UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NARA ELIZIA SOUZA DE OLIVEIRA

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA: SABERES E FAZERES EXPRESSOS POR ENFERMEIROS

GOIÂNIA, 2012

NARA ELIZIA SOUZA DE OLIVEIRA

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA: SABERES E FAZERES EXPRESSOS POR ENFERMEIROS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linha de pesquisa: Integralidade do cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Profª. Drª. Lizete Malagoni de A. C. Oliveira

Coorientadora: Profª. Drª. Roselma Lucchese

GOIÂNIA, 2012

Autorizo a reprodução e divulgação total deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

O46h
Oliveira, Nara Elizia Souza de.
Humanização do cuidado em terapia intensiva: saberes e fazeres expressos por enfermeiros/ Nara Elizia Souza de Oliveira – 2012.
96f. :il. ;enc.
Referências.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,2012.
Orientador: Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira.
1. Humanização. 2.Competência Profissional. 3. Unidade de Terapia Intensiva. I. Oliveira, Nara Elizia Souza de.

CDU 616-03

CDD

FOLHA DE APROVAÇÃO

NARA ELIZIA SOUZA DE OLIVEIRA

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA: SABERES E FAZERES EXPRESSOS POR ENFERMEIROS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 27 de Abril de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

_____
Professora Doutora LIZETE MALAGONI DE ALMEIDA CAVALCANTE OLIVEIRA
Presidente da Banca
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

_____
Professora Doutora RAQUEL APARECIDA MARRA DA MADEIRA FREITAS
Membro Efetivo, Externo ao Programa
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

_____
Professora Doutora VIRGINIA VISCONDE BRASIL
Membro Efetivo
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

_____
Professora Doutora MARIA APARECIDA DA SILVA VIEIRA
Membro Suplente, Externo ao Programa
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

_____
Professor Doutor DENIZE BOUTTELET MUNARI – Membro Suplente
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

DEDICATÓRIA

*À **Deus,** por me guiar e me proteger em todos o momentos da minha vida. Sem ele não teria conseguido chegar até aqui.*

*Ao meu querido marido **Jadson**, companheiro de todas as horas, para o qual as palavras não são suficientes para expressar a dimensão do seu amor e apoio incondicional nos momentos mais difíceis, me ensinando o verdadeiro sentido da palavra "companheirismo".*

*À minha amada filha **Marina,** minha fonte de alegria e inspiração. Mesmo no auge da sua adolescência soube ser paciente e compreender as minhas ausências, além do carinho e estímulo nos momentos de cansaço.*

*Aos meus pais **Maria e Waldivino**, minhas referências em simplicidade, sabedoria, dignidade, responsabilidade e honestidade. Sempre me incentivaram a crescer*

e apesar das dificuldades não mediram esforços para que eu estudasse e chegasse aonde cheguei.

À minha irmã ***Núbia****, amiga verdadeira, pela presença constante na vida e no coração, pelo carinho e apoio.*

AGRADECIMENTOS

A construção dessa dissertação de mestrado representa a superação de barreiras impostas pelo tempo e pelo afastamento da academia, mas que foram transpostas com a colaboração direta e indireta de muitos a quem gostaria de agradecer pela contribuição na conclusão dessa jornada.

À **Profª Drª Lizete Malagoni,** minha orientadora, que com carinho, sabedoria e paciência me acolheu e confiou em mim. Sem você a realização deste trabalho não seria possível.

À **Profª Drª Roselma Lucchese**, minha coorientadora, que me ajudou no desafio de enriquecer esse trabalho com suas contribuições.

À **Giane Cristina Alvarenga**, a quem considero como amiga especial, pelo apoio, atenção e incentivo.

Aos **sujeitos da pesquisa** e companheiros de trabalho, pela contribuição, confiança e atenção.

Às minhas amigas **Fernanda e Myriam**, que ajudaram a fazer dessa jornada uma experiência de transformação.

Aos **colegas do mestrado, turma 2010**, companheiros nessa experiência, pela solidariedade nos bons e maus momentos.

À **Diretoria de Enfermagem do Hospital das Clínicas/UFG,** pela disposição em viabilizar a realização desse estudo.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem/UFG**, pelo suporte científico e atenção nesse processo de construção do conhecimento.

“Há medicamentos para todas as espécies de doenças, mas se esses medicamentos não forem dados por mãos bondosas, que desejam amar, não será curada a mais terrível das doenças: a doença de não se sentir amado.”

Madre Tereza de Calcutá

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES **09**

LISTA DE ABREVIATURAS **10**

RESUMO **11**

ABSTRACT **12**

RESUMEN **13**

1 INTRODUÇÃO **14**

2 OBJETIVO **21**

2.1 Geral 21

2.2 Específico 21

3 REFERENCIAL TEÓRICO **22**

3.1 Política nacional de humanização 22

3.2 A pedagogia das competências e o contexto da enfermagem 26

4 METODOLOGIA **38**

4.1Tipo de estudo 38

4.2 Local e população 38

4.3 Coleta de dados 39

4.4 Aspectos éticos 40

4.5 Análise dos dados 40

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS **43**

5.2 O conceito de humanização 43

5.3 Saberes envolvidos na constituição da competência para humanização da assistência 46

5.3.1 Saber agir com pertinência 47

5.3.2 Saber combinar e mobilizar recursos em um contexto 49

5.2.4.5 Saber transpor 53
5.2.4.4 Saber aprender e aprender a aprender 54
5.2.4.6 Saber envolver-se 56

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 58

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 77

REFERÊNCIAS 80

APÊNDICES 91

APÊNDICE 1 – Instrumento para coleta de dados 91
APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido 94

ANEXOS 96

ANEXO 1 – Aprovação Comitê de Ética 96

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – O perfil do profissional: quadro sintético (Le Boterf, 2003 p.92). **34**

FIGURA 1 – Representação gráfica da categoria “O Conceito de humanização”. Goiânia, 2011. **45**

FIGURA 2 – Representação gráfica da categoria “Os saberes envolvidos na constituição de competências”. Goiânia 2011. **48**

LISTA DE ABREVIATURAS

MS	Ministério da Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
IES	Instituição de Ensino Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CES	Câmara de Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
HC	Hospital das Clínicas
UFG	Universidade Federal de Goiás
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
P-DOCS	Documentos primários
HU	Unidade Hermenêutica

RESUMO

A unidade de terapia intensiva destina-se ao tratamento de pacientes gravemente enfermos e com risco de morte. Em decorrência das complexas atividades para manutenção da vida desenvolvidas nestes setores, há uma supervalorização da tecnologia em detrimento do aspecto humano, o que tem suscitado estudos que comprovam a importância de se resgatar o lado humano do cuidado, buscando oferecer uma assistência de enfermagem na atenção das necessidades biopsicossocioespirituais do cliente. Porém, apesar dos esforços ainda é possível perceber que nessas unidades o cuidado desumano ou o descuidado em relação ao paciente e seus familiares ainda se faz presente. Com base nestes argumentos, esse estudo tem como objetivo: analisar a constituição de saberes e fazeres na prática do enfermeiro em unidade de terapia intensiva para a humanização da assistência de enfermagem; descrever a concepção do enfermeiro em UTI quanto à assistência de enfermagem humanizada; identificar e descrever os saberes mobilizados, transpostos e aprendidos na prática do enfermeiro, para a humanização da assistência de enfermagem. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa em uma UTI para adultos de um hospital publico no município de Goiânia. Participaram deste estudo sete enfermeiros. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semiestruturada, gravada em mídia digital. O tratamento do material coletado baseou-se na modalidade temática da análise de conteúdo, do qual emergiram duas categorias: “o conceito de humanização”; “os saberes envolvidos na constituição de competência para a humanização da assistência”, sendo que esta ultima foi subdividida em cinco subcategorias: saber agir com pertinência; saber combinar e mobilizar recursos em um contexto; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender e saber envolver-se. Essas categorias apontam a concepção dos sujeitos quanto à temática da humanização da assistência de enfermagem e a constituição ou não dos saberes necessários para a prática humanizada em UTI. Os resultados apontaram que ao emitir o seu conceito sobre humanização, os sujeitos enfatizaram aspectos como: se colocar no lugar do outro, interagir com o paciente e cuidado integral. Com relação aos saberes constituídos, o saber agir com pertinência está presente em alguns movimentos significativos, por meio de atitudes que foram além do prescritivo diante do sofrimento vivenciado pelo paciente. Esse saber é favorecido pela combinação dos saberes adquiridos através das experiências pessoais e profissionais em virtude da constituição do saber aprender e aprender a aprender. No entanto, a constituição de saberes/fazeres se mostrou limitada, tendo em vista que os profissionais não demonstraram envolvimento com essa temática, transferindo essa missão a terceiros, assim como foi possível perceber em certos momentos a transposição do modelo biomédico impregnado nas ações desses profissionais culminando em atitudes mecanizadas de cuidado.

Palavras-chave: Humanização; Competência Profissional; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) provides treatment to seriously ill patients and those at risk of death. Due to complex activities in order to maintain life within these sectors, there is an overestimation of technology to the detriment of human aspects. Furthermore, this has aroused studies which highlight the importance of humanized care in order to provide nursing assistance that meets the biopsychosociospiritual needs of patients. In despite of the efforts made it is still noticeable in these units the inhuman or careless assistance provided to patients and their families.

Based on these arguments this study aims to: analyze the constitution of nursing knowledge and practices in the Intensive Care Units (ICU) with the purpose of humanizing nursing assistance; describe the nurses' conception of humanized nursing assistance within the ICU; identify and describe the mobilized, transposed and learned knowledge of nursing practice aiming to humanization. In this regard, a descriptive exploratory study of a qualitative approach was carried out in an adult ICU at a public hospital in Goiânia.

Seven nurses participated in this study. Data were collected through individual semi structured interviews, recorded in digital media. The treatment of the collected material was based on thematic content analysis, of which two categories emerged: "the concept of humanization"; "the knowledge involved in establishing the core competences for humanized assistance". This last one was also subdivided into five subcategories: act with pertinence; know how to combine and mobilize resources in a context; know how to transpose; know how to learn and get involved. Moreover these categories lead to a subject conception of the theme as well as the constitution or not of necessary knowledge to a humanized practice in the ICU. Results showed that in expressing their concepts of humanization, the individuals emphasized aspects such as: putting themselves in someone else's position, interact with the patient and integral care. In terms of knowledge acquired, knowing how to act with pertinence is present in some significant moves through attitudes that went beyond prescriptive face to the suffering experienced by the patients. Also, this knowledge is favored by the combination of the knowledge acquired through personal and professional experiences due to the constitution of knowledge learning.

However, the knowledge and practice constitution has been limited, given that the professionals showed no involvement with this issue, transferring this task to others, as seen in several moments the biomedical pattern of this professionals actions lead to mechanized care attitudes.

Keywords: Humanization; Professional competence; Nursing; Intensive Care Unit.

RESUMEN

La unidad de terapia intensiva está destinada al tratamiento de pacientes gravemente enfermos y que corren riesgo de vida. Como resultado de las complejas actividades desarroladas para mantener la vida en estos sectores, existe una super valorización de la tecnologia en beneficio del aspecto humano, lo que ha ocasionado estúdios que comprueban la importancia de rescatar el lado humano del cuidado, buscando ofrecer una asistencia de enfermería en la atención de las necesidades bio-psico-socio-espirituales del cliente. Pero a pesar de los esfuerzos todavia es posible darse cuenta que en esas unidades el cuidado inhumano o el descuido relacionado al paciente y sus familiares todavia está presente. Teniendo como base estos argumentos, ese estudio tiene como objetivo: analizar la constitución de saberes y quehaceres en la práctica del enfermero en una unidad de terapia intensiva para la humanización de la asistencia de enfermería; describir la concepción del enfermero en UTI em lo que se refiere a la asistencia de enfermería humanizada; identificar y describir los saberes movilizados, transpuestos y aprendidos en la práctica del enfermero, para la humanización de la asistencia de enfermería. Para esto, fue realizado un estudio descriptivo de abordaje cualitativo em una UTI para adultos de un hospital público en el municipio de Goiânia. Participaron de este estudio siete enfermeros. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista individual media estructurada, gravada em medios digitales. El tratamiento del material recolectado se basó en la modalidad temática del análisis del contenido, del cual surgieron dos categorias: “el concepto de humanización”; “el saberes envueltos en la constitución de la competência para humanización de la asistencia”, siendo que esta última fue sub dividida en cinco sub categorias: Saber reaccionar pertinentemente; saber combinar y movilizar recursos en un contexto; saber transponer; saber aprender y aprender a aprender y saber envolverse. Dichas categorias apuntam la concepción de los sujeitos en lo que se refiere a la temática de la humanización con el paciente y la constitución o no de los saberes necesarios para la práctica humanizada em UTI. Los resultados mostraron que al emitir su concepto sobre humanización, los sujetos enfatizaron aspectos como: ponerse en el lugar del outro, dinamizar con el paciente y cuidado integral. Con relación a los saberes constituídos, el saber reaccionar con pertinência está presente en algunos movimientos significativos, por medio de actitudes fuera de lo prescrito delante del sufrimiento vivido por el paciente. Ese saber se favorece por la combinación de saberes adquiridos por medio de las experiencias personales y profesionales gracias a la constitución del saber aprender y aprender a aprender. Sin embargo, la constitución de saberes/quehaceres se mostró limitada, teniendo en cuenta que los profesionales no demostraron envolvimiento con ese tema, transfiriendo esa misión a terceros, asi como fue posible darse cuenta en ciertos momentos la transposición del modelo biomédico impregnado en la acciones de esos profesionales culminando en actitudes de cuidado mecânico.

Palabras-claves: Humanización; Competência Profesional; Enfermería; Unidad de Terapia Intensiva.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado está presente na vida do homem como uma forma de sobrevivência, de proteger a vida e afastar a morte, sendo peculiar à condição humana e essencial à sua existência (CARVALHO, 2007; SANTOS, 2007; SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008; SILVA *et al*., 2009). Portanto, o homem não sobrevive sozinho; ele é, por natureza, um ser gregário e necessita de cuidado desde o seu nascimento até a hora da sua morte. Por isso, desde os primórdios o homem procurou viver em grupos, pois percebeu que, sozinho, era mais vulnerável às ameaças impostas pelo ambiente hostil daqueles tempos.

E dentro do ambiente hospitalar, principalmente nas unidades de terapia intensiva (UTI), o cuidado assume características peculiares em virtude do uso de tecnologias para prolongar a vida. Sendo assim, diversos questionamentos têm surgido à respeito da prática assistencial ofertada nesses cenários, suscitando reflexões sobre as situações nas quais o cuidado não ocorre de maneira satisfatória, deveriam estas serem consideradas como um descuidado ou cuidado desumano (LOURO; LIRA ; MOURA, 2011).

A UTI é considerada um setor do hospital que mobiliza no paciente e seus familiares sentimentos que angustiam e amedrontam (URIZZI; CORRÊA, 2007). Tais manifestações emocionais acompanham a concepção de UTI desde seu surgimento no final da década de 1960, com a proposta de atendimento aos pacientes gravemente enfermos (SIMIÃO *et al.,* 1976 *apud* LINO; SILVA, 2001).

