfeiçoados para atender a uma nova demanda de pacientes (CARNEIRO, 1982).

Hoje, a Unidade de Terapia Intensiva é definida como uma

"unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar" (Resolução 81-CREMESP - 5/01/1995).

O rápido crescimento tecnológico e científico que por um lado proporcionou avanços na Medicina, por outro ocasionou estruturas mais robotizadas e profissionais cada vez mais distantes de seus pacientes, com uma supervalorização da tecnologia, deixando o campo do cuidar e das relações interpessoais em segundo plano (NASCIMENTO ET AL, 2007).

Morsch e Barros (2006) retratam a UTI como um ambiente destinado ao prolongamento da vida. Romano (1999) enxerga esse ambiente como um lugar de atenção permanente, decisões rápidas e ações precisas dos médicos, cuidados integrais da equipe de enfermagem, além de tecnologia e

equipamentos especializados, exigindo destes e de outros profissionais o máximo de eficiência no tratamento.

Os sentimentos de medo e a ameaça de morte iminente são constantes e colocam pacientes, familiares e profissionais diante de emoções e conflitos que emergem dos limites do adoecer e da certeza da finitude humana (TORRES, 2008; MORSCH e BARROS apud DINIZ e SCHOR, 2006).

Para esses familiares e pacientes, o estigma que esta unidade carrega é de “ante-sala” da morte. Significa sofrimento, tecnologia e muitas vezes falta de humanismo por parte dos profissionais. É percebido como um local extremamente invasivo devido à ausência de iluminação natural, à presença de ruídos e uma rotina dinâmica e intensa por parte da equipe de profissionais. Por vezes, o que é visto dentro desta unidade é uma estreita relação equipe/aparelhos tecnológicos já que alguns pacientes estão impossibilitados de se comunicarem e o contato com a família é restrito (SILVA e ANDREOLI, 2005; BASTOS, 2001).

Percebe-se que a singularidade do paciente fora deixada em segundo plano, enquanto sua doença, seus diagnósticos e prognósticos se tornaram o foco do saber científico. Dessa forma, o campo da saúde vem enfrentado, há algum tempo, uma crise de legitimação por estar desconsiderando valores humanistas fundamentais para a atenção à saúde (NOGUEIRA-MARTINS e MACEDO, 2008).

Nogueira-Martins e Macedo relatam que a percepção desse fenômeno vinha dando origem a projetos e práticas da humanização nos serviços de saúde há pelo menos 10 anos.

O tema da humanização alcançou maior destaque quando o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 1999. É uma ação para implementar e organizar as práticas no campo da atenção humanizada e com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento em saúde, priorizando as relações entre pacientes e profissionais, dos profissionais entre si, profissionais e gestores e do hospital com a comunidade. Uma das diretrizes do Programa é o desenvolvimento técnico e emocional dos profissionais de saúde, de forma a aperfeiçoá-los para o atendimento ao usuário. O Programa se propõe, portanto, a ultrapassar a dicotomia biomédica/psicossocial, propondo a oferta de assistência de qualidade, articulando a tecnologia com o bom relacionamento. Nogueira-Martins e Macedo relatam que a boa administração de relacionamentos também é uma tecnologia, seria a “tecnologia leve” que diz respeito à produção de

vínculos, acolhimento e formas de gestão do cuidado (NASCIMENTO ET AL, 2007; NOGUEIRA-MARTINS e MACEDO, 2008; MORSCH e BARROS apud DINIZ e SCHOR, 2006).

Ainda segundo Nogueira-Martins e Macedo (2008), o PNHAH propõe que para humanizar a assistência seria necessário cuidar dos próprios profissionais da saúde, formando equipes de trabalho saudáveis e menciona a necessidade de cuidado com a formação dos profissionais, ao reconhecer que muitas dificuldades de interação interpessoal eram devidas a falhas na formação do profissional, restrita ao modelo biomédico.

Deslandes (2004) diz que os gestores definem humanização como:

- associados à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários (cuidados pautados pelo acolhimento, escuta, empatia, respeito);
- ligados ao reconhecimento dos direitos do paciente (então interpretados de muitas e distintas maneiras);
- agregados a uma perspectiva de maior democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes;
- relacionados a um modelo de desmedicalização de atenção ao parto e nascimento;
- reconhecidos como conjunto de iniciativas para promover o vínculo entre familiares, mãe e recém-nascidos hospitalizados e para minimizar o estresse desses bebês;
- vinculados à valorização dos profissionais de saúde.

Em relação à humanização do atendimento, as iniciativas apontam para:

- a democratização que envolve o atendimento;
- o maior diálogo e a melhoria da comunicação e paciente
- o reconhecimento dos direitos dos paciente, de sua subjetividade e referências culturais ou, ainda o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico.

A Humanização em Terapia Intensiva tem sido central na área da saúde devido à grande preocupação dos hospitais em proporcionar aos seus pacientes uma assistência de qualidade. Para tanto, estão colocando como prioridade o atendimento das necessidades individuais dos pacientes, o que inclui o contato

mais próximo dos familiares, pois acreditam que estes possam influenciar positivamente na recuperação do doente (NASCIMENTO ET AL, 2007).

Romano (1999) reitera tal idéia quando fala do aumento da preocupação com a humanização e do cuidado personalizado com o paciente crítico. Soares et al (2010) compartilham da mesma idéia de Romano. Falam de um ambiente mais acolhedor e menos impessoal, não só nos aspectos físicos, mas também nas atitudes e comportamentos da equipe.

Moraes et al (2004), associam cuidado técnico científico ao cuidado que incorpora a necessidade e o acolhimento do imprevisível, favorecendo uma atmosfera mais humanizada. Para Costa et al (2009) humanizar pressupõe valorizar o paciente, o familiar e o profissional de saúde dentro do contexto hospitalar.

Segundo Mezzomo (2001),

"hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade." (p. 276)

Com esse novo conceito de UTI humanizada, Silva (2000) relata que os profissionais de saúde, necessitam utilizar a tecnologia aliada a empatia, a experiência e a compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil.

A questão da permanência prolongada de familiares em unidades de terapia intensiva (UTI humanizada) tem permeado as discussões sobre humanização. Porém nota-se, ainda, uma grande dificuldade por parte de alguns profissionais em aceitar e permitir a presença de acompanhantes, alegando que tal presença seria estressante para os pacientes graves assim como poderia aumentar o risco de infecções hospitalares. Os conceitos da Humanização não são capazes, sozinhos, de manter uma proposta de UTI aberta, os limites e possibilidades da mesma apontam para a capacidade do hospital e de suas equipes multidisciplinares, através das sensações e impressões subjetivas dos profissionais, em sustentar a UTI humanizada como uma inovação viável nos cuidados ao paciente crítico (NASCIMENTO ET AL, 2007; CAETANO ET AL, 2007).

1.2 UTI aberta/humanizada: uma nova proposta de assistência ao paciente crítico

A partir dessas idéias de humanização, um hospital particular do Rio de Janeiro implementou, em outubro de 2005, uma UTI com a proposta de ser aberta/humanizada. Este modelo é voltado especialmente para pacientes com acidente vascular cerebral (AVC), pós-operatório em neurocirurgia e pacientes com doenças respiratórias que necessitam de atendimento intensivo.

A família tem a possibilidade de permanecer 24 hs com o paciente e dispõe de acomodações adequadas na tentativa de minimizar o cansaço físico e mental advindos do processo de internação.

O papel da equipe, além do cuidado, é o de orientar a família sobre como se portar em diferentes situações, já que os acompanhantes irão vivenciar a rotina em tempo integral. Esse modelo viabiliza que o familiar fique ao lado do paciente confortando-o e ajudando-o a ter uma melhor aderência ao tratamento.

A equipe é multiprofissional composta por médicos rotina, médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos (solicitados por pedidos de parecer da equipe). Há uma sala para os médicos, banheiro para a equipe e um balcão para atendimento da enfermagem.

São sete quartos privados. As suítes são compostas pela cama do paciente, um sofá para os acompanhantes, um banheiro, televisão, armários para o acompanhante, janelas, pia independente do banheiro e porta. Os pacientes tem maior autonomia dentro de seus quartos. Há uma maior flexibilidade para as visitas. Não é necessário que o acompanhante saia para dar lugar as visitas. O horário é mais maleável.

Abaixo seguem fotos da UTI aberta/humanizada desse hospital:





2. Personagens do Cenário

2.1. Paciente

Kitajima e Cosmo (2008) retratam a UTI como um ambiente destinado a pacientes gravemente adoecidos, podendo ou não estar em fase de recuperação necessitando de equipamentos especializados e do cuidado intensivo de toda a equipe multidisciplinar. Sua chegada nesta unidade, muitas vezes, ocorre de maneira inesperada exigindo rapidez e eficiência da equipe. Pacientes cirúrgicos também são acolhidos nessa unidade visando uma recuperação pós operatória melhor assistida pela equipe (ROMANO, 1999).

Durante o período de internação, o indivíduo é submetido aos cuidados da equipe multiprofissional ficando exposto a várias manipulações de seu corpo, assim como a procedimentos sofridos e invasivos. Rossi (2008) aponta para a perda de privacidade até nos momentos de higiene e passagens de sonda desencadeando sentimentos de mal-estar, vergonha e constrangimento. O paciente permanece despido de suas roupas, de seus objetos pessoais, de seu papel social e com as suas funções vitais controladas. O contato com a família, a comunicação e a mobilidade tornam-se restritos. A alimentação e a demora no atendimento, que pode ser real ou uma percepção emocional, são vistos, pelos pacientes, como motivos de insatisfação (ROMANO, 1999; SILVA e ANDREOLI, 2005; ROSSI, 2008).

O processo de internação em UTI deixa o paciente vulnerável, desestabilizando-o emocionalmente, exarcebando seus mecanismos de defesa, gerando inquietude, intolerância e baixa resistência à frustração. Emergem sentimentos como a ansiedade e o desamparo devido à mudança de sua rotina, à perda do autocontrole, ao risco de morte iminente e à situação de dependência de terceiros (SOUZA, 2004; TORRES, 2008).

Sentimentos como estes citados acima tem ocorrido com maior frequência já que atualmente, dentro da UTI, vem crescendo o número de pacientes acordados, orientados, lúcidos e interagindo. Por um lado positivo, possibilita o entendimento de seu quadro clínico permitindo que este, muitas vezes junto à sua família, participe de decisões em relação ao seu tratamento acarretando segurança e confiança em sua recuperação (KITAJIMA e COSMO apud ANDREOLI e ERLICHMAN, 2008; BECCARIA, 2008; TORRES, 2008).

Silva e Andreoli (2008) escrevem sobre os pacientes rotulados como “difíceis” pela equipe. São pacientes que se enquadram

“com múltiplas queixas, de difícil diagnóstico, de difícil manejo de sintomas, manipulativos, extremamente demandadores, agressivos verbal ou fisicamente, que provocam intriga entre os membros da equipe, impulsivos, que extravasam a raiva, com comportamento auto agressivo, que criam problemas com outros pacientes, que tentam suicídio, com sintomas depressivos ou ansiosos, que apresentam muitos sintomas somáticos e maior gravidade.” (p.115)

Pacientes sedados, entubados, desorientados e até mesmo os não cooperativos com os tratamentos são também, encontrados dentro dessa unidade. Oliveira et al (2003), afirma que um dos fatores mais estressantes é o período de entubação, já que os movimentos e a comunicação tornam-se limitados.

Romano (1999) cita alguns diagnósticos psicológicos que são frequentemente observados em pacientes dentro da UTI. São eles: o delírio, a ansiedade e a depressão. Delírio é um prejuízo global reversível dos processos cognitivos, que pode causar desorientação, prejuízo na memória de curto prazo, discurso desconexo ou até mesmo alucinações. Depressão é caracterizada pela fadiga, abatimento do humor, perda de energia ou até mesmo pensamentos recorrentes em morte.

O Delirium, diferente do delírio, também é um diagnóstico de pacientes em UTI. Essa síndrome se caracteriza por uma perturbação aguda e flutuante da consciência e da cognição, ocorre em um curto período de tempo (horas a dias) e geralmente é um quadro reversível. Acomete até 80% dos pacientes em uso de ventilação mecânica que necessitam de doses, muitas vezes alta, de sedação. Seu aparecimento é prejudicial para o paciente prolongando o tempo de internação deixando-o mais suscetível à complicações. O tratamento inclui medidas simples, tais como: flexibilizar o horário de visitas promovendo o maior contato entre paciente e família, deixar com os pacientes objetos que permitam orientá-lo no tempo e espaço, reduzir ruídos e iluminação durante a noite. A comunicação deverá ser a mais clara possível, visando trazer o paciente para a realidade. O uso de medicações pode ser necessário na tentativa de minimizar a agressividade ou agitação desses pacientes (GIRARD ET AL, 2008; PESSOA e NÁCUL, 2006).

No decorrer do processo de internação, a forma como paciente e família vivenciarão esse momento, será uma experiência singular. Irá depender da maneira de cada um viver e se relacionar podendo variar de acordo com diversos fatores, dentre eles: a idade, a gravidade da doença, a história clínica, o tempo de internação, a rede de apoio, as vivências anteriores como paciente ou acompanhante, o estado emocional, as crenças, o tratamento e o possível prognóstico. É imprescindível lembrar que, antes do foco na manutenção da vida, através da tecnologia e de medicamentos, existe um indivíduo que tem sentimentos, afetos e emoções. Cada um atribuirá àquela doença e suas conseqüências um sentido pessoal que apenas pode ser compreendido frente ao contexto de sua história de vida (HABERKON e BRUSCATO, 2008; BOTEGA, 2006).

2.2. Família

“A família é um sistema intercomunicante, no qual o comportamento de um membro apenas pode ser compreendido em relação ao contexto do sistema grupal e do meio onde esse indivíduo está inserido.”

ROMANO, 1999

A família é entendida como unidade social intimamente conectada ao paciente através de laços afetivos, não precisando ter parentesco legal ou consangüinidade. O núcleo familiar deve ser visto como um sistema que possui suas próprias leis internas de estrutura e funcionamento. Sua manutenção, sua existência, sua organização e capacidade de adaptação dependem da busca ininterrupta de manter seu equilíbrio. A internação pode acarretar um desequilíbrio nesse contexto familiar desconfigurando os papéis desempenhados por cada indivíduo. Como a homeostase do sistema é interrompida por fatores internos e externos, a hospitalização é sentida como uma ameaça. Pode-se dizer que “paciente em desequilíbrio” é igual a “família em desequilíbrio”. Se o equilíbrio não é restaurado, gera-se uma crise nessas relações. Cada membro da família tentará criar estratégias adaptativas buscando restaurá-lo novamente (ROMANO, 1999; GUANAES e PUSCH, 2001; BECCARIA, 2008).

Além da desorganização causada pelo impacto da internação, a família precisará reavaliar os papéis sociais de cada membro, terá que lidar com a ameaça da perda, das pendências e, muitas vezes, dos segredos familiares prévios. Isso dependerá do lugar ocupado pelo paciente dentro da família, da doença, do sentido dado a ela e de sua inscrição no contexto familiar (ROMANO, 1999; ROSSI, 2008).

Quando os familiares entram na UTI, deparam-se com um aparato tecnológico capaz de transmitir segurança e tranquilidade por um lado, mas por outro, responsabilizam-nos pelo isolamento e solidão dos pacientes. Geralmente a família não está preparada para ver seus entes queridos ligados a inúmeros equipamentos, sedados, entubados, contidos ou até mesmo em delirium. Chocam-se com esse cenário e deixam a UTI desesperados sem receber qualquer tipo de informação ou acolhimento por parte da equipe multiprofissional (BECCARIA, 2008; NASCIMENTO ET AL, 2007).

Kitajima e Cosmo (2008) escrevem que a família deveria ser acolhida em seus questionamentos e dúvidas na tentativa de minimizar a ansiedade e as incertezas geradas pela internação. Isso facilitaria a adaptação dentro do contexto hospitalar.

Rossi (2008) descreve que a UTI é um ambiente comum para os profissionais de saúde, pois fazem parte de sua rotina assistencial, enquanto que para os familiares é um espaço assustador. O receio de causar danos aos pacientes e/ou equipamento é enorme, restringindo o contato físico entre o familiar e seu ente. É necessário que os familiares sintam-se seguros quanto às informações recebidas e ao tratamento dispensado ao paciente.

Durante o período de internação, a família vivencia diferentes etapas dentro desse processo. Primeiro, como já mencionado acima, a família passa por períodos de crise e tenta mobilizar recursos de enfrentamento. Nesse momento, a família não percebe suas necessidades e nem as do paciente, sentindo-se confusa, parte em busca de informação. Mais contextualizada, os familiares passam a se preocupar com os cuidados com qualidade e eficácia que seu ente está recebendo. Por fim, partem em busca de recursos para suprir as suas necessidades e as do paciente (ROSSI, 2008).

Silveira et al (2005) relata que a presença da família tem sido tema de destaque no processo de compreensão dos fatores que podem interferir no cuidado do paciente. Afirma que é preciso valorizar a presença da família no cuidado prestado, principalmente quando ela vivencia a internação de um parente na UTI. Mesmo quando a família mostra-se fragilizada, continua

ocupando um papel de destaque para o paciente e sua presença contribui para que o mesmo sinta-se acolhido, seguro, amado e com significado para seu grupo familiar. Porém a possibilidade de construir novos paradigmas, como a permanência prolongada da família em UTIs, requer sensibilidade e disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender o novo, capacidade de reconhecer a si e ao outro e principalmente a crença que o significado e afetos da relação familiar são fundamentais para paciente e sua recuperação.

