

A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA VISÃO DOS USUÁRIOS

The humanization of the assistance in Intensive Care Unit from the patients' point of view

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Analisar as percepções de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca no que diz respeito à humanização da assistência no período de internação na Unidade de Terapia Intensiva, ao atendimento e ao trabalho dos profissionais de saúde. **Método:** O estudo apresenta abordagem qualitativa, tendo sido realizado com dez pacientes, de ambos os sexos, internados por mais de 24 horas na terapia intensiva de um hospital público de Fortaleza, Ceará, no período de agosto a outubro de 2006. Uma entrevista semi-estruturada e um diário de campo foram aplicadas seguindo às perguntas norteadoras: Como você percebe o trabalho dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva? Como você se sentiu durante os dias em que esteve na unidade? A análise de conteúdo foi aplicada aos dados. **Resultados:** A atenção, paciência, pronta-assistência e competência dos profissionais, associadas aos cuidados e transmissão de informações sobre o processo cirúrgico, contribuem para a humanização da assistência dessa instituição, apesar da presença de aspectos desagradáveis como o tubo orotraqueal, a desorientação temporal, a ventilação-não-invasiva e a frequência de procedimentos normalmente presentes na fase de recuperação. **Conclusão:** A pesquisa aponta que, na percepção dos pacientes investigados e, apesar de alguns procedimentos incômodos presentes em um pós-operatório de cirurgia cardíaca, os profissionais da instituição buscam, de forma humanizada e através de pronto atendimento e cuidado, amenizar esse momento delicado e sofrido para os pacientes e seus familiares.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Cirurgia torácica; Humanização da assistência

ABSTRACT

Objective: To analyse the perceptions of patients in post-operative of cardiac surgery regarding the humanization of the assistance in the period of internment at Intensive Care Unit (ICU) and the rendered assistance and services of health professionals. **Methods:** The study presents a qualitative approach and was held with ten patients of both sexes, who had been interned for over 24 hours in ICU of a public hospital in Fortaleza-CE, during the period of August to October, 2006. A semi-structured interview and field diary were applied, following the guiding questions: How do you perceive the work of health professionals at ICU? How do you felt during the days that you were at this unity? Content analysis was applied to the data. **Results:** The attention, patience, prompt-assistance and competence of professionals allied to the care and transmission of information about the surgery process contributed for the humanization of the assistance at this institution, in despite of the presence of unpleasant aspects such as oral tracheal intubation, time disorientation, non-invasive ventilation and the frequency of procedures, normally present at the recovering phase. **Conclusion:** The research indicates that, from the perception of the studied patients, and in despite of some uncomfortable procedures present in a post-operative of cardiac surgery, the professionals from this institution try, in a humanized way and with prompt assistance and care, to ease this delicate and suffered moment for the patients and their family.

Descriptors: Intensive Care Unit; Thoracic Surgery; Humanization of Assistance

Juliana Maria de Sousa Pinto^(1,2)
Sides Fragoso da Silva⁽¹⁾
Andrezza Paz Sampaio⁽¹⁾
Milena Sampaio Magalhães⁽¹⁾

1) Universidade de Fortaleza – CE

2) Universidade de Salamanca – ESP

Recebido em: 09/02/2007

Revisado em: 09/05/2007

Aceito em: 10/02/2008

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar imprime, em seu interior, a sensação de diminuição e isolamento, que associada à vulnerabilidade provocada pela doença de base, desencadeia um processo de estresse físico e/ou mental que influi negativamente na recuperação do indivíduo⁽¹⁾. Além disso, os profissionais da área da saúde parecem desumanizar-se gradativamente, favorecendo a desumanização de sua prática⁽²⁾. Há necessidade de ações inovadoras que expressem a carência da humanização dos nossos hospitais e que envolvam, não apenas os aspectos físicos, mas também emocionais e sociais do doente, pois o indivíduo recupera-se melhor estando em um ambiente agradável, onde se sinta valorizado⁽¹⁾ e bem cuidado. Assim, a humanização hospitalar como expressão da ética requer a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas, que considerem os seres humanos e seus direitos⁽³⁾.