As UTIs são locais de grande especialização e tecnologia, considerado por muitos como amedrontador, solitário e desumanizante. Os pacientes ali internados necessitam de atendimento de excelência; em decorrência disso, os profissionais médicos e de enfermagem que atuam nessas unidades apresentam conhecimento diferenciado, habilidades e destreza para realizar procedimentos que, embora considerados desumanizantes, em muitos momentos, representam o diferencial entre a vida e a morte (VILA; ROSSI, 2002; AMIB, 2003; MS, 2005; SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007; SANTANA *et al*, 2008).

E a morte, por ser uma presença constante nestas unidades em decorrência da gravidade do estado de saúde dos pacientes ali internados, contribui para a concepção que grande parte da sociedade ainda possui em relação a essas unidades, pois historicamente se posicionaram como unidades fechadas, com

acesso restrito, gerando uma visão estigmatizante perante o imaginário social (MS, 2005).

No entanto, tais concepções apresentam-se como contraditórias diante da necessidade de internação nessas unidades, pois ao mesmo tempo em que gera sentimentos como medo e insegurança, também desperta a esperança, por representar a chance de recuperação (CESARINO *et al*., 2005). As situações em que ocorre o descuidado podem ressaltar ainda mais os aspectos negativos em virtude da desinformação e do não acolhimento, gerando consequentemente medo, angústia, desamparo e insegurança.

Pesquisas que analisaram a percepção dos usuários destacam que a falta de acolhimento, a falta de cuidado e a falta de informação levam a pessoa a perceber este ambiente como amedrontador e solitário (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008), enquanto que em situação oposta, essa unidade é percebida como uma promessa de vida, gerando conforto e segurança (PINTO *et al*., 2008). Portanto, estes estudos coadunam com o pensamento de que não é o ambiente da UTI por si só que desperta sentimentos negativos, mas sim o descuidado presente nesse ambiente.

Essa visão estigmatizante também se estende aos profissionais que atuam nesse setor, pois em virtude das características do trabalho que desempenham, são tidos, quase sempre, como frios, insensíveis e tecnicistas (BERGAMINI, 2008; COSTA; ARANTES; BRITO, 2010). Isso pode estar associado ao fato de mostrarem-se racionais e agir com tranquilidade e presteza, até mesmo nas situações mais estressantes, pois dessa atitude depende o sucesso de cada procedimento e, por conseguinte, a vida do paciente.

Resultados de pesquisas realizadas com profissionais de enfermagem que atuam em UTI mostram que, com frequência, eles priorizam o cuidado tecnicista em que a atenção está voltada para os monitores, números e rotinas, o que dificulta o cuidado humanizado (PADILHA; KIMURA, 2000; VILA; ROSSI, 2002; SANTANA *et al*., 2008). Alguns autores defendem a idéia de que esse comportamento possa ser uma estratégia de racionalização do sofrimento diante de certas situações (MENDES; LINHARES, 1996; NIEWEGLOWSKI; MORÉ, 2008).

Em decorrência dos efeitos negativos provocados pela experiência de internação em UTI, diversos estudos foram realizados destacando a necessidade de humanização do cuidado oferecido nessas unidades e a importância de o paciente

ser visto como um ser holístico, dotado de necessidades biopsicossocioespirituais que devem ser respeitadas. Recomendam, ainda que esta visão não se restrinja apenas ao paciente, mas estenda-se também aos familiares e aos membros da equipe multiprofissional, pois quem cuida também merece ser cuidado (VILA; ROSSI, 2002; SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007; CAMPONOGARA *et al*., 2011).

Ao pensarmos em humanização nos deparamos com a definição trazida por Ferreira (1986), de que humanizar significa trazer à tona a essência daquilo que torna o homem um "ser humano", capaz de amar seus semelhantes, de perdoar, de cuidar, de se emocionar, de se relacionar com o outro, permitindo troca mútua de sensações, sentimentos e experiências. Humanizar implica capacidade de compreender o paciente em sua totalidade, com seus valores, crenças e perspectivas (OLIVEIRA *et al*., 2006).

A natureza subjetiva do termo humanização torna sua definição tarefa complexa, tendo em vista que os aspectos que a compõem têm caráter singular e sempre se referem a pessoas e, portanto, a um conjunto contraditório de necessidades. Partindo do pressuposto de que as instituições de saúde caracterizam-se por um trabalho de natureza relacional, que incorpora tanto os aspectos subjetivos de quem cuida e de quem é cuidado, aperfeiçoá-lo requer considerar os aspectos que determinam e constituem a idéia de humanização (MS, 2001a).

Em todas essas definições fica evidente que humanizar é trazer à tona a essência daquilo que nos torna humano; sendo assim, cuidado significa solicitude, zelo, atenção para com o outro e cuidar, é importar-se com alguém, participar de seus momentos e dedicar-se a ajudá-lo no que for necessário (BOFF, 1999).

Portanto, fica claro que cuidado e humanização não podem ser dissociados. Cuidar é "uma ação que, além de procedimentos técnicos e conhecimento, engloba atitudes e comportamentos" (WALDOW, 2004, p.12); e cuidado humanizado envolve respeito ao paciente, ouvir o que ele tem a dizer, ter compaixão, ser tolerante e entender as suas necessidades (PESSINI, 2004). Nesse sentido, a maneira de cuidar confere diferentes tonalidades ao trabalho do enfermeiro e pode transformar a relação sujeito-objeto em sujeito-sujeito (BOFF, 1999). Consequentemente, torna-se redundante falarmos em cuidado humanizado visto tratar-se de algo intrínseco, que

não pode ser dissociado. O seu oposto deve, então, ser caracterizado como descuidado e não como cuidado desumanizado.

Esses aspectos também estão ressaltados no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado em 2001 pelo Ministério da Saúde (MS) e transformado em Política Nacional de Humanização em 2003, com o objetivo de promover a aproximação e melhoria da comunicação entre os profissionais, usuários e instituições de saúde. Desse modo, visa atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade da atenção em saúde, incentivando o acolhimento e promoção de uma cultura de respeito e valorização humana no cuidado aos usuários e a ampliação da qualidade técnica da assistência (MS, 2001a; MACIAK; SANDRI; SPIER, 2009).

Por ser direito de todo cidadão receber atendimento público de qualidade na área da saúde, é preciso empreender um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, uma ação com potencial para disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado (MS, 2001a).

Essa política também alcançou as unidades de terapia intensiva, sendo lançada para consulta pública em 2005, a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico com o intuito de garantir que a assistência prestada ao paciente crítico, também obedeça aos princípios do SUS (MS, 2005).

Todavia, apesar de estudos apontarem para os fatores benéficos em relação à mudança de comportamento (CAETANO *et al*., 2007; PINTO *et al*., 2008), outros apontam para as dificuldades enfrentadas na implantação da humanização nas UTIs. Dentre elas destacam-se a falta de recursos humanos, materiais e de comprometimento de alguns gestores e instituições em plantar e disseminar esse conceito, que não pode ser imposto como regra, mas deve ser incorporado por cada um, por meio da sensibilização e reflexão de que não podemos desejar para o outro aquilo que não desejamos para nós (CARLOS; RODRIGUES; SOUZA, 2004; LEITE; VILA, 2005; SANTANA *et al*., 2008).

Outro desafio é fazer com que os profissionais de enfermagem se envolvam com a humanização, utilizando todas as suas potencialidades para a prática de ações mais acolhedoras (SCHNEIDER *et al*., 2008). Sendo assim, os profissionais tendem a negar o termo humanização, visto que defender a humanização das práticas assistenciais seria reconhecer, na condição de ser humano, que perderam

sua humanidade (BOARETTO, 2004).

Apesar de estudos indicando que os enfermeiros concordam sobre a necessidade de humanizar a assistência de enfermagem prestada (SANTANA *et al*., 2008; COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009), a realidade percebida, enquanto enfermeira de uma UTI, é que nem todos os profissionais aplicam os princípios recomendados pelos autores à sua prática assistencial e, aqueles que tentam fazer, o fazem de maneira aleatória e assistemática. Não obstante os esforços de alguns, ainda é possível perceber que, nessas unidades, o descuidado em relação ao paciente e seus familiares ainda se faz presente.

Muitos autores consideram que os profissionais de saúde que atuam no dia-dia de uma UTI tendem a ver o paciente não como um ser humano, mas como um prolongamento do aparato tecnológico usado neste setor. Desse modo, deixam de lado sua essência, se desumanizam (SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008; SÁ NETO; RODRIGUES, 2010; SILVA *et al*., 2010; CAMPONOGARA *et al*., 2011). Nesse sentido, poder-se-ia considerar que o desenvolvimento tecnológico estaria dificultando as relações humanas, tornando-as frias, objetivas e individualistas (ARONE; CUNHA, 2007; SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007). Em outras palavras, os avanços tecnológicos na área da saúde, apesar de necessários, podem comprometer a humanização, especialmente quando associados à sobrecarga de trabalho e jornada excessiva dos profissionais. Isso pode colocar a ênfase do trabalho na doença, deixando em segundo plano as crenças e valores emocionais do paciente (MALDONADO; CANELLA, 2003).

No entanto, é preciso ter em mente que a tecnologia, por mais importante e indispensável que seja não supera a essência humana que possibilita criticar e construir uma realidade mais humana e menos hostil dentro das UTIs (ORLANDO, 2001; VILA; ROSSI, 2002). A humanização não pode estar presente somente no discurso dos profissionais, mas deve fazer parte de todas as suas ações (SILVEIRA *et al*., 2005).

Nesse sentido, humanizar a assistência de enfermagem ao paciente é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes individuais, habilidades e competências para compreender a experiência de cuidar. Assim, a humanização do cuidado envolve o desenvolvimento de competência nas relações interpessoais por envolver respeito, solidariedade e sensibilidade para perceber as singularidades das necessidades do

outro (CASATE e CORRÊA, 2005).

Cuidar com competência é ir além do cuidado paternalista. Ele se traduz em cuidar da pessoa considerando sua unicidade, valores, crenças, sentimentos e emoções e não apenas os aspectos biológicos. O profissional deve ser capaz de se perceber no outro e identificar, sentir e interagir com este numa relação de empatia para compreender a experiência do outro e como este a vivencia (MEZOMO, 2001).

Um estudo que buscou identificar as competências indispensáveis na conduta do profissional sob a ótica de pacientes internados revelou que, na visão dos entrevistados, a habilidade profissional mais relevante é a competência humana, sendo primordial saber cuidar da pessoa e não apenas da doença. Para eles, é fundamental a competência em ser afetivo e comunicativo, além de incluí-los nas tomadas de decisão (NATIONS; GOMES, 2007).

É importante salientar que competência é uma palavra do senso comum, usada para designar uma pessoa qualificada para determinada tarefa (FLEURY; FLEURY, 2001). No entanto, o conceito aplicado neste estudo é orientado pela definição de Perrenoud (1999), para quem competência é a capacidade de articular saberes e fazeres para agir com pertinência e eficácia diante de uma situação real.

Desse modo, profissional é quem tem competência para administrar uma situação complexa ou situação problema (LE BOTERF, 2003), sendo que competência, neste contexto, é a capacidade de orquestrar recursos como conhecimentos, habilidades, valores e normas em uma situação real e dar resposta efetiva, ou seja, fazer o que deve ser feito, no momento em que é preciso ser feito, sem sequer pensar, pois já o fez (PERRENOUD, 1999).

Para ser competente, o profissional deve realizar o que está prescrito e ir além, agindo diante do imprevisto e das contingências (LE BOTERF, 2003). Entretanto, para mobilização e combinação dessa capacidade diante de uma situação complexa, de maneira eficaz torna-se necessária a instrumentação do saber/fazer do profissional, isto é, saber agir e reagir com pertinência, saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto, saber transpor, saber aprender e aprender a aprender, bem como saber envolver-se (LE BOTERF, 2003).

É útil destacar que oferecer assistência de enfermagem humanizada é uma tarefa complexa, por exigir do profissional tomada de decisões que requerem conhecimentos, habilidades e atitudes frente ao inesperado, de ser humano para ser

humano, colocando-se no lugar do outro no sentido de proteger, promover e preservar a humanização e assim tratá-lo como gostaria de ser tratado e não menos que isso (COLLET; ROSENDO, 2003).

Diante do exposto e alicerçado na Teoria da Pedagogia das Competências, na perspectiva dos saberes profissionais de Le Boterf (2003), esse estudo se propôs a responder “quais são os saberes e fazeres que os enfermeiros vêm mobilizando no cotidiano da UTI para humanizar a assistência em sua prática?” Os resultados poderão ajudar a compreender por que a humanização do cuidado dentro das UTIs ainda não se efetivou e identificar os pontos críticos que devem ser trabalhados junto à equipe para a instrumentalização do cuidado humanizado ao paciente.

Nesse sentido,

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a constituição de saberes e fazeres na prática do enfermeiro em unidade de terapia intensiva para a humanização da assistência de enfermagem.

2.2 Específicos

▪ Descrever a concepção do enfermeiro em UTI sobre humanização da assistência de enfermagem;

▪ Identificar e descrever os saberes mobilizados, transpostos e aprendidos na prática do enfermeiro, para a humanização da assistência de enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de reflexão deste estudo se deu à luz de dois eixos centrais: a Política Nacional de Humanização e a Teoria da Pedagogia das Competências, na perspectiva dos saberes profissionais orientados por Guy Le Boterf (2003).

Sendo assim, torna-se relevante discorrermos sobre o surgimento dessa política e a sua consolidação, assim como a Teoria da Pedagogia das Competências e a sua utilização no contexto da enfermagem.

3.1 Política Nacional de Humanização (PNH)

Na realidade social brasileira da década de 1980 predominava a exclusão do direito à saúde para a maioria dos cidadãos. Esse era restrito aos trabalhadores que contribuíam para o Instituto Nacional de Previdência Social, prevalecendo a lógica contraprestacional e da cidadania regulada. A partir de 1983 observaram-se ações efetivas de um movimento em busca de transformação dessa realidade, liderado por representantes da sociedade, intelectuais, trabalhadores da saúde e alguns políticos que já discutiam estas questões, iniciando assim uma luta pelos direitos à cidadania, dentre eles a saúde (RAMMINGER, 2006; FIOCRUZ, 2009).

Na esteira deste processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou estar desempregado. Esse movimento culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 (RAMMINGER, 2006; FIOCRUZ, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde reuniu intelectuais, profissionais e políticos da época e nela foram divulgados os princípios básicos para a formação de uma nova política de saúde na qual não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A saúde passou então a ser reconhecida como um dever do Estado e direito do cidadão, com controle social e ampliação dos recursos financeiros (RAMMINGER, 2006; FIOCRUZ, 2009).

A grande conquista foi o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado legalmente pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 2º garante que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições

indispensáveis ao seu pleno exercício (NEVES, 2009).

Embora a Constituição Federal garanta o “direito à saúde para todos” como um dever do estado, a desigualdade socioeconômica torna o acesso aos serviços e bens de saúde restrito “a poucos”, gerando problemas gravíssimos na atenção à saúde. Esse quadro se intensifica ainda mais com a desvalorização dos profissionais de saúde, aliado ao baixo investimento em educação permanente dos mesmos e do despreparo destes profissionais em lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, a precarização das relações de trabalho e a escassa participação na gestão dos serviços (MS, 2003).

Neste sentido, as ações propostas pelo PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar) surgem com a finalidade de garantir o respeito à singularidade dos hospitais e a estreita cooperação entre os diversos agentes que compõem o SUS e as instituições hospitalares. Como objetivo geral visa possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS (MS, 2000).