2.3. Equipe Multiprofissional

“A pessoa do médico pode ser um medicamento poderoso e eficaz, que causa impacto significativo na construção do vínculo e até mesmo na própria ação do remédio prescrito.”

BALINT, 1988

A palavra “médico” citada na frase de Balint poderia, em alguns casos, ser trocada por outras especialidades que compõem a equipe multiprofissional de uma UTI. Romano (1999) escreve que o conhecimento não pode ser adquirido, assimilado e nem aplicado por uma única pessoa. Ele não pode ser isolado e nem fragmentado. Cada um, dentro da equipe, tem a sua função, cuida da sua especialidade e todos juntos cuidam de um só corpo, um só ser humano.

Como relata Maldonado e Canella (2009), da mesma forma que um medicamento, a atuação do profissional de saúde pode fazer bem ou provocar efeitos colaterais indesejáveis, pois tudo aquilo que trata apresenta riscos. O cruzamento dessas possibilidades formam uma questão-chave: o profissional como agente de saúde ou como fonte de dificuldades.

O cotidiano da equipe multiprofissional dentro da UTI é permeado por diversos sentimentos e vivências de dor, sofrimento, impotência, angústia, medo, desesperança, desamparo, perdas e morte. É necessário criar estratégias de enfrentamento para lidar com essas situações. Nem sempre as escolhidas são as mais adequadas e por vezes podem comprometer o trabalho do profissional. É um ambiente fascinante para alguns, porém, aversivo para outros. A possibilidade de diagnosticar corretamente, curar doenças, aliviar a dor e o sofrimento e salvar vidas fazem com que o trabalho do profissional de saúde seja reconhecido gerando gratificação e realização pessoal. Contudo é

importante ressaltar que muitas vezes devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, o profissional presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva (ROSSI, 2008; SILVA JR ET AL apud BENINCÁ, 2002; SILVA e ANDREOLI, 2008; COLLET e ROZENDO, 2003).

Moreira e Biehl (2004) relatam que há uma maior aceitação da morte, por parte dos profissionais, quando percebem que os procedimentos invasivos não são mais eficazes para garantir a qualidade de vida daquele paciente. Orlando (2002) escreve que o desgaste emocional maior vivenciado pela equipe da UTI é a comunicação da morte aos familiares.

Devido a altos níveis de estresse, Nogueira-Martins (2002) relata que na literatura há a descrição de algumas síndromes associadas às atividades profissionais dos médicos, como a síndrome de *burnout*. Esta síndrome é definida como uma resposta ao estresse ocupacional crônico e é caracterizada por altos níveis de exaustão emocional e despersonalização, e baixo envolvimento pessoal no trabalho.

O quadro é composto por sintomas somáticos, tais como: exaustão, fadiga, cefaléia, distúrbios gastrintestinais, insônia e dispnéia. Os psicológicos: humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse. Os comportamentais: fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos, fazer críticas e evitar os pacientes e o contato visual. Algumas características da personalidade do indivíduo estão relacionadas a essa síndrome. Profissionais mais inflexíveis, mais teimosos e com dificuldade de adaptação estão mais suscetíveis. A possibilidade de controlar as situações também está relacionada. Quanto menor o controle, maior o nível de *burnout* (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

As consequências são a diminuição do desempenho profissional, interferências na vida familiar, baixa auto-estima, desmotivação, aumento de problemas de saúde e alta rotatividade de pessoal. Todos esses fatores interferem na qualidade do trabalho desses profissionais de saúde (NOGUEIRA-MARTINS, 2002; ROSSI, 2008).

Silva e Andreoli (2008) escrevem que os profissionais de saúde precisam ter empatia e atitude colaborativa para promoverem o melhor cuidado ao paciente. Benedito apud Diniz e Schor (2006) relata que as informações, dadas pela equipe, devem ser claras o suficiente para que os familiares não fantasiem situações aumentando o medo e dificultando a comunicação com a equipe. É imprescindível estabelecer uma relação de confiança com o paciente e o familiar durante todo o período de internação

3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa etnográfica¹, realizada no ano de 2009/2010, cujo cenário foi a UTI “aberta” de um hospital privado do Rio de Janeiro – RJ. O setor possui um total de sete suítes privadas, um balcão para atendimento, uma sala para a equipe de enfermagem e outra para a equipe médica e membros da equipe multiprofissional.

As pesquisas com os profissionais da equipe multidisciplinar foram aplicadas no intervalo entre os meses de junho a setembro de 2010, tendo como instrumentos a observação participante e entrevistas individuais semi-estruturadas. (Anexo 1)

A equipe total da unidade é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem e fonoaudiólogos. Os sujeitos escolhidos para a aplicação foram: uma médica rotina, quatro plantonistas, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem e duas fisioterapeutas.

Foram excluídas a equipe de Psicologia, já que a autora do projeto faz parte da equipe e a de Fonoaudiologia, por ser um serviço terceirizado, sendo solicitado somente por pedidos de parecer.

A cada participante foi explicado o objetivo da pesquisa, sendo compreendido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Anexo 2)

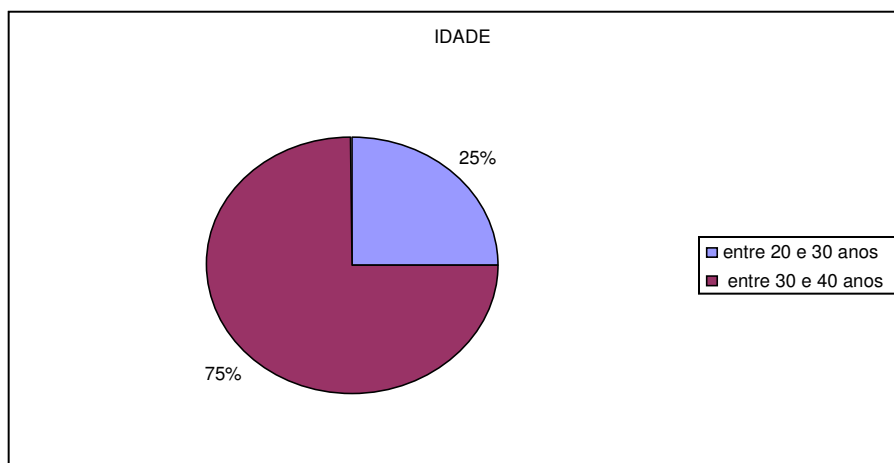
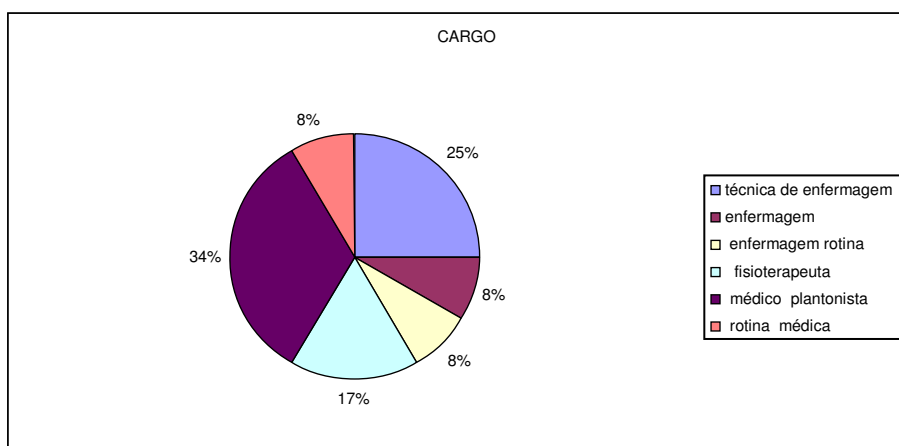
O Comitê de Ética em Pesquisa do CEP Hospital Copa D’Or aprovou o projeto que está de acordo com a Resolução 196/96 do CSN quanto ao sigilo dos dados, anonimato dos participantes e utilização dos dados para fins científicos.

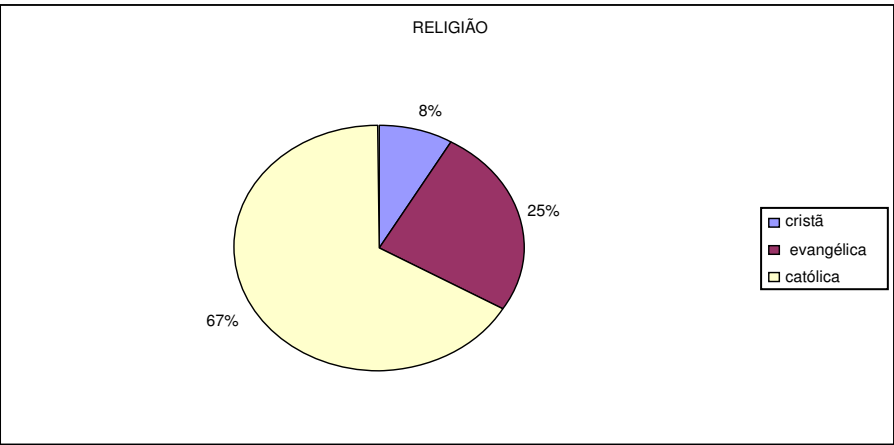
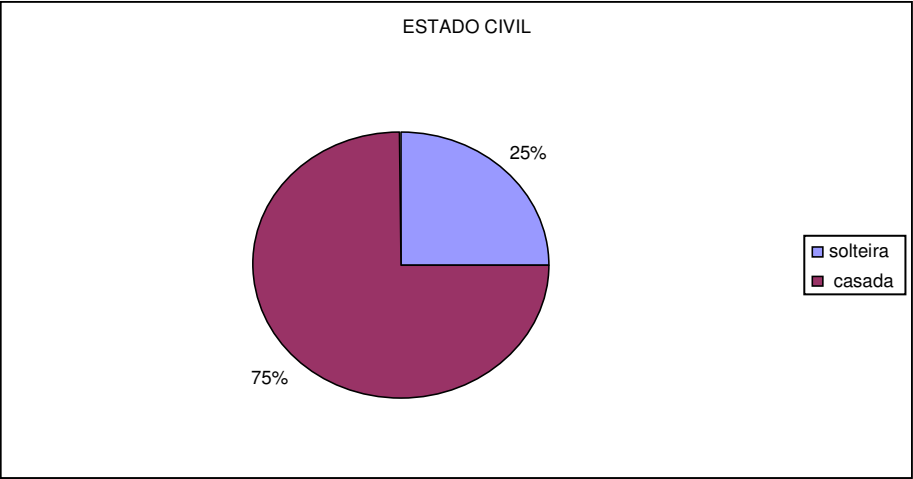
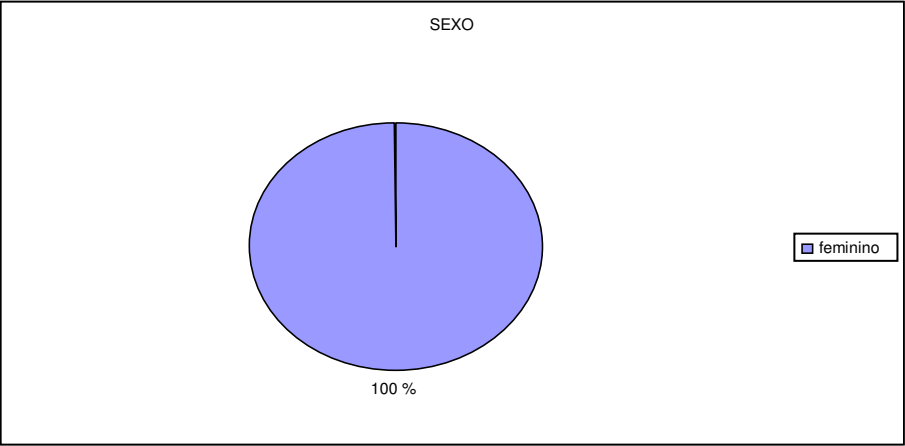
Os dados obtidos foram analisados a partir da categorização das respostas dos participantes, sendo descritos as de maior destaque.

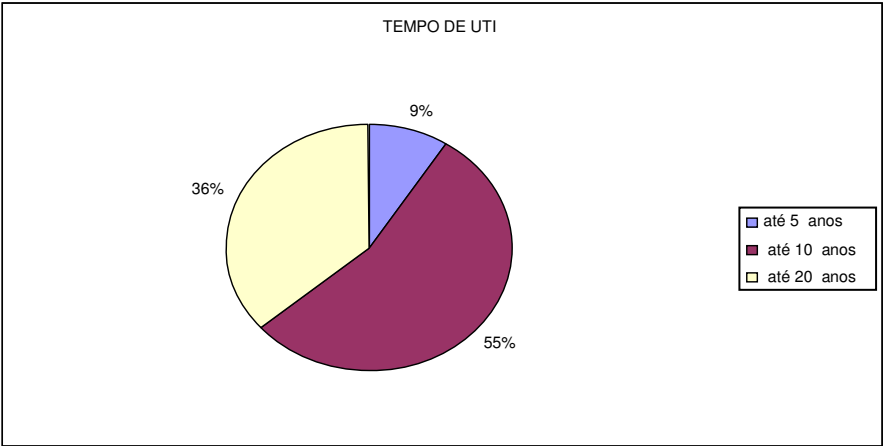
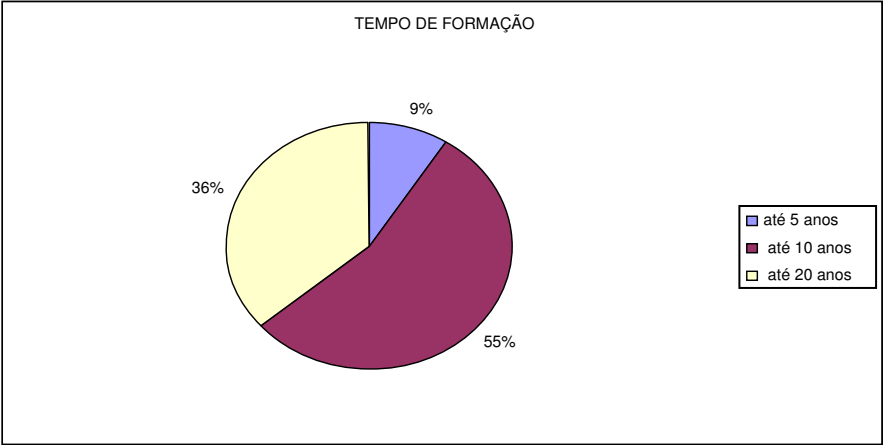
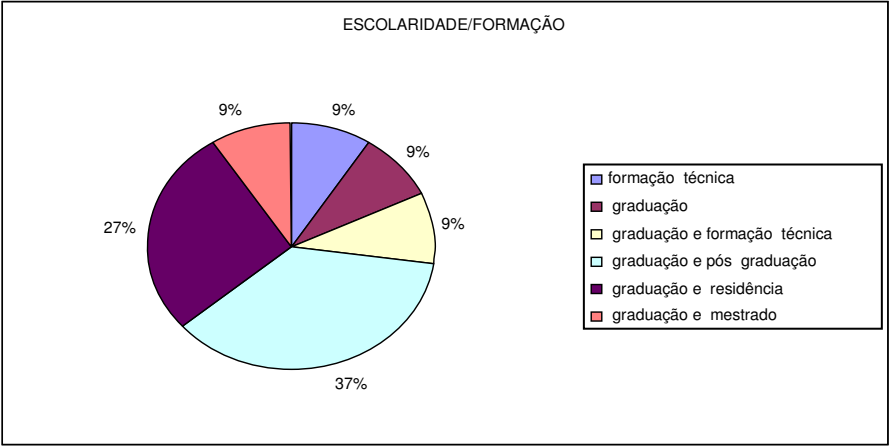
¹ Etnografia: É uma técnica proveniente das disciplinas de Antropologia Social, que consiste no estudo de um objeto por vivência direta da realidade onde estes se inserem.

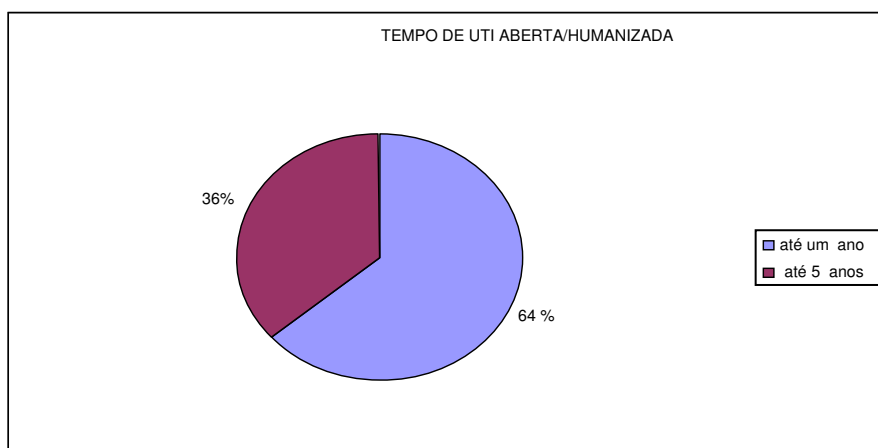
4. Apresentação dos resultados

Os gráficos abaixo permitem uma visualização dos dados mais gerais dos participantes da pesquisa, tais como: cargo, idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade/formação, tempo de formação, tempo em UTI e tempo em UTI aberta/humanizada.