Na perspectiva de contribuir positivamente, a trajetória dos ideais humanísticos tem envolvido os mais variados setores e, principalmente, a assistência à saúde⁽⁴⁾. Atualmente é dado destaque à participação dos recursos humanos hospitalares, objetivando torná-los promissores na prestação de um serviço qualificado com a atenção voltada para a humanização da assistência ao usuário da saúde. Nessa linha de pensamento, surge o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propõe um conjunto de ações integradas para mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições, com o objetivo de aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade⁽⁵⁾.

No ambiente hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui-se a principal fonte de estresse, gerando distúrbios psíquicos e fisiológicos importantes. Conclusão essa, que recebe total influência da gravidade de seus internos e da atmosfera de tensão que envolve tanto o paciente como a equipe de saúde, principalmente quando se trata de uma cirurgia cardíaca. Há poucos estudos sobre os cuidados prestados aos pacientes em Unidades de Terapia Intensivas⁽⁶⁾ que apresentam, muitas vezes, a opinião dos profissionais de saúde atuantes no setor^(7,8).

Com a carência de literatura sobre a relação terapia intensiva/ paciente e, baseado na experiência clínica dessa realidade, é possível considerar que, somado ao ambiente angustiante da UTI, encontra-se o paciente cardiopata em pós-cirúrgico com uma sobrecarga emocional própria de sua condição, necessitando de um cuidado especial. Receios oriundos da complexidade de sua patologia, acrescidos da

supervalorização dada aos problemas cardíacos, tornam o cardiopata mais susceptível a variantes negativas que envolvem, além do paciente, a estrutura familiar e social. Na maioria das vezes, não se detém o conhecimento de como o paciente encontra-se inserido nesse processo, mesmo conhecendo a importância da percepção dos usuários de serviços de saúde, uma vez que estes são capazes de apontar melhorias e desafios, bem como sugerir caminhos coerentes à superação das atuais necessidades^(9,10). É necessário dar voz aos cardiopatas, pois são pessoas que se encontram com o estado de saúde delicado por tratar-se de doença em órgão vital e, certamente, sua opinião contribuirá para a melhoria da promoção da saúde, que destaca valores como a equidade e a justiça social, definição holística de saúde (bem-estar), incremento da saúde e não apenas a prevenção de doenças, *empowerment*, participação social, construção de capacitação individual e comunitária, e colaboração intersetorial⁽¹¹⁾.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar as percepções de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca no que diz respeito à humanização da assistência no período de internação na Unidade de Terapia Intensiva, ao atendimento e ao trabalho dos profissionais de saúde.

MÉTODOS

O estudo apresenta abordagem qualitativa que apropria-se do fenômeno apresentado como tema/ problema, através de uma relação íntima entre sujeito e objeto, o que lhe proporciona um conhecimento além do visível ou aparente, de intensa complexidade⁽¹²⁾.

A pesquisa foi conduzida com dez pacientes, de agosto a outubro de 2006, em duas enfermarias destinadas a cardiopatas em curso cirúrgico, em pós-operatório (PO) ou em terapêutica clínica em um hospital público de Fortaleza, Ceará. O referido hospital foi fundado em 1933 e, em 1990, passou a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS) na qualidade de hospital terciário para o tratamento clínico e cirúrgico das cardiopatias e pneumopatias, sendo referência no norte e nordeste em atendimento cardiovascular e pulmonar⁽¹³⁾.

O número de participantes foi determinado a partir da saturação das informações obtidas. Foram incluídos indivíduos do sexo masculino e feminino, em pós-operatório cardíaco com permanência na UTI por mais de 24 horas, e excluídos aqueles com dificuldade de comunicação ou problemas mentais. Nomes fictícios foram utilizados para a preservação do anonimato. Seis participantes eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idade média de 50,7 anos. Oito eram casados e com filhos, e dois solteiros. Seis pacientes estavam em PO de cirurgia de

revascularização do miocárdio, um em PO de transplante cardíaco e três por substituição de próteses valvares, com permanência média de três dias na UTI.