O programa define que humanizar é aceitar a necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos com os físicos, biológicos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar é assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolher o desconhecido e aceitar os limites de cada situação. Além disso, o PNHAH enfatiza que a humanização abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, presentes no relacionamento humano. Portanto, significa resgatar o respeito à vida humana, privilegiando a objetividade, generalidade, causalidade e a especialização do saber, valorizando os sentimentos, sem negar os aspectos emocionais e físicos (MS, 2001a).

Muitos assinalam humanização como tratar o usuário com dignidade e carinho, amor, capacidade de colocar-se no lugar do outro, tolerância e respeito às diferenças. Portanto, algumas práticas ditas como humanizantes, decorrentes dessa concepção, estão associadas a uma humanização piedosa, ligada a movimentos religiosos e filantrópicos, operando com um conceito de humano como homem bom e caridoso (ARCHANJO; BARROS, 2009.).

Para que o PNHAH se efetive é necessário que haja vontade política dos dirigentes em participar de ações efetivas e permanentes para transformação da realidade hospitalar, reconhecendo o caráter processual destas transformações (MS,

2001a).

Neste sentido, diversos aspectos estão envolvidos nesta situação, alguns facilmente reconhecíveis, enquanto outros mais complexos precisam ser observados e sistematizados. Entre eles, estão questões tais como: contratação de quantitativo profissional adequado à demanda da população; revisão da formação dos profissionais, com reformulação curricular dos cursos da área de saúde; capacitação permanente e melhoria das condições de trabalho dos profissionais; melhoria do relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário, independentemente da dimensão subjetiva inerente a todo e qualquer contato humano, existente em toda prestação de serviço em saúde (MS, 2001a).

Para que se possa oferecer atendimento de saúde com qualidade à população é preciso pensar em um conjunto de ações capaz de atender a três dimensões: humanizar o atendimento ao usuário; humanizar as condições de trabalho do profissional de saúde, e atender as necessidades básicas administrativas, físicas e humanas da instituição hospitalar (MS, 2001a).

Em 2003, após inúmeros debates a respeito da noção de humanização nas instituições públicas de saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), também denominada HumanizaSUS, com o intuito de englobar as várias iniciativas já existentes constituindo-se numa política transversal de assistência e não mais em um programa especifico (MS, 2004).

Vista como política transversal, a PNH:

> atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diferentes serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2004, p. 07).

Porém, há a recomendação de que não se banalize essa proposta de humanização em saúde, haja vista que de modo geral, as iniciativas se apresentam associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, caracterizadas como um favor e não um direito à saúde, sendo que o usuário, alvo dessas ações e em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber dos profissionais (MS, 2004).

Essa política também teve impacto no campo do atendimento em terapia intensiva. Em julho de 2005 o MS, considerando que a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico exige a conformação de uma rede assistencial

organizada que incorpore a linha de cuidado integral e a humanização assistencial, submeteu à consulta pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Esta visa estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários do SUS, que deve ser ofertada de forma sistêmica e globalizante, integral e universal, hierarquizada e referenciada, pactuada e regulada de acordo com o princípio da eqüidade assistencial (MS, 2005).

Tal minuta, dentre outras medidas, institui critérios para a humanização nas UTIs, dentre os quais se destacam: controle de ruído e de iluminação; climatização; iluminação natural; relógios visíveis para todos os leitos; acompanhamento sistemático da equipe de psicologia; divisórias entre os leitos; garantia de visitas diárias programadas dos familiares (mínimo de três); garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares; e mínimo de três boletins médicos diários (MS, 2005).

A preocupação com a humanização do ambiente físico da unidade é justificada, por este ter influência direta sobre o bem-estar de todos aqueles que vivenciam a UTI (VILA; ROSSI, 2002), podendo gerar distúrbios psicológicos, desorientação no tempo e espaço, além de privação de sono. Assim, todos os esforços que visem diminuir esses efeitos negativos devem ser valorizados (KNOBEL, 1999). Porém, também merece realce a recomendação da referida Portaria sobre a garantia de visitas diárias dos familiares ao paciente.

Nesse sentido, já é possível observar alguns avanços, pois no Estado de São Paulo, por meio da Lei nº 10.689 de 30 de novembro de 2000, “é permitida a permanência de um acompanhante junto à pessoa que se encontre internada em unidades de saúde sob responsabilidade do Estado, inclusive nas dependências de tratamento intensivo ou outras equivalentes” (URIZZI *et al.*, 2008, p. 374).

Sendo assim, humanizar é oferecer atendimento de qualidade articulado aos avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (MS, 2004).

Como política transversal, a humanização supõe “que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (MS, 2004, p. 07).

Humanizar é aceitar a necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. É adotar uma prática em

que tanto profissionais quanto usuários consideram o conjunto de todos esses aspectos que compõem o atendimento à saúde. Ou seja, humanizar refere-se à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites (MS, 2001a).

Mas, para que as propostas de humanização em saúde sejam alcançadas, é necessário repensar o processo de formação dos profissionais, ainda centrado predominantemente no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade (CASATE; CORREA, 2005).

É primordial que o trabalho de humanização fortaleça o comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, já construído conhecido e dominado, com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Deste modo, humanizar se traduz em um agir inspirado em disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno. Portanto, torna-se necessário repensar as práticas das instituições de saúde, buscando opções de diferentes formas de atendimento e de trabalho que preservem este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais (MS, 2001a).

Contudo, apesar de suas propostas serem condizentes com a realidade e dos esforços para a organização, formalização e implementação, a política de humanização, como se pode observar atualmente, encontra-se longe de constituir-se em realidade (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004), haja vista que diariamente são noticiados casos alarmantes de descaso e desrespeito aos usuários do sistema de saúde que apesar de terem direito garantido constitucionalmente a este, padecem em filas de espera por atendimento, respeito e dignidade.

3.2 A pedagogia das competências e o contexto da enfermagem

De acordo com o Ministério da Saúde (2001a), a qualidade do trabalho em saúde deve compor-se tanto de competência técnica quanto de competência para interagir com o outro, resultando na satisfação do usuário por sentir-se ouvido, compreendido, acolhido, considerado e respeitado pelos profissionais que o estão atendendo.

Para tanto, sugere mudanças não só estruturais, mas também na formação

dos profissionais de saúde, vista como deficiente no que se refere à questão da humanização do atendimento: “é no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde” (MS, 2001a, p.5).

Portanto, o Ministério da Saúde enfatiza que:

> A utilização competente e eficaz das técnicas empregadas no atendimento à saúde deve estar associada a uma forma de atendimento que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional. Esta disposição para consideração e respeito da singularidade, exige sempre algum grau de adaptação e mudança; em contrapartida, abre espaço para a criatividade tão fundamental no atendimento humanizado (MS, 2001a, p.52).

Diante do exposto e da necessidade de pesquisar os saberes a serem desenvolvidos em um profissional, buscamos o referencial teórico da pedagogia das competências por meio da produção de Perrenoud e Le Boterf, tendo em vista o suporte oferecido à compreensão dos saber/fazer a humanização da assistência na UTI. Essa teoria é também conhecida por alguns autores como pedagogia do “aprender a aprender”, na medida em que se torna fundamental tanto para ousar compreender as transformações que estão em curso no mundo do trabalho, quanto para repensar a discussão sobre a competência profissional.

O termo competência, embora não seja um conceito novo, está na ordem do dia na esfera educacional brasileira (MELO, 2003) principalmente na área da educação profissional fundamentando todas as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em saúde (FREITAS, 2002), refletindo nessa área acerca do modo de intervir sobre o processo saúde-doença dentro de uma ótica humanística (PERON, 2009).

Alguns autores colocam que há uma diversidade e ambiguidade de sentidos aplicados ao termo competência, o qual transita entre o universo educacional e profissional, em virtude do conhecimento ter se tornado um fator de produção (FRIGOTTO, 1995; MACHADO, 2000).

O termo competência é comumente associado ao sentido de qualificação e o seu oposto, não implica apenas a negação desta capacidade, mas guarda um sentimento pejorativo, depreciativo, tido como sinônimo de capacidade e aptidão (FLEURY; FLEURY, 2001).

No entanto, o conceito de competência aqui referido é fundamentado na

Pedagogia das Competências, e refere-se à formação do profissional crítico, transformador da realidade social e agente de mudanças, capaz de inovar e decidir no próprio local, por meio de recursos e saberes próprios em determinada situação (LE BOTERF, 2003).

Competência é a capacidade de mobilizar os saberes, capacidades, atitudes e informações para enfrentar inúmeras situações análogas, sendo que a grande maioria desses saberes é construída ao longo da prática e da vivência em situações adversas (PERRENOUD, 2002).

A discussão sobre o conceito de competência iniciou-se por volta da década de 1980, em paralelo às transformações paradigmáticas e como toda mudança, esta também foi marcada por crítica dos estudiosos que acreditavam que tal conceito colocava o ensino a serviço da economia, por ser um elemento dominante nas empresas. No entanto, Perrenoud (*apud* LUCCHESE, 2005) refuta essa idéia ao afirmar:

> A competência não pertence ao mundo empresarial, nem ao mundo do trabalho. Ela está no cerne de toda ação humana, individual ou coletiva. Freqüentamos a escola para sair dela, para podermos utilizar tudo o que aprendemos na vida pessoal, política, cultural, associativa, econômica, profissional. (informação verbal)[1].

A idéia de competência era fundamentada nos princípios do Taylorismo/ Fordismo que exigia um trabalhador parcelar, fragmentado, que detinha conhecimento somente na sua área de atuação não necessitando, portanto, de conhecimentos específicos de todo o processo, bastando, apenas, ser treinado para determinada função. Por esse motivo, o termo qualificação era adequado ao perfil do trabalhador exigido por esse modelo. Posteriormente, com o advento do Toyotismo, esse modelo tornou-se obsoleto, pois exigiu do trabalhador uma requalificação, devendo este ser polivalente, multiqualificado, competente, multifuncional e inteligente emocionalmente (FLEURY; FLEURY, 2001; HOLANDA; FRERES; GONÇALVES, 2009).

Em virtude disso, há certa divergência conceitual entre os termos qualificação e competência, o que pode revelar um equivoco ao considerar que a abordagem da pedagogia por competências não passa de um deslocamento conceitual da noção de qualificação (LUCCHESE, 2005). Ser qualificado significa

[1] Informação de Perrenoud 3º Seminário Internacional de Educação; 2003 fev 21-22; São Paulo (SP).

possuir saberes e habilidades codificadas para ocupar uma função ou cargo (JOBERT, 2003). A partir da noção de competências, um novo discurso sobre a formação humana se apresentou prometendo ser capaz de responder às novas demandas do mercado de trabalho, sustentando um conjunto de idéias sobre como deve ser a formação do homem contemporâneo (ARAUJO, 2004).

Um dos pontos a favor da pedagogia das competências é que o ensino baseado nos saberes disciplinares pode ser fator de êxito para uns e de fracasso para outros, o que pode ser constatado pelo fato de que alunos reprovados no ensino geral podem ter êxito no ensino profissional (MS, 2001b). Nessa perspectiva, a noção de competências tende a dar importância às diferenças e particularidades individuais, à sua demonstração e ao seu caráter distintivo.

Contudo, a noção de competência no âmbito da educação é bem mais ampla. A competência permite mobilizar conhecimentos a fim de se enfrentar determinada situação, ou seja, não é o uso estático de regrinhas aprendidas, mas a capacidade de lançar mão dos mais variados recursos, de forma criativa e inovadora, no momento e do modo necessário (GARCIA, 2005). Assim, competência implica mobilização de conhecimentos e esquemas que se possui para desenvolver respostas inéditas, criativas, eficazes para problemas novos e em determinados contextos, como exemplifica Perrenoud:

> Saber curar uma criança doente mobiliza as capacidades de observar sinais fisiológicos, medir a temperatura, administrar um medicamento; e os seguintes saberes: identificar patologias e sintomas, primeiros socorros, terapias, os riscos, os remédios, os serviços médicos e farmacêuticos. Ou seja, as competências estão ligadas a contextos culturais, profissionais e condições sociais. Os seres humanos não vivem todos, as mesmas situações. Eles desenvolvem competências adaptadas ao seu mundo. A selva das cidades exige competências diferentes da floresta virgem, os pobres têm problemas diferentes dos ricos para resolver. Algumas competências se desenvolvem em grande parte na escola. Outras não. (Informação verbal)[2]

Dessa maneira, para se construir uma competência, é necessária a mobilização de recursos cognitivos (os saberes, as capacidades ou habilidades) e outros recursos mais normativos. Os saberes descritos aqui são os conhecimentos declarativos (fatos, leis, constantes ou regularidades da realidade), os

[2] Perrenoud, P- Entrevista concedida a Paola Gentile e Roberta Bencini / Revista Nova Escola Ed 135 (Brasil), Setembro de 2000, pp. 19-31.

procedimentais ou processuais (saber como fazer, aplicativos de métodos e técnicas), os condicionais (saber quando intervir de uma determinada maneira) e as informações são os “saberes locais” (PERRENOUD, 1999, 2003).

As competências são construídas a partir das situações vivenciadas por cada um, que vão se agrupando, promovendo uma “construção pragmática e intuitiva de tipologia de situações”, gerando para cada tipo de conjunto uma competência específica. Sendo assim, um especialista, por experimentar uma determinada situação várias vezes, sabe agir com mais rapidez e segurança, coordenar e diferenciar rapidamente seus esquemas de ação e conhecimentos diante de uma nova situação (PERRENOUD, 1999).

A idéia de competência pode ser descrita por meio de três elementos: a “pessoalidade”, referindo ao sentido de pessoas e não objetos ou artefatos; o “âmbito”, ou seja, o contexto no qual se aplicará, pois as competências são desenvolvidas sempre em um contexto de relações disciplinares, presumindo ações executadas em determinado campo de atuação; e por fim a noção de “mobilização” de saberes que se refere à capacidade de recorrer ao que já se sabe para alcançar o desejado (MACHADO, 2002).

Com relação ao segundo elemento caracterizado por Machado como “âmbito”, Lucchese (2005) ressalta que no campo educacional as competências são manifestadas e realizadas por meio de habilidades, sendo que cada feixe de habilidade caracteriza uma competência (microcompetências). Corroborando com essa proposição, Alessandrini (2002, p. 164) afirma:

> [...] a competência manifesta-se em um conjunto, por meio da articulação de diversas habilidades [...] representa o resultado do diálogo entre habilidades e aptidões que possuímos, as quais acionamos para buscar um novo patamar de equilíbrio quando entramos em desequilíbrio, pois há uma transformação a ser processada.

Le Boterf (2005) refere que não existem competências sem indivíduos, pois as competências reais são construções específicas de cada um, ou seja, frente a uma situação profissional, cada indivíduo colocará em ação a sua maneira de trabalhar ou o seu próprio esquema operatório.

A competência individual é resultante de três pilares: o SABER que corresponde aos conhecimentos necessários para desenvolver com qualidade aquilo

que lhe é atribuído; o SABER FAZER relacionado às habilidades e ações para alcançar os resultados e por fim o SABER AGIR referente às atitudes. Deve-se saber agir para empregar corretamente o saber e o saber fazer. Tais dimensões estão inter-relacionadas e devem estar em equilíbrio para possibilitar ao individuo mobilizar de forma sistêmica o conteúdo de todos eles (RUAS, 1998).

