

Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho

Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process
Equipo multidisciplinario de cuidados intensivos: la humanización y fragmentación del proceso de trabajo

**Viviane Canhizares Evangelista¹, Thiago da Silva Domingos¹,
Fernanda Paula Cerântola Siqueira^{II}, Eliana Mara Braga^I**

^I Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Botucatu-SP, Brasil.

^{II} Faculdade de Medicina de Marília, Curso de Enfermagem. Marília-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1037-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>

Submissão: 27-06-2016

Aprovação: 12-08-2016

RESUMO

Objetivo: compreender o significado do cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva considerando a vivência da equipe multiprofissional. **Método:** pesquisa descritiva e exploratória de caráter qualitativo. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 24 profissionais da equipe de saúde e, após transcrição, os dados qualitativos foram organizados segundo análise de conteúdo. **Resultados:** partindo de duas categorias principais, foi possível apreender que o cuidado humanizado é caracterizado nas ações de assistência à saúde: comunicação efetiva, trabalho em equipe, empatia, singularidade e integralidade; e descaracterizado nos processos de gestão, mais especificamente, na fragmentação do processo de trabalho e da assistência à saúde, na precarização das condições de trabalho e em aspectos conceituais discrepantes da proposta política da humanização. **Conclusão:** ações assistenciais na terapia intensiva guiam-se pela humanização do cuidado e corroboram a gestão hospitalar enquanto desafio a ser superado para impulsionar avanços na operacionalização dessa política brasileira.

Descritores: Humanização da Assistência; Cuidados Críticos; Equipes de Saúde; Gestão em Saúde; Condições de Trabalho.

ABSTRACT

Objective: to understand the meaning of humanized care in intensive care units considering the experience of the multidisciplinary team. **Method:** descriptive and exploratory qualitative research. For this purpose, we conducted semi-structured interviews with 24 professionals of the health-care team, and, after transcription, we organized the qualitative data according to content analysis. **Results:** from two main categories, we were able to understand that humanized care is characterized in the actions of health-care: effective communication, team work, empathy, singularity, and integrality; and mischaracterized in the management processes, specifically in the fragmentation of the work process and health-care, in the precarious work conditions, and in differing conceptual aspects of the political proposal of humanization. **Conclusion:** care activities in intensive therapy are guided by the humanization of care and corroborate the hospital management as a challenge to be overcome to boost advances in the operationalization of this Brazilian policy.

Descriptors: Care Humanization; Critical Care; Health Team; Health Management; Work Conditions.

RESUMEN

Objetivo: comprender el significado del cuidado humanizado en unidades de cuidados intensivos teniendo en cuenta la experiencia del equipo multidisciplinario. **Método:** estudio descriptivo y exploratorio de carácter cualitativo. Por lo tanto, se llevaron a cabo las entrevistas semiestructuradas con 24 profesionales del equipo de salud y después de la transcripción, los datos cualitativos fueron organizados de acuerdo con el análisis de contenido. **Resultados:** de las dos categorías principales, fue posible entender que el cuidado humanizado se caracteriza en las acciones de atención a la salud: la comunicación efectiva, trabajo en equipo, la empatía, la singularidad y la integridad. El cuidado humanizado es caracterizado erróneamente en los

procesos de gestión, más específicamente en la fragmentación del proceso de trabajo y el cuidado de la salud, en el deterioro de las condiciones de trabajo y los aspectos conceptuales diferentes de la propuesta política de la humanización. **Conclusión:** las actividades de atención de la salud en cuidados intensivos son guiadas por la humanización de la atención y fortalecen la gestión del hospital como un desafío a superar para impulsar el progreso en la operacionalización de esta política brasileña.

Descriptores: Humanización de la Atención; Cuidados Críticos; Equipos de Salud; Gestión de la Salud; Condiciones de Trabajo.

CORRESPONDING AUTHOR Viviane Canhizares Evangelista E-mail: vi.evangelista@gmail.com

INTRODUÇÃO

As iniciativas de humanização da assistência resgatam a importância em discutir a qualidade dos cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde, aqui entendidos no sentido ampliado do termo, paciente e seus familiares. No Brasil, esse movimento culminou na formulação da denominada Política Nacional de Humanização (PNH). Com isso, a partir de 2003, ano em que a referida política fora publicada, houve uma mudança radical no sentido e nas ações programáticas relacionadas ao tema⁽¹⁾.

A busca por um modelo assistencial humanizado passou, então, a ocupar uma dimensão abrangente no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o conceito de humanização ao qual a PNH se refere compromete-se a dirimir a precarização do trabalho em saúde e saberes técnico-burocráticos instituídos que repercutem direta e negativamente sobre os trabalhadores e usuários⁽²⁾.

Desse modo, as diretrizes da PNH representam um compromisso ético, estético e político. Ética, porque implica na reconfiguração das relações estabelecidas entre usuários, gestores e trabalhadores da saúde; estética, por atribuir na produção de saúde criatividade e sensibilidade, oriundas do encontro intersubjetivo de seus protagonistas; e política referindo-se à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do sistema de saúde brasileiro^(1,3-4).