O instrumento de coleta das informações foi a entrevista semi-estruturada, auxiliada por um diário de campo. Os participantes foram abordados informalmente pelos pesquisadores que, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, exploraram profundamente as seguintes perguntas norteadoras: 1) Como você percebe o trabalho dos profissionais de saúde na UTI? 2) Como você se sentiu durante os dias em que esteve na UTI? As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, seguindo a análise temática de Bardin, ou seja, contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada. Após a leitura flutuante, os dados passaram pela pré-análise; exploração do material e, por fim, pelo tratamento dos resultados e interpretação⁽¹⁴⁾.

Houve aprovação do Comitê de Ética do *locus* da pesquisa, sob parecer número 366/06; esclarecimento aos pacientes a respeito de sua participação, da inexistência de riscos e dos benefícios a futuros usuários das UTIs do referido hospital, dos aspectos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾ e do compromisso dos pesquisadores, em garantir os direitos presentes na resolução.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A UTI apresenta aspectos positivos e negativos na visão de quem um dia necessitou desse atendimento. Para os pacientes cardiopatas do presente estudo, a humanização, com bons profissionais e atendimento de qualidade, foi fundamental para a recuperação da cirurgia cardíaca, superando os aspectos negativos presentes nessa fase.

Assistência completa na UTI

Para os pacientes analisados, antes de necessitar de qualquer intervenção nessa unidade, a UTI era “apertadinha”, sem espaço, escura; passando a ser um local “maravilhoso”, com profissionais dedicados, “remédio bom e na hora”, muito bem organizada, “limpeza boa”. O reconhecimento da equipe e a consciência da parceria profissional-paciente são importantes para uma evolução satisfatória do quadro clínico. Por isso, D. Rosa, 68 anos, dona de casa, em pós-operatório de revascularização do miocárdio, relembra seus dias na unidade. “A UTI foi total, toda a equipe, a assistência foi completa, a equipe médica e as enfermeiras, como a fisioterapeuta que chegava ‘o pulmão tá ruim, tem que fazer mais’, foram dois dias bem puxados, mas tinha que fazer”.

A atenção dos profissionais, a “competência” e o “capricho” no atendimento têm início antes da cirurgia, quando o doente já está ansioso pelo tratamento que salvará sua vida. Senhor Pedro, 46 anos, casado, agente de saúde, relembra todas as etapas de sua jornada hospitalar, inclusive o primeiro contato. “Eu achei uma verdadeira competência, porque no momento que a gente chega lá vai logo com o medicamento e vê a preocupação deles quando colocam a gente na maca e levam para o local da cirurgia”.

O carinho, a atenção, o amor e a pronta-assistência dos profissionais revelam abertura ao conhecimento das necessidades do usuário; suas dores, anseios, valores e crenças. A atenção, a dedicação, o zelo e a preocupação de quem cuida transmitem segurança àqueles que estão em um momento delicado e, muitas vezes, de dor, sofrimento e angústia sobre sua saúde após uma cirurgia cardíaca, como exalta senhor João, 68 anos, casado, aposentado: “Eu tive uma recuperação muito boa graças à atenção e ao carinho que eles nos atenderam de prontidão. (...) Depois que eu cheguei ali (UTI) minha vida estava em total segurança, principalmente pela atenção e dedicação, porque se você se mexer a enfermeira já procura saber o que está sentindo, se está bem. Na hora da refeição lhe oferecem 3 a 4 opções. É uma dedicação total e isso ajuda muito a gente a se recuperar”. A fala do usuário apresenta o cumprimento do que está apresentado na PNH⁽⁵⁾, porém nem todos os ambientes hospitalares apresentam a mesma postura por parte dos profissionais no que diz respeito a outras áreas de atuação^(16,17).