Le Boterf (2005) atribui competência a um saber-agir, integrando, mobilizando e transferindo um conjunto de recursos, internos e externos, para resolver uma situação-problema (atividades, tarefas). Para ir além do Saber-agir, o autor acrescenta ainda, o querer-agir, ou seja, a motivação pessoal do indivíduo, e também o poder-agir relacionado com a existência de um contexto organizacional de trabalho que não condicione a ação.

Portanto, para que ocorra a mobilização dos saberes, é necessário, antes de tudo, ter capacidade para analisar o problema que está diante de si, nos seus componentes interno e externo, desmontando-o. Sendo assim, todos estes fatores condicionam ou favorecem o resultado, de acordo com a maneira como se apresentam (LE BOTERF, 2005).

Para Perrenoud (1999), a abordagem por competências representa ao mesmo tempo uma questão que é de ruptura e de continuidade. De ruptura com o antigo modelo pedagógico, que não preparava o individuo para as situações reais. De continuidade, porque faz parte do processo evolutivo do mundo atual que requer flexibilidade e criatividade do individuo trabalhador.

Faz ainda uma comparação entre competência, *savoir-faire* e recursos, sendo que *savoir-faire* é definido por ele como um saber-fazer em determinada situação. Para Perrenoud, todo *savoir-faire* é uma competência, porém, uma competência pode ser mais complexa, aberta e flexível do que um saber-fazer estando mais articulada a conhecimentos teóricos. Quanto aos recursos, o autor considera que uma competência pode mobilizar recursos ou ela própria funcionar como um recurso de maneira a desenvolver-se como uma competência mais complexa. Porém, nenhum recurso é exclusivo de uma competência, uma vez que este pode ser mobilizado por outras competências (PERRENOUD, 1999).

A abordagem por competências convida os profissionais a considerarem os conhecimentos como recursos a serem mobilizados; a trabalhar regularmente por problemas; a criar ou utilizar outros meios de ensino; a negociar e conduzir projetos

com suas equipes; a adotar um planejamento flexível, indicativo e improvisar; a implementar e explicar um novo contrato didático; a praticar uma avaliação formadora em situação de trabalho; a dirigir-se para uma menor compartimentalização disciplinar (PERRENOUD, 2000).

Neste sentido, no modelo das competências, os conhecimentos e habilidades constituídos durante o processo educacional devem ter “utilidade prática e imediata”, além de garantir a empregabilidade dos trabalhadores. A qualidade da qualificação passa a ser avaliada pelo “produto” final, personificado na figura do trabalhador instrumentalizado para atender às novas necessidades do processo de modernização do sistema produtivo. O “capital humano” das empresas precisa ser constantemente atualizado para que se possa evitar a obsolescência e garantir o diferencial de competitividade necessário à concorrência na economia globalizada (MS, 2001b).

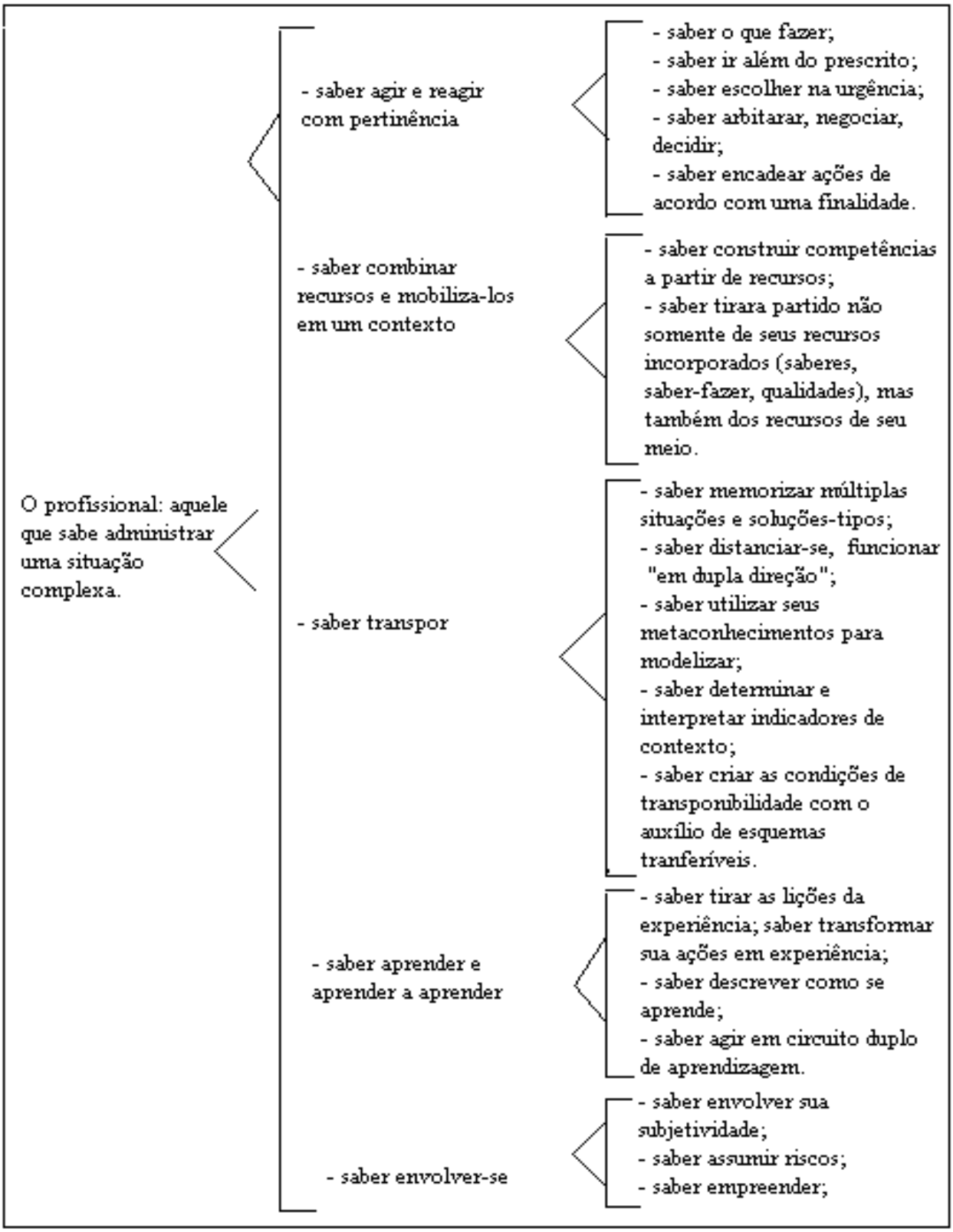
A competência profissional é um saber-fazer ou um saber-agir validado, que implica saber mobilizar, combinar, e transferir recursos individuais e em rede, numa determinada situação profissional e para responder a uma finalidade (LE BOTERF, 2003).

Portanto, o profissional competente é aquele que sabe administrar uma situação profissional complexa, ou seja, deve saber criar, reconstruir e inovar; ele deve compor na hora e no próprio local o que é preciso decidir e não apelar para uma combinação preestabelecida (LE BOTERF, 2003).

Diante dos saberes necessários a um profissional, atender o paciente criticamente enfermo de maneira humanizada pode ser caracterizado como uma situação-complexa ou situação-problema a ser superada, pois demanda mobilizações internas do indivíduo. Macedo (2002) descreve uma situação-problema como aquela cuja realização mobiliza no sujeito recursos, ativa esquemas (hábitos, organização de vida, que pautam nossa conduta) e o desafia a tomar decisões no sentido de solucionar o problema de maneira crítica e criativa.

Le Boterf (2003) afirma que o profissional é aquele que diante de uma situação-complexa, é instigado a agir e reagir com pertinência, combinar recursos e mobilizá-los num contexto, saber transpor, aprender a aprender e aprender e envolver-se (Quadro1). Assim, ele é colocado diante de uma situação que o desafia para uma realização, formula hipóteses e julgamentos, compromete-se com a

resposta, que o leva a agir.



Quadro 1 – O perfil do profissional: quadro sintético (Le Boterf, 2003 p.92).

Transferindo essa discussão para o âmbito da saúde, percebe-se que a noção de competência humana é fundamental nesta área, na medida em que a visão de qualidade em saúde considera não só os aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional, mas também a humanização do cuidado na perspectiva do cliente.

De um modo geral uma competência permite produzir inúmeras ações não programadas, o que pode possibilitar formas distintas de articular e mobilizar um mesmo conhecimento em momentos diversos (PERRENOUD, 1999). Esta "estranha alquimia" só pode ser exercitada pelo sujeito, ou seja, subjetivamente mobilizada, podendo também ser estimulada pelo contexto, pelos problemas reais aos quais precisa dar respostas (MS, 2001b).

A competência então é tida como algo complexo, pois é tecida em conjunto, compreendendo a complexidade do ambiente e da situação de trabalho, além da complexidade humana. Em síntese, a "competência redireciona para a responsabilidade de uma pessoa que tem engajamento de subjetividade e de corpo e que assume riscos" (NASCIMENTO *et al*., 2003, p. 449).

Nestes moldes, o Ministério da Saúde (2003), por meio do Núcleo Contextual Educação/Trabalho/Profissão, cita que a competência profissional está associada à capacidade de articular, mobilizar e colocar em prática, conhecimentos e habilidades necessários ao bom desenvolvimento do trabalho.

Em contrapartida, a lógica capitalista, transforma o homem em coisa, sendo valorizado de acordo com o produto do seu trabalho. Ele se torna uma máquina passível de ser descartada quando não traz mais lucro, sendo que a educação vigente reflete esse processo (SANTANA *et al*., 2005).

Em função da regulamentação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a abordagem das competências na formação em enfermagem já vem sendo discutida há alguns anos e deve ser vista como uma das ferramentas de reorganização da formação para atender às demandas das transformações neste cenário (FAUSTINO *et al.*, 2003). Tendo em vista que as práticas de saúde em enfermagem de um modo geral continuam presas ao cuidar clínico, as contradições também são evidentes na formação do enfermeiro, pois apesar da busca pela superação de um paradigma, na prática o que presenciamos é uma assistência, predominantemente, biológica e medicalizante (LUCCHESE, 2005).

A formação de recursos humanos em saúde representa uma área crítica do processo de reorientação dos sistemas de saúde, pois tem evidenciado grandes desafios ao processo de formação e capacitação profissional em todos os níveis. É possível observar que nas instituições de ensino superior, modelos essencialmente conservadores têm-se perpetuado, estando cada vez mais centrados em aparelhos, sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (LEMOS; BAZZO, 2010).

Os autores afirmam ainda que há um consenso entre os críticos em relação à hegemonia da abordagem biologicista, medicalizante e procedimental na formação dos profissionais de saúde. Tal modelo pedagógico é centrado em conteúdos, sendo organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades clínicas e dissociando conhecimentos.

As reformas curriculares dos cursos de Graduação em Enfermagem ocorreram de acordo com a época e a situação sócio-econômica e política do país, sendo que o processo de profissionalização do Enfermeiro no Brasil tem sido guiado e comandado pelos modelos de currículos mínimos obrigatórios, legalmente determinados, mas nem sempre consoantes à realidade do país (LINO; CALIL, 2008).

Tais reformas ocorreram para atender as exigências do mercado de trabalho e o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais, que apregoam a formação do Enfermeiro generalista com o desenvolvimento de competências e habilidades gerais e específicas, visando um profissional egresso qualificado, reflexivo e pronto para atuar sobre a realidade social (MS, 2001c).

Partindo deste pressuposto, as Instituições de Ensino Superior (IES) de Enfermagem, juntamente com o Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, trabalham na direção deste novo modelo de assistência à saúde e por meio da Resolução CNE/CES Nº. 03, de 07 de novembro de 2001, instituiu entre outros artigos que:

> Art. 5º - A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades:
>
> VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida

> como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
>
> Art. 6º - Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrando à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. (MS, 2001c, p.37)

Essa resolução reforça o perfil de um profissional qualificado para o exercício da profissão com base no rigor científico e intelectual pautado em princípios éticos. Sendo assim, este se torna capaz de conhecer os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico da população, intervindo com ênfase à sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais de seus determinantes e atuando com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Assim, essa nova postura no ensino deve imprimir mudanças no saber/fazer, consolidando o SUS através da formação de um profissional autônomo, responsável pelo próprio aprendizado contínuo, ator das transformações no contexto da saúde (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

A necessidade de transformar, tantos os conceitos quanto as práticas de saúde que norteiam o processo de formação, torna-se imperiosa para a constituição de profissionais com novos saberes e fazeres que sejam capazes de compreender e agir integralmente nas práticas em saúde (CECCIM; FEUERWERKE, 2004).

Contudo, a formação dos profissionais de saúde não tem acompanhado essa corrente de transformações e exigências da atenção à saúde. Os processos de formação e de prática destes profissionais são estruturados e desenvolvidos conforme a lógica de uma diversidade de interesses, exceto os dos usuários, contrariando a idéia de que o trabalho das equipes e das organizações de saúde deveria corresponder aos interesses do usuário, contribuindo para sua autonomia e capacidade de autocuidado (MS, 2004).

Num mundo globalizado, os profissionais não podem se limitar apenas aos aspectos inerentes à profissão. Estes devem estar preparados e serem capazes de mobilizar e articular conhecimentos, valores e habilidades na tomada de decisões

diante de qualquer problema/situação, ou seja, devem ser competentes em uma prática mais abrangente, multifacetária, sem se abstrair dos conhecimentos essenciais para o desempenho de suas funções (FERREIRA, 2003).

Neves (2009) refere que todo processo em construção é dinâmico e apresenta a contradição como base para seu desenvolvimento; portanto, não se trata aqui de negar ou supervalorizar a Política Nacional de Saúde (PNS), mas demonstrar o movimento de avanço e resistência que se observa em todo processo de mudança. Este exige mais do que leis, decretos e normativas, mas dependem de novas atitudes, saberes e habilidades, sobretudo mudança de cultura arraigada na formação e na prática.

É importante ressaltar que na formação por competência na área da saúde, a construção do conhecimento deve ocorrer de modo contextualizado com a inserção dos alunos em cenários de prática desde o inicio do curso, visto que é através da reflexão e a teorização, a partir de situações da prática, que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem (LIMA, 2005).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, cujo enfoque permite a observação e investigação de um nível de realidade que não pode ser quantificada, pois se ocupa de um universo de significados, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que "não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis" (MINAYO, 2004: 22).

4.2 Local e população

O estudo foi desenvolvido entre 2010 e 2011, em uma UTI para adultos de um hospital universitário do município de Goiânia – GO. Trata-se de uma UTI destinada ao tratamento de pacientes em diversas especialidades clínicas, contendo cinco leitos dispostos em área comum e um em quarto privativo, para pacientes com necessidade de isolamento.

A unidade disponibiliza dois períodos para a visitação aos pacientes, sendo um das 14:00 às 15:00 horas e outro das 20:00 às 20:30 horas. Na visita vespertina é permitida a entrada de dois familiares (um por vez) para cada paciente e ao final, os familiares tem a oportunidade de conversar com o médico e residentes do plantão para obter informações mais detalhadas sobre a evolução do paciente. À noite, é permitida a entrada de um familiar por paciente e não há participação do médico.

Além das informações fornecidas pelo médico no horário da visita, a unidade oferece aos familiares informações sucintas e padronizadas a respeito do estado geral dos pacientes em dois boletins diários, emitidos às 08:00 e às 20:00 horas, que podem ser obtidas pessoalmente ou por telefone. Vale destacar que, tanto pessoalmente quanto por via telefônica, quem passa as informações contidas no boletim são os porteiros do hospital, os quais não tem qualquer preparo específico para essa função.