Contidas no escopo de alcance da PNH, estão as unidades hospitalares, já identificadas como desafios a serem enfrentados por constituírem em sua natureza baixa permeabilidade a mudanças. Além disso, alicerçados em uma rígida estrutura organizacional e gerencial, os hospitais têm imprimido fragmentação nas relações interpessoais e trabalhistas; impessoalidade e indefinição na assistência, no vínculo e no acesso à informação; desigualdade e escassa participação dos trabalhadores no processo de gestão⁽⁵⁾.

Nesse contexto, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são o local de referência para prestar cuidados críticos, especializados e ininterruptos, contando com uma equipe multiprofissional, destinada a atender pacientes graves e recuperáveis. Para tanto, a densidade tecnológica atinge seu grau máximo e, conseqüentemente, passa a exercer um processo de redução da assistência, o que repercute nas características dos cuidados prestados aos usuários e seus familiares, assim como no relacionamento interpessoal⁽⁶⁾.

Considerando a importância do cuidado humanizado, especialmente em uma UTI, apresenta-se o seguinte questionamento: Como a equipe multiprofissional compreende a humanização do cuidado ao vivenciar o cotidiano de trabalho de uma UTI?

OBJETIVO

Compreender o significado do cuidado humanizado para profissionais de UTI a partir da vivência em equipe multiprofissional de um hospital-escola.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos considerando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília. Aos indivíduos que concordaram em participar da pesquisa, após convite pessoal, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁽⁷⁾.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de campo, com abordagem qualitativa⁽⁸⁾.

Procedimentos metodológicos: local, amostragem, coleta e análise dos dados

Este estudo foi realizado em duas UTIs de um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Juntas, possuem 24 leitos distribuídos uniformemente, destinados a atender pacientes adultos de especialidades clínicas e cirúrgicas com média de ocupação de 98%. A equipe é composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas e assistentes sociais, escalados em três períodos.

Guiado pela amostragem intencional, o critério de inclusão considerado foi "formação superior", constituindo um total de 25 profissionais. Desses, 24 participaram, sendo que um participante recusou-se sem registrar suas justificativas.

Para coleta de dados, foi realizada uma entrevista semiestruturada, pois favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas sua explicação e a compreensão de sua totalidade, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações⁽⁷⁾.

Para tanto, utilizou-se um instrumento organizado em duas partes: a primeira, de caracterização dos sujeitos, com as variáveis idade, sexo, religião, categoria profissional, tempo de formado, tempo de atuação em UTI e número de vínculos empregatícios; a segunda contou com a entrevista a partir da questão norteadora: "Como é a sua experiência no desenvolvimento do cuidar humanizado junto a pacientes internados na UTI atuando em equipe multiprofissional?"

Os dados foram coletados entre 20 de julho e 30 de agosto de 2012, com agendamento prévio respeitando a disponibilidade e o horário dos participantes. As entrevistas foram realizadas pelo primeiro autor dessa pesquisa, durante o turno de trabalho em local privativo no próprio setor. A duração média foi de cinco minutos, variando de 2 minutos e 30 segundos a 11 minutos. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra.

O tratamento dos dados qualitativos foi guiado pela Análise de Conteúdo, modalidade temática, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, buscando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. Desdobra-se em três fases, a saber: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial⁽⁹⁾.

Após os procedimentos metodológicos, foram organizadas duas categorias, cada qual constituída por um conjunto de subcategorias (Quadro 1), sendo apresentadas juntos a recortes dos depoimentos obtidos (unidades de registro), indicados pela sigla "K" seguida da sequência numérica que representa a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Quadro 1 – Descrição das categorias e subcategorias do estudo organizadas segundo análise de conteúdo, Marília, São Paulo, Brasil, 2012

Categorias	Subcategorias
Fatores que caracterizam o cuidado humanizado a partir da concepção da equipe multiprofissional	Cuidado humanizado e sua relação com a comunicação efetiva junto aos pacientes e aos familiares.
	Cuidado humanizado e sua relação com o trabalho em equipe.
	Cuidado humanizado e sua relação com empatia, singularidade e integralidade.
Fatores que descaracterizam o cuidado humanizado a partir da concepção da equipe multiprofissional	Descaracterização do cuidado humanizado e sua relação com a fragmentação da organização do processo de trabalho e da assistência à saúde.
	Descaracterização do cuidado humanizado e sua relação com a gestão dos serviços de saúde e com as condições de trabalho.
	Descaracterização do cuidado humanizado e sua relação conceitual equivocada.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Quanto às características sociodemográficas da população do estudo, 18 participantes (75%) eram do sexo feminino, 19

declararam-se católicos, a média etária foi de 50 anos, variando entre 25 e 55 anos. Não houve predominância relacionada à categoria profissional, sendo nove enfermeiros (35,5%), sete médicos (29,2%), três fisioterapeutas (12,5%), duas nutricionistas (8,4%), duas psicólogas (8,4%) e uma assistente social (4,2%). O tempo de formação e de atuação não foram homogêneos, com média de 10 e seis anos, respectivamente. Nove participantes (62,5%) declararam vínculo empregatício duplo.