Análise das categorias

As entrevistas foram submetidas a uma análise qualitativa. Essa análise foi feita a partir de categorias que definem a percepção dos profissionais de saúde, do hospital em questão, em relação ao modelo de UTI humanizada/aberta. As categorias seguem abaixo:

1. Modelo humanizado da UTI
2. Benefício para pacientes
3. Opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral
4. Situações difíceis dentro da UTI aberta/humanizada
5. Sobrecarga de trabalho para a equipe
6. Aspectos relacionados à formação pessoal da equipe

Categorias:

1. Modelo humanizado de UTI

Modelo humanizado de UTI significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social. Esta prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um. Pode-se

dizer que 100% dos profissionais de saúde entrevistados acreditam ser interessante esse modelo de UTI aberta/humanizada, porém ainda existem falhas a serem reparadas. As opiniões se dividem: alguns acham positivo para os profissionais, outros somente para o paciente e outros para ambos. A maioria percebe a valorização de seu trabalho dentro dessa unidade, outros sentem-se avaliados em tempo integral. Dois profissionais relatam não fazer diferença, em relação ao seu trabalho, o modelo de UTI fechado ou aberto.

“Bom e ruim ao mesmo tempo (...) às vezes por ser humanizado dá a liberdade de duas, três, quatro pessoas, e isso muitas vezes acaba atrapalhando o tratamento.” (técnica de enfermagem 1)

“O doente, aqui, não é meu. É de um médico que internou aqui (...) isso facilita um pouco o trabalho. Não é em qualquer lugar que isso daria certo. Se for um CTI que não tenha essa figura de médico assistente, o profissional tem que cuidar de todos os doentes (...) não daria certo.” (médica plantonista 1)

“Não faz diferença, o trabalho é o mesmo independente do modelo de UTI” (fisioterapeuta 1)

“Bom, desde que haja uma harmonia entre equipe e familiares. (...) O trabalho que eu faço, eu tenho certeza que cada detalhe eles estão avaliando.” (técnica de enfermagem 2)

“Muito bom para o paciente e bem difícil para a equipe lidar. (...) no CTI 1 (fechado) você trabalha com a gravidade ao extremo, tem que ser até um pouco mecânico para não perder nada. São dois extremos diferentes.” (enfermeira 1)

Existem críticas a esse modelo, mas as mais apontadas resumem-se em não haver critérios para a internação e a falta de explicação quanto à rotina da unidade.

“Deveria haver normas a serem respeitadas (...) quando o paciente internasse deveria ter uma cartilha que ele pudesse ler e saber quais seriam as rotinas” (técnica de enfermagem 1)

“Critérios de internação e de alta (...) UTI mais humanizada acaba servindo como quarto. (...) Muitas vezes serve como um lar de idosos, para doentes de home care e demência avançada.” (médica plantonista 1)

“Deveria ter um controle a respeito de entrada e saída dos acompanhantes.” (técnica de enfermagem 3)

“Deixar bem claro a entrada e saída de crianças. Porque às vezes a Psicologia deixa entrar e a gente tem normas para não deixar e isso acaba criando um conflito.” (enfermeira 2)

“O posicionamento dos médicos em relação ao modelo de UTI aberta, achando que aqui é uma unidade semi-intensiva e que tanto faz estar aqui ou num quarto.” (médica plantonista 3)

2. Benefício para o paciente

A maioria dos profissionais de saúde percebe que esse modelo de UTI, com a permanência da família em tempo integral, é favorável para pacientes com menor gravidade, em processo de desmame e interagindo ou começando a interagir com o ambiente. Pacientes graves não seriam beneficiados. Poucos relataram ser importante esse modelo para os pacientes graves.

“Para pacientes graves, ainda em fase de tratamento mais intensivo eu acho que traz mais angústia do que conforto (...) fica muito mais difícil de você trabalhar” (técnica de enfermagem 1)

“Num modelo de UTI com menor gravidade eu acho interessante a presença da família.” (rotina médica 1)

“(...) tem muitos pacientes graves que ficam conscientes, lúcidos, então é muito importante a família está presente” (técnica de enfermagem 3)

“Paciente entubado não entende o que o profissional está fazendo e não tem interação com o mesmo.” (enfermeira 1)

3. Opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral

As opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral divergem em alguns pontos. A maioria dos profissionais percebe que a família tenta controlar e/ou ditar regras. Mas por outro lado podem alertar os profissionais sobre o que ocorre nos quartos durante a internação. Serve como um porto seguro para o paciente. Criticam a dificuldade dos familiares em aceitar o adoecimento de seu ente.

“(...) ele está em uma unidade fechada, com pessoas estranhas, ambiente estranho, liga máquina, as pessoas começam a conversar, põe medicação, fiação... então eu acho que com um familiar o paciente se sente mais seguro” (técnica de enfermagem 1)

“(...) quando o paciente que recusar alguma coisa, o familiar conversando, fica tudo mais fácil, se sente mais protegido.” (fisioterapeuta 1)

“Acho que a família algumas vezes fica mais nervosa e acaba deixando o paciente mais nervoso. (...) por outro lado, a família serve como um meio de comunicação em termos de trazer informações de como esse doente era em casa.” (rotina médica 1)

“Eu entendo que quando a família vê o que está acontecendo ela não cria fantasias sobre o que poderia estar acontecendo se ela não estivesse ali. (...) eu acho que culturalmente o Brasil ainda não está pronto para isso (...) acham que estão lá para ver se ninguém vai fazer nenhuma besteira” (médica plantonista 2)

“(...) determinadas personalidades de algumas famílias, do tipo querer interromper o tratamento, opinar, questionar; isso dificulta a nossa atuação.” (fisioterapeuta 2)

“(...) fazer algo durante a noite incomoda a família, eles mesmos reclamam. A família se sente incomodada com essas intervenções da equipe” (técnica de enfermagem 3)

“(...) família quer controlar a situação, dizer o que a equipe tem que fazer e quando tem que fazer.” (médica plantonista 4)

4. Situações difíceis dentro da UTI aberta/humanizada

Metade dos profissionais relata que a situação mais difícil dentro da UTI é a permanência da família. Dificulta quando a família se posiciona de forma negativa em cooperar com a internação. Os demais se dividem em final da vida, intercorrências médicas e paciente difícil. Um entrevistado respondeu que não há situação difícil dentro desse ambiente.

“(...) pacientes pouco colaborativos, que acham que UTI é um quarto e não tem noção da gravidade do quadro e querem mandar na equipe.” (médica plantonista 1)

“Família se posiciona como general das coisas.” (médica plantonista 2)

“Família dificulta o trabalho ao invés de ser aliado.” (fisioterapeuta 2)

“(...) situações mais difíceis são as intercorrências, uma parada, uma entubação, situações normais de uma UTI.” (técnica de enfermagem 3)

“(...) você que fazer algo rápido, com praticidade para as coisas andarem mais rápido e você precisa parar para explicar porque está fazendo isso ou aquilo para a família. (enfermeira 1)

“Paciente terminal, pacientes jovens que são terminais. Tento lidar com muito controle, mas às vezes acabo me envolvendo (...) quando vejo que estou envolvida acabo colocando o meu lado mais racional.” (enfermeira 2)

5. Sobrecarga de trabalho para a equipe

Alguns profissionais relatam que esse modelo de UTI aberta/humanizada acaba sobrecarregando a equipe. Além de terem que dar suporte para o paciente, a família muitas vezes, acaba necessitando mais da equipe do que o próprio. Por ser um modelo diferenciado, falta profissional especializado para trabalhar dentro dessa unidade.

“Necessário ter mais paciência com o acompanhante do que com o paciente, muitas vezes dá mais trabalho que o próprio paciente.” (técnica de enfermagem 1)

“(...) e a permanência da família ali é um fator que você precisa levar em consideração porque você acaba tendo que não só dar atenção para o paciente como para a família também.” (rotina médica 1)

“a equipe deveria ser mais protegida quanto à sobrecarga de situações que poderiam ser evitadas (...) nesse modelo, a equipe precisa de um suporte das chefias para que se sinta respaldada em suas ações.” (médica plantonista 3)

“para o médico é o dobro de gente para acalmar, é mais trabalhoso pro médico. Você precisa de um número maior de profissionais trabalhando, porque a família é uma demanda a mais.” (médica plantonista 4)

6. Aspectos relacionados à formação pessoal da equipe

Mais da metade dos profissionais relataram que uma das características pessoais mais importantes para o profissional dessa unidade aberta/humanizada é a paciência. Em seguida, empatados, vem a simpatia, o “jogo de cintura”, a atenção ao paciente, a tranquilidade, o gostar de conversar e a empatia. As demais características como educada, ansiosa, aparência, angústia, respeito, timidez, assertiva, carinhosa e carismática foram citadas apenas por um profissional cada uma.

“Tenho paciência para explicar o que está acontecendo com o paciente” (médica plantonista 3)

“Ser simpático o tempo inteiro, não adianta chegar com a cara sisuda para as famílias porque elas não vão confiar em você.” (enfermeira 1)

“(...) se eu fosse uma pessoa um pouco mais paciente me favorecia mais.” (fisioterapeuta 2)

“(...) atenção a tudo o que se faz.” (técnica de enfermagem 3)

“(...) a gente tem que ter um pouco mais de paciência (...) engolir alguns sapos mesmo, a gente vai ter que ouvir coisas que não vai gostar.” (rotina médica 1)

5. Discussão de Resultados

A discussão dos resultados será feita em duas partes. Inicialmente, serão apresentados os dados mais gerais da pesquisa, como sexo, idade, estado civil, religião, formação, tempo de formação e tempo dentro das UTIs. Na segunda, serão analisadas as categorias escolhidas juntamente com os fragmentos das respostas dos participantes, observação participante e os escritos dos autores.

A amostra da pesquisa foi composta por doze profissionais de saúde sendo todas as entrevistadas do sexo feminino. A maioria tem entre 30 e 40 anos de idade, possuem nível superior completo com pós graduação há pelo menos dez anos. O tempo de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva é de no máximo dez anos e em UTI aberta/ humanizada, um ano.

Diversas pesquisas vêm contribuindo para a discussão de gênero feminino e masculino dentro dos campos profissionais. Estudos sobre o trabalho feminino e a inserção das mulheres no mercado de trabalho vêm sofrendo transformações.

Antes, ao homem competia o espaço público, o trabalho não doméstico e o encargo da subsistência da prole e à mulher cabia o trabalho doméstico, as tarefas relativas a este espaço e o cuidado com a família. Sendo assim, o masculino era caracterizado pela razão, instrumentalidade e objetividade, enquanto o feminino estava associado às emoções, o afeto e o relacional.

Ao longo dos anos, com as diferentes mudanças desse panorama, a mulher expandiu seu trabalho, ocupando posições antes jamais vistas, como por exemplo, em profissões de nível superior de prestígio, como na medicina (BRUSCHINI e LOMBARDI, 1999).

Como já dito anteriormente, a UTI é uma espaço dentro do hospital destinado à pacientes graves que necessitam de cuidados médicos intensivos. A UTI aberta/humanizada da instituição pesquisada conta com todos esses cuidados além da permanência da família em tempo integral.

Nogueira-Martins e Bógus (2004) descrevem que a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada hospital terá seu processo singular de humanização.

A primeira categoria analisada foi o modelo humanizado de UTI. Para Silva, Porto e Figueiredo (2008), a humanização nesse ambiente deve existir como um cuidado aliado à técnica e ao conforto, associado à valorização da subjetividade e aos aspectos culturais de cada pessoa incluindo a relação de diálogo entre os profissionais.

A partir dos fragmentos das respostas das participantes sobre esse modelo, somado aos estudos sobre o processo de humanização dentro de hospitais, pode-se notar que os profissionais de saúde dessa instituição vêm valorizando a passos largos a importância desse novo modelo de UTI. Percebem a importância de seu trabalho a partir do olhar da família e isso exige do profissional maior conhecimento das doenças e tratamentos.

Alguns criticam, por ser um modelo que demanda um trabalho diferenciado em terapia intensiva (que envolve cuidados médicos intensivos e mais tempo gasto com a família), em que faltam informativos para os familiares e falta de critérios na internação por parte dos médicos responsáveis pelos pacientes, os chamados médicos-assistentes (MA).

Na instituição em questão, os MAs são exclusivamente responsáveis pela conduta clínica de seus pacientes, deixando os médicos plantonistas da UTI responsáveis somente pelas intercorrências.

Notou-se, que em muitos casos, os plantonistas deixaram transparecer seu descontentamento em manter pacientes internados sem a necessidade dos cuidados intensivos, como nos casos de pacientes com demências, pacientes de home care e inclusive, pacientes sem acompanhantes, mas que necessitavam de cuidado específico a pedidos dos médicos assistentes.

A segunda categoria é o benefício para o paciente. Gotardo e Silva (2005) relatam que da mesma forma que o ambiente da UTI tende a ser extremamente hostil para o paciente, é mais ainda para os familiares, pois estes estão aptos a perceber com mais detalhes o ambiente desconhecido do que o próprio paciente. Ainda mais por ser uma unidade aberta, o familiar tem mais tempo para vivenciar esse ambiente.

Para esses autores, os membros da família, quando bem preparados, têm condição de ficar mais tempo junto ao seu familiar e serem envolvidos no processo de recuperação, que, além de beneficiá-los, diminui o sentimento de desamparo.

Os profissionais de saúde dessa instituição acreditam ser benéfica a presença da família em tempo integral, mas somente para pacientes mais estáveis e que tenham interação com o ambiente. Pacientes graves não

perceberiam e nem se beneficiariam com a presença da família. Talvez, esses profissionais não percebam que a presença física, o toque e a palavra (mesmo sem saber se são escutados ou não), podem fazer a diferença não para o paciente, mas sim para a família. Esta sente-se confortada por estar ao lado do paciente, mesmo que este, encontre-se sedado e entubado.

A terceira categoria refere-se às opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral. O processo de adoecer acontece na vida de uma pessoa de maneira inesperada trazendo consigo vários sentimentos e mudanças em seu cotidiano, que podem ser vivenciadas e aceitas de uma forma diferente por cada pessoa dependendo de suas experiências de vida (SEVERO e GIRARDON-PERLINI (2004); HABERKON e BRUSCATO (2008). Com a internação, alguns pacientes sentem-se mais tranquilos e seguros com a presença da família.

O paciente necessita de cuidados da equipe, da família e de sua rede social, como os amigos durante o processo de internação. Muitas vezes, os pacientes sentem-se inseguros e vulneráveis levando-os a recusarem certos procedimentos e/ou tratamentos, como visto nos relatos das entrevistas. A presença da família serve como aliadas ou ditadoras nesse processo.

Para alguns profissionais entrevistados, não havia a necessidade do apoio da família e dos amigos quando o paciente encontrava-se gravemente enfermo, como visto anteriormente. Apenas um profissional enfatizou ser de extrema importância a permanência da família, no sentido da não criação de fantasias a respeito do quadro clínico e dos prognósticos dos pacientes.

A antepenúltima categoria são as situações difíceis dentro da UTI aberta/humanizada. Nascimento et al (2007) escrevem sobre o processo de humanização e relata a importância do contato mais próximo com os familiares. Reafirmando Gotardo e Silva em categorias acima.

Estudos apontam que as maiores dificuldades por parte dos profissionais são as intercorrências inesperadas e mudanças repentinas no estado clínico do paciente aumentando a ansiedade e a tensão dentro da unidade (Knobel, 1998).

Para essa equipe de profissionais em questão, embora tenham a consciência que o modelo humanizado gera mais benefícios para o paciente, colocam a presença da família como uma das situações mais difíceis de lidar dentro da UTI. Relatam tentativas de controle no processo de internação ditando normas e regras para o desenvolvimento do seu trabalho. Somente um profissional relatou serem difíceis as intercorrências, como no caso de uma parada cardíaca, uma entubação inesperada, por exemplo.

Duas profissionais relataram que pacientes terminais geram sofrimento não só para o paciente e família, mas também para a toda a equipe multiprofissional.

Mesmo com o avanço das descobertas científicas, nem sempre a morte pode ser evitada dentro dessas unidades. E a maneira como cada profissional irá lidar com essa perda dependerá de sua história de vida pessoal, da cultura em que está inserido e até mesmo de sua formação universitária. O sentimento gerado por estas situações, muitas vezes, se traduz em impotência, frustração e revolta. (KÓVACS, 2010)

A penúltima categoria é sobrecarga de trabalho para a equipe. Knobel (1998), coloca que o que mantém esses profissionais trabalhando nas UTIs, é a capacidade de transformá-lo em fonte de prazer. O contato direto com o paciente e com a função nobre socialmente valorizada de cuidar e promover elementos essenciais à sua sobrevivência constitui-se em fatores de proteção psíquica para a equipe de saúde.

Para essa equipe, a dificuldade encontrada dentro das UTIs é a falta de profissionais qualificados para trabalhar nesse modelo e o suporte excessivo que a família demanda da equipe.

A partir da experiência do estágio, pôde-se notar que o pouco tempo de unidade (seis anos) e as próprias vivências dos profissionais em UTI, dificultam a seleção desses profissionais. Uma entrevistada citou que características da personalidade podem dificultar o trabalho dentro dessa unidade. Outra relata a questão da maturidade, maior tolerância advinda da idade.

Uma das entrevistadas, 31 anos, trabalha desde o início dentro dessa unidade, relatou que em 2005 era mais angustiante trabalhar nessa unidade do que hoje em dia. Outra entrevistada, 34 anos, relatou não entender, em 2005, como um paciente seria entubado e a família estaria ao lado dele.