A dinâmica de trabalho na unidade é intensa, principalmente no período matutino, quando é realizada a maioria dos procedimentos terapêuticos, sendo grande o fluxo de pessoas externas à UTI. A unidade recebe diariamente acadêmicos dos cursos de graduação e residentes em Enfermagem, bem como

residentes de Medicina, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Farmácia, além dos profissionais das diversas especialidades médicas que diariamente visitam os pacientes, aumentando significativamente o número de pessoas circulando na unidade.

Atualmente, a equipe de saúde da unidade é composta por oito enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem, além de médicos, fisioterapeuta e bolsistas de nível superior que fazem serviços de apoio. Para esse estudo, a população foi constituída pelos enfermeiros da unidade.

Para participar do estudo, o enfermeiro deveria atender aos critérios de inclusão: ter vínculo empregatício com a instituição e estar no exercício de sua função na UTI há, no mínimo, seis meses. O critério de exclusão foi estar afastado do serviço durante o período de coleta dos dados por qualquer motivo (férias, licença e outros).

Assim, os sujeitos do estudo foram sete enfermeiros da unidade, representando 100% da população, considerando que um deles é autor do estudo e não participou como sujeito.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora responsável, durante os meses de abril a junho de 2011, por meio de entrevista individual semiestruturada, norteada por roteiro (Apêndice 2) elaborado com base nos objetivos do estudo e na Teoria da Pedagogia das Competências, sob a perspectiva dos saberes profissionais de Guy Le Boterf (2003).

O instrumento, contendo perguntas fechadas e abertas, foi organizado em duas partes. A primeira contém os dados de identificação do sujeito, enquanto a segunda inclui questões relativas ao objeto do estudo, isto é, a humanização da assistência de enfermagem ao paciente, no contexto da UTI. As questões foram formuladas para tentar extrair dos sujeitos os conceitos apreendidos sobre o tema; suas percepções quanto à humanização na sua prática; os conhecimentos por eles considerados como necessários à humanização da assistência na UTI; sua forma de agir humanizado diante das adversidades presentes no contexto da terapia intensiva; os fatores que os despertaram para a prática humanizada, bem como seu envolvimento com a proposta da humanização da assistência dentro da unidade.

Os sujeitos foram informados sobre o tema da pesquisa e seus objetivos e consultados sobre a disponibilidade em participar do estudo. Como não houve recusa, as entrevistas foram agendadas com cada um, conforme sua conveniência. Apesar de não existir um local reservado para a sua realização e de alguns enfermeiros inicialmente demonstrarem certo desconforto em relação ao uso do gravador, as entrevistas não sofreram intercorrências.

As entrevistas foram agendadas e realizadas individualmente, no próprio local de trabalho dos sujeitos e tiveram duração média de cinquenta minutos, sendo gravadas em mídia digital e posteriormente transcritas pela própria investigadora.

4.4 Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido obedecendo às recomendações do Conselho Nacional de Saúde na Resolução 196/96 (MS, 1996), que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo n°197/2010 (ANEXO 1).

A participação dos sujeitos foi voluntária, não vinculada a qualquer beneficio ou vantagem e condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo, que é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, realizada por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens. Esse tipo de análise permite desvendar o que está oculto nas mensagens, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Essa técnica pressupõe algumas etapas cronológicas com vistas a garantir o rigor da análise: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados por meio da inferência e interpretação (BARDIN, 2004).

Assim, na análise preliminar, foi realizada a organização do material e leitura “flutuante” do mesmo, visando estabelecer contato com os dados a serem analisados, isto é, permitindo a invasão de impressões e orientações para que a

leitura se tornasse cada vez mais clara (BARDIN, 2008).

Em seguida os dados foram preparados por meio da transcrição das entrevistas pela própria autora do estudo e inseridas no *Software Atlas. ti* – versão 6.2. Este *software* consiste em uma ferramenta para a análise de dados qualitativos que pode facilitar o gerenciamento e a interpretação dos mesmos, mas não dispensa a sensibilidade e a percepção do investigador nesse processo. Sua primeira edição comercial foi lançada em 1993 em Berlim sendo empregado, a partir de então, por diferentes áreas de conhecimento, como educação e administração, e em vários tipos de estudo, primeiramente pela *grounded theory*. Atualmente expandiu para outras metodologias, como a análise de conteúdo (WALTER; BACH, 2009).

O *Atlas.ti* auxiliou no ordenamento conceitual dos dados coletados, permitindo a identificação de padrões ou repetições de interesse ao estudo. As entrevistas denominadas documentos primários (*P-Docs*) foram inseridas na unidade hermenêutica (HU) do *software*.

A etapa de codificação foi realizada com auxilio do *Atlas. ti,* no qual cada trecho das falas dos sujeitos (*quotations*) foram codificadas de acordo com o seu significado (*codes*). O processo de associação dos *codes* às *quotations* foi realizado a partir da leitura extremamente atenciosa de cada mensagem.

Após essa etapa e leitura exaustiva do material, foi realizado o agrupamento de idéias com a formação de famílias de códigos (*family*) e a criação de redes de associações (*networks*) entre *codes, quotations e memos*, permitindo ao pesquisador ter uma visão geral das informações codificadas.

A categorização dos dados, que corresponde à divisão dos componentes das falas analisadas em categorias, neste caso tido como categorias temáticas, foi realizada através do processo de “caixa” (BARDIN, 2008), em que o referencial teórico usado forneceu o sistema de categorias, nas quais os elementos pertinentes foram agrupados. Após agrupar os depoimentos em cada categoria, foram realizadas novas leituras de cada um, procurando identificar aspectos comuns e divergentes, bem como os significados ocultos nas mensagens que permitissem fazer inferências e interpretações apoiadas no referencial teórico.

Ao final, foram formadas duas categorias, fundamentadas na teoria de Le Boterf (2003): “O conceito de humanização” e “Os saberes envolvidos na constituição de competência para a humanização da assistência”. Assim, a primeira categoria é formada

pelo conceito que os sujeitos apresentaram para o tema “humanização da assistência”, enquanto a segunda integra os saberes necessários à constituição de competência para a prática da assistência humanizada: “Saber agir e reagir com pertinência”; “Saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto”; “Saber transpor”; “Saber aprender e aprender a aprender”; e “Saber envolver-se”.

Os resultados são apresentados de forma descritiva, incluindo trechos de depoimentos que ilustram cada categoria para melhor compreensão. Os sujeitos são identificados pela letra “E”, seguida de um número de 1 a 7, para garantir o seu anonimato.

5 APRESENTAÇÂO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi organizada de forma a mostrar as características gerais da população do estudo e a análise do conteúdo das entrevistas sobre a constituição de competências dos enfermeiros para a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva.

Os sujeitos do estudo foram predominantemente mulheres (85,71%), com idade entre 40 e 45 anos (57,14%), quatro eram Especialistas em Terapia Intensiva e dois ainda tinham, além desta Especialização, o título de Mestre, sendo um em Enfermagem e outro fora da área de saúde. A maioria (71,42%) possuía de quinze a vinte anos de atuação na enfermagem; um sujeito tem menos de quinze e outro mais de vinte anos de atuação na profissão. Dois enfermeiros (28,58%) trabalham em terapia intensiva e, mais especificamente, na unidade investigada, há menos de quinze anos, enquanto os outros cinco (71,42%) possuem entre quinze e vinte anos de atuação, tanto na área como no campo de estudo.

Seis enfermeiros (85,71%) possuem outro vínculo empregatício, sendo que quatro (66,67%) deles exercem função assistencial em outro hospital e dois (33,33%) atuam na docência. Embora a jornada semanal de trabalho dos enfermeiros na unidade pesquisada seja de trinta horas, somando a carga horária realizada no(s) outro(s) emprego(s), essa carga horária totaliza cinqüenta a oitenta horas de trabalho por semana para esses profissionais.

Na análise dos discursos dos sujeitos, emergiram duas categorias: “O conceito de humanização” que demonstra a concepção dos profissionais quanto ao tema e “Os saberes e envolvidos na constituição das competências para a humanização da assistência”, sendo que esta última categoria inclui os saberes necessários para a constituição de competência para a prática da assistência humanizada.

5. 1 O Conceito de humanização

Esta categoria agrupa as diferentes percepções dos sujeitos sobre o conceito de humanização **(Figura 1)**.

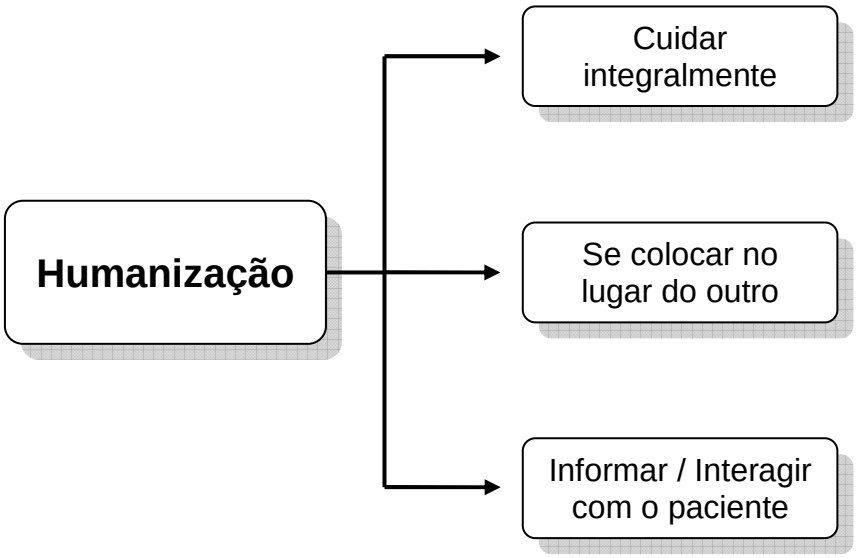


Figura 1 – Representação gráfica da categoria "O Conceito de humanização". Goiânia, 2011.

Ao emitir seu conceito de humanização, os enfermeiros enfatizaram basicamente três aspectos que não podem ser esquecidos. Um deles foi que a humanização da assistência está intimamente associada ao cuidado holístico, integral, voltado para as várias dimensões subjetivas que compõem o ser humano e que devem ser respeitadas. Outro ponto foi a empatia, isto é, a capacidade de se colocar no lugar do paciente, tentando apreender os seus sentimentos e sensações para, a partir daí, escolher a melhor forma de assisti-lo. O terceiro aspecto refere-se à necessidade de investir na relação enfermeiro-paciente, devendo o profissional ser capaz de oferecer as informações necessárias e demonstrar paciência, atenção e carinho na interação com o paciente.

A visão do homem como ser não fragmentado e a necessidade de uma assistência de enfermagem voltada para o seu atendimento de forma integral permeiam muitos dos conceitos apresentados. Em seus discursos, os entrevistados deixaram clara a concepção do cuidado holístico como princípio básico para uma assistência humanizada:

"Cuidados voltados para a verdadeira essência do ser". (E2)

> *"(...) enxergar o outro com uma visão holística, como a gente prega tanto e faz pouco. (...) Assistir o paciente de uma maneira que envolva o individuo como um todo, com seu lado (...) físico, emocional, social, religioso, espiritual. Todas essas esferas que compõem, na realidade, o ser humano".* (E6)

Uma participante do estudo lembrou, ainda, que a integralidade do cuidado não deve ser restrita ao paciente, mas estendida também ao atendimento de sua família, já que, tanto quanto o paciente, ela geralmente encontra-se fragilizada e necessitando de assistência integral em todas as suas necessidades:

> *"(...) cuidado integral (...) não só do paciente, mas também da sua família e até da comunidade desse paciente. (...) às vezes é necessário que um familiar entre pra fazer uma visita fora do horário. Eu acho que é um momento de assistência humanizada. (...) visita nos dois horários, eu acho que é um tipo de humanização da assistência. Uma outra situação é quando a gente permite".* (E3)

A família é vista, às vezes, como um fator terapêutico, pois auxilia na coleta de informações importantes sobre o paciente:

> *"(...) quando o paciente está intubado, não consegue comunicar verbalmente, a família é quem nos traz ricamente as informações".* (E7)

> *"(...) essa paciente que está no leito A, essa menina eu acho que um dos momentos pra ela que mais ajuda no tratamento é o momento que a família dela está junto, visitando".* (E3)

Contudo, vários enfermeiros afirmaram que a presença da família na UTI fora dos horários de visita atrapalha a rotina de trabalho da enfermagem:

> *"(...) essa humanização fora do horário de visita? Eu acredito que não, porque no caso aí atrapalharia o desenvolvimento do trabalho dos outros profissionais da UTI".* (E1)

> *"(...) é difícil pra gente ter a mãe ali* [com o paciente] *sabendo que tem que fazer algumas coisas e que a mãe está estressada, está nervosa, mas que era a chance dela ficar com o filho... E foi o que aconteceu, de madrugada o menino morreu aqui".* (E4)

Alguns enfermeiros foram incisivos quanto à exigência de saber se colocar no lugar do outro para conseguir humanizar a assistência oferecida, uma vez que, assim, torna-se possível oferecer cuidados voltados para as reais necessidades e de acordo com as expectativas do paciente:

> *"(...) é um ser humano que tá ali (...) e eu me vejo ali. Eu vejo meu pai, vejo minha família e acho que um dia pode ser qualquer um de nós que pode estar ali."* (E3).
>
> *"É fazer com o outro aquilo que você espera que outros façam por você. Quer dizer, na assistência tanto do paciente, quanto da família, dos colegas, tudo!"* (E4).
>
> *"É fazer com o paciente aquilo que você gostaria que fizesse com você ou com seus familiares".* (E7)

O terceiro aspecto relacionado ao conceito de humanização pelos enfermeiros foi o bom relacionamento com o paciente, demonstrando capacidade para ouvir e conversar, orientar e esclarecer suas dúvidas. Na opinião dos enfermeiros, quando bem estabelecida, essa relação traz segurança, conforto e, consequentemente, um atendimento mais humano ao paciente, pois ajuda a reduzir sua ansiedade e o temor do desconhecido:

> *"(...) ter paciência com o outro, olhar nos olhos do outro, estar disponível para o outro, para as dúvidas dele na unidade de terapia intensiva. É ter paciência pra ouvir o paciente". (E5)*
>
> *"(...) a maneira que você aborda, como você fala com a pessoa (...) ou você dá oportunidade pra ela se expressar. É você ser honesto, dividir com ela as decisões que envolvem o tratamento dela". (E6)*
>
> *"É interagir com o doente (...) saber o que ele está sentindo e tentar solucionar pra ele (...). Tem que tentar conversar (...) de maneira que ele não se sinta tão agredido". (E7)*

5.2 Saberes envolvidos na constituição da competência para humanização da assistência

Esta categoria emergiu da análise dos elementos contidos nos relatos dos sujeitos que podem ser relacionados aos saberes constituídos e que se fizeram constituir diante de uma situação complexa, neste caso representados pela assistência humanizada diante das dificuldades para a sua efetivação no contexto da UTI. Estes elementos foram subdivididos de acordo com os saberes propostos por Guy Le Boterf (2003) para a necessária competência do profissional: saber agir com competência, saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto, saber transpor, saber aprender e aprender a aprender, saber envolver-se **(Figura 2)**.