Categoria 1 - Fatores que caracterizam o cuidado humanizado a partir da concepção da equipe multiprofissional

Essa categoria traz uma conversão de discursos que representa as características do cuidado humanizado elaboradas sob a égide da concepção dos participantes da pesquisa. É possível apreender que a prática do cuidado humanizado está atrelada às atividades do cotidiano da assistência à saúde com ênfase para aquelas que se referem ao relacionamento interpessoal.

Subcategoria 1.1 – Cuidado humanizado e sua relação com a comunicação efetiva junto aos pacientes e aos familiares

Os excertos abaixo conotam o comprometimento do trabalhador em oportunizar momentos ao paciente em que possa se expressar, configurando a comunicação enquanto cuidado delineado de acordo com as necessidades individuais de cada paciente e promovendo bem-estar e diminuição da angústia.

[...] *paciente consciente a gente conversa, pergunta se tem dor, pergunta para ele qual é o lado que ele se sente mais à vontade. A gente tenta dar espaço para o paciente se comunicar da forma que ele consegue.* (K3)

Eu trabalho de manhã e a gente nota bastante essa preocupação, é assim: a gente conversa muito, em alguns casos 'solicitamos' serviço social, a gente conversa e tenta proporcionar sempre o melhor dentro da individualidade de cada paciente. (K4)

Eu vejo que as pessoas pensam muito em processo, em papel e esquecem o lado humanizado. Tudo bem, o medicamento é importante, o banho é importante, mas o tempo para conversar com o paciente você não tem e, às vezes, ele precisa de um minuto pra falar. (K11)

Às vezes, quando o paciente está entubado a gente usa recursos de escrita, quando o paciente está podendo escrever, isso para poder compreender aquela angústia que ele está vivendo porque ele precisa expressar aquilo. (K23)

A comunicação junto ao paciente mostrou-se um ponto crítico a ser explorado enquanto cuidado humanizado, pois, conforme as falas a seguir, pode-se apreender que a concepção sobre a comunicação transita numa diferença entre o paciente consciente e inconsciente.

Eu promovo minha humanização, assim, desde eu chegar falar bom dia. Às vezes, o paciente nem abre o olho, eu peço: 'abre o olho'. Converso com o paciente mesmo quando ele está sedado ou quando em coma vigil. (K2)

Em relação à terapia intensiva, principalmente, porque as pessoas acham que porque um paciente está sedado ou em coma que ele muitas vezes não está ouvindo os comentários que estão sendo feitos à beira leito. (K6)

[...] eu tento trabalhar de forma humanizada considerando o paciente, mas na UTI é um pouco complicado devido ao fato de que eles chegam pra gente politraumatizados, entubados, fica difícil de saber o que eles estão sentindo, mas no momento que eles começam a ter o mínimo do nível de consciência, eu tento perceber sentimentos e se eles estão confortáveis ou não. (K5)

A comunicação mostrou-se, ainda, uma maneira importante de humanizar o cuidado quando oferecida aos familiares dos pacientes internados na UTI com o objetivo de informar quanto ao contexto e ao quadro clínico do paciente.

Procuo me colocar um pouco na posição daquela família; na forma, também, que a gente passa uma informação, da melhor forma possível, clara, mas também que não cause mais angústia. (K14)

Uma conversa com a família no horário da visita, eu já entendo por humanização, tentar contextualizar a família que, às vezes, vem perdida, quer saber o que está acontecendo com o seu familiar. (K17)

Eu sempre vou lá, pessoalmente, converso com o familiar, nunca gosto de dispensar o familiar, por exemplo, pra casa sem que antes ele veja o paciente dentro da terapia intensiva, sempre gosto de dar informações assim em relação à questão da unidade, qual horário de visita. (K7)

A relação com os familiares tem que ser desenvolvida, principalmente nos horários de visitas, são os horários que a gente tem mais tempo pra enfatizar esse lado humanitário. (K18)

Sempre com uma escuta qualificada, é humanizar num sentido assim, trazendo mais próximo esta família. (K22)

Uma leitura atenta dos discursos anteriores enfatiza que a intencionalidade dos participantes à comunicação efetiva e à escuta qualificada que são fatores imprescindíveis para que os objetivos mútuos envolvidos no processo comunicativo sejam alcançados.

Subcategoria 1.2 – Cuidado humanizado e sua relação com o trabalho em equipe

A articulação entre as ações dos diferentes profissionais e a interação necessária entre eles torna evidente uma constituição possível inerente à dinamicidade intrínseca ao trabalho em equipe. Os discursos abaixo demonstram que a referida organização do trabalho em saúde vai ao encontro da concepção de cuidado humanizado em UTI.

Às vezes, alguns pontos que a gente falha e o colega de trabalho acaba corrigindo, vem a equipe multiprofissional. Então, estamos sempre assim, acrescentando no cuidado

que está um pouco falho. Eu vejo que a equipe é bem próxima, a gente trabalha bem junto. (K10)

É o momento que eu também chamo a minha equipe pra fazer esse ato de humanização junto comigo, porque sozinha eu não vou lá fazer uma aspiração, às vezes, faço também, mas eu envolvo um auxiliar ou uma enfermeira. Então, vai confortar uma família, uma família passa mal, eu envolvo uma enfermeira; às vezes, tem assistente social aqui dentro, não existe também um protocolo de equipe para que tenha esse ato de humanização, simplesmente, acontece. (K15)

[...] é uma visita multiprofissional e vejo a preocupação em ser humanizada. Alguns profissionais são bem minuciosos, principalmente aqueles profissionais que têm contato físico maior com o paciente, os da enfermagem eles estão o tempo inteiro conversando com o paciente. (K21)

Subcategoria 1.3 – Cuidado humanizado e sua relação com empatia, singularidade e integralidade

Os trechos abaixo representam a importância da empatia como um fenômeno inerente à prática profissional que possibilita aos trabalhadores desenvolver a humanização no cuidado oferecido no contexto da UTI para os pacientes e seus familiares.