Além de fornecer tranquilidade e demais cuidados aos pacientes, os profissionais transmitem informações importantes da cirurgia, esclarecem dúvidas e mostram como o paciente pode auxiliar antes e após o procedimento cirúrgico. Os médicos, durante a consulta; os fisioterapeutas, nas reuniões de pré-operatório; ou os enfermeiros, durante as visitas; dentre outros profissionais, informam cada paciente sobre os acontecimentos cirúrgicos, tendo a sua contribuição reconhecida pelos entrevistados. Paulo, 18 anos, solteiro, estudante, sem nenhuma experiência hospitalar e com medo de tudo o que podia passar a partir de sua internação, reforça a atividade do fisioterapeuta na reunião de pré-operatório. “Já tinha sido informado antes de ir pra lá pelo terapeuta (referindo-se ao Fisioterapeuta)”. Já Antonio, 46 anos, recorda a contribuição de outros profissionais para seu conhecimento antes da cirurgia. “A gente já sai daqui totalmente orientado pela Assistente Social, Enfermeiras e Fisioterapeutas”. Mesmo necessitando de cirurgia de emergência de revascularização do miocárdio, D. Rosa, 68 anos, dona de casa, ainda recebeu algumas orientações sobre o processo. “A gente já sabia mais ou menos por que o rapaz me avisou, foi de emergência e não teve tempo para eu ser esclarecida”. As orientações transmitidas pelos distintos

profissionais retomam o conceito de “empowerment” para a promoção da saúde relacionada ao processo cirúrgico, assim como ocorre em outros contextos da saúde^(18,19,20).

O atendimento humanizado precisa ser entendido como responsabilidade de cada pessoa e não dever exclusivo de uma classe profissional, pois nenhuma categoria por si só consegue se apropriar do cliente, em sua total amplitude, dentro do processo saúde-doença. A prática interdisciplinar disponibiliza um maior número de profissionais, proporcionando ao usuário condições favoráveis para expressar seus problemas e questionamentos, que favorecem um atendimento de qualidade e satisfação ao paciente^(21,22).

A humanização na UTI constitui elemento fundamental para uma assistência de qualidade, pois é como um mundo estranho e, assim, gerador de medos, ansios e tensões. O indivíduo gosta e necessita de um bom relacionamento com os profissionais que lhe prestam assistência⁽²³⁾, como os relatados neste estudo, em que se destaca o trabalho interdisciplinar atuante dentro da UTI. Diferenciando-se dos resultados apresentados, uma pesquisa com 15 profissionais, dentre eles, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem mostrou as dificuldades vivenciadas pela equipe multidisciplinar num ambiente estressante de UTI. Destacaram o fato de alguns membros não saberem atuar em equipe e a falta de recursos materiais que levam a não motivação de alguns⁽⁷⁾.

João, 48 anos, casado, conhecedor da tecnologia fotográfica, afirma que as limitações financeiras e tecnológicas de uma instituição pública são superadas pela atenção, carinho, “dedicação” e competência de seus profissionais, que, mesmo diante de dificuldades, conseguem “cuidar direitinho” e garantir a resolutividade aos problemas dos pacientes. *“Um órgão do estado é limitado, e você vê o carinho e a dedicação que supera qualquer limitação que eles tenham com o paciente! Tem um amor fora de sério. Chega uma pessoa passando mal, você vê aquele movimento e no outro dia se surpreende com a qualidade de vida que aquela pessoa amanheceu em relação ao que chegou. Então a dedicação supera a deficiência da parte financeira”*.

Backes⁽²¹⁾ compactua que de nada valerão os esforços gerenciais, financeiros e tecnológicos se estamos diante de um atendimento antiético e distanciado dos valores citados, sem delicadeza e respeito. Mais relevante que os avanços tecnológicos são a informação correta, a garantia de segurança no tratamento e a competência profissional. Os doentes valorizam o afago e o carinho como determinantes para o cuidado humanizado, aspectos presentes nos profissionais aqui destacados.

Divergindo dos achados dessa pesquisa, existe afirmativa de que a dinâmica diária de uma UTI acaba

automatizando a assistência prestada, fazendo com que o profissional de saúde perca a capacidade de refletir, tornando-se menos sensível aos problemas do paciente, favorecendo o cuidado pouco humanizado⁽²³⁾. Por isso, a necessidade dos profissionais não permitirem a automatização de atitudes e olhar cada paciente de forma individualizada, com as condições necessárias para uma recuperação mais rápida, como relataram os pacientes deste estudo.