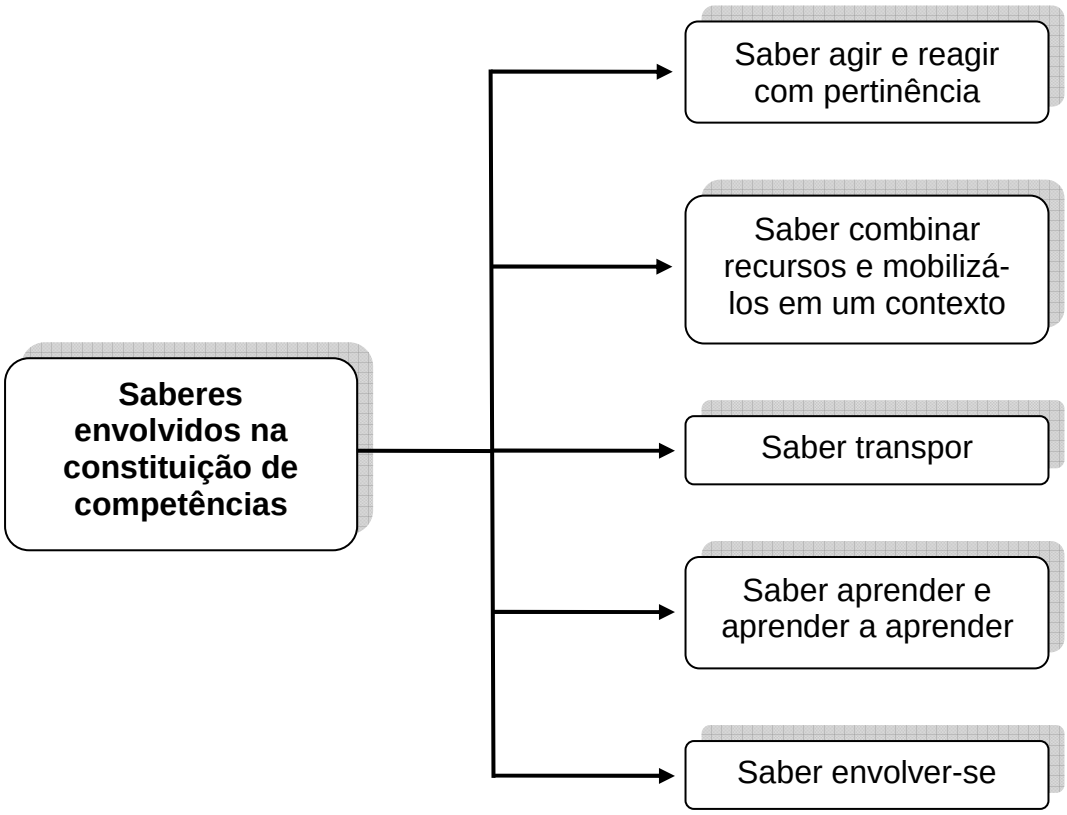


Figura 2 – Representação gráfica da categoria "Os saberes envolvidos na constituição de competências". Goiânia 2011.

5.2.1 Saber agir e reagir com pertinência

Saber agir além do prescritivo é saber o que fazer diante do imprevisto, isto é, saber escolher e decidir o que é mais adequado à situação que se apresenta. Este saber se apresenta nos exemplos práticos citados pelos sujeitos, o qual também pode ser relacionado aos conceitos informados pelos profissionais.

> *"(...) deixar fotografia de familiares no lado da cama do paciente".* (E2)

> *"A mãe teve seu primeiro filho e esse menino não tinha chance nenhuma... de sobreviver e ela pediu pra ficar com o filho até ele morrer. (...) a gente deixou ele no colo da mãe com oxigênio, com todos os suportes, (...) ele parou* [parada cardiorrespiratória] *no colo da mãe. (...) Eu lembro também de uma mãe (...) o menino tinha insuficiência renal e bebeu um veneno por engano na casa dela. (...) a gente deixou também que ela entrasse na UTI e permanecesse à noite com o filho. (...) de madrugada, o menino morreu. (...) Às vezes tem paciente que está internado na UTI há mais de um mês, aí ele fala que sentiu o cheiro do café e que ele queria muito um pouquinho... A gente conversa com o médico, pergunta se pode dar*

> *um pouquinho de café pra ele e ele fica tão alegre com um pouquinho de café! Então, eu acho que se isso não vai atrapalhar o paciente, eu acho que é uma questão mesmo de ser humano, porque a gente também ia sentir essa falta do café, ia dar vontade".* (E4)

> *"Eu (...) peguei na mão dela e falei (...), eu trabalho aqui, eu sou enfermeira, fica tranquila e fui falando com ela. E eu percebi que a expressão dela de susto, ela passou pra uma expressão tranquila. (...) Quando a gente chega perto do paciente ou do acompanhante e que a gente conversa e olha nos olhos, a gente ajuda". (E5)*

> *"(...) então eu parei e fiz uma oração por ele, porque era uma necessidade dele naquele momento e se ele chegou a externalizar, a pedir é porque era importante! Então, naquele momento eu fiz e eu acho (...) que atendi uma necessidade dele. Então, isso é assistir de maneira humanizada!"* (E6)

No entanto, também foram apontadas dificuldades para atuar dessa forma, impostas não só pelas próprias características do serviço, como pela atitude pessoal de outros profissionais, revelando ações prescritivas incompatíveis com a humanização da assistência.

> *"Eu brinco muito com os doentes, eu converso muito com eles assim,* ***quando eles estão extubados*** [grifo nosso]*, então a gente faz brincadeiras tentando animar, levantar mais o doente". (E1)*

> *"(...) o que dificulta é a mecanização do serviço, que é muito intensa aqui".* (E2)

> *"O tempo que a gente tá aqui dentro (...) acostumar com a doença do paciente... Eu acho que é um fator bastante desfavorável".* (E7)

> *"Não tem como dividir as partes* [do ser humano] *e isso acontece. Tem momentos que a gente realmente assiste dividindo... Acontece! É do ser humano! (...) Eu peguei uma bacia e fui fazer o curativo naquele pé que estava ferido. Lavei, lavei, (...) e, no final, ela* [a paciente]*, muito agradecida, chegou pra mim e falou: 'Olha, ninguém nunca lavou os meus pés! '. Eu achei tão interessante a forma como ela falou! Só que eu estava fazendo aquilo ali, assim, como algo que é mecânico pra nós. Mas pra ela, aquilo foi muito importante!"* (E6)

> *"Não é só o enfermeiro, mas todos os profissionais, com o tempo vão banalizando o cuidado dentro da UTI. (...) Antigamente, eu não olhava muito isso, era tudo muito mecânico (...) Tem hora que a gente ainda se pega agindo de forma mecânica. (...) tem dia que a gente fica mais automático! (...) A nutricionista tinha liberado para que a mãe dela trouxesse alimentação pra ela e a mãe dela estava chateada porque a médica da tarde não permitiu e ainda deu uma bronca nela. (...) não só o enfermeiro, mas o fisioterapeuta e o médico, quando eles se aproximam do paciente, eles não se preocupam com a privacidade do paciente. Descobre o paciente, examina e, se brincar, ele larga lá daquele jeito que ele descobriu e*

> *deixou. As meninas, na hora do banho, às vezes eu não estou lá e elas já não se preocupam muito. Na hora que eu chego perto, elas se lembram do biombo: 'Ops! Pega lá o biombo'. Aí levam na brincadeira e acabam colocando".* (E3)

5.2.2 Saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto

Esse saber diz respeito à capacidade do profissional de articular e mobilizar seus saberes/habilidades e recursos que dispõe o ambiente, para a prestação de uma assistência humanizada, inovando e sendo criativo em suas ações. Os profissionais que participaram desse estudo demonstraram consciência da necessidade de saber articular os diversos saberes para encontrar uma solução inédita para situações-problema novas. Em seus depoimentos, eles reconhecem a necessidade de associar os saberes constituídos na vivência profissional aos valores pessoais para tornar a sua prática humanizada.

> *"Eu tenho que usar o que eu aprendi e ter disponibilidade e boa vontade pra colocar em prática essas ações de amenizar a dor, promover conforto, aliviar a falta de ar..."* (E5)

> *"(...) a gente vai associando uma coisa com a outra, os conhecimentos práticos com os conhecimentos teóricos e vai aplicando".* (E1)

> *"... juntando o conhecimento com os meus princípios, os meus valores".* (E2)

> *"Se falta material, o quê que a gente faz? Corre atrás! Se não tem? A gente tenta uma coisa parecida pra resolver, mais aí, é cada um fazendo da sua forma".* (E4)

Em relação aos conhecimentos necessários para que o enfermeiro exerça a assistência humanizada na prática, os profissionais apontaram o autoconhecimento, o conhecimento científico e a vivência profissional como elementos essenciais para a realização de uma assistência humanizada de qualidade, integral e equânime.

Para os sujeitos, o autoconhecimento é condição para o cuidado humanizado, pois conhecendo a si mesma, a pessoa terá condições para se projetar no lugar do outro e tentar compreender as necessidades a partir dos seus pressupostos dele:

> *"(...) não tem como tentar conhecer uma pessoa, cuidar de uma pessoa sem antes conhecer a gente mesmo. (...) a partir do momento que eu me conhecer eu vou conhecer o outro, quais são as minhas necessidades que também são necessidades do outro".* (E3)

Para alcançar este autoconhecimento, um dos enfermeiros cita a importância de oferecer aos profissionais da unidade acompanhamento psicológico ou mesmo terapia de grupo para auxiliar na superação das dificuldades do dia-dia:

> *"Um recurso que eu acho importante e que eu nunca tive, é uma assistência com o psicólogo. Eu acho que ajuda demais, porque eles são treinados pra isso, pra orientar (...) a nós enfermeiros (...), a suportar a dor do outro e, assim, promover uma assistência de qualidade. (...) eu acho que já nos ajudaria muito..."* (E5)

Os sujeitos também destacam a importância do conhecimento formal nesse processo, pois ele garante segurança para cuidar do paciente e a valorização profissional:

> *"(...) o conhecimento acadêmico, cultural, espiritual, religioso. Eu acho que é um apanhado geral pra ter essa percepção".* (E2)

> *"Conhecimento técnico, conhecimento cientifico, espiritual, (...) é bem amplo o conhecimento que a gente tem que ter. A psicologia, conhecimento das necessidades humanas básicas, contexto científico. Acho que falta bastante pra gente". (E7)*

> *"Eu acho que através do conhecimento a gente pode ter mais segurança pra atender". (E4)*

> *"O enfermeiro precisa ler. Ele precisa ler mais, e não é só ler livros voltados pra técnicas, ele tem que ler filosofia, sociologia pra ver o quanto ele é importante nesse meio". (E6)*

Um dos sujeitos lembrou que a humanização da assistência ao paciente está intimamente relacionada à humanização das relações de trabalho com a equipe de profissionais que atua na unidade:

> *"(...) é muito difícil trabalhar em UTI! (...) o cuidado humanizado não é só com o paciente, mas também cuidar do colega, brincar um pouco, (...) procurar desenvolver o trabalho da melhor forma possível, ir atrás do que precisa que é pra não ter stress".* (E3)

Quanto à mobilização de recursos para o exercício de uma prática humanizada, os enfermeiros demonstraram saber da necessidade de terem que trabalhar bem, usando os seus próprios recursos pessoais combinados com aqueles disponíveis na unidade. Em seus depoimentos, alguns profissionais afirmaram que, em sua prática diária, utilizam-se de recursos baseados na religiosidade e no relacionamento interpessoal para proporcionar uma assistência mais humanizada ao paciente:

> *"Eu interajo muito com os doentes e procuro... fazer a assistência o mais humanizada possível".* (E1)

> *"Eu me interesso muito por esse lado* [humanização] *da assistência! Junto com isso, vem toda a minha formação cristã, minha formação profissional, minha maneira de encarar a vida. (...) isso acaba determinando nuances na minha forma de assistir".* (E6)

Os sujeitos também acreditam na interação / integração da equipe como um fator facilitador para a humanização da assistência, que, assim, deixaria de ser praticada em atitudes individuais para fazer parte da filosofia da unidade:

> *"Uma equipe focada, que tem o mesmo objetivo, a mesma meta. Tem que ter a mesma meta e o mesmo objetivo. Se todos compartilham do mesmo pensamento, as outras coisas ficam pequenas e a gente consegue chegar lá". (...) Eu vejo isso aqui nos dias que eu trabalho, por exemplo, com a Dra A* ou *com a Dra B, porque quando eu falo: 'Vamos deixar a família ficar', elas falam 'Vamos'. Então, isso é muito gostoso! A gente compartilha do mesmo pensamento, a gente vê que a família é interessante (...) e deixa a família junto! Agora, tem plantões que isso não acontece e que eu nem ouso tentar! Então, isso dificulta!".* (E6)

> *"Se a gente conseguisse essa interação da equipe, que ela fosse mais harmônica... era mais fácil pra gente trabalhar isso no paciente. (...) Pra poder fazer um trabalho humanizado, não adianta só a enfermagem querer fazer, tem que ser todo o grupo!"* (E4)

> *"Procuro conviver da melhor forma possível com a minha equipe de trabalho, tanto que a gente percebe que a equipe que trabalha comigo (...) gosta de trabalhar comigo! Não só a equipe de enfermagem, mas a equipe médica, mesmo. (...) Então, eu procuro trabalhar em conjunto, de forma humanizada... Também porque é muito difícil trabalhar em UTI".* (E3)

Apesar de o trabalho em equipe ter sido apontado como um facilitador para a humanização do cuidado, alguns depoimentos deixam claro que este não é um saber mobilizado por todos e a todo o momento. Por isso, apontam estratégias que poderiam auxiliar a transformar esse fator em realidade:

> *"(...) uma oficina... de cuidar, de humanização... De repente, todo mundo junto, fazendo a mesma coisa ali, discutindo aquilo... eu acho que é uma... ótima estratégia, pra melhorar, pra todo mundo estar fazendo a mesma coisa, pensando a mesma coisa. (...) Porque, cada um falando, eu acho que vai motivando!"* (E3)

> *"A gente precisa parar, sentar, discutir situações que, às vezes, são muito conflitantes! Acho que é por aí que acaba sensibilizando as pessoas".* (E6)

A boa vontade e o querer de cada um também foram colocados como pré-

requisitos para a humanização da assistência, para ajudar na disseminação dessa idéia. No entanto, a desmotivação aparece como um dificultador presente na equipe:

> *"(...) eu acho que é só querer! Não adianta, não existe regra, não existe receita!"* (E3)

> *"Pra voltar pra humanização, a pessoa tem que realmente acreditar nisso e... trazer à tona discussões relacionadas a essa área aí pra gente poder crescer e amadurecer".* (E6)

> *"A humanização, na verdade, não depende de equipamento, de material, de estrutura física... Ela depende da gente". E eu estou muito desmotivada com o trabalho que eu estou fazendo... e, talvez, isso interfira".* (E4)

De acordo com os enfermeiros, um ambiente de trabalho tranquilo, calmo, sem estresse possibilita aos profissionais trabalhar com menor nível de tensão e maior satisfação, contribuindo para a qualidade do atendimento:

> *"Trabalhando todo mundo contente, fica (...) mais fácil, menos estressante e quem se beneficia é só paciente, mesmo!"* (E3)

> *"(...) a gente tem que tentar um ambiente mais tranqüilo, pra gente conseguir realizar as nossas atividades (...) com mais clareza, (...) com melhor empenho, (...) com melhor retorno... assistencial, vamos dizer assim, de qualidade".* (E5)

A maioria dos sujeitos considera que em sua prática profissional oferece uma assistência humanizada, mas, mostra dificuldade em mobilizar os recursos do ambiente de trabalho para viabilizar essa prática, colocando as limitações do campo como restrições ao desenvolvimento de uma assistência humanizada:

> *"Eu acho que sim, na medida do possível eu tento, pelo menos eu tento! E não só com o paciente, eu procuro na minha equipe de trabalho, conviver, assim, (...) da melhor forma possível".* (E3)

> *"(...) a gente tenta fazer, mas eu não sei se toda vez a gente dá uma assistência humanizada. (...) Eu acredito (...) que na maioria das vezes, talvez não".* (E4)

> *"Sim, (...) mas tem falhas. A estrutura em si da UTI, (...) vários tipos de emoções que a gente vivencia aqui dentro, de raiva, às vezes de submissão, de carga horária pesada, de falta de funcionário, falta de material, (...) as condições físicas da gente, (...) a estrutura da unidade, (...) às vezes as pessoas não são colaborativas, não compartilham com as mesmas opiniões da gente, (...) a sobrecarga, a questão administrativa também... Você tem que ver uma série de problemas dentro da unidade, vários pacientes chamando todo o tempo, tendo que resolver falta de material, (...) eu acho que deixa a desejar".* (E7)

Nesse sentido, um dos profissionais apontou para a necessidade de cuidar para não se deixar levar pelas dificuldades do ambiente e acabar desempenhando uma prática marcada pelo exercício mecânico das funções:

> *"Às vezes, se você não se policiar o tempo inteiro, você acaba se perdendo um pouco... Mas eu faço tudo pra que o meu cuidado seja voltado pra uma assistência humanizada. Me policio constantemente, porque a minha vida inteira, durante muitos anos eu trabalhei de forma mecânica".* (E3)

5.2.3 Saber transpor

O saber transpor corresponde à capacidade de saber utilizar conhecimentos ou habilidades adquiridas e executá-las em contextos distintos.