Como se fosse você mesmo internado, né? Isso para mim é humanizar. (K4)

Eu já tive pessoas da minha família dentro de UTI e sei como é angustiante, tenho procurado, por exemplo, atender todo mundo como se fossem meus familiares e tenho o mesmo cuidado com todos. (K6)

A gente, conhecendo o contexto de vida deles, se sensibiliza mais. O processo humanizado, na minha experiência pessoal, é me colocar no lugar do paciente, ter a empatia; sempre ter essa visão, se eu tivesse no lugar desse paciente, amarrada, qual seria a minha sensação? (K8)

Tento me colocar no lugar dele para tentar imaginar o que ele está sentindo e como ele está se vendo naquela situação, trazer mais próximo de mim, tento dar conforto maior para ele, que ele não se sinta só como um doente, então eu procuro conversar com ele. (K12)

Acerca da singularidade e da integralidade como expressões do cuidado humanizado, apontamos os excertos a seguir que ilustram as concepções dos trabalhadores da equipe multiprofissional:

[...] eu ver o paciente de forma integral, respeitá-lo, eu dar condições para que ele se restabeleça o mais rápido possível; chamando-o pelo nome, respeitando a privacidade dele, atingindo a suas necessidades, vendo o que ele está precisando, o que está interferindo no trabalho e no desenvolver da doença dele enquanto internado. Tudo o que eu posso melhorar e confortar enquanto ele está aqui dentro. (K10)

[...] eu não vejo só o paciente em si, eu vejo tudo o que está em volta do paciente... (K11)

Eu acho que temos que pensar juntos, ter uma escuta qualificada e criar uma maneira de trabalhar com cada paciente na sua singularidade. (K23)

O que tem que ser feito é falar e ouvir também os outros profissionais, entender o que a psicologia, a fisioterapia, a enfermagem e o que medicina tem para falar daquele paciente. Todos juntos, para poder fazer melhor. (K23)

Categoria 2 - Fatores que descaracterizam o cuidado humanizado a partir da concepção da equipe multiprofissional

A análise do material empírico possibilitou o levantamento e a compreensão de fatores que fragilizam a prática do cuidado humanizado, e, com isso, foi possível construir a respectiva categoria.

Subcategoria 2.1 – A descaracterização do cuidado humanizado e sua relação com a fragmentação da organização do processo de trabalho e da assistência à saúde

Os trechos dos discursos abaixo imprimem as consequências negativas da fragmentação do processo de trabalho sobre a prática do cuidado humanizado na concepção dos profissionais de saúde.

Só faz o mecânico, só faz o trabalho dela [...]. Às vezes, é tão mecânico que a pessoa não percebe que não está prestando um cuidado humanizado. (K2)

Em relação à equipe, eu acho que fica um pouco mais complicado, porque, às vezes, a gente acaba não trabalhando em equipe, cada um faz o que tem que fazer e já vai pro outro paciente, então a gente acaba não trabalhando muito junto. (K13)

Quando eu chego aqui para trabalhar, para assumir a visita, eu faço meus cuidados, são cuidados protocolados, mecanizados que a gente fala: 'vai dar isso para o doente, porque isso é bom para ele'. Então, meu momento de humanização com os doentes dentro da UTI, ele é extremamente separado e distinto daquele momento em que estou trabalhando e protocolando as coisas para que aquela unidade funcione. (K15)

[...] sempre foi um trabalho muito fragmentado, quando vem um pedido para a psicologia sempre é ou porque está dando trabalho, ou é um paciente difícil, ou com família difícil, mas nunca num movimento de integrar e de compreender o sofrimento do outro e compartilhar. Como que posso fazer esse cuidado mais humanizado? Vem de uma forma, assim, fragmentada. (K22)

Subcategoria 2.2 – A descaracterização do cuidado humanizado e sua relação com a gestão dos serviços de saúde e com as condições de trabalho

Essa subcategoria possibilita apreender que a comunicação organizada como eixo vertical no sentido gestão-assistência e que os processos de precarização do trabalho em saúde fragilizam a prática do cuidado humanizado.