Essas experiências vão sendo transmitidas para outros profissionais novos que ingressam nessa unidade. As experiências são adquiridas ao longo do tempo de trabalho.

A última categoria são os aspectos relacionados à formação pessoal da equipe. Falar sobre essa categoria requer, em primeiro lugar, definir personalidade.

A personalidade é o conjunto de características psicológicas e consistentes que determinam a individualidade pessoal e social de cada indivíduo, ou seja, é um conjunto único e específico de características

psicológicas como padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos de uma pessoa.

Entende-se que a personalidade é o que diferencia um indivíduo do outro, uma vez que cada um possui o seu padrão de comportamento, maneira de pensar, de sentir e de agir. Ela determina o significado das experiências vividas, da própria existência, do mundo e de todos os indivíduos, tornando-os pessoas singulares.

A partir da convivência com os profissionais de saúde da UTI aberta/humanizada foi percebida a dinâmica de cada profissional dentro dessa unidade. Alguns mais pacientes, outros menos tolerantes, uns simpáticos, outros exigentes; cada uma com a sua bagagem de vivências.

Talvez, por ser uma unidade que recebe familiares em tempo integral, a característica mais acentuada dentro dessa unidade, por parte das profissionais, foi a paciência. Ser paciente com o paciente e sua família.

A equipe citou entre essas acima, outras como: respeito, atenção, tranquilidade, timidez, assertividade, carisma, empatia, calma, carinho, aparência, gostar de conversar, gostar do trabalho, “*jogo de cintura*”, ansiedade, angústia e variação do humor.

Conclusão

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço de internação para pacientes graves ou de risco que requerem assistência médica e de enfermagem permanentes, com recursos humanos especializados, com equipamentos específicos próprios e outras tecnologias destinadas a diagnóstico e tratamento. Dentro dessas unidades são encontradas em doses variadas o que a sociedade tem de mais nobre, bonito e incrível, bem como o que há de mais triste, degradante e violento. Há pessoas lutando com todas as suas forças para sobreviver (BALLONE, 2004).

Com base nos estudos sobre humanização, um hospital particular do Rio de Janeiro implantou, em outubro de 2005, uma Unidade de Terapia Intensiva que garante além do cuidado ao paciente, a permanência da família em tempo integral.

As opiniões em relação a esse novo modelo são dicotômicas. Alguns autores apontam para o benefício do paciente na questão da segurança, enquanto outros relatam gerar mais estresse, inclusive para a própria família.

Durante o período de internação, o paciente fica exposto e muito vulnerável a todo e qualquer procedimento invasivo, acarretando sentimentos de frustração fragilizando-o e sensibilizando-o ainda mais (TORRES, 2008). Ele lida em tempo integral com a sua própria impotência, a dependência de terceiros e experencia um ambiente totalmente inovador e complexo para ele.

A partir das entrevistas com os profissionais de saúde que trabalham dentro desse novo conceito de unidade, ficou evidente que 100% das entrevistadas acreditam ser importante, para o paciente, esse novo modelo humanizado. Porém, crêem ser benefício para pacientes que encontram-se acordados e interagindo com o ambiente, ou seja, sem o risco iminente da morte.

As entrevistas retratam a visão em relação a permanência da família em tempo integral dentro dessa Unidade de Terapia Intensiva aberta/humanizada. Para esses profissionais, a família, em muitos momentos, é vista como facilitadora desse processo de internação, ajudando o paciente a sentir-se mais seguro, encorajando-o a realizar procedimentos ou aceitar tratamentos que o mesmo teria dificuldades em decidir sozinho. Porém, em muitos casos, também podem ser percebidas com certa dificuldade quando tentam controlar ou ditar regras para a equipe.

Além disso, as categorias, possibilitaram um panorama geral em relação a sobrecarga de trabalho. Para eles, é necessário acalmar não somente o paciente como também a própria família e nem sempre os profissionais que trabalham nessa área (UTI) são acostumados a esse modelo. Isso gera dificuldade para a equipe sobrecarregando outros profissionais. Talvez o pouco tempo de unidade, ainda não tenha possibilitado a todos os profissionais o contato maior com esse novo tipo de setor.

Os profissionais enfatizam a paciência como uma característica da personalidade de extrema importância para o trabalho dentro dessa unidade. Entendem que a família, muitas vezes, é uma carga a mais que demanda mais até do que o próprio paciente.

Esta pesquisa conclui que o modelo humanizado é o mais indicado para o paciente, porém ainda são necessários alguns ajustes em relação ao próprio ambiente e ao profissional de saúde.

Referências Bibliográficas

BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. 2. ed. São Paulo: Livraria Atheneu, 1988

BALLONE, G. J. Humanização do Atendimento em Saúde, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.virtualpsy.org/temas/humaniza.html>>, 2004

BASTOS, M. A. R., Etnografia: estratégia metodológica utilizada para contextualizar o cenário do CTI de um hospital universitário. Rev. esc. enferm. USP v.35, n.2, São Paulo, junho, 2001 Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em 29 set 2010

BECCARIA, L M.; RIBEIRO, R.; SCARPETTI, N.; CONTRIN, L M.; PEREIRA, R.; RODRIGUES, A M. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. Arq Ciênc Saúde abr/jun, 15(2), 2008, p.65-69

BENEDITO, M D. Lidando com as angústias das internações. In: DINIZ, D.; SCHOR, N. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina, Barueri, São Paulo, Manole, 2006, p.139-141

BENINCÁ, C. R. S. A enfermagem da UTI diante da morte: um estudo fenomenológico. Psico, Porto Alegre, v. 14, n.2, 2002, p.385-399

BOTEGA, N. J. Reação à doença e à hospitalização. In: Botega, N. J. (org). Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência, Porto Alegre: Artmed Editora, 2006, cap.3, p.49-66

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. Médicas, arquitetas, advogadas e engenheiras: mulheres em carreiras profissionais de prestígio. In: Revista Estudos Feministas, v. 7, n. 1 e 2, p. 9-24,1999

CAETANO, J. A.; SOARES, E.; ANDRADE M. L.; PONTE, R. M. *Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo*. Esc. Anna Nery v.11 n.2. Rio de Janeiro, junho, 2007 Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em 29 set 2010

CARNEIRO, AM. Comunicação enfermeiro-paciente na UTI: estudo interativo do processo de comunicação. (dissertação) Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ; 1982

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem, *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 56, n.2, 2003, p.189-92

COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, 2009, p.571-80

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 02 out. 2010

GUANAES A. e SOUSA, R. P. Introdução: Objetivos, Conceito, Histórico e Filosofia. In: *Humanização em Cuidados Intensivos*. (AMIB). Rio de Janeiro, 2001

GIRARD, T., PANDHARIPANDE, P., ELY, E. O delirium (síndrome confusional) na unidade de tratamento intensivo. *Critical Care*, 12 (Supl.3): S3 (doi: 10.1186/cc6149, 2008

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem, UERJ*, 2005; 13: p. 223-228

HABERKON, A. e BRUSCATO, W. L. Qualidade de vida e internação em UTI. In: ANDREOLI, P. e ERLICHMAN, M. R. *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo. Atheneu, 2008

KITAJIMA, K. e COSMO, M. Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P.; ERLICHMAN, M. R. Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves. São Paulo. Atheneu, 2008,p.213-229

KNOBEL, E. *O paciente crítico*. São Paulo. Atheneu, 1998

KÓVACS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional, *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(4): p.420-429

MACIEL, M. R; SOUZA, M. F. S. Acompanhante de adulto na unidade de terapia intensiva: uma visão do paciente. *Acta Paul Enferm*, 19(2): 138-143, 2006

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. *Recursos de relacionamentos para profissionais de saúde*. São Paulo. Novo Conceito, 2009

MEZZOMO, J.C. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. Barueri: Manole, 2001

MORAES, J.C.; GARCIA, V. da G.L.; FONSECA, A. da S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. *Revista Nursing*. v. 79, n.7, 2004

MOREIRA, E. C.; BIEHL, J. G. Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no nordeste do Brasil. *Revista Bioética*, v. 12, n. 1, 2004, p.19-30

MORSCH, C.; BARROS, E. Qualidade de vida em terapia intensiva. In: DINIZ, D.; SCHOR, N. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina, Barueri, São Paulo, Manole, 2006, p. 91-101

NASCIMENTO, A. Z; RIBEIRO, G.; BERNARDINO, E.; OLIVEIRA, E. S. *Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva*. *Cogitare Enferm*, 2007 Out/Dez; 12(4): p.446-451 Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em 29 set 2010

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N. J. (org). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. e MACEDO, P. C. M.; Programa de humanização da assistência em hospitais. In: Knobel, E; Andreoli, P.; Erlichman, M.R. *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo. Atheneu, 2008, p.

OLIVEIRA, F. P. T. de; SANTOS, G. S.; SILVA, L. S. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Nursing*, São Paulo, v. 6, n.60, 2003, p.37-42

ORLANDO, J. M. UTI muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu, 2002

PESSOA, R. F., NÁCUL, F E. Delirium em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 18, n. 2, abril-junho, 2006

ROMANO, BW. *Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo; Casa do Psicólogo, 1999

ROSSI, L. Gritos e Sussuros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Geral do Hospital das Clínicas – FMUSP. (dissertação) São Paulo (SP), Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo, 2008

SILVA, A L. M.; ANDREOLI, P. B. O trabalho o psicólogo em UTI e UCO. In: ISMAEL, S. M. C. (org), *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005

Cuidando de pacientes “difíceis” ou famílias “difíceis”. In: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B.; ERLICHMAN, M. R. *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo. Atheneu, 2008, p. 113-124

SILVA, M. J. P.da. Humanização em UTI. In: CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. (Org.). *Assistência de enfermagem ao paciente crítico*. São Paulo: Atheneu, 2000

SILVA, R. C. L. da; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*; 12(1):156-159, mar. 2008.

SILVEIRA, R. S., LUNARDI, V. L., FILHO, W. D. L., OLIVEIRA, A. N. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI, *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 14(Esp.): 2005, p.125-30

SOARES, L. O., SANTOS, R. F., GASPARINO, R. C., Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Out-Dez; 19(4): 2010, p. 644-650

SOUZA, R. P. Manual de rotinas de humanização em medicina intensiva. Curitiba. Edição do autor, 2004

TORRES, A. O Paciente em Estado Crítico. In: Romano, BW (org.). *Manual de Psicologia Clínica para Hospitais*. São Paulo; Casa do Psicólogo, 2008

ANEXO 1

ENTREVISTA

- 1) Profissão
- 2) Cargo
- 3) Idade
- 4) Sexo
- 5) Estado Civil
- 6) Religião
- 7) Escolaridade / Formação
- 8) Tempo de Formado
- 9) Tempo em UTI
- 10) Tempo UTI 2
- 11) O que você acha do modelo de UTI aberta / humanizada?
- 12) Como é trabalhar nesse modelo?
- 13) Que tipo de família você encontra nessa UTI?
- 14) O que você pensa sobre a presença da família em tempo integral na UTI?
- 15) Facilidades?
- 16) Dificuldades?
- 17) Quais são as situações mais difíceis que você encontra nessa UTI?
- 18) Como você lida com essas situações?
- 19) Quais características da sua personalidade te ajudam a trabalhar nesse modelo?
- 20) E quais você acha que não favorecem
- 21) O que você acha que diferencia os profissionais que trabalham nesse modelo daqueles que não conseguem ou não gostam de trabalhar nesse modelo?
- 22) Crítica ao modelo
- 23) Sugestão

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: *“Unidade de Terapia Intensiva Aberta/Humanizada: Equipe Multiprofissional e suas Práticas”*.

O objetivo dessa pesquisa é investigar o modelo de Unidade de Terapia Intensiva Aberta/Humanizada com permanência integral da família de um hospital particular do Rio de Janeiro por meio da percepção da equipe multiprofissional e suas práticas. Portanto, estamos convidando você a responder a uma entrevista sobre o tema.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que pode ser encontrado na UTI da Clínica São Vicente.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa de monografia de pós graduação em Psicologia da Saúde (PUC-Rio), não serão identificados os nomes dos profissionais que participarem da mesma. Não haverá despesas pessoais nem compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento nesta instituição.

Entrevistado

Katya Kitajima ou Mayla Cosmo
Orientadores - Cel 97245700 / 99874243

Eduarda Moreira Leal
Pesquisador Responsável
Cel. 8886-7677

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Curso de Especialização em Psicologia e Saúde

Unidade de Terapia Intensiva
Aberta/Humanizada: A Percepção da
Equipe Multiprofissional e suas Práticas

Eduarda Moreira Leal

Mayla Cosmo
Orientadora

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2011.



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Curso de Especialização em Psicologia e Saúde

Eduarda Moreira Leal

**Unidade de Terapia Intensiva
Aberta/Humanizada: A Percepção da
Equipe Multiprofissional e suas Práticas**

Monografia apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da PUC-Rio como
requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Psicologia e
Saúde. Aprovada pela Comissão
Examinadora abaixo assinada.

Mayla Cosmo
Orientadora

Mônica Campioli

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2011.



Para a minha grande mãe, um exemplo de vida.
Sempre me encorajando, apoiando, confiando,
incentivando, ajudando, investindo e, mais do
que tudo, sempre me compreendendo durante
todo o tempo.

E para minha família, por ser minha base e meu
porto seguro.

Agradecimentos

À minha orientadora Mayla Cosmo, que possibilitou a realização desse projeto.
Obrigada pela ajuda, incentivo e confiança.

Aos profissionais da Clínica São Vicente.

À Katya Kitajima, pela ajuda e confiança.

À Mônica Campioli, pela amizade, carinho, escuta acolhedora e por todos os ensinamentos.

À Mônica Ayala, pela amizade e palavras de apoio.

À Mariana Almeida, pelas idéias iniciais para a realização desse projeto.

Ao Diego Costa, pelo apoio e carinho.

Às minhas amigas, por sempre me acolherem mostrando-se disponíveis e solícitas em todos os momentos.

À amiga Luana, por sua ajuda na reta final desse projeto.

Aos meus clientes e/ou pacientes que me ensinaram no decorrer desses anos.

Por fim, a todos que de alguma forma passaram e fizeram a diferença na minha vida.

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo investigar o modelo de Unidade de Terapia Intensiva Aberta/Humanizada com permanência integral da família de um hospital particular do Rio de Janeiro através da percepção da equipe multiprofissional e suas práticas. Para a realização dessa pesquisa, utilizaram-se entrevistas semi estruturadas e observação participante. Os sujeitos escolhidos para a aplicação foram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. As entrevistas foram analisadas a partir da categorização das respostas dos participantes. Os resultados mostraram que 100% dos profissionais de saúde acreditam ser interessante esse modelo de unidade aberta/humanizada. O estudo propõe o conhecimento desse novo modelo de Unidade de Terapia Intensiva a partir dos relatos dos participantes e observações da pesquisadora.

Palavras-chaves: UTI aberta/humanizada, profissionais de saúde, permanência da família

Abstract

This study aims to investigate the model of the “Opened/ Humanized” Intensive Care Unit with the fulltime family permanence in a private hospital in Rio de Janeiro through the perception of the multiprofessional team and its practices. For this survey, we used semi-structured interviews and our observations. The chosen subjects for the application were doctors, nurses, nursing technicians and physiotherapists. The interviews were analyzed through the categorization of participant’s answers. The results showed that 100% of healthcare professionals believe that it is interesting this model of the “Opened/Humanized” Intensive Care Unit. The study proposes the knowledge of this new type of Intensive Care Unit through the participant’s reports and the researcher's observations.

Keywords: “Opened/Humanized” ICU, healthcare professionals, family permanence

Sumário

Introdução	08
1. Descrição dos Cenários	11
1.1. Unidade de Terapia Intensiva	11
1.2. UTI aberta/humanizada: uma nova proposta de assistência ao paciente	15
2. Personagens do Cenário	18
2.1. Paciente	18
2.2. Família	20
2.3. Equipe Multidisciplinar	22
3. Metodologia	24
4. Apresentação dos Resultados	25
5. Discussão dos Resultados	35
Conclusão	40
Referências Bibliográficas	42
Anexos	47
Anexo 1	47
Anexo 2	48

Introdução

O interesse pelo estudo deu-se a partir da experiência de estágio dentro de um hospital particular do Rio de Janeiro, com as psicólogas Mayla Cosmo e Katya Kitajima, durante o curso de especialização em Psicologia da Saúde, no ano de 2009/2010 na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O estágio ocorreu em dois momentos com duração de um ano. No primeiro, a atuação foi dentro da Unidade Coronariana e no segundo, em duas Unidades de Terapia Intensiva diferenciadas. Uma, unidade fechada (UTI 1) e a outra, aberta/humanizada (UTI 2). A diferença entre as duas era a não permanência do familiar na UTI 1 e a permanência 24 horas na UTI 2.

UTI aberta humanizada/humanizada com a permanência integral da família foi uma experiência de trabalho novo. Até o momento, os estágios sempre foram em UTIs fechadas, com a permanência da família em horários definidos de visita.

Durante o segundo semestre do estágio, despertou-se um interesse em saber como era para aqueles profissionais de saúde trabalhar em tempo integral com paciente e família. Vistos e, talvez, avaliados a todo momento. Como seria a percepção deles quanto a esse novo modelo que ainda está em andamento em diversos estudos e hospitais?