Nesta subcategoria estão reunidos elementos que permitem compreender como os sujeitos fazem para superar as adversidades inerentes ao contexto da unidade de terapia intensiva e como se dá a transposição do conhecimento adquirido para ofertar o cuidado humanizado ao paciente

> *"Não deixar também refletir no cuidado do paciente, muito menos deixar o paciente perceber e (...) sofrer com isso. (...) eu procuro não (...) levar isso pro meu cuidado com o paciente". (E3)*
>
> *"Exercitando mesmo, é tendo calma, tendo bom senso". (E7)*
>
> *"A sua formação é que vai determinar a sua postura diante das situações, porque a gente vive situações de stress e nem por isso vai chutar o balde e destratar o paciente". (E6)*
>
> *"você tem que estar sempre pensando na posição do paciente, sempre pensando em tudo que você vai fazer, que você vai solucionar de forma que não (...) passe pra ele esses problemas que você está tendo do lado de cá". (E1)*
>
> *"Eu tento resolver tudo do lado de cá, da minha parte tentando não expor de forma alguma o paciente, (...) pra ele não ficar mais tenso ainda do que ele já está dentro da unidade". (E1)*

Os depoimentos mostram que o profissional assume uma postura preventiva no intuito de preservar o paciente, minimizando os estressores. Outro importante fator apontado pelos sujeitos refere-se à influência da formação do profissional como facilitadora nesse processo de transposição de saberes, viabilizando a introjeção de conhecimentos como determinantes da conduta do profissional diante das situações.

5.2.4 Saber aprender e aprender a aprender

Nesta subcategoria, os entrevistados demonstram o seu aprendizado com as experiências profissionais e de vida, levando-os a despertar para a questão da humanização da assistência na UTI. Em suas falas, os sujeitos confirmam o quanto suas experiências pessoais com a perda de parentes internados em UTI influenciaram positivamente na aquisição de uma nova postura profissional, demonstrando que, quando ocorre uma inversão de papéis e o enfermeiro se vê do outro lado da cena, sentindo na pele toda a angústia de ter um familiar internado em UTI, experimentando todas as emoções, este passa a perceber o quanto são importantes as atividades dos profissionais relacionadas à assistência aos familiares, especialmente no que se refere ao oferecimento de informações sobre o paciente:

> *"Eu comecei a perceber isso quando meu pai ficou internado na UTI. Quando vi a minha família me ligando o tempo inteiro pra saber como é que meu pai estava, porque não conseguia entrar e quando entrava não via nada e ninguém dava atenção, então, aí eu comecei a perceber que precisava dar uma assistência maior".* (E3)

> *"Depois que eu perdi o meu pai, eu vi o quanto a família sofre".* (E5)

> *"Isso ficou mais à flor da pele depois da morte dele, porque eu me vi na situação do lado de lá, eu passei pro outro lado... Me pediram pra comprar o colchãozinho piramidal (...) aquela coisa que eu faço todo dia... Então, assim... eu percebi que lá tinha um muro muito grande, que as pessoas são realmente insensíveis".* (E6)

A experiência profissional também foi apontada como fonte de aprendizagem para os profissionais, que demonstraram habilidade para aprender a aprender com o sofrimento vivenciado pelos pacientes:

> *"(...) o sofrimento que o paciente de UTI passa dentro da UTI... O conhecimento, a gente vai adquirindo com o passar do tempo (...) tudo que você faz hoje é um (...) aprendizado pra você! (...) Você vai adquirindo experiência, mais confiança e (...) passando também pro... pro paciente. A minha vivência com os pacientes nesses anos todos que eu tenho de UTI, foram me colocando cada dia mais (...) próximo, mais perto do doente".* (E1)

> *"Pelo ambiente, pelo sofrimento das pessoas, pelas questões éticas que envolvem a profissão, tudo isso!"* (E2)

> *"Coitado, você olha pra ele assim, (...) a pessoa não fala nada... está intubada, sedada... Não fala, mas sente tudo! Ele sente vontade de falar, sente dor... Ele sente e não pode falar..."* (E3)

> *"Isso eu adquiri com anos de experiência e, até hoje, eu tô aprendendo".* (E5)

> *"Os meus valores mudaram a partir do momento que eu vim trabalhar nesse lugar! (...) A gente vive essa proximidade da morte e passa a valorizar certas coisas que, às vezes, julgava pequenas antes e, hoje, eu tenho uma visão totalmente diferente!"* (E6)

> *"A gente fica mais sensível, tem mais compaixão pelo paciente... A gente sabe que ela é uma mãe de família, ela tem dois filhos pequenos... Ela não contou nada pra gente, mas a gente sabe da situação dela, assim, e isso nos faz não mais frágeis, mas com maior poder de ajudar essa paciente. Na outra unidade que eu trabalho (...), o paciente chega (...) conversando e andando, cheio de problemas sociais, emocionais, físicos e esse momento me faz crescer e me faz repensar no meu paciente de terapia intensiva, que não tem condições de fazer muitas vezes (...) as suas queixas".* (E7)

No entanto, em relação à academia, espaço formal de aprendizagem, é possível verificar nos relatos dos profissionais, que ela não contemplou todos os aspectos necessários para a instrumentalização do profissional quanto ao agir humanizado:

> *"Na graduação hoje em dia, assim... Na verdade, eu nem lembro muito de ter falado nessa questão".* (E4)

> *"Nem um momento isso era... foi abordado na minha formação lá! Pelo contrário, foi um ensino totalmente voltado pro lado oposto. (...) Isso aí já esteve presente nas disciplinas da Enfermagem... Só que, como o modelo que o mundo tem é um modelo... voltado pra técnica, pro executar, então isso foi retirado! Com o tempo, isso foi considerado supérfluo. (...) À partir do momento que a academia foi tirando essas disciplinas, ela se contradiz! (...) Prega a humanização e tira essas disciplinas que fazem a gente crescer como pessoa do contexto e aí, o resultado é esse, um profissional totalmente formado pra executar uma ação; robotizado".* (E6)

> *"(...) o que me interessava era estar cuidando do paciente mais grave, porque, ali, eu ia estudar aquelas patologias mais complexas! Eu via aqueles aparelhos, aquele corre-corre... Minha preocupação era saber como funcionava a droga vasoativa, como o ventilador funcionava..."* (E3)

Observa-se que a formação desses profissionais foi baseada no modelo biomédico de cuidar, onde o maior interesse era dominar a farmacologia, a patologia e o manuseio de aparelhos, entre outros, enquanto o ser humano por traz deste cenário passava despercebido:

> *"Se você aprendeu uma assistência com um ponto de vista de realmente enxergar o outro como um ser holístico, como a gente*

> *prega tanto e faz pouco, se você realmente internalizou aquilo, isso vai ser espontâneo no seu cuidado! (...) É uma consequência, um efeito! (...) É necessário incorporar na academia, nas faculdades, essas disciplinas que são importantes, voltadas mais pra questão (...) da humanização do ponto de vista da filosofia, da sociologia. (...) Eu acho que começa ali, na academia!"* (E6)

Para esse sujeito, a formação acadêmica tem muita influência no processo de humanização da assistência, sendo a principal responsável pelo desenvolvimento da visão holística do cuidado, de modo a tornar a humanização algo espontâneo e despertando no profissional a sua própria humanidade.

5.2.5 Saber envolver-se

Nesta subcategoria foram reunidos os depoimentos relacionados à disposição dos sujeitos para colaborar nas mudanças necessárias para a efetivação da assistência humanizada na UTI:

> *"O que eu posso fazer, dentro do meu horário de trabalho, (...) com a minha equipe, o que eu posso fazer eu faço!"* (E3)

> *"O meu compromisso é de estar sempre junto, sabe? De fazer parte dessa... dessa assistência, não ficar de fora, participar mesmo!"* (E4)

> *"Eu tento oferecer um cuidado humanizado! Sei que estou muito longe de chegar nisso aí, mas eu procuro respeitar os meus colegas de trabalho tanto quanto o meu paciente!"* (E6)

Entretanto, dois enfermeiros demonstraram certa descrença na viabilidade desse processo, afirmando que ele pode encontrar alguma dificuldade para envolver todos os integrantes da equipe multiprofissional e mesmo da equipe de enfermagem:

> *"Cada enfermeiro, cada profissional age de uma forma, conforme o seu pensamento. (...) A nossa unidade não tem esse... envolvimento tão grande com a questão da humanização! (...) A equipe não é envolvida nesse sentido... de forma geral, não é envolvida!"* (E7)

> *"Eu acho que alguns, (...) não são todos!"* (E4)

É possível observar que eles se consideram envolvidos e compromissados com a humanização da assistência, mas estabelecem estreita relação entre esse processo e as atitudes individuais dos enfermeiros e outros profissionais da unidade. Também fica evidente o papel que eles atribuem à chefia do serviço para o envolvimento de todos. Embora não reconheçam o mesmo envolvimento na equipe, transferem essa responsabilidade para a gerência da unidade e para a instituição:

> *"Estou aberta pra qualquer (...) momento que for necessário, qualquer grupo que for formado (...) alguém que for fazer (...) uma oficina e me chamar pra participar, eu estou aberta! (...) Poderia envolver todo mundo! Poderia partir da própria gerência! Eu acho que seria melhor!"* (E3)

> *"Acho que a chefia tem que ser envolvida nisso mesmo, tem que dar todas as oportunidades! A integração da equipe... Eu vejo que, nesse sentido, a chefia pode ajudar muito, sabe?"* (E4)

> *"Se todo mundo aderir ao programa... Por mim, não tem tanto problema! Basta a gente conversar com a gerente, trabalhar com a nossa gerente nesse caso e tentar integrar eles também. Eu acho que ninguém nesse mundo é incapaz de mudar, de melhorar. Na medida do possível, eu me entrego totalmente!"* (E1)

Também consideram fundamental a postura de cada profissional diante da humanização do cuidado para motivar a equipe:

> *"Se você tem aquele enfermeiro que acredita nessa... visão de assistir o paciente como um todo, ele 'contamina' os demais da equipe! A gente acaba se espelhando na liderança que a gente tem. Acaba sendo a nossa referência! Então, eu acredito que ele acaba levando a equipe pra esse lado!"* (E6)

> *"Quando eles percebem que você é mais próximo, é mais humanizado, com certeza eles também procuram... se espelhar na gente"* (E1)

> *"Eu acho que é mais importante demonstrar isso pra equipe e não pedir pra ela fazer! É demonstrar aquilo que tem ser feito. A gente tem que dar exemplos disso pra que as pessoas mudem. É uma questão de adesão mesmo!"* (E4)

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os resultados apresentados, a predominância de mulheres, assim como na profissão, também se faz presente no grupo estudado o que é discutido por Pereira (2008), que relaciona a identidade da enfermagem ao sistema de ensino nightingaleano que vinculou a ela características femininas, como pode ser observado no conceito de enfermagem atribuído a Florence Nightingale.

> A arte da enfermagem é a mais bela das artes e, considerada como tal, requer pelo menos tão delicado aprendizado quanto a pintura ou a escultura, pois que não pode haver comparação o trabalho de quem se aplica a tela morta, ou ao mármore frio, com o de quem se consagra ao corpo vivo. O cuidar de doentes é tarefa que sempre coube à mulher e sempre lhe deve caber. (Revista Brasileira de Enfermagem, 1956, p.8 *apud* Pereira, 2008, p.23).

Segundo Lopes e Leal (2005), o corpo profissional da enfermagem no Brasil constitui-se basicamente por mulheres tanto nos níveis de atuação/qualificação universitária, quanto nos níveis médio e técnico, sendo que 10% das vagas de ensino são ocupadas por homens.

A exemplo dos sujeitos entrevistados, o enfermeiro tem investido cada vez mais na sua capacitação profissional, uma condição que pode ser relevante para a humanização e a melhora da qualidade da assistência. No entanto, o acúmulo de vínculos empregatícios pode interferir negativamente na qualidade desta assistência e consequentemente na sua humanização, pois pode possibilitar danos físicos e psicológicos aos profissionais (SANTOS, 2007).

Na primeira categoria deste estudo, os sujeitos investigados apresentam diversas percepções sobre o tema humanização da assistência, pois a associaram ao cuidado integral, se colocar no lugar do outro e interagir com o paciente, corroborando com o pensamento de Waldow e Borges (2011), de que esta variedade de sentidos talvez seja uma conseqüência da não definição do termo humanização na proposta do MS para a PNH, que o relaciona à melhoria da qualidade da assistência e da comunicação entre os agentes envolvidos. Sendo assim, a polissemia relativa ao conceito de humanização e as várias percepções referentes a este, sob o ponto de vista filosófico, revelam o seu verdadeiro significado (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

Sob o ponto de vista da enfermagem, a humanização está relacionada ao cuidado, característica intrínseca ao ser humano que não pode ser visto de modo

fragmentado, separando o físico do psíquico. É algo que deve ocorrer de modo espontâneo, natural, pois é próprio do sujeito e flui espontaneamente nas suas ações não podendo ser exigido como regra, o que resulta numa redundância falar em cuidado humanizado. Sendo assim, cuidado integral é assistir o individuo em todas as suas necessidades humanas básicas, ou seja, no âmbito biopsicossocioespirituais (SILVA; CIAMPONE, 2003).