Na instituição, é obrigatório o uso de lousa para a passagem de plantão, então acho que se perdeu um pouco essa parte humanizada que tinha, porque eles tinham percepções de como o paciente estava se sentindo e agora, não; ficou uma coisa muito técnica: 'Oh! O paciente teve febre, foi feito tal procedimento e acabou'. (K5)

Nós temos algumas dificuldades em nível de instituição, no que diz respeito a materiais, número de funcionários. Vai chegando a certa altura do campeonato que a gente encontra várias dificuldades, em prestar essa assistência integral ao doente, não vou falar pra você que o tempo todo a gente trabalha de forma humanizada, porque, às vezes, mal dá pra gente ficar do lado do paciente, conversar e ver a real necessidade por falta de funcionários e materiais. (K4)

Muitas vezes, não tem, por exemplo, insumos, coisas básicas para a gente dar o conforto ao paciente, não tem roupa de cama, toalha de banho, monitores e pessoal de enfermagem. (K6)

Não é tão humanizado devido à correria, a falta de tempo que a gente tem, às vezes, pra estar fazendo um atendimento melhor, um atendimento mais completo. (K13)

Subcategoria 2.3 – A descaracterização do cuidado humanizado e sua relação conceitual equivocada

A humanização enquanto uma possibilidade de organização protocolar do processo de trabalho em saúde ou uma opção ideológica do profissional ainda foram conceitos elucidados nas concepções da equipe multiprofissional, e os trechos a seguir demonstram esses resultados:

Eu acho difícil o trabalho em equipe, porque nem todos têm a conscientização. Por quê? Porque nós não temos protocolo pra trabalhar. Então, cada pessoa tem um pensamento e quando não se tem protocolo, não dá pra trabalhar, porque o médico pensa de um jeito, ele tem o ego dele, a fisio de um jeito, a enfermeira de um jeito e auxiliar de outro jeito, eu acho que falta um pouco assim de protocolo, pra gente trabalhar na mesma linha. Ah é humanizado... mas, o que que é humanizado? (K11)

Como não é todo mundo que enxerga humanização, então, às vezes, eu sinto certa dificuldade, as pessoas, às vezes, entendem de outra forma o que eu to fazendo e também eu vejo assim, que isso realmente precisava ser mais frequente ou mais trabalhado, porque você quer fazer isso, mas o teu colega já tem outra visão. (K12)

Para mim o ato de humanizar é um ato de sentimento inerente às pessoas. (K15)

DISCUSSÃO

Uma das características inerentes à PNH é a aposta nas iniciativas exitosas das diversas esferas de composição do SUS, isso significa que, como política pública, a PNH tem o comprometimento de valorizar as vivências que dão certo singularizando serviços e equipes e resgatando o reencantamento do

concreto nos profissionais envolvidos em tais processos^(1,10). Isso toma como legítima a experiência elaborada pela equipe multiprofissional acerca da assistência prestada sob a ótica do cuidado humanizado.

A comunicação, como uma das competências fundamentais para cuidado em saúde, esteve nessa pesquisa entre as subcategorias mais robustas ao se considerar o processo de saturação de dados, o que vai ao encontro dos resultados de pesquisas anteriores⁽¹¹⁻¹²⁾. Além disso, constitui-se uma ação comum no campo de cuidado das diversas profissões que compõem a equipe multiprofissional em saúde, sendo reconhecida como uma competência geral disposta nas diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Mesmo que reconhecida como uma importante competência profissional, a comunicação em saúde possui fragilidades que tornam sua discussão uma questão ainda contemporânea. Os resultados apontam para a importância do esclarecimento sobre os tipos de comunicação e exploração que os profissionais de saúde fazem deles para enviar e decodificar mensagens. Nesse sentido, a comunicação verbal, representada pelas palavras faladas e escritas, pode parecer o principal modo pelo qual nos comunicamos; contudo, é sabido que apenas 7% do conteúdo de nossas mensagens são veiculadas pelo canal verbal. Isso implica que a maior parte das mensagens compartilhadas é não verbal, de forma que, independentemente do nível de consciência do paciente, sempre haverá uma mensagem a ser decodificada⁽¹⁶⁾. Portanto, o desenvolvimento das habilidades no campo da comunicação em saúde representa um fator primordial para a prática do cuidado humanizado, em especial, à equipe que atua na UTI onde a frequência desses casos, por inúmeros fatores, é maior⁽¹⁷⁾.

Sendo assim, a comunicação também é importante para a prática do cuidado humanizado no que se refere ao contato estabelecido junto aos familiares dos pacientes internados na UTI, o que concorda com estudos realizados anteriormente⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Os resultados dessa pesquisa apontam que o compromisso dos participantes com a comunicação efetiva e com a escuta ativa são fatores imprescindíveis para que os objetivos mútuos envolvidos no processo comunicativo sejam alcançados^(11,16). A oferta desses fatores por parte dos trabalhadores da UTI visam a algumas das necessidades de familiares que foram identificadas na pesquisa realizada por Puggina et al.⁽¹⁹⁾, tais como saber quais são as chances de melhora do paciente, ter perguntas respondidas com franqueza, saber quais os profissionais estão cuidando do paciente e receber explicações que possam ser compreendidas.

A comunicação efetiva — evidenciada na preocupação de transmitir uma mensagem clara com escuta ativa, não aumentando o grau de ansiedade dos familiares, contextualizando-os e aproximando-os acerca do quadro clínico do paciente internado na UTI — destoa dos resultados de pesquisas anteriores que apresentam um contato burocrático, formal e restrito entre familiares e equipe de saúde da UTI⁽¹⁸⁾.