Para entender melhor essa diferença entre UTI fechada e aberta, um breve resumo será feito no intuito de entender o funcionamento do ambiente em si e saber qual é a real diferença entre uma unidade e outra.

Na admissão em uma UTI, tanto o paciente como os familiares experimentam uma das maiores crises de sua vida. A preocupação e o medo da morte parecem tomar conta de ambos.

Esse é um setor destinado a receber pacientes graves, com todo tipo de acometimentos e com chances de recuperação, que necessitam de observação constante (ROSSI, 2008). O trabalho da equipe requer atenção constante e a presença da família é restrita aos horários de visita. Essa seria a descrição da UTI 1 desse hospital, a chamada UTI fechada.

A UTI 2, implantada em outubro de 2005, recebe pacientes com acidente vascular cerebral (AVC), pós-operatório em neurocirurgia e pacientes com doenças respiratórias que necessitam de atendimento intensivo. Uma característica marcante dessa unidade é a permanência da família em tempo integral.

Alguns dos estudos realizados sobre Terapia Intensiva abordam a temática no sentido da participação da família no cuidado aos pacientes críticos, ou orientação sistemática aos familiares e na busca de humanização do ambiente de UTI (LOURENÇO e NEVES, 2008).

A partir disso, atualmente, percebe-se um movimento mais maleável por parte dos profissionais de saúde em relação ao tratamento com paciente e família/acompanhante.

Caetano et al (2007), relatam maior preparo dos profissionais de saúde, não só sob o aspecto técnico, mas também, numa perspectiva mais humanitária, no sentido de reconhecer que a presença física é tão importante quanto o procedimento técnico. Em seu artigo de 2007, Nascimento et al, descreve que nas UTIs para adultos e idosos, há uma maior dificuldade, por parte da equipe, em aceitar a presença da família dando a entender que estes gerariam maiores estresses para pacientes críticos. Maciel e Souza (2007) mostrou em sua pesquisa que ainda não há um consenso entre os próprios pacientes internados a respeito da presença dos familiares dentro da unidade. Uns sentiam-se seguros e a família não os ajudaria em neste momento e outros relataram que seria de extrema importância a presença da família em um momento tão difícil de sua vida.

Durante as supervisões e conversas com a equipe de psicólogas, surgiu uma curiosidade e daí, o objetivo dessa pesquisa; saber qual a percepção desses profissionais de saúde diante desse modelo.

O primeiro ponto que chamou a atenção foi a maneira como cada um encara esse lugar. Entre os atendimentos, durante conversas com os profissionais foi-se percebendo como era trabalhar ali dentro. Facilidade para uns, indiferença para alguns e difícilimo para outros. Cada um, a partir de sua experiência, nas entrelinhas, relatava como era a sua percepção daquele ambiente.

Primeiramente, utilizou-se somente a observação participante, no intuito de identificar o caminho a ser trilhado da pesquisa. Identificado o ponto, realizaram-se entrevistas individuais semi-estruturadas com a equipe, sendo o público alvo escolhido de forma aleatória. Por fim, as respostas foram analisadas de maneira a formar categorias.

A pesquisa será dividida em algumas partes, tais como:

- O primeiro capítulo destina-se a conceituação das Unidades de Terapia Intensiva.

- O segundo capítulo falará sobre a visão de paciente, família e equipe multiprofissional
- No terceiro capítulo será apresentada a metodologia da pesquisa
- No quarto capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa
- No quinto capítulo, serão discutidas as categorias estabelecidas no capítulo anterior
- No sexto capítulo será visto algumas conclusões a respeito da pesquisa.

Espera-se, com essa monografia, poder ajudar diversos profissionais de saúde, pacientes, familiares/acompanhantes a compreenderem algo melhor sobre esse novo modelo de Unidade de Terapia Intensiva aberta/humanizada a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão inseridos desde o início ou há pouco tempo dentro desse modelo. Foi apresentada de tal forma no sentido de facilitar a leitura e entendimento das pessoas com ou sem experiência no assunto.

1. Descrição dos Cenários

1.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor dentro do hospital destinado à pacientes graves, considerados críticos, que necessitam de assistência médica e de enfermagem contínua. O trabalho em equipe é multiprofissional e a unidade funciona vinte e quatro horas por dia.

Bastos (2001) relata que as primeiras UTIs datam de 1950 e eram caracterizadas como um “sistema tecnológico de instrumentos, conhecimentos e habilidades” destinados a prestar assistência aos indivíduos criticamente enfermos. Nessa época surgiram os primeiros esforços no sentido de agrupar pacientes instáveis que exigiam uma concentração de profissionais e equipamentos ao seu redor. O aumento significativo de pacientes e a complexidade das doenças consolidaram essa unidade.

A unidade de cuidados intensivos foi implantada no Brasil na década de 70 agrupando os pacientes de acordo com a gravidade de sua doença e da dependência de cuidados da equipe de enfermagem. Com o passar dos anos, técnicas e profissionais foram aperfeiçoados para atender a uma nova demanda de pacientes (CARNEIRO, 1982).

Hoje, a Unidade de Terapia Intensiva é definida como uma

"unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar" (Resolução 81-CREMESP - 5/01/1995).

O rápido crescimento tecnológico e científico que por um lado proporcionou avanços na Medicina, por outro ocasionou estruturas mais robotizadas e profissionais cada vez mais distantes de seus pacientes, com uma supervalorização da tecnologia, deixando o campo do cuidar e das relações interpessoais em segundo plano (NASCIMENTO ET AL, 2007).

Morsch e Barros (2006) retratam a UTI como um ambiente destinado ao prolongamento da vida. Romano (1999) enxerga esse ambiente como um lugar de atenção permanente, decisões rápidas e ações precisas dos médicos, cuidados integrais da equipe de enfermagem, além de tecnologia e

equipamentos especializados, exigindo destes e de outros profissionais o máximo de eficiência no tratamento.

Os sentimentos de medo e a ameaça de morte iminente são constantes e colocam pacientes, familiares e profissionais diante de emoções e conflitos que emergem dos limites do adoecer e da certeza da finitude humana (TORRES, 2008; MORSCH e BARROS apud DINIZ e SCHOR, 2006).

Para esses familiares e pacientes, o estigma que esta unidade carrega é de “ante-sala” da morte. Significa sofrimento, tecnologia e muitas vezes falta de humanismo por parte dos profissionais. É percebido como um local extremamente invasivo devido à ausência de iluminação natural, à presença de ruídos e uma rotina dinâmica e intensa por parte da equipe de profissionais. Por vezes, o que é visto dentro desta unidade é uma estreita relação equipe/aparelhos tecnológicos já que alguns pacientes estão impossibilitados de se comunicarem e o contato com a família é restrito (SILVA e ANDREOLI, 2005; BASTOS, 2001).

Percebe-se que a singularidade do paciente fora deixada em segundo plano, enquanto sua doença, seus diagnósticos e prognósticos se tornaram o foco do saber científico. Dessa forma, o campo da saúde vem enfrentado, há algum tempo, uma crise de legitimação por estar desconsiderando valores humanistas fundamentais para a atenção à saúde (NOGUEIRA-MARTINS e MACEDO, 2008).

Nogueira-Martins e Macedo relatam que a percepção desse fenômeno vinha dando origem a projetos e práticas da humanização nos serviços de saúde há pelo menos 10 anos.

O tema da humanização alcançou maior destaque quando o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 1999. É uma ação para implementar e organizar as práticas no campo da atenção humanizada e com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento em saúde, priorizando as relações entre pacientes e profissionais, dos profissionais entre si, profissionais e gestores e do hospital com a comunidade. Uma das diretrizes do Programa é o desenvolvimento técnico e emocional dos profissionais de saúde, de forma a aperfeiçoá-los para o atendimento ao usuário. O Programa se propõe, portanto, a ultrapassar a dicotomia biomédica/psicossocial, propondo a oferta de assistência de qualidade, articulando a tecnologia com o bom relacionamento. Nogueira-Martins e Macedo relatam que a boa administração de relacionamentos também é uma tecnologia, seria a “tecnologia leve” que diz respeito à produção de

vínculos, acolhimento e formas de gestão do cuidado (NASCIMENTO ET AL, 2007; NOGUEIRA-MARTINS e MACEDO, 2008; MORSCH e BARROS apud DINIZ e SCHOR, 2006).

Ainda segundo Nogueira-Martins e Macedo (2008), o PNHAH propõe que para humanizar a assistência seria necessário cuidar dos próprios profissionais da saúde, formando equipes de trabalho saudáveis e menciona a necessidade de cuidado com a formação dos profissionais, ao reconhecer que muitas dificuldades de interação interpessoal eram devidas a falhas na formação do profissional, restrita ao modelo biomédico.

Deslandes (2004) diz que os gestores definem humanização como:

- associados à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários (cuidados pautados pelo acolhimento, escuta, empatia, respeito);
- ligados ao reconhecimento dos direitos do paciente (então interpretados de muitas e distintas maneiras);
- agregados a uma perspectiva de maior democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes;
- relacionados a um modelo de desmedicalização de atenção ao parto e nascimento;
- reconhecidos como conjunto de iniciativas para promover o vínculo entre familiares, mãe e recém-nascidos hospitalizados e para minimizar o estresse desses bebês;
- vinculados à valorização dos profissionais de saúde.

Em relação à humanização do atendimento, as iniciativas apontam para:

- a democratização que envolve o atendimento;
- o maior diálogo e a melhoria da comunicação e paciente
- o reconhecimento dos direitos dos paciente, de sua subjetividade e referências culturais ou, ainda o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico.

A Humanização em Terapia Intensiva tem sido central na área da saúde devido à grande preocupação dos hospitais em proporcionar aos seus pacientes uma assistência de qualidade. Para tanto, estão colocando como prioridade o atendimento das necessidades individuais dos pacientes, o que inclui o contato

mais próximo dos familiares, pois acreditam que estes possam influenciar positivamente na recuperação do doente (NASCIMENTO ET AL, 2007).

Romano (1999) reitera tal idéia quando fala do aumento da preocupação com a humanização e do cuidado personalizado com o paciente crítico. Soares et al (2010) compartilham da mesma idéia de Romano. Falam de um ambiente mais acolhedor e menos impessoal, não só nos aspectos físicos, mas também nas atitudes e comportamentos da equipe.

Moraes et al (2004), associam cuidado técnico científico ao cuidado que incorpora a necessidade e o acolhimento do imprevisível, favorecendo uma atmosfera mais humanizada. Para Costa et al (2009) humanizar pressupõe valorizar o paciente, o familiar e o profissional de saúde dentro do contexto hospitalar.

Segundo Mezzomo (2001),

"hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade." (p. 276)

Com esse novo conceito de UTI humanizada, Silva (2000) relata que os profissionais de saúde, necessitam utilizar a tecnologia aliada a empatia, a experiência e a compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil.

A questão da permanência prolongada de familiares em unidades de terapia intensiva (UTI humanizada) tem permeado as discussões sobre humanização. Porém nota-se, ainda, uma grande dificuldade por parte de alguns profissionais em aceitar e permitir a presença de acompanhantes, alegando que tal presença seria estressante para os pacientes graves assim como poderia aumentar o risco de infecções hospitalares. Os conceitos da Humanização não são capazes, sozinhos, de manter uma proposta de UTI aberta, os limites e possibilidades da mesma apontam para a capacidade do hospital e de suas equipes multidisciplinares, através das sensações e impressões subjetivas dos profissionais, em sustentar a UTI humanizada como uma inovação viável nos cuidados ao paciente crítico (NASCIMENTO ET AL, 2007; CAETANO ET AL, 2007).

1.2 UTI aberta/humanizada: uma nova proposta de assistência ao paciente crítico

A partir dessas idéias de humanização, um hospital particular do Rio de Janeiro implementou, em outubro de 2005, uma UTI com a proposta de ser aberta/humanizada. Este modelo é voltado especialmente para pacientes com acidente vascular cerebral (AVC), pós-operatório em neurocirurgia e pacientes com doenças respiratórias que necessitam de atendimento intensivo.

A família tem a possibilidade de permanecer 24 hs com o paciente e dispõe de acomodações adequadas na tentativa de minimizar o cansaço físico e mental advindos do processo de internação.

O papel da equipe, além do cuidado, é o de orientar a família sobre como se portar em diferentes situações, já que os acompanhantes irão vivenciar a rotina em tempo integral. Esse modelo viabiliza que o familiar fique ao lado do paciente confortando-o e ajudando-o a ter uma melhor aderência ao tratamento.

A equipe é multiprofissional composta por médicos rotina, médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos (solicitados por pedidos de parecer da equipe). Há uma sala para os médicos, banheiro para a equipe e um balcão para atendimento da enfermagem.

São sete quartos privados. As suítes são compostas pela cama do paciente, um sofá para os acompanhantes, um banheiro, televisão, armários para o acompanhante, janelas, pia independente do banheiro e porta. Os pacientes tem maior autonomia dentro de seus quartos. Há uma maior flexibilidade para as visitas. Não é necessário que o acompanhante saia para dar lugar as visitas. O horário é mais maleável.

Abaixo seguem fotos da UTI aberta/humanizada desse hospital:





2. Personagens do Cenário

2.1. Paciente

Kitajima e Cosmo (2008) retratam a UTI como um ambiente destinado a pacientes gravemente adoecidos, podendo ou não estar em fase de recuperação necessitando de equipamentos especializados e do cuidado intensivo de toda a equipe multidisciplinar. Sua chegada nesta unidade, muitas vezes, ocorre de maneira inesperada exigindo rapidez e eficiência da equipe. Pacientes cirúrgicos também são acolhidos nessa unidade visando uma recuperação pós operatória melhor assistida pela equipe (ROMANO, 1999).

Durante o período de internação, o indivíduo é submetido aos cuidados da equipe multiprofissional ficando exposto a várias manipulações de seu corpo, assim como a procedimentos sofridos e invasivos. Rossi (2008) aponta para a perda de privacidade até nos momentos de higiene e passagens de sonda desencadeando sentimentos de mal-estar, vergonha e constrangimento. O paciente permanece despido de suas roupas, de seus objetos pessoais, de seu papel social e com as suas funções vitais controladas. O contato com a família, a comunicação e a mobilidade tornam-se restritos. A alimentação e a demora no atendimento, que pode ser real ou uma percepção emocional, são vistos, pelos pacientes, como motivos de insatisfação (ROMANO, 1999; SILVA e ANDREOLI, 2005; ROSSI, 2008).

O processo de internação em UTI deixa o paciente vulnerável, desestabilizando-o emocionalmente, exarcebando seus mecanismos de defesa, gerando inquietude, intolerância e baixa resistência à frustração. Emergem sentimentos como a ansiedade e o desamparo devido à mudança de sua rotina, à perda do autocontrole, ao risco de morte iminente e à situação de dependência de terceiros (SOUZA, 2004; TORRES, 2008).

Sentimentos como estes citados acima tem ocorrido com maior frequência já que atualmente, dentro da UTI, vem crescendo o número de pacientes acordados, orientados, lúcidos e interagindo. Por um lado positivo, possibilita o entendimento de seu quadro clínico permitindo que este, muitas vezes junto à sua família, participe de decisões em relação ao seu tratamento acarretando segurança e confiança em sua recuperação (KITAJIMA e COSMO apud ANDREOLI e ERLICHMAN, 2008; BECCARIA, 2008; TORRES, 2008).

Silva e Andreoli (2008) escrevem sobre os pacientes rotulados como “*difíceis*” pela equipe. São pacientes que se enquadram

“com múltiplas queixas, de difícil diagnóstico, de difícil manejo de sintomas, manipulativos, extremamente demandadores, agressivos verbal ou fisicamente, que provocam intriga entre os membros da equipe, impulsivos, que extravasam a raiva, com comportamento auto agressivo, que criam problemas com outros pacientes, que tentam suicídio, com sintomas depressivos ou ansiosos, que apresentam muitos sintomas somáticos e maior gravidade.” (p.115)

Pacientes sedados, entubados, desorientados e até mesmo os não cooperativos com os tratamentos são também, encontrados dentro dessa unidade. Oliveira et al (2003), afirma que um dos fatores mais estressantes é o período de entubação, já que os movimentos e a comunicação tornam-se limitados.

Romano (1999) cita alguns diagnósticos psicológicos que são frequentemente observados em pacientes dentro da UTI. São eles: o delírio, a ansiedade e a depressão. Delírio é um prejuízo global reversível dos processos cognitivos, que pode causar desorientação, prejuízo na memória de curto prazo, discurso desconexo ou até mesmo alucinações. Depressão é caracterizada pela fadiga, abatimento do humor, perda de energia ou até mesmo pensamentos recorrentes em morte.

O Delirium, diferente do delírio, também é um diagnóstico de pacientes em UTI. Essa síndrome se caracteriza por uma perturbação aguda e flutuante da consciência e da cognição, ocorre em um curto período de tempo (horas a dias) e geralmente é um quadro reversível. Acomete até 80% dos pacientes em uso de ventilação mecânica que necessitam de doses, muitas vezes alta, de sedação. Seu aparecimento é prejudicial para o paciente prolongando o tempo de internação deixando-o mais suscetível à complicações. O tratamento inclui medidas simples, tais como: flexibilizar o horário de visitas promovendo o maior contato entre paciente e família, deixar com os pacientes objetos que permitam orientá-lo no tempo e espaço, reduzir ruídos e iluminação durante a noite. A comunicação deverá ser a mais clara possível, visando trazer o paciente para a realidade. O uso de medicações pode ser necessário na tentativa de minimizar a agressividade ou agitação desses pacientes (GIRARD ET AL, 2008; PESSOA e NÁCUL, 2006).