De um modo geral, todas as definições atribuídas pelos sujeitos estão em consonância com essa máxima, pois é impensável que um ser humano seja tratado de uma forma diferente daquela condizente à sua natureza, ou seja, usar da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro (OLIVEIRA; ZAMPIERI; BRÜGGEMANN, 2001).

Tendo em vista a atual situação de profunda desumanização das relações, evidencia-se a prática de se usar o substantivo “humanização” como verbo (CORBANI; BRETÂS; MATHEUS, 2009). Porém, não há como considerar desumana uma relação que ocorre entre pelo menos dois seres humanos. Por conseguinte, as situações onde o cuidado não ocorre de maneira satisfatória devem ser consideradas como situações de descuidado e não de desumanização (LOURO; LIRA; MOURA, 2011).

Independentemente do termo utilizado, vale ressaltar que o cuidado de enfermagem deve atender tanto as necessidades físicas, quanto psíquicas e espirituais do ser humano a ser assistido por outro ser humano. O cuidado holístico está subordinado aos valores éticos, morais e ideológicos de cada pessoa e com a disposição da mesma para com o paciente, no sentido de lhe oferecer uma assistência com todas as prerrogativas que o cuidado humanizado exige, articulando equidade e integralidade (DESLANDES, 2006). Portanto, a aplicação do cuidado de forma integral e humanizada depende mais da perspectiva de valor de cada pessoa do que das concepções teóricas desconectadas de suas crenças (SANTOS, 2007).

Outro aspecto que aparece como indispensável ao processo de humanização da assistência na PNH (MS, 2004) e que foi bem lembrado pelos sujeitos nesse estudo é que ele não seja focado somente no paciente, mas se estenda também à sua família. Sendo esta uma extensão do paciente, assim como ele, também está fragilizada e precisando ser atendida de forma integral em todas as suas necessidades. Reconhecer a importância da família no acompanhamento do

paciente é essencial para qualificar o atendimento a seus integrantes. Além disso, enquanto pessoas que apresentam uma série de necessidades específicas relacionadas ao processo de internação de um ente querido em uma unidade de alta complexidade, como a UTI, eles também devem ser alvo dos cuidados profissionais para a satisfação dessas necessidades (OLIVEIRA, 1991; MARUITI; GALDEANO, 2007; URIZZI; CORRÊA, 2007).

Alguns estudos indicam que a presença dos familiares dentro da UTI começa a ser uma realidade, porém há dificultadores como o despreparo dos profissionais deste setor para atender aos familiares, assim como, a rotina laboriosa que favorece o distanciamento dos profissionais do contato humano em decorrência da demanda de atividades a realizar (DEZORZI; CAMPONOGARA; VIEIRA, 2002; FREITAS, 2005; MARTINS; NASCIMENTO, 2005). A equipe é um elo importante entre familia e paciente, pois favorece a interação entre ambos ao mesmo tempo em que cuida destes (MARTINS *et al.,* 2008).

Apesar do discurso sobre a importância da presença da família junto ao paciente, muitas vezes ela ainda é considerada um entrave para o bom andamento da rotina de trabalho dentro da unidade, como demonstraram alguns depoimentos nesse estudo. Sob essa perspectiva, ela deve permanecer do lado de fora, tendo em vista que a própria estrutura da unidade não favorece essa prática. A falta de cadeiras para os visitantes se sentarem durante a visitação, consequência dos parcos recursos financeiros das unidades ou mesmo estratégia, representa um convite à não permanência dos familiares no local. Conceição *et al*. (2001) orientam que a família não deve ser vista como um empecilho, sendo necessário compreender as suas angústias e facilitar sua entrada na unidade e não dificultá-la.

A insuficiência ou ausência de interação entre os profissionais da unidade e a família do paciente é outro fator a ser destacado. Apesar de relatarem a importância desse contato como fonte de humanização, os relatos dos sujeitos não apontaram qualquer exemplo de interação ou intervenção realizada com o intuito de minimizar o estresse experienciado pelos familiares.

Outros estudos realizados nessa mesma equipe constataram que os enfermeiros apresentavam uma relação considerada como superficial com os familiares, estando longe do ideal de humanização (VILA; ROSSI, 2002; OLIVEIRA, 2006; BARBOSA, 2007), sendo que em um desses estudos as autoras concluíram

que apesar de representarem uma contradição entre o dito e o feito, esse comportamento talvez possa ser explicado como um mecanismo de defesa dos profissionais em função do estresse pela sobrecarga de trabalho (VILA; ROSSI, 2002).

No entanto, esse comportamento dos enfermeiros não parece ser exclusividade do campo investigado. Em estudo anterior, essa relação da equipe da UTI com a família foi qualificada como autoritária, com os autores afirmando que as ações voltadas para a família são vistas como mera formalidade dentro de uma visão autoritária advinda de um saber específico que é dominado pelo profissional (URIZZI; CORRÊA, 2007).

O cuidado humanizado em UTI é muito mais do que permitir ou não a presença da família dentro da unidade. A instituição precoce de uma relação de confiança e de ajuda auxilia na identificação das reais necessidades dos familiares para que possam compreender, aceitar e enfrentar essa nova realidade que beneficiará a estes e também ao paciente (PAULI; BOUSSO, 2003). Sendo o cuidado uma prerrogativa da enfermagem, é primordial que o profissional não conheça apenas os seus princípios teóricos, mas vivencie essas ações na prática diária com competência humana, estabelecendo uma relação de respeito e empatia para com o ser cuidado e seus familiares.

Da mesma forma que com a família, a interação enfermeiro-paciente também foi apontada pelos sujeitos do estudo como forma de humanização da assistência, que ajuda a minimizar sua insegurança e ansiedade, trazendo-lhe conforto. A recomendação é que, sendo a comunicação terapêutica em enfermagem um elemento essencial do cuidado, deve estar presente em todas as ações realizadas com o paciente, sendo um instrumento que o enfermeiro deve utilizar para desenvolver e aperfeiçoar o saber profissional (CIANCIARULLO, 2003).

As relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais de saúde se expressam de forma singular conforme o referencial de vida de cada integrante da equipe e destes com os pacientes, sendo que nestas relações, cada membro deposita um pouco de si, influenciando o outro de forma positiva ou negativa (CUNHA; ZAGONEL, 2008). No entanto, estudiosos lembram que o enfermeiro não deve se reduzir a um mero executor de tarefas ou procedimentos, devendo propor ações de cuidado que visem, entre outros, desenvolver a habilidade de comunicação

como um meio para atender as necessidades do paciente. Durante o processo de comunicação, o enfermeiro tem a possibilidade de identificar as necessidades do paciente, oferecer as informações desejadas, promover educação em saúde, facilitar a interação do paciente com outros pacientes bem como com a equipe multiprofissional ou com familiares, sem negar a possibilidade do paciente como sujeito ativo dessas ações (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

O principal dificultador nesse processo de humanização do cuidado é a comunicação ineficiente, já que ela se configura em um elo na tríade enfermeiro-paciente-família. No outro extremo, o seu sucesso se traduz em sentimentos de segurança, confiança e conforto para o paciente e seus familiares (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006).

Fundamental em qualquer serviço de saúde, a comunicação terapêutica é indispensável na terapia intensiva, onde o paciente geralmente fica sem acompanhante, sentindo-se sozinho, desamparado, inseguro e amedrontado com a possibilidade de morte, podendo apresentar reações inesperadas como apatia e até períodos de agitação. É necessário que o enfermeiro enxergue esse paciente por outro ponto de vista, como um sujeito que traz consigo uma história, uma identidade e não apenas como mero objeto do cuidar ou extensão dos equipamentos da unidade.

Deve-se atentar para o fato de que, na UTI, a comunicação não verbal comumente se faz mais presente em decorrência do uso de sedação ou intubação traqueal pela maioria dos pacientes. O enfermeiro deve estar atento para este aspecto e buscar desenvolver novas e efetivas estratégias para facilitar o processo de comunicação com esses pacientes. A utilização da comunicação (verbal e a não verbal) como um instrumento de cuidado, especialmente no contexto da UTI, estimula a reação do paciente, podendo ajudá-lo a superar problemas, relacionar-se com os demais e ajustar-se ao que não pode ser mudado (BARLEM *et al.*, 2008).

Nesse estudo, o fato dos sujeitos relacionarem a humanização com a habilidade de “se colocar no lugar do outro” deve ser visto um fator positivo, que indica a tentativa dos profissionais de visualizar a assistência humanizada pela perspectiva do paciente, sensibilizando-se com sua condição e sofrimento. Além disso, não pode ser omitido que esse exercício implica também na capacidade dos profissionais de deixar de lado seus próprios valores para perceber o mundo do

outro sem preconceitos e se fazer presente na ação (ROGERS, 2001). Esta deve ser vista como uma habilidade emocional a ser desenvolvida pelos profissionais que desejam que o cuidado tecnicista ceda seu lugar ao cuidado humanizado (LEOPARDI, 2004).

Ao se colocar no lugar do outro, o profissional passa a ser capaz de sentir, avaliar e escolher como gostaria de ser tratado naquela situação, o que demonstra também uma atitude de respeito para com o paciente (VILA; ROSSI, 2002). Portanto, a empatia acaba se transformando num instrumento poderoso de redescoberta da essência humana do cuidado, proporcionando ao profissional a habilidade de escolher a melhor maneira de cuidar do seu cliente (LIMA *et al*., 2007).

Se colocar no lugar do outro é também uma forma de respeito à dignidade do paciente, sensibilizando o profissional a enxergá-lo através da sua individualidade e subjetividade, tratando-o com atenção e consideração, condição essencial para assisti-lo de modo integral e humanizado (VILA; ROSSI, 2002).

Analisando as diferentes nuances que os sujeitos associaram ao conceito de humanização, observa-se que, de modo geral, eles conhecem pelo menos os principais aspectos da humanização. Contudo, é preciso identificar, nas ações desses profissionais, os saberes constituídos e os que se fazem constituir diante da complexidade do atendimento humanizado em terapia intensiva. Espera-se do profissional competente que ele saiba agir com pertinência diante do inesperado, usando diferentes saberes: saber combinar e mobilizar sua rede de recursos e conhecimentos, saber transpor seu conhecimento para situações reais e promover respostas efetivas ao que lhe foi proposto, saber envolver-se e saber aprender continuamente com suas experiências, tornando-se o sujeito da ação capaz de realizar mudanças.

Segundo Le Boterf (2003), o saber agir não se reduz ao *savoir-faire* ou saber operar. O profissional competente deve saber executar não somente o que está prescrito, mas deve ir além, agindo também diante do imprevisto e das contingências. “Deve saber tomar iniciativas e decisões, negociar e arbitrar, fazer escolhas, assumir riscos, reagir às contingências, inovar no dia-dia e assumir responsabilidades” (p.38). A competência não se expressa em saber executar o que está prescrito e aplicar o que é conhecido, mas sim em saber fazer nos imprevistos. O saber agir não consiste somente em tratar um incidente, mas também em saber

antecipá-lo.

Nesse estudo, os depoimentos dos sujeitos mostram que, na tentativa de oferecer uma assistência humanizada, eles são capazes de executar ações que vão além do prescritivo, demonstrando a sensibilidade necessária para perceber o sofrimento do outro e tomar atitudes não usuais na tentativa de minimizar esse sofrimento. Agindo com pertinência, eles se mostraram capazes de proporcionar a pacientes e seus familiares as condições necessárias para um atendimento individualizado e mais humanizado. Porém, eles mesmos reconhecem que, muitas vezes, a tendência arraigada de agir de modo mecânico e impessoal suplanta esse saber agir com pertinência, deixando-os presos a práticas rotineiras que banalizam o cuidado, demonstrando certa contradição entre o dito e feito.

A supervalorização da tecnologia, a atmosfera de tensão e a rotina intensa de trabalho contribuem para a mecanização da assistência nas UTI, fazendo dos inúmeros procedimentos a serem realizados o foco da atenção dos profissionais, em detrimento do atendimento ao ser humano. É preciso mudar essa realidade, passando a privilegiar a subjetividade, a solidariedade e a interação humana para a realização de uma assistência centrada no homem e não na máquina (ZAMPIERI, 2001). O saber fazer humanização se expressa quando o profissional é capaz de utilizar o aparato tecnológico para prestar um cuidado que respeita a autonomia, a individualidade, a privacidade e a totalidade do paciente, considerando os seus sentimentos ao receber o cuidado.

Refletindo sobre a humanização em UTI, Silva (2000) refere que, ao prestar o cuidado ao paciente, o enfermeiro revela muito de si, seus pensamentos e sentimentos, através dos seus gestos, expressão facial e na delicadeza do toque. E afirma que, “em uma UTI, quando se está com medo, ansioso ou deprimido, receber um toque carinhoso afetivo, pode ser... divino!” (p. 06). Portanto, ao cuidar do paciente, o enfermeiro deve se perguntar como gostaria que fizessem aquilo para ele, que tom de voz gostaria de ouvir se estivesse em seu lugar ou se gostaria que o cuidado fosse oferecido em outro momento. Perceber o cuidado do ponto de vista do paciente possibilita oportunidade para o exercício de um cuidado integral, individualizado e humano.

É comum que os profissionais usem a falta de tempo e sobrecarga de trabalho como justificativa para a não humanização da assistência. O paciente deixa

de ser visto como um ser singular para ser considerado um objeto (SOUZA; SILVA; NORI, 2007). Mas é preciso lembrar que o paciente, em situação de dependência, carência e vulnerabilidade, precisa de cuidado integral e, principalmente, individualizado, o que requer interação entre quem cuida e quem é cuidado, mesmo que por breves momentos, durante a realização de algum procedimento (BARADEL, 2004; GATTI, 2004; SILVA, 2005). Saber agir é saber interpretar e o que fazer. A competência do profissional é reconhecida por meio da sua inteligência prática nas situações, não somente pela sua capacidade de fazer, de modo automático, mas também de compreender (LE BOTERF, 2003).

O saber agir não se traduz em saber fazer; o agir profissional estabelece uma coordenação de atos interdependentes uns dos outros. É preciso saber coordenar operações, e não somente aplicá-las isoladamente. Para agir com pertinência diante de uma determinada situação, o profissional competente deve compreender o porquê e o como fazer, assumindo uma dupla compreensão, tanto da situação sobre a qual atua como da forma como o faz (LE BOTERF, 2003; 2006). Agir com pertinência é ir além do prescritivo, sabendo improvisar diante de uma situação problema.

Entre as inúmeras situações problema com as quais o enfermeiro se depara na UTI, destaca-se a dificuldade de comunicação com o paciente sedado e ou intubado. Nesta situação, é um erro desconsiderar as formas de comunicação não verbal, tão necessária para interagir com esses pacientes. Mesmo impossibilitados de falar e talvez até por esse motivo, os pacientes intubados ou traqueostomizados continuam sentindo medo, insegurança e ansiedade, apresentando uma necessidade ainda mais evidente de conforto, segurança e atenção por parte de quem cuida.

Embora alguns depoimentos tenham revelado a tentativa dos enfermeiros para agir com pertinência diante de certas situações, ainda é notória certa fragilidade em relação à mobilização desse saber que, precisa ser reforçado. De acordo com Le Boterf (2003) o profissional competente é aquele que, além de possuir habilidades ou conhecimentos, sabe mobilizá-los em um contexto profissional. Segundo o autor, possuir saberes ou capacidades não significa ser um profissional competente