O trabalho em equipe multiprofissional representou, nessa pesquisa, uma maneira de os profissionais atingirem a prática do cuidado humanizado. Com isso, o fator “interação”, inserido nessa forma de organização do trabalho em saúde, traz à

tona e uma vez mais a comunicação representando o veículo que torna possível a articulação das ações profissionais⁽²⁰⁾. Embora haja escassez de estudos que investiguem a relação trabalho em equipe multiprofissional e humanização, encontramos na comunicação o elo teórico que liga esses conceitos⁽¹⁰⁾.

É observada, junto à PNH, uma ampliação do escopo da comunicação no interior dos serviços de saúde passando a ocupar um espaço importante dentro de horizonte normativo que guia as práticas de cuidado humanizado. Trata-se de promover, no cotidiano do trabalho em saúde, a circulação de saberes que repercute no compartilhamento de poderes e de produção de cuidado. Dessa forma, discute-se a transversalidade da comunicação desencorajando a verticalidade ou a horizontalidade na micropolítica do trabalho em saúde, que por sua vez, desconstrói, respectivamente, a hierarquização e a homogeneização dos discursos e dos profissionais⁽¹⁰⁾.

Nesse movimento, discursos como “a gente trabalha bem junto” e “eu envolvo um auxiliar ou uma enfermeira” conotam a potencialidade de um posicionamento assumido pelos participantes da pesquisa, em que, lado a lado, a experiência e os diferentes saberes constituem conteúdos de troca durante a produção de cuidado, portanto, construção de conhecimento intrínseco à prática.

Ainda sobre a prática do cuidado humanizado, a revisão de literatura realizada para essa pesquisa aponta que a empatia, a singularidade e a integralidade vêm sendo as expressões mais representativas da maneira como os profissionais da equipe multiprofissional concebem prática do cuidado humanizado, sendo que nossos resultados corroboram essa fundamentação^(12,17,21-24).

A análise do material empírico produzido na subcategoria que trata da relação do cuidado humanizado com a empatia alinha-se à discussão do componente cognitivo do conceito multidimensional de empatia que, nesse caso, refere-se à habilidade dos trabalhadores da equipe multiprofissional em interpretar e compreender os sentimentos e os pensamentos envolvidos na experiência do outro com quem se relaciona. Essa habilidade, por sua vez, tem como requisitos o reconhecimento das emoções e a flexibilidade interpessoal⁽²⁵⁻²⁶⁾.

A humanização do cuidado na UTI foi investigada por Mongiovi, Anjos, Soares e Lago-Falcão⁽²²⁾ e converge com os resultados dessa pesquisa quando discute a importância da empatia inclusive como um fator-conceito constituinte. Outras pesquisas que envolvem trabalhadores da saúde e usuários possibilitaram a identificação da conexão entre humanização no cuidado e empatia representando um instrumento primordial para a operacionalização dessa prática^(11,17-18,23).

Guiar o cuidado tendo em vista não apenas seus objetivos técnicos significa desenvolver uma prática profissional sensível à integralidade e à subjetividade como artifícios legítimos^(24,27). Ainda sobre esses aspectos, vale ressaltar que a densidade tecnológica inerente à UTI e o grau de importância que lhe conferem os profissionais têm sido objeto de discussão no âmbito do cuidado, pois repercutem características impessoais, afastando o profissional da esfera subjetiva. A concepção dos participantes, entretanto, imprime a ideia de colocar os aparatos tecnológicos em função da dimensão humana do cuidar, ou seja, são concebidos enquanto meios

para uma assistência destinada ao paciente crítico. Com isso, visualiza-se que o cuidado humanizado contribui para a valorização da esfera “subjetividade” no escopo de intervenção dos profissionais da terapia intensiva⁽²⁸⁾.

Descaracterizando o cuidado humanizado, está a fragmentação: a técnica como modo de ser na assistência e a captura alienante desencadeada pela organização do trabalho representam a complexidade dessa problemática^(18,21). A base comum dessas duas faces da fragmentação é representada pela especialização do conhecimento, que atinge seu grau máximo na UTI, e são evidenciadas na desintegração da equipe multiprofissional e no tecnicismo da assistência à saúde⁽²⁸⁾. Isso implica um esforço proporcionalmente maior, envolvendo gestão e atenção à saúde, para invenção de ações que enfrentem essa realidade⁽³⁻⁴⁾.

Com esse movimento, se vislumbra a operacionalização da PNH, tomando corpo como método a partir de suas diretrizes — acolhimento, ampliação da clínica, gestão democrática, valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários; e seus princípios — comunicabilidade, inseparabilidade entre gestão e atenção e protagonismo dos sujeitos^(3,10).

Entre essas diretrizes, a Clínica Ampliada representa uma maneira de enfrentamento, pois considera que a complexidade do trabalho em saúde necessita da abordagem de uma equipe multiprofissional. Com isso, espaços onde a fragmentação do processo de trabalho possa ser discutida possibilitam aos trabalhadores refletirem acerca da compreensão ampliada do processo saúde-doença, do compartilhamento de diagnósticos e intervenções e do trabalho em saúde organizado na lógica das equipes de referência e de apoio matricial⁽³⁾.