O trabalho dos profissionais chama a atenção, as enfermeiras são “amorosas”, todos “tratam bem”, existe carinho, além de dedicação e paciência nesse momento delicado, pois seu coração está em jogo. A certeza de que vai pra cirurgia, mas “não sabe se volta”, deixa o paciente em pânico, assustado, “nervoso” e com medo. Antônia, 36 anos, casada, mãe dedicada de 3 filhos, revela que as atitudes de acalmar, distrair e conversar por parte dos profissionais ajudam nesse momento. *“É muito importante o trabalho deles porque é uma cirurgia muito difícil. Tem que ter muita dedicação, amor pelo que faz. A gente sabe que vai, mas não sabe se volta. Tem que ser profissional pra poder ir e tentar reanimar. A gente vai nervosa e aí quando chega lá eles dão força, vão conversar, vão distrair, logo na sala de cirurgia mesmo”*. Sentimentos negativos como ansiedade, medo e preocupação presentes antes da cirurgia se modificam ao longo do processo de pré e pós-operatório⁽²⁴⁾.

Apesar do trabalho humanizado da UTI, a alta para a enfermaria representa, para os pacientes, a melhora do estado de saúde. Senhor Antônio, 68 anos, que trabalhava com a segurança das pessoas, vê mais seguro o “caminho da saúde” quando está na enfermaria, pois essa lhe transmite menos risco de vida. Quanto mais “ligeiro” sair da UTI, melhor para sua saúde. *“Eu só tinha vontade de acordar logo pra vir pra cá (enfermaria), aqui o caminho da saúde é melhor do que lá não é? Quanto mais ligeiro vier de lá, melhor”*.

Convergindo com esses achados, uma pesquisa com pacientes e familiares sobre o significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva constatou que este local é considerado como desconhecido e assustador e que o momento da alta é tido como a liberdade dos pacientes para a vida⁽²⁵⁾. O ambiente hospitalar, principalmente o de terapia intensiva, imprime, em seus internos, a sensação de diminuição e isolamento que, associada à sua fragilidade, gera estresse físico e mental, promovendo efeitos psicossomáticos que venham, possivelmente, a desfavorecer o processo de recuperação do paciente^(6,26).

Outro estudo destaca o depoimento de um profissional da saúde que se encontrava sob a condição de paciente em uma UTI, ao perceber na unidade um ambiente de insegurança constante para a saúde⁽²¹⁾, mostrando que, mesmo para um profissional da área, ser paciente de UTI ainda transmite a

sensação de dúvidas, incertezas e insegurança em relação à saúde.

Elementos geradores de desconforto na UTI

Apesar de todos os cuidados da equipe multiprofissional, existem fatores que interferem negativamente no pós-operatório (PO), como o tubo-oro-traqueal, a desorientação de tempo, a ventilação não-invasiva (VN), a frequência de procedimentos por distintos profissionais e a presença do dreno, causando desconforto, ansiedade, angústia de não recuperar a saúde ou medo da morte iminente.

Para um paciente na UTI, o tubo-oro-traqueal (TOT), peça introduzida na boca utilizada para auxiliar a respiração durante e após o processo cirúrgico, causa desconforto, dificulta a comunicação. Associado ao susto de “acordar” da cirurgia, ver um tubo “enfiado” na boca e o ruído realizado pela “máquina” com o qual está conectado, o paciente apresenta uma angústia que só é aliviada após a retirada do mesmo. Com apenas três dias na UTI, João, 48 anos, casado, fotógrafo, recorda sua ansiedade e desconforto, além dos ferimentos. “*Só o que me maltratou foi o tubo (...) eu ainda estou com a garganta inflamada porque ele feriu muito*”.

A presença do tubo paralisa o doente, que acorda com as mãos “amarradas” para não atrapalhar o processo de recuperação. Quanto mais acordado, mais incômodo vai sentindo e maior o desejo de que alguém “desate” suas mãos e o livre daquele “sufoco”. Pedro, 46 anos, agente comunitário, utilizou a linguagem de gestos para pedir ajuda, sinalizando sua vontade de aliviar o sofrimento. “*O que eu mais senti de incômodo foi aquele tubo que não deixava a gente ter nenhuma direção (...) percebi que o tubo estava cada vez incomodando, mais aí fiquei fazendo gesto que estava bem, que podia tirar o tubo, chamando, chamando, para ver se aliviava aquele sufoco*”. Estudo semelhante mostra referência significativa ao TOT como evento próprio de uma UTI, como gerador de lembranças desagradáveis aos participantes⁽⁶⁾, confirmando os relatos deste estudo.