No decorrer do processo de internação, a forma como paciente e família vivenciarão esse momento, será uma experiência singular. Irá depender da maneira de cada um viver e se relacionar podendo variar de acordo com diversos fatores, dentre eles: a idade, a gravidade da doença, a história clínica, o tempo de internação, a rede de apoio, as vivências anteriores como paciente ou acompanhante, o estado emocional, as crenças, o tratamento e o possível prognóstico. É imprescindível lembrar que, antes do foco na manutenção da vida, através da tecnologia e de medicamentos, existe um indivíduo que tem sentimentos, afetos e emoções. Cada um atribuirá àquela doença e suas conseqüências um sentido pessoal que apenas pode ser compreendido frente ao contexto de sua história de vida (HABERKON e BRUSCATO, 2008; BOTEGA, 2006).

2.2. Família

“A família é um sistema intercomunicante, no qual o comportamento de um membro apenas pode ser compreendido em relação ao contexto do sistema grupal e do meio onde esse indivíduo está inserido.”

ROMANO, 1999

A família é entendida como unidade social intimamente conectada ao paciente através de laços afetivos, não precisando ter parentesco legal ou consangüinidade. O núcleo familiar deve ser visto como um sistema que possui suas próprias leis internas de estrutura e funcionamento. Sua manutenção, sua existência, sua organização e capacidade de adaptação dependem da busca ininterrupta de manter seu equilíbrio. A internação pode acarretar um desequilíbrio nesse contexto familiar desconfigurando os papéis desempenhados por cada indivíduo. Como a homeostase do sistema é interrompida por fatores internos e externos, a hospitalização é sentida como uma ameaça. Pode-se dizer que “paciente em desequilíbrio” é igual a “família em desequilíbrio”. Se o equilíbrio não é restaurado, gera-se uma crise nessas relações. Cada membro da família tentará criar estratégias adaptativas buscando restaurá-lo novamente (ROMANO, 1999; GUANAES e PUSCH, 2001; BECCARIA, 2008).

Além da desorganização causada pelo impacto da internação, a família precisará reavaliar os papéis sociais de cada membro, terá que lidar com a ameaça da perda, das pendências e, muitas vezes, dos segredos familiares prévios. Isso dependerá do lugar ocupado pelo paciente dentro da família, da doença, do sentido dado a ela e de sua inscrição no contexto familiar (ROMANO, 1999; ROSSI, 2008).

Quando os familiares entram na UTI, deparam-se com um aparato tecnológico capaz de transmitir segurança e tranquilidade por um lado, mas por outro, responsabilizam-nos pelo isolamento e solidão dos pacientes. Geralmente a família não está preparada para ver seus entes queridos ligados a inúmeros equipamentos, sedados, entubados, contidos ou até mesmo em delirium. Chocam-se com esse cenário e deixam a UTI desesperados sem receber qualquer tipo de informação ou acolhimento por parte da equipe multiprofissional (BECCARIA, 2008; NASCIMENTO ET AL, 2007).

Kitajima e Cosmo (2008) escrevem que a família deveria ser acolhida em seus questionamentos e dúvidas na tentativa de minimizar a ansiedade e as incertezas geradas pela internação. Isso facilitaria a adaptação dentro do contexto hospitalar.

Rossi (2008) descreve que a UTI é um ambiente comum para os profissionais de saúde, pois fazem parte de sua rotina assistencial, enquanto que para os familiares é um espaço assustador. O receio de causar danos aos pacientes e/ou equipamento é enorme, restringindo o contato físico entre o familiar e seu ente. É necessário que os familiares sintam-se seguros quanto às informações recebidas e ao tratamento dispensado ao paciente.

Durante o período de internação, a família vivencia diferentes etapas dentro desse processo. Primeiro, como já mencionado acima, a família passa por períodos de crise e tenta mobilizar recursos de enfrentamento. Nesse momento, a família não percebe suas necessidades e nem as do paciente, sentindo-se confusa, parte em busca de informação. Mais contextualizada, os familiares passam a se preocupar com os cuidados com qualidade e eficácia que seu ente está recebendo. Por fim, partem em busca de recursos para suprir as suas necessidades e as do paciente (ROSSI, 2008).

Silveira et al (2005) relata que a presença da família tem sido tema de destaque no processo de compreensão dos fatores que podem interferir no cuidado do paciente. Afirma que é preciso valorizar a presença da família no cuidado prestado, principalmente quando ela vivencia a internação de um parente na UTI. Mesmo quando a família mostra-se fragilizada, continua

ocupando um papel de destaque para o paciente e sua presença contribui para que o mesmo sinta-se acolhido, seguro, amado e com significado para seu grupo familiar. Porém a possibilidade de construir novos paradigmas, como a permanência prolongada da família em UTIs, requer sensibilidade e disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender o novo, capacidade de reconhecer a si e ao outro e principalmente a crença que o significado e afetos da relação familiar são fundamentais para paciente e sua recuperação.

2.3. Equipe Multiprofissional

“A pessoa do médico pode ser um medicamento poderoso e eficaz, que causa impacto significativo na construção do vínculo e até mesmo na própria ação do remédio prescrito.”

BALINT, 1988

A palavra “médico” citada na frase de Balint poderia, em alguns casos, ser trocada por outras especialidades que compõem a equipe multiprofissional de uma UTI. Romano (1999) escreve que o conhecimento não pode ser adquirido, assimilado e nem aplicado por uma única pessoa. Ele não pode ser isolado e nem fragmentado. Cada um, dentro da equipe, tem a sua função, cuida da sua especialidade e todos juntos cuidam de um só corpo, um só ser humano.

Como relata Maldonado e Canella (2009), da mesma forma que um medicamento, a atuação do profissional de saúde pode fazer bem ou provocar efeitos colaterais indesejáveis, pois tudo aquilo que trata apresenta riscos. O cruzamento dessas possibilidades formam uma questão-chave: o profissional como agente de saúde ou como fonte de dificuldades.

O cotidiano da equipe multiprofissional dentro da UTI é permeado por diversos sentimentos e vivências de dor, sofrimento, impotência, angústia, medo, desesperança, desamparo, perdas e morte. É necessário criar estratégias de enfrentamento para lidar com essas situações. Nem sempre as escolhidas são as mais adequadas e por vezes podem comprometer o trabalho do profissional. É um ambiente fascinante para alguns, porém, aversivo para outros. A possibilidade de diagnosticar corretamente, curar doenças, aliviar a dor e o sofrimento e salvar vidas fazem com que o trabalho do profissional de saúde seja reconhecido gerando gratificação e realização pessoal. Contudo é

importante ressaltar que muitas vezes devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho, o profissional presta uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva (ROSSI, 2008; SILVA JR ET AL apud BENINCÁ, 2002; SILVA e ANDREOLI, 2008; COLLET e ROZENDO, 2003).

Moreira e Biehl (2004) relatam que há uma maior aceitação da morte, por parte dos profissionais, quando percebem que os procedimentos invasivos não são mais eficazes para garantir a qualidade de vida daquele paciente. Orlando (2002) escreve que o desgaste emocional maior vivenciado pela equipe da UTI é a comunicação da morte aos familiares.

Devido a altos níveis de estresse, Nogueira-Martins (2002) relata que na literatura há a descrição de algumas síndromes associadas às atividades profissionais dos médicos, como a síndrome de *burnout*. Esta síndrome é definida como uma resposta ao estresse ocupacional crônico e é caracterizada por altos níveis de exaustão emocional e despersonalização, e baixo envolvimento pessoal no trabalho.

O quadro é composto por sintomas somáticos, tais como: exaustão, fadiga, cefaléia, distúrbios gastrintestinais, insônia e dispnéia. Os psicológicos: humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse. Os comportamentais: fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos, fazer críticas e evitar os pacientes e o contato visual. Algumas características da personalidade do indivíduo estão relacionadas a essa síndrome. Profissionais mais inflexíveis, mais teimosos e com dificuldade de adaptação estão mais suscetíveis. A possibilidade de controlar as situações também está relacionada. Quanto menor o controle, maior o nível de *burnout* (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

As consequências são a diminuição do desempenho profissional, interferências na vida familiar, baixa auto-estima, desmotivação, aumento de problemas de saúde e alta rotatividade de pessoal. Todos esses fatores interferem na qualidade do trabalho desses profissionais de saúde (NOGUEIRA-MARTINS, 2002; ROSSI, 2008).

Silva e Andreoli (2008) escrevem que os profissionais de saúde precisam ter empatia e atitude colaborativa para promoverem o melhor cuidado ao paciente. Benedito apud Diniz e Schor (2006) relata que as informações, dadas pela equipe, devem ser claras o suficiente para que os familiares não fantasiem situações aumentando o medo e dificultando a comunicação com a equipe. É imprescindível estabelecer uma relação de confiança com o paciente e o familiar durante todo o período de internação

3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa etnográfica¹, realizada no ano de 2009/2010, cujo cenário foi a UTI “aberta” de um hospital privado do Rio de Janeiro – RJ. O setor possui um total de sete suítes privadas, um balcão para atendimento, uma sala para a equipe de enfermagem e outra para a equipe médica e membros da equipe multiprofissional.

As pesquisas com os profissionais da equipe multidisciplinar foram aplicadas no intervalo entre os meses de junho a setembro de 2010, tendo como instrumentos a observação participante e entrevistas individuais semi-estruturadas. (Anexo 1)

A equipe total da unidade é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem e fonoaudiólogos. Os sujeitos escolhidos para a aplicação foram: uma médica rotina, quatro plantonistas, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem e duas fisioterapeutas.

Foram excluídas a equipe de Psicologia, já que a autora do projeto faz parte da equipe e a de Fonoaudiologia, por ser um serviço terceirizado, sendo solicitado somente por pedidos de parecer.

A cada participante foi explicado o objetivo da pesquisa, sendo compreendido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Anexo 2)

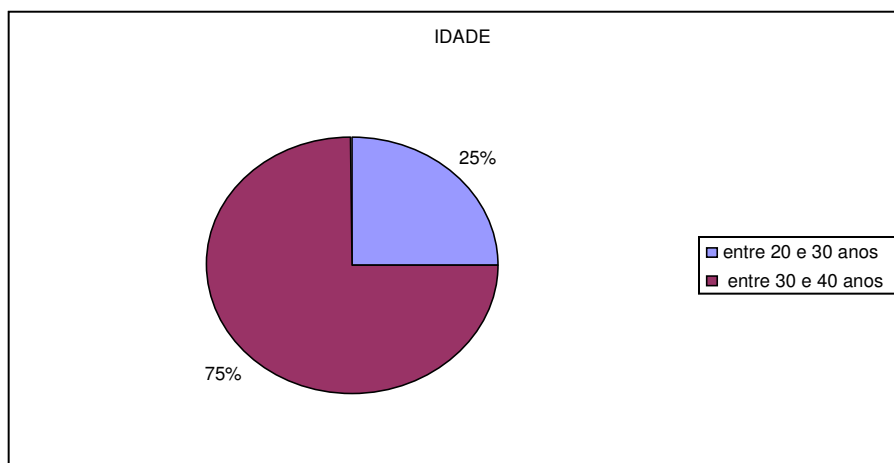
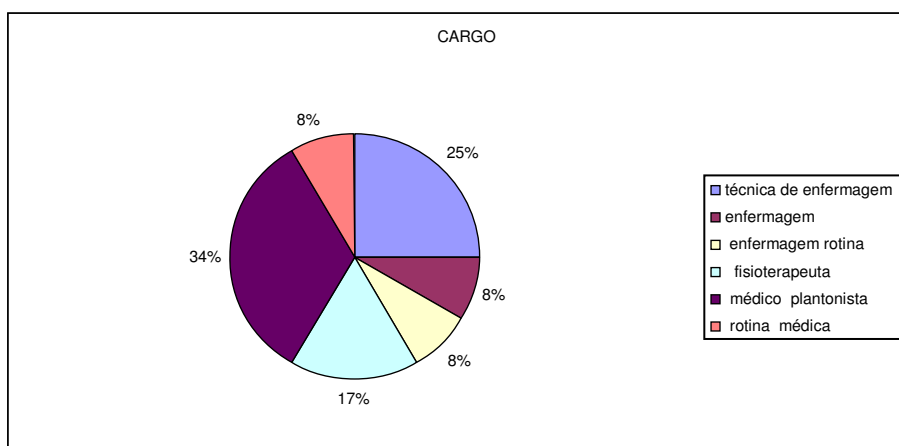
O Comitê de Ética em Pesquisa do CEP Hospital Copa D’Or aprovou o projeto que está de acordo com a Resolução 196/96 do CSN quanto ao sigilo dos dados, anonimato dos participantes e utilização dos dados para fins científicos.

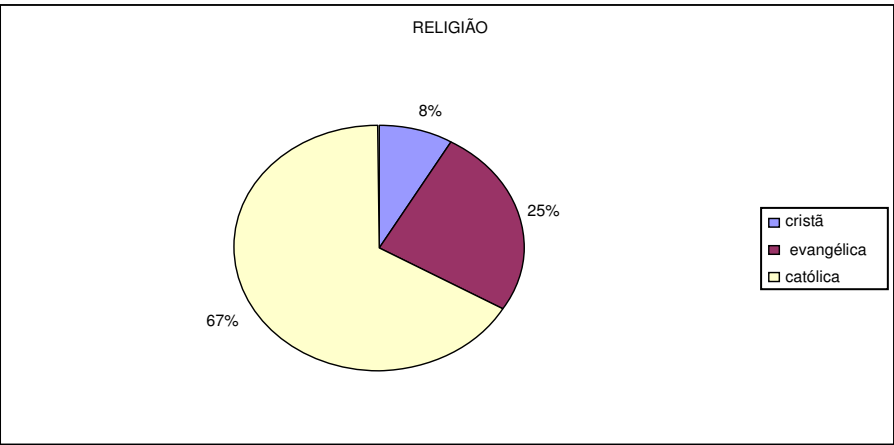
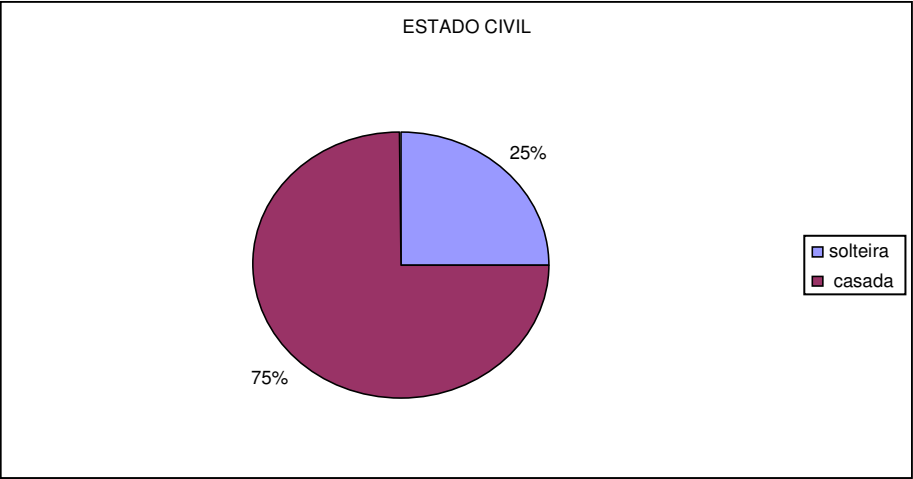
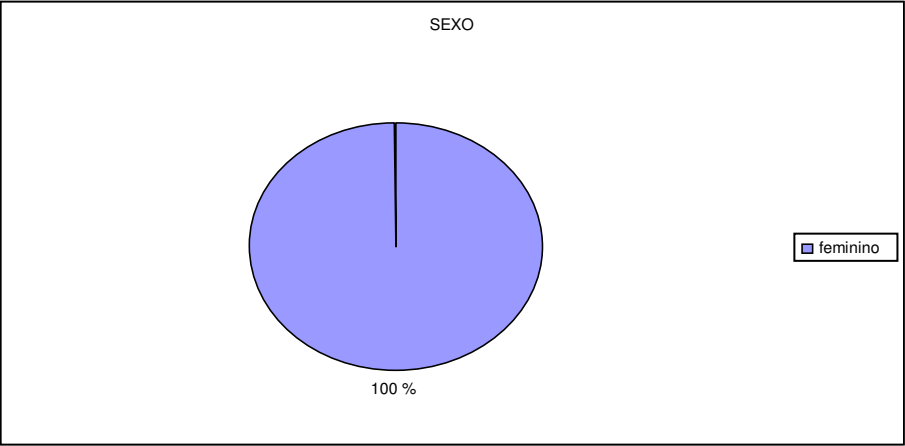
Os dados obtidos foram analisados a partir da categorização das respostas dos participantes, sendo descritos as de maior destaque.