Trata-se de uma aposta que orienta a prática do cuidado humanizado e que questiona os saberes estruturados e protocolares, afirmando-se em processos dialógicos que imprimam dinamicidade, participação e solidariedade. Além disso, ocorre a construção de um território onde possam transitar os desejos, os interesses e as necessidades dos envolvidos — trabalhadores de saúde e usuários em construção da corresponsabilização, isto é, sujeitos implicados na formulação e na implementação de práticas de saúde^(10,29).

O processo de precarização do trabalho e a racionalidade administrativa hegemônica são fenômenos que historicamente atingem os serviços de saúde, ambos fundamentam-se no paradigma técnico-burocrático. Este é interpretado pela PNH como incoerente para uma lógica onde o trabalho, sendo visto como atividade humana, não deveria ser executado de forma automática e protocolar^(1,30).

A cogestão representa umas das diretrizes dessa política, portando orientações específicas que servem de linha-guia para a organização e implementação de arranjos que produzam interferências no trabalho em saúde, no sentido da construção de um pacto de corresponsabilidades entre usuários, trabalhadores e gestores⁽⁴⁾ ressonando na conquista de sujeitos engajados na transformação do trabalho e de si, ou ainda produzindo saúde e subjetividade⁽³⁰⁾.

Sob a perspectiva da cogestão e de suas repercussões para o serviço de saúde e em seus envolvidos, compreende-se como conceito que potencializa o cuidado humanizado: construir condições em que trabalhadores e usuários exercitem o

protagonismo, autonomia e corresponsabilidade, tendo em vista que a humanização, enquanto política, está mais implicada com construção de modelos de atenção e gestão consonantes com o SUS do que com a ideia de humanizar humanos⁽¹⁰⁾.

Discutir a humanização nas práticas de saúde enquanto objeto de pesquisa ainda se mantém uma polêmica por diversas razões. Uma delas é a de que seu conceito resgata sentidos diversos, por vezes antagônicos, o que fragiliza uma apreensão que contribua para a missão da PNH. Outra razão está no fato de que quando se fundou como política, alicerçou-se na radicalidade de atravessar o SUS, confrontando as iatrogenias procedentes das práticas da racionalidade administrativa⁽⁵⁾.

A operacionalização do cuidado humanizado está diretamente ligada às concepções atribuídas pelos profissionais que compõem a equipe de saúde acerca da humanização. Da concepção dos participantes da pesquisa, assimila-se que o cuidado humanizado está envolvido com a construção de protocolos que capturem a subjetividade dos profissionais, tornando homogêneas suas respectivas características que compõem a diversidade inerente ao trabalho em equipe. Essa interpretação está diretamente ligada ao fato de que o conceito de humanização ainda está galgado sobre atitudes e sentimentos “inerentes às pessoas”, tornando desumano aquele que não expressa determinado comportamento. Embora ainda vivos, tais conceitos não interessam aos objetivos da humanização nos termos da PNH⁽⁵⁾.

Afirmar a humanização no contexto de política do SUS traz à tona a responsabilidade de construir um conceito outro, fértil, como território que descaracterize o cuidado humanizado enquanto uma “prescrição moral”, mas que contribua para a ampliação da produção de subjetividade dos profissionais de saúde compreendendo a si e aos outros na qualidade de um paradoxo. Nesse sentido, a construção do cuidado humanizado, como prática da equipe multiprofissional, potencializa-se à medida que os serviços de saúde oportunizem espaços de construção de sínteses elaboradas a partir da diversidade das experiências concretas de cada um dos trabalhadores⁽¹⁰⁾.

A limitação desse estudo se refere à coleta de dados. Por esta ter sido realizada em uma instituição de saúde, pode repercutir sobre os resultados como características pontuais e que reflipam as características do processo de trabalho onde se inseriam os participantes da pesquisa. Assim, outras pesquisas que objetivem as concepções dos profissionais que atuam em UTI de outros hospitais-escola ainda são necessárias para desvelar em profundidade os desafios que a PNH necessita enfrentar para sua solidificação e operacionalização no processo de trabalho, firmando-se enquanto política nacional de saúde.

Com os resultados dessa pesquisa, é possível afirmar que a equipe multiprofissional em saúde tem clara a operacionalização do cuidado humanizado no que se refere à assistência oferecida aos pacientes e a seus familiares no contexto da UTI. Além disso, os profissionais que prestam a assistência direta apreendem que a organização e a gestão dos processos de trabalho centralizam o nó crítico que dificulta a prática da humanização nos ambientes de terapia intensiva. Com isso, é possível assumir o posicionamento perante a necessidade de criar outras formas de gerir as instituições hospitalares, que exercitem as diretrizes propostas na PNH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção da equipe multiprofissional sobre o desenvolvimento do cuidado humanizado nas UTIs de um hospital-escola evidenciou os fatores que corroboram e dificultam essa prática. Nesse sentido, as ações do cotidiano de trabalho foram os momentos mais representativos para os profissionais que operacionalizam a humanização no cuidado e a vivenciam nas experiências da comunicação efetiva junto aos pacientes e familiares, do trabalho em

equipe e do estabelecimento da empatia, da singularidade e da integralidade.