O desconforto também surge quando o paciente se vê num ambiente que não lhe permita a orientação temporal. O tempo passa lentamente e não se pode sentir em que momento está. Paulo, 18 anos, jovem cheio de vida, com objetivos a atingir, sentiu-se perdido no tempo. O fato da ausência de luminosidade natural não lhe permitia definir e vivenciar os períodos do dia e da noite dentro da unidade de terapia intensiva. “*Estava doido pra vir pra cá (referindo-se à enfermaria), lá era tudo tapado, não sabia o que era noite e o que era dia.*”

A desorientação temporal torna-se, assim, um aspecto desfavorável para o bem-estar. Contudo, senhor Paulo, 68

anos, acostumado a controlar o tempo na sua profissão, valorizava a estrutura de uma das UTI do hospital pelos relógios de parede dispostos próximo aos leitos, contribuindo para sua orientação. “*Eu achei até uma coisa lá muito gostosa: tem sempre uns relógios assim aos lados, tinha dois, quando não era de um lado era de outro e a gente se baseava e tinha noções*”. Ao ser internado, o indivíduo é extraído de seu mundo e inserido em um novo, que não deveria representar isolamento, e sim interação. Logo, é função da hotelaria hospitalar, gerar um ambiente que agregue trabalho e valores, em prol de uma interação produtiva entre profissional e cliente, favorecendo melhor receptividade a este e reconhecimento de suas reais necessidades, dores e valores⁽²⁷⁾. A implantação de relógios na UTI, nesse caso, contribuiu para o bem-estar dos doentes e orientação temporal.

A colocação da ventilação não-invasiva (VNI), recurso utilizado para auxiliar na respiração através de uma máscara, gera incômodo pela presença de um sistema que modifica a respiração normal. D. Marta, 53 anos, com coração novo, lamentou o uso da VNI pela dificuldade de sincronizar os ciclos do aparelho mecânico aos seus ciclos respiratórios, além da má adaptação à máscara facial e ao escape de ar pela boca. Destaca que a “tromba de elefante” a incomodou, causando angústia e sofrimento. “*Tem hora que você se perde porque tem de encher o pulmão e soltar, se você não tiver muita resistência tem hora que enche o pulmão e perde o ar e, ao invés de ficar com a boca fechada, você abre a boca e não consegue mais (...) Quase todo dia eu tinha que colocar aquela máscara que eu chamava até de tromba de elefante, me deixa agoniada*”. A intolerância ao uso das máscaras, pela formação de escaras faciais; o escape de ar, causando perda da pressurização do sistema, que prejudica a efetividade da terapêutica; e a assincronia entre o ventilador mecânico e o paciente⁽²⁸⁾ são realmente dificuldades encontradas durante o uso da VNI, mas que, trabalhando em conjunto paciente-profissional, a retirada da máscara acontece da forma mais breve possível.

A rotina, com atendimento de forma imediata e quase simultânea pelos profissionais, pode ser um fator negativo, embora Antônia, 36 anos, reconheça os benefícios de cada um deles. Para ela, o incômodo diz respeito à sistemática de abordagem, procedimentos e intervenções quase que seguidos durante todo o dia, conduzindo à dificuldade de organizar o sono, gerando cansaço físico. “*A fisioterapia depois da cirurgia é ruim, mesmo sabendo que é pro bem, é bem difícil, cansa. Eu quase não dormia. Quando eu dormia chegava a fisioterapeuta, aí quando eu ia dormir já era hora da medicação e depois chegava a outra fisioterapeuta. Assim, as normas hospitalares acabam provocando estresse e angústia, pois além do componente físico, o cotidiano hospitalar imprime, no consciente do paciente, a sensação*

de limitação e impotência⁽²¹⁾ como a presença de intervalos significativos de descanso entre um profissional e outro.