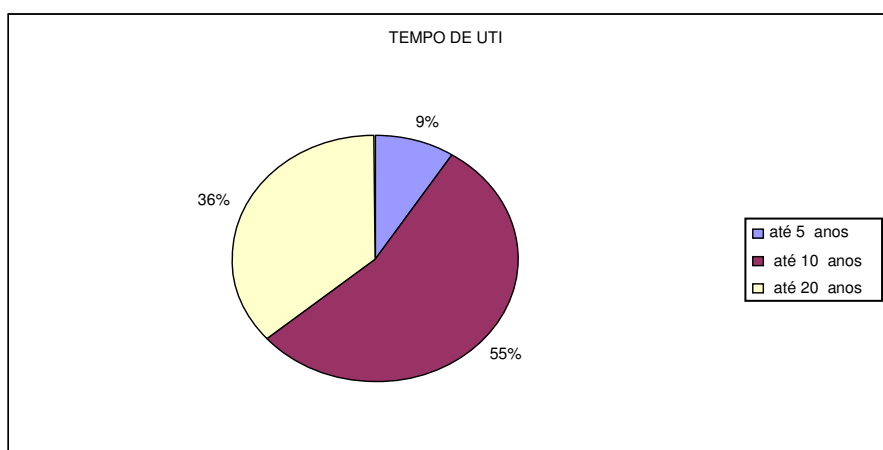
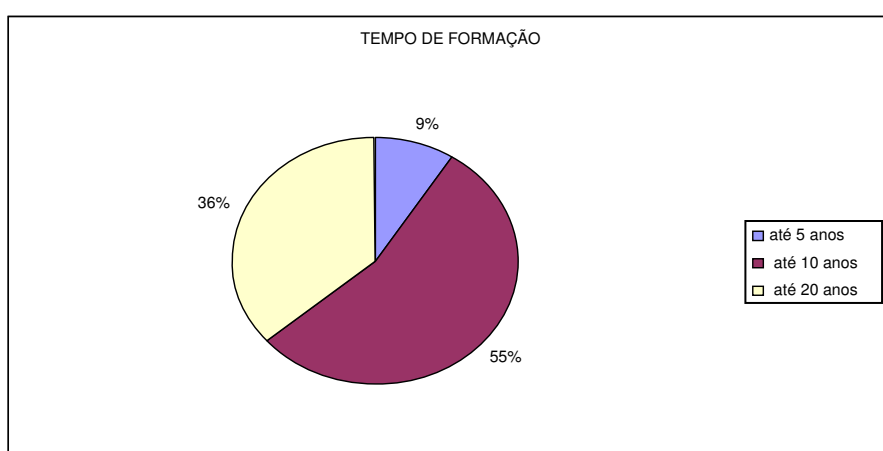
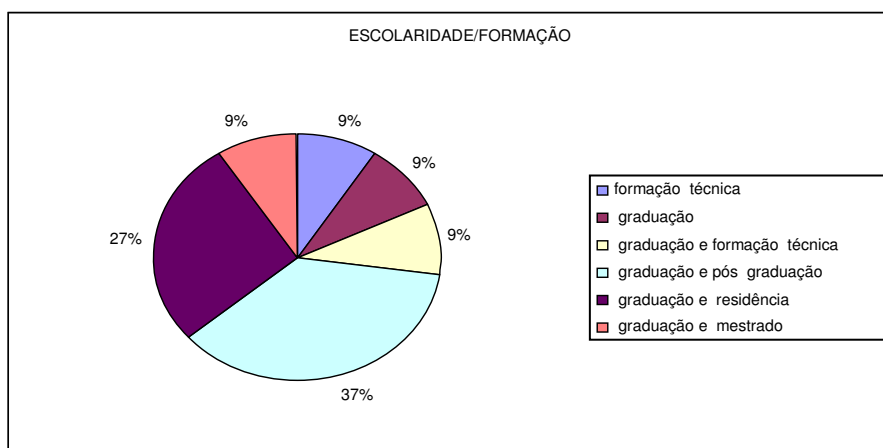
¹ Etnografia: É uma técnica proveniente das disciplinas de Antropologia Social, que consiste no estudo de um objeto por vivência direta da realidade onde estes se inserem.

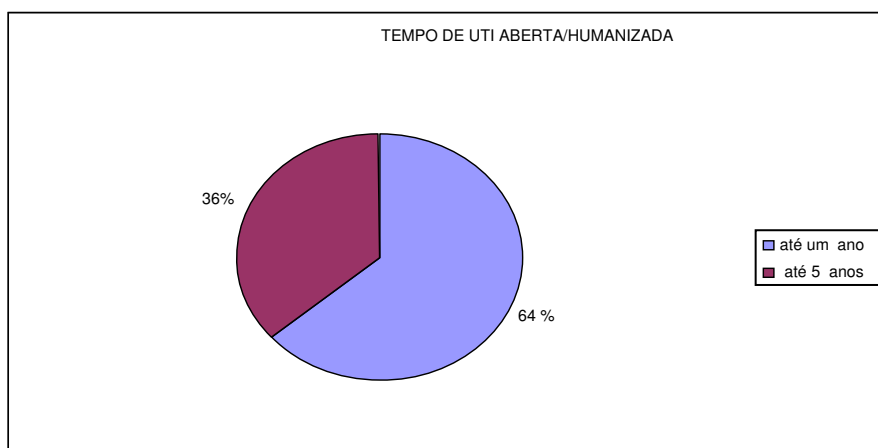
4. Apresentação dos resultados

Os gráficos abaixo permitem uma visualização dos dados mais gerais dos participantes da pesquisa, tais como: cargo, idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade/formação, tempo de formação, tempo em UTI e tempo em UTI aberta/humanizada.









Análise das categorias

As entrevistas foram submetidas a uma análise qualitativa. Essa análise foi feita a partir de categorias que definem a percepção dos profissionais de saúde, do hospital em questão, em relação ao modelo de UTI humanizada/aberta. As categorias seguem abaixo:

1. Modelo humanizado da UTI
2. Benefício para pacientes
3. Opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral
4. Situações difíceis dentro da UTI aberta/humanizada
5. Sobrecarga de trabalho para a equipe
6. Aspectos relacionados à formação pessoal da equipe

Categorias:

1. Modelo humanizado de UTI

Modelo humanizado de UTI significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social. Esta prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um. Pode-se

dizer que 100% dos profissionais de saúde entrevistados acreditam ser interessante esse modelo de UTI aberta/humanizada, porém ainda existem falhas a serem reparadas. As opiniões se dividem: alguns acham positivo para os profissionais, outros somente para o paciente e outros para ambos. A maioria percebe a valorização de seu trabalho dentro dessa unidade, outros sentem-se avaliados em tempo integral. Dois profissionais relatam não fazer diferença, em relação ao seu trabalho, o modelo de UTI fechado ou aberto.

“Bom e ruim ao mesmo tempo (...) às vezes por ser humanizado dá a liberdade de duas, três, quatro pessoas, e isso muitas vezes acaba atrapalhando o tratamento.” (técnica de enfermagem 1)

“O doente, aqui, não é meu. É de um médico que internou aqui (...) isso facilita um pouco o trabalho. Não é em qualquer lugar que isso daria certo. Se for um CTI que não tenha essa figura de médico assistente, o profissional tem que cuidar de todos os doentes (...) não daria certo.” (médica plantonista 1)

“Não faz diferença, o trabalho é o mesmo independente do modelo de UTI” (fisioterapeuta 1)

“Bom, desde que haja uma harmonia entre equipe e familiares. (...) O trabalho que eu faço, eu tenho certeza que cada detalhe eles estão avaliando.” (técnica de enfermagem 2)

“Muito bom para o paciente e bem difícil para a equipe lidar. (...) no CTI 1 (fechado) você trabalha com a gravidade ao extremo, tem que ser até um pouco mecânico para não perder nada. São dois extremos diferentes.” (enfermeira 1)

Existem críticas a esse modelo, mas as mais apontadas resumem-se em não haver critérios para a internação e a falta de explicação quanto à rotina da unidade.

“Deveria haver normas a serem respeitadas (...) quando o paciente internasse deveria ter uma cartilha que ele pudesse ler e saber quais seriam as rotinas” (técnica de enfermagem 1)

“Critérios de internação e de alta (...) UTI mais humanizada acaba servindo como quarto. (...) Muitas vezes serve como um lar de idosos, para doentes de home care e demência avançada.” (médica plantonista 1)

“Deveria ter um controle a respeito de entrada e saída dos acompanhantes.” (técnica de enfermagem 3)

“Deixar bem claro a entrada e saída de crianças. Porque às vezes a Psicologia deixa entrar e a gente tem normas para não deixar e isso acaba criando um conflito.” (enfermeira 2)

“O posicionamento dos médicos em relação ao modelo de UTI aberta, achando que aqui é uma unidade semi-intensiva e que tanto faz estar aqui ou num quarto.” (médica plantonista 3)

2. Benefício para o paciente

A maioria dos profissionais de saúde percebe que esse modelo de UTI, com a permanência da família em tempo integral, é favorável para pacientes com menor gravidade, em processo de desmame e interagindo ou começando a interagir com o ambiente. Pacientes graves não seriam beneficiados. Poucos relataram ser importante esse modelo para os pacientes graves.

“Para pacientes graves, ainda em fase de tratamento mais intensivo eu acho que traz mais angústia do que conforto (...) fica muito mais difícil de você trabalhar” (técnica de enfermagem 1)

“Num modelo de UTI com menor gravidade eu acho interessante a presença da família.” (rotina médica 1)

“(...) tem muitos pacientes graves que ficam conscientes, lúcidos, então é muito importante a família está presente” (técnica de enfermagem 3)

“Paciente entubado não entende o que o profissional está fazendo e não tem interação com o mesmo.” (enfermeira 1)

3. Opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral

As opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral divergem em alguns pontos. A maioria dos profissionais percebe que a família tenta controlar e/ou ditar regras. Mas por outro lado podem alertar os profissionais sobre o que ocorre nos quartos durante a internação. Serve como um porto seguro para o paciente. Criticam a dificuldade dos familiares em aceitar o adoecimento de seu ente.

“(...) ele está em uma unidade fechada, com pessoas estranhas, ambiente estranho, liga máquina, as pessoas começam a conversar, põe medicação, fiação... então eu acho que com um familiar o paciente se sente mais seguro” (técnica de enfermagem 1)

“(...) quando o paciente que recusar alguma coisa, o familiar conversando, fica tudo mais fácil, se sente mais protegido.” (fisioterapeuta 1)

“Acho que a família algumas vezes fica mais nervosa e acaba deixando o paciente mais nervoso. (...) por outro lado, a família serve como um meio de comunicação em termos de trazer informações de como esse doente era em casa.” (rotina médica 1)

“Eu entendo que quando a família vê o que está acontecendo ela não cria fantasias sobre o que poderia estar acontecendo se ela não estivesse ali. (...) eu acho que culturalmente o Brasil ainda não está pronto para isso (...) acham que estão lá para ver se ninguém vai fazer nenhuma besteira” (médica plantonista 2)

“(...) determinadas personalidades de algumas famílias, do tipo querer interromper o tratamento, opinar, questionar; isso dificulta a nossa atuação.” (fisioterapeuta 2)

“(...) fazer algo durante a noite incomoda a família, eles mesmos reclamam. A família se sente incomodada com essas intervenções da equipe” (técnica de enfermagem 3)

“(...) família quer controlar a situação, dizer o que a equipe tem que fazer e quando tem que fazer.” (médica plantonista 4)

4. Situações difíceis dentro da UTI aberta/humanizada

Metade dos profissionais relata que a situação mais difícil dentro da UTI é a permanência da família. Dificulta quando a família se posiciona de forma negativa em cooperar com a internação. Os demais se dividem em final da vida, intercorrências médicas e paciente difícil. Um entrevistado respondeu que não há situação difícil dentro desse ambiente.

“(...) pacientes pouco colaborativos, que acham que UTI é um quarto e não tem noção da gravidade do quadro e querem mandar na equipe.” (médica plantonista 1)

“Família se posiciona como general das coisas.” (médica plantonista 2)

“Família dificulta o trabalho ao invés de ser aliado.” (fisioterapeuta 2)

“(...) situações mais difíceis são as intercorrências, uma parada, uma entubação, situações normais de uma UTI.” (técnica de enfermagem 3)

“(...) você que fazer algo rápido, com praticidade para as coisas andarem mais rápido e você precisa parar para explicar porque está fazendo isso ou aquilo para a família. (enfermeira 1)

“Paciente terminal, pacientes jovens que são terminais. Tento lidar com muito controle, mas às vezes acabo me envolvendo (...) quando vejo que estou envolvida acabo colocando o meu lado mais racional.” (enfermeira 2)

5. Sobrecarga de trabalho para a equipe

Alguns profissionais relatam que esse modelo de UTI aberta/humanizada acaba sobrecarregando a equipe. Além de terem que dar suporte para o paciente, a família muitas vezes, acaba necessitando mais da equipe do que o próprio. Por ser um modelo diferenciado, falta profissional especializado para trabalhar dentro dessa unidade.

“Necessário ter mais paciência com o acompanhante do que com o paciente, muitas vezes dá mais trabalho que o próprio paciente.” (técnica de enfermagem 1)

“(...) e a permanência da família ali é um fator que você precisa levar em consideração porque você acaba tendo que não só dar atenção para o paciente como para a família também.” (rotina médica 1)

“a equipe deveria ser mais protegida quanto à sobrecarga de situações que poderiam ser evitadas (...) nesse modelo, a equipe precisa de um suporte das chefias para que se sinta respaldada em suas ações.” (médica plantonista 3)

“para o médico é o dobro de gente para acalmar, é mais trabalhoso pro médico. Você precisa de um número maior de profissionais trabalhando, porque a família é uma demanda a mais.” (médica plantonista 4)

6. Aspectos relacionados à formação pessoal da equipe

Mais da metade dos profissionais relataram que uma das características pessoais mais importantes para o profissional dessa unidade aberta/humanizada é a paciência. Em seguida, empatados, vem a simpatia, o “jogo de cintura”, a atenção ao paciente, a tranquilidade, o gostar de conversar e a empatia. As demais características como educada, ansiosa, aparência, angústia, respeito, timidez, assertiva, carinhosa e carismática foram citadas apenas por um profissional cada uma.

“Tenho paciência para explicar o que está acontecendo com o paciente” (médica plantonista 3)

“Ser simpático o tempo inteiro, não adianta chegar com a cara sisuda para as famílias porque elas não vão confiar em você.” (enfermeira 1)

“(...) se eu fosse uma pessoa um pouco mais paciente me favorecia mais.” (fisioterapeuta 2)

“(...) atenção a tudo o que se faz.” (técnica de enfermagem 3)

“(...) a gente tem que ter um pouco mais de paciência (...) engolir alguns sapos mesmo, a gente vai ter que ouvir coisas que não vai gostar.” (rotina médica 1)

5. Discussão de Resultados

A discussão dos resultados será feita em duas partes. Inicialmente, serão apresentados os dados mais gerais da pesquisa, como sexo, idade, estado civil, religião, formação, tempo de formação e tempo dentro das UTIs. Na segunda, serão analisadas as categorias escolhidas juntamente com os fragmentos das respostas dos participantes, observação participante e os escritos dos autores.

A amostra da pesquisa foi composta por doze profissionais de saúde sendo todas as entrevistadas do sexo feminino. A maioria tem entre 30 e 40 anos de idade, possuem nível superior completo com pós graduação há pelo menos dez anos. O tempo de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva é de no máximo dez anos e em UTI aberta/ humanizada, um ano.

Diversas pesquisas vêm contribuindo para a discussão de gênero feminino e masculino dentro dos campos profissionais. Estudos sobre o trabalho feminino e a inserção das mulheres no mercado de trabalho vêm sofrendo transformações.

Antes, ao homem competia o espaço público, o trabalho não doméstico e o encargo da subsistência da prole e à mulher cabia o trabalho doméstico, as tarefas relativas a este espaço e o cuidado com a família. Sendo assim, o masculino era caracterizado pela razão, instrumentalidade e objetividade, enquanto o feminino estava associado às emoções, o afeto e o relacional.

Ao longo dos anos, com as diferentes mudanças desse panorama, a mulher expandiu seu trabalho, ocupando posições antes jamais vistas, como por exemplo, em profissões de nível superior de prestígio, como na medicina (BRUSCHINI e LOMBARDI, 1999).

Como já dito anteriormente, a UTI é uma espaço dentro do hospital destinado à pacientes graves que necessitam de cuidados médicos intensivos. A UTI aberta/humanizada da instituição pesquisada conta com todos esses cuidados além da permanência da família em tempo integral.

Nogueira-Martins e Bógus (2004) descrevem que a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada hospital terá seu processo singular de humanização.

A primeira categoria analisada foi o modelo humanizado de UTI. Para Silva, Porto e Figueiredo (2008), a humanização nesse ambiente deve existir como um cuidado aliado à técnica e ao conforto, associado à valorização da subjetividade e aos aspectos culturais de cada pessoa incluindo a relação de diálogo entre os profissionais.

A partir dos fragmentos das respostas das participantes sobre esse modelo, somado aos estudos sobre o processo de humanização dentro de hospitais, pode-se notar que os profissionais de saúde dessa instituição vêm valorizando a passos largos a importância desse novo modelo de UTI. Percebem a importância de seu trabalho a partir do olhar da família e isso exige do profissional maior conhecimento das doenças e tratamentos.

Alguns criticam, por ser um modelo que demanda um trabalho diferenciado em terapia intensiva (que envolve cuidados médicos intensivos e mais tempo gasto com a família), em que faltam informativos para os familiares e falta de critérios na internação por parte dos médicos responsáveis pelos pacientes, os chamados médicos-assistentes (MA).

Na instituição em questão, os MAs são exclusivamente responsáveis pela conduta clínica de seus pacientes, deixando os médicos plantonistas da UTI responsáveis somente pelas intercorrências.