A proposta dessa pesquisa possibilitou reconhecer, por meio das fragilidades para a prática do cuidado humanizado pela equipe multiprofissional de terapia intensiva, que o maior desafio ainda está centrado em provocar impactos no enrijecimento da estrutura organizacional das instituições hospitalares, uma vez que os fatores que dificultam esse tipo de prática são as fragmentações da organização do processo de trabalho, da gestão dos serviços de saúde e das condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
2. Deslandes SF; Mitre RMA. [Communicative process and humanization in healthcare]. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009[cited 2016 May 24];13(supl.1):641-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf> Portuguese.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. Marques IR, Souza AR. [Technology and humanization in critical care environments]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010[cited 2016 May 24];63(1): 141-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a24> Portuguese.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/1996, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
8. Minayo, MCS. Técnicas de pesquisa. Em: Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p.261-97.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2010.
10. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. [Five years of the National Policy of Humanization: the trajectory of a public policy]. *Ciência Saúde Colet* [Internet]. 2011[cited 2016 May 24]; 16(11): 4541-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf> Portuguese.
11. Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. [Humanization in nursing care: contribution to the discussion about the National Humanization Policy]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013[cited 2016 May 24];66(4):564-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a15.pdf> Portuguese.
12. Peres EC, Barbosa IA, Silva MJP. [Humanized care: the act with respect to design improving student nursing]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011[cited 2016 May 24];24(3):334-40. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/en_05.pdf Portuguese.
13. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição. Aprovado em 7 fev 2001 [Internet]. [cited 2016 May 14]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
14. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Aprovado em: 12 set 2001 [Internet]. [cited 2016 Jan 14]. Available from: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf
15. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Psicologia. Aprovado em 7 nov 2001 [Internet]. [cited 2016 Jan 14]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1314.pdf>
16. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação das relações interpessoais em saúde. 8.ed. Edições Loyola: São Paulo, 2011.
17. Oliveira ESO, Oliveira LMAC, Lucchese R, Alvarenga GC, Brasil VV. Humanization in theory and in practice: the construction of a nursing team's work. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013[cited 2016 May 24];15(2):334-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916> Portuguese.
18. Camponoraga S, Santos TM, Seiffert MA, Santos CM. [The humanized care in intensive units: a literature review]. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2011[cited 2016 May 24];1(1):124-32. Available from: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2237/1520> Portuguese.
19. Puggina AC, lenne A, Carbonari KFBSF, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJP. [Perception of communication, satisfaction and importance of family needs in the Intensive Care Unit]. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014[cited 2016 May 24];18(2):277-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/en_1414-8145-ean-18-02-0277.pdf Portuguese.
20. Silva JAM, Peduzzi M. [Work Education in Primary Health Care: interfaces between permanent education in health and

- the communicative action]. *Saúde Soc* [Internet]. 2011[cited 2016 Aug 11];20(4):1018-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/18.pdf> Portuguese.
21. Bolela F, Correa AK. [Humanization in intensive care from the perspective of the health team]. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2015[cited 2016 May 24];4(1):4-10. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2726/pdf> Portuguese.
 22. Mongiovi VG, Anjos RCCBL, Soares SBH, Lago-Falcão TM. [Conceptual reflections on health humanization: conception of nurses from Intensive Care Units]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014[cited 2016 May 24];67(2):306-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0306.pdf> Portuguese.
 23. Santana JCB, Campos ACV, Dutra BS, Borges CM, Souza AB, Santos VH. Humanized care in the nurses perception's. *Enferm Rev* [Internet]. 2012[cited 2016 May 24];15(1):46-57. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3272/3652>
 24. Silva ID, Silveira MFA. The humanization and the formation of the professional in physiotherapy. *Ciência Saúde Colet* [Internet]. 2011[cited 2016 May 24];16(supl.1):1535-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a89v16s1.pdf> Portuguese.
 25. Rodrigues MC, Peron NB, Cornélio MM, Franco GR. [Implementation and assessment of a Program for the Development of Empathy in Psychology students]. *Estud Pesq Psicol* [Internet]. 2014[cited 2016 May 24];14(3):914-932. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/13891/10610> Portuguese.
 26. Kestenbergh CCF. [The empathic skill is socially learned: an experimental study with nursing undergraduated students]. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2013[cited 2016 May 24];21(4):427-33. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a02.pdf> Portuguese.
 27. Waldow VR, Borges RF. [Caring and humanization: relationships and meanings]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011[cited 2016 May 24];24(3):414-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/en_17.pdf Portuguese.
 28. Silva RC, Ferreira MA. The practice of intensive care nursing: alliance among technique, technology and humanization. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013[cited 2016 May 24];47(6):1325-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/en_0080-6234-reeusp-47-6-01325.pdf
 29. Campos LF, Melo MRAC. [Nursing care in the perspective of clinical enlarge in the Intensive Care Unit]. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011[cited 2016 May 24];32(1):189-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n1/a25v32n1.pdf> Portuguese.
 30. Santos FSB, Barros MEB. [Working in health care and the challenge of humanization: analysis and intervention strategies]. *Actas Saúde Colet* [Internet]. 2012[cited 2016 May 24];6(2):101-22. Available from: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1117/1030> Portuguese.