Em estudo realizado com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, sobre os estressores, em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica, a presença de tubos no nariz e/ ou boca assumiu a primeira posição dentro da Escala de Estressores em Terapia Intensiva utilizada. O fato de ser examinado por médicos e enfermeiros constantemente assumiu a vigésima quinta posição e o fato de não saber que horas são, assumiu a vigésima sexta posição⁽⁸⁾. Apesar de ter sido investigada a opinião de profissionais, o estudo apresentou aspectos semelhantes de estresse quando comparado ao presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa aponta que, na percepção dos pacientes investigados e, apesar de alguns procedimentos incômodos presentes em um pós-operatório de cirurgia cardíaca, os profissionais da UTI buscam, de forma humanizada e através de pronto atendimento e cuidado, amenizar esse momento delicado e sofrido para os pacientes e seus familiares.

A humanização, portanto, foi um aspecto identificado nessa instituição que parece, segundo nossos informantes, colocar em prática a PNH vigente em nosso país, sendo exemplo para aqueles que ainda não vêem seus pacientes como indivíduos que necessitam de atenção, dedicação e cuidados adequados em qualquer situação hospitalar.

Destaca-se a necessidade de futuras investigações sobre a visão dos profissionais de saúde dessas unidades, a fim de relacionar os achados, no intuito de gerar maior satisfação de atendimento e, principalmente, a recuperação rápida do processo cirúrgico cardíaco.

REFERÊNCIAS

1. Martin LM. A Ética e a humanização hospitalar. *Mundo Saúde*. 2003;27:206-17.
2. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi WDF. A Humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14:132-5.
3. Mendes HWB, Caldas JAL. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2001;9:20-6.
4. Pessini L, Pereira LL, Zaher VL, Silva MJP. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. *Mundo Saúde*. 2003;2:203-5
5. Brasil. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar [homepage na Internet].

[acesso em 2007 Jul 20]. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>.

6. Vila VSC, Rossi LA. O Significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev Latinoam Enferm*. 2002;10:137-44.
7. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13:145-50.
8. Góis CFL, Dantas RAS. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12:22-7.
9. Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia – Ce. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2004;4:163-9.
10. Nobre ES, Câmara GP, Silva KP, Nuto SAS. Avaliação da qualidade de serviço odontológico prestado por universidade privada: visão do usuário. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2005;4:171-6.
11. Poland B. Health promotion in Canada: perspectives & future prospects. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2007;20:3-11.
12. Minayo MS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
13. Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. [homepage na Internet]. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará [acesso em 2007 Jul 20]. Disponível em: <http://www.hm.ce.gov.br/HM-PGPR.htm>.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
15. Ministério da Saúde (BR). Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*; 1996 Out 16.
16. Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no nordeste brasileiro. *Cad Saúde Públ*. 2007;23:2103-12.
17. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Públ*. 2003;19:419-27.
18. Wahlin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care: an interview study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22:370-7.

19. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2006;118:1414-27.
20. Betzold CM, Laughlin KM, Shi C. A Family practice breastfeeding education pilot program: an observational, descriptive study. *Int Breastfeed J*. 2007;5:1-6
21. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. *Acta Sci Health Sci*. 2005;2:103-7.
22. Hoga LAK. A Dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;1:13-20.
23. Carlos C, Rodrigues CMC, Souza GF. Humanização na unidade de terapia intensiva: enfermeira paciente e família. *Rev Bras Ciênc Saúd*. 2004;2:11-6.
24. Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Patient feelings during the preoperative period for cardiac surgery. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14:383-8.
25. Lemos RCA, Rossi LA. O Significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev Latinoam Enferm*. 2002;2:345-57.
26. Seidler HBK, Moritz RD. Recordações dos principais fatores que causam desconforto nos pacientes durante a sua internação em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 1998;10:112-7.
27. Dias MAA. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. *Mundo Saúde*. 2006;2:340-2.
28. Pider JA, Elis RE. Ventilação não-invasiva. In: Pryor AJ. *Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.72-85.

Endereço para correspondência:

Juliana Maria de Sousa Pinto
Rua Doutor Hermes Lima, 106, Edson Queiroz
CEP: 60811-570 – Fortaleza – CE
E-mail: jumsp@hotmail.com