Notou-se, que em muitos casos, os plantonistas deixaram transparecer seu descontentamento em manter pacientes internados sem a necessidade dos cuidados intensivos, como nos casos de pacientes com demências, pacientes de home care e inclusive, pacientes sem acompanhantes, mas que necessitavam de cuidado específico a pedidos dos médicos assistentes.

A segunda categoria é o benefício para o paciente. Gotardo e Silva (2005) relatam que da mesma forma que o ambiente da UTI tende a ser extremamente hostil para o paciente, é mais ainda para os familiares, pois estes estão aptos a perceber com mais detalhes o ambiente desconhecido do que o próprio paciente. Ainda mais por ser uma unidade aberta, o familiar tem mais tempo para vivenciar esse ambiente.

Para esses autores, os membros da família, quando bem preparados, têm condição de ficar mais tempo junto ao seu familiar e serem envolvidos no processo de recuperação, que, além de beneficiá-los, diminui o sentimento de desamparo.

Os profissionais de saúde dessa instituição acreditam ser benéfica a presença da família em tempo integral, mas somente para pacientes mais estáveis e que tenham interação com o ambiente. Pacientes graves não

perceberiam e nem se beneficiariam com a presença da família. Talvez, esses profissionais não percebam que a presença física, o toque e a palavra (mesmo sem saber se são escutados ou não), podem fazer a diferença não para o paciente, mas sim para a família. Esta sente-se confortada por estar ao lado do paciente, mesmo que este, encontre-se sedado e entubado.

A terceira categoria refere-se às opiniões e críticas em relação à permanência da família em tempo integral. O processo de adoecer acontece na vida de uma pessoa de maneira inesperada trazendo consigo vários sentimentos e mudanças em seu cotidiano, que podem ser vivenciadas e aceitas de uma forma diferente por cada pessoa dependendo de suas experiências de vida (SEVERO e GIRARDON-PERLINI (2004); HABERKON e BRUSCATO (2008). Com a internação, alguns pacientes sentem-se mais tranquilos e seguros com a presença da família.

O paciente necessita de cuidados da equipe, da família e de sua rede social, como os amigos durante o processo de internação. Muitas vezes, os pacientes sentem-se inseguros e vulneráveis levando-os a recusarem certos procedimentos e/ou tratamentos, como visto nos relatos das entrevistas. A presença da família serve como aliadas ou ditadoras nesse processo.

Para alguns profissionais entrevistados, não havia a necessidade do apoio da família e dos amigos quando o paciente encontrava-se gravemente enfermo, como visto anteriormente. Apenas um profissional enfatizou ser de extrema importância a permanência da família, no sentido da não criação de fantasias a respeito do quadro clínico e dos prognósticos dos pacientes.

A antepenúltima categoria são as situações difíceis dentro da UTI aberta/humanizada. Nascimento et al (2007) escrevem sobre o processo de humanização e relata a importância do contato mais próximo com os familiares. Reafirmando Gotardo e Silva em categorias acima.

Estudos apontam que as maiores dificuldades por parte dos profissionais são as intercorrências inesperadas e mudanças repentinas no estado clínico do paciente aumentando a ansiedade e a tensão dentro da unidade (Knobel, 1998).

Para essa equipe de profissionais em questão, embora tenham a consciência que o modelo humanizado gera mais benefícios para o paciente, colocam a presença da família como uma das situações mais difíceis de lidar dentro da UTI. Relatam tentativas de controle no processo de internação ditando normas e regras para o desenvolvimento do seu trabalho. Somente um profissional relatou serem difíceis as intercorrências, como no caso de uma parada cardíaca, uma entubação inesperada, por exemplo.

Duas profissionais relataram que pacientes terminais geram sofrimento não só para o paciente e família, mas também para a toda a equipe multiprofissional.

Mesmo com o avanço das descobertas científicas, nem sempre a morte pode ser evitada dentro dessas unidades. E a maneira como cada profissional irá lidar com essa perda dependerá de sua história de vida pessoal, da cultura em que está inserido e até mesmo de sua formação universitária. O sentimento gerado por estas situações, muitas vezes, se traduz em impotência, frustração e revolta. (KÓVACS, 2010)

A penúltima categoria é sobrecarga de trabalho para a equipe. Knobel (1998), coloca que o que mantém esses profissionais trabalhando nas UTIs, é a capacidade de transformá-lo em fonte de prazer. O contato direto com o paciente e com a função nobre socialmente valorizada de cuidar e promover elementos essenciais à sua sobrevivência constitui-se em fatores de proteção psíquica para a equipe de saúde.

Para essa equipe, a dificuldade encontrada dentro das UTIs é a falta de profissionais qualificados para trabalhar nesse modelo e o suporte excessivo que a família demanda da equipe.

A partir da experiência do estágio, pôde-se notar que o pouco tempo de unidade (seis anos) e as próprias vivências dos profissionais em UTI, dificultam a seleção desses profissionais. Uma entrevistada citou que características da personalidade podem dificultar o trabalho dentro dessa unidade. Outra relata a questão da maturidade, maior tolerância advinda da idade.

Uma das entrevistadas, 31 anos, trabalha desde o início dentro dessa unidade, relatou que em 2005 era mais angustiante trabalhar nessa unidade do que hoje em dia. Outra entrevistada, 34 anos, relatou não entender, em 2005, como um paciente seria entubado e a família estaria ao lado dele.

Essas experiências vão sendo transmitidas para outros profissionais novos que ingressam nessa unidade. As experiências são adquiridas ao longo do tempo de trabalho.

A última categoria são os aspectos relacionados à formação pessoal da equipe. Falar sobre essa categoria requer, em primeiro lugar, definir personalidade.

A personalidade é o conjunto de características psicológicas e consistentes que determinam a individualidade pessoal e social de cada indivíduo, ou seja, é um conjunto único e específico de características

psicológicas como padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos de uma pessoa.

Entende-se que a personalidade é o que diferencia um indivíduo do outro, uma vez que cada um possui o seu padrão de comportamento, maneira de pensar, de sentir e de agir. Ela determina o significado das experiências vividas, da própria existência, do mundo e de todos os indivíduos, tornando-os pessoas singulares.

A partir da convivência com os profissionais de saúde da UTI aberta/humanizada foi percebida a dinâmica de cada profissional dentro dessa unidade. Alguns mais pacientes, outros menos tolerantes, uns simpáticos, outros exigentes; cada uma com a sua bagagem de vivências.

Talvez, por ser uma unidade que recebe familiares em tempo integral, a característica mais acentuada dentro dessa unidade, por parte das profissionais, foi a paciência. Ser paciente com o paciente e sua família.

A equipe citou entre essas acima, outras como: respeito, atenção, tranquilidade, timidez, assertividade, carisma, empatia, calma, carinho, aparência, gostar de conversar, gostar do trabalho, “*jogo de cintura*”, ansiedade, angústia e variação do humor.

Conclusão

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço de internação para pacientes graves ou de risco que requerem assistência médica e de enfermagem permanentes, com recursos humanos especializados, com equipamentos específicos próprios e outras tecnologias destinadas a diagnóstico e tratamento. Dentro dessas unidades são encontradas em doses variadas o que a sociedade tem de mais nobre, bonito e incrível, bem como o que há de mais triste, degradante e violento. Há pessoas lutando com todas as suas forças para sobreviver (BALLONE, 2004).

Com base nos estudos sobre humanização, um hospital particular do Rio de Janeiro implantou, em outubro de 2005, uma Unidade de Terapia Intensiva que garante além do cuidado ao paciente, a permanência da família em tempo integral.

As opiniões em relação a esse novo modelo são dicotômicas. Alguns autores apontam para o benefício do paciente na questão da segurança, enquanto outros relatam gerar mais estresse, inclusive para a própria família.

Durante o período de internação, o paciente fica exposto e muito vulnerável a todo e qualquer procedimento invasivo, acarretando sentimentos de frustração fragilizando-o e sensibilizando-o ainda mais (TORRES, 2008). Ele lida em tempo integral com a sua própria impotência, a dependência de terceiros e experencia um ambiente totalmente inovador e complexo para ele.

A partir das entrevistas com os profissionais de saúde que trabalham dentro desse novo conceito de unidade, ficou evidente que 100% das entrevistadas acreditam ser importante, para o paciente, esse novo modelo humanizado. Porém, crêem ser benefício para pacientes que encontram-se acordados e interagindo com o ambiente, ou seja, sem o risco iminente da morte.

As entrevistas retratam a visão em relação a permanência da família em tempo integral dentro dessa Unidade de Terapia Intensiva aberta/humanizada. Para esses profissionais, a família, em muitos momentos, é vista como facilitadora desse processo de internação, ajudando o paciente a sentir-se mais seguro, encorajando-o a realizar procedimentos ou aceitar tratamentos que o mesmo teria dificuldades em decidir sozinho. Porém, em muitos casos, também podem ser percebidas com certa dificuldade quando tentam controlar ou ditar regras para a equipe.

Além disso, as categorias, possibilitaram um panorama geral em relação a sobrecarga de trabalho. Para eles, é necessário acalmar não somente o paciente como também a própria família e nem sempre os profissionais que trabalham nessa área (UTI) são acostumados a esse modelo. Isso gera dificuldade para a equipe sobrecarregando outros profissionais. Talvez o pouco tempo de unidade, ainda não tenha possibilitado a todos os profissionais o contato maior com esse novo tipo de setor.

Os profissionais enfatizam a paciência como uma característica da personalidade de extrema importância para o trabalho dentro dessa unidade. Entendem que a família, muitas vezes, é uma carga a mais que demanda mais até do que o próprio paciente.

Esta pesquisa conclui que o modelo humanizado é o mais indicado para o paciente, porém ainda são necessários alguns ajustes em relação ao próprio ambiente e ao profissional de saúde.

Referências Bibliográficas

BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. 2. ed. São Paulo: Livraria Atheneu, 1988

BALLONE, G. J. Humanização do Atendimento em Saúde, in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://www.virtualpsy.org/temas/humaniza.html>>, 2004

BASTOS, M. A. R., Etnografia: estratégia metodológica utilizada para contextualizar o cenário do CTI de um hospital universitário. Rev. esc. enferm. USP v.35, n.2, São Paulo, junho, 2001 Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em 29 set 2010

BECCARIA, L M.; RIBEIRO, R.; SCARPETTI, N.; CONTRIN, L M.; PEREIRA, R.; RODRIGUES, A M. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. Arq Ciênc Saúde abr/jun, 15(2), 2008, p.65-69

BENEDITO, M D. Lidando com as angústias das internações. In: DINIZ, D.; SCHOR, N. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina, Barueri, São Paulo, Manole, 2006, p.139-141

BENINCÁ, C. R. S. A enfermagem da UTI diante da morte: um estudo fenomenológico. Psico, Porto Alegre, v. 14, n.2, 2002, p.385-399

BOTEGA, N. J. Reação à doença e à hospitalização. In: Botega, N. J. (org). Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência, Porto Alegre: Artmed Editora, 2006, cap.3, p.49-66

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. Médicas, arquitetas, advogadas e engenheiras: mulheres em carreiras profissionais de prestígio. In: Revista Estudos Feministas, v. 7, n. 1 e 2, p. 9-24,1999

CAETANO, J. A.; SOARES, E.; ANDRADE M. L.; PONTE, R. M. *Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo*. Esc. Anna Nery v.11 n.2. Rio de Janeiro, junho, 2007 Disponível em: www.scielo.com.br Acesso em 29 set 2010

CARNEIRO, AM. Comunicação enfermeiro-paciente na UTI: estudo interativo do processo de comunicação. (dissertação) Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ; 1982

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem, *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 56, n.2, 2003, p.189-92

COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, 2009, p.571-80

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 02 out. 2010

GUANAES A. e SOUSA, R. P. Introdução: Objetivos, Conceito, Histórico e Filosofia. In: *Humanização em Cuidados Intensivos*. (AMIB). Rio de Janeiro, 2001

GIRARD, T., PANDHARIPANDE, P., ELY, E. O delirium (síndrome confusional) na unidade de tratamento intensivo. *Critical Care*, 12 (Supl.3): S3 (doi: 10.1186/cc6149, 2008

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem, UERJ*, 2005; 13: p. 223-228

HABERKON, A. e BRUSCATO, W. L. Qualidade de vida e internação em UTI. In: ANDREOLI, P. e ERLICHMAN, M. R. *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo. Atheneu, 2008

KITAJIMA, K. e COSMO, M. Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P.; ERLICHMAN, M. R. Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves. São Paulo. Atheneu, 2008,p.213-229

KNOBEL, E. *O paciente crítico*. São Paulo. Atheneu, 1998

KÓVACS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional, *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(4): p.420-429

MACIEL, M. R; SOUZA, M. F. S. Acompanhante de adulto na unidade de terapia intensiva: uma visão do paciente. *Acta Paul Enferm*, 19(2): 138-143, 2006

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. *Recursos de relacionamentos para profissionais de saúde*. São Paulo. Novo Conceito, 2009

MEZZOMO, J.C. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. Barueri: Manole, 2001

MORAES, J.C.; GARCIA, V. da G.L.; FONSECA, A. da S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. *Revista Nursing*. v. 79, n.7, 2004

MOREIRA, E. C.; BIEHL, J. G. Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no nordeste do Brasil. *Revista Bioética*, v. 12, n. 1, 2004, p.19-30

MORSCH, C.; BARROS, E. Qualidade de vida em terapia intensiva. In: DINIZ, D.; SCHOR, N. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina, Barueri, São Paulo, Manole, 2006, p. 91-101

NASCIMENTO, A. Z; RIBEIRO, G.; BERNARDINO, E.; OLIVEIRA, E. S. *Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva*. *Cogitare Enferm*, 2007 Out/Dez; 12(4): p.446-451 Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em 29 set 2010

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N. J. (org). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. e MACEDO, P. C. M.; Programa de humanização da assistência em hospitais. In: Knobel, E; Andreoli, P.; Erlichman, M.R. *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo. Atheneu, 2008, p.

OLIVEIRA, F. P. T. de; SANTOS, G. S.; SILVA, L. S. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Nursing*, São Paulo, v. 6, n.60, 2003, p.37-42

ORLANDO, J. M. UTI muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu, 2002

PESSOA, R. F., NÁCUL, F. E. Delirium em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 18, n. 2, abril-junho, 2006

ROMANO, BW. *Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo; Casa do Psicólogo, 1999

ROSSI, L. Gritos e Sussuros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Geral do Hospital das Clínicas – FMUSP. (dissertação) São Paulo (SP), Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo, 2008

SILVA, A. L. M.; ANDREOLI, P. B. O trabalho do psicólogo em UTI e UCO. In: ISMAEL, S. M. C. (org), *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005

Cuidando de pacientes “difíceis” ou famílias “difíceis”. In: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B.; ERLICHMAN, M. R. *Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo. Atheneu, 2008, p. 113-124

SILVA, M. J. P.da. Humanização em UTI. In: CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. (Org.). *Assistência de enfermagem ao paciente crítico*. São Paulo: Atheneu, 2000

SILVA, R. C. L. da; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*; 12(1):156-159, mar. 2008.

SILVEIRA, R. S., LUNARDI, V. L., FILHO, W. D. L., OLIVEIRA, A. N. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI, *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 14(Esp.): 2005, p.125-30

SOARES, L. O., SANTOS, R. F., GASPARINO, R. C., Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Out-Dez; 19(4): 2010, p. 644-650

SOUZA, R. P. Manual de rotinas de humanização em medicina intensiva. Curitiba. Edição do autor, 2004

TORRES, A. O Paciente em Estado Crítico. In: Romano, BW (org.). *Manual de Psicologia Clínica para Hospitais*. São Paulo; Casa do Psicólogo, 2008

ANEXO 1

ENTREVISTA

- 1) Profissão
- 2) Cargo
- 3) Idade
- 4) Sexo
- 5) Estado Civil
- 6) Religião
- 7) Escolaridade / Formação
- 8) Tempo de Formado
- 9) Tempo em UTI
- 10) Tempo UTI 2
- 11) O que você acha do modelo de UTI aberta / humanizada?
- 12) Como é trabalhar nesse modelo?
- 13) Que tipo de família você encontra nessa UTI?
- 14) O que você pensa sobre a presença da família em tempo integral na UTI?
- 15) Facilidades?
- 16) Dificuldades?
- 17) Quais são as situações mais difíceis que você encontra nessa UTI?
- 18) Como você lida com essas situações?
- 19) Quais características da sua personalidade te ajudam a trabalhar nesse modelo?
- 20) E quais você acha que não favorecem
- 21) O que você acha que diferencia os profissionais que trabalham nesse modelo daqueles que não conseguem ou não gostam de trabalhar nesse modelo?
- 22) Crítica ao modelo
- 23) Sugestão

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: *“Unidade de Terapia Intensiva Aberta/Humanizada: Equipe Multiprofissional e suas Práticas”*.

O objetivo dessa pesquisa é investigar o modelo de Unidade de Terapia Intensiva Aberta/Humanizada com permanência integral da família de um hospital particular do Rio de Janeiro por meio da percepção da equipe multiprofissional e suas práticas. Portanto, estamos convidando você a responder a uma entrevista sobre o tema.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável que pode ser encontrado na UTI da Clínica São Vicente.

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa de monografia de pós graduação em Psicologia da Saúde (PUC-Rio), não serão identificados os nomes dos profissionais que participarem da mesma. Não haverá despesas pessoais nem compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento nesta instituição.

Entrevistado

Katya Kitajima ou Mayla Cosmo
Orientadores - Cel 97245700 / 99874243

Eduarda Moreira Leal
Pesquisador Responsável
Cel. 8886-7677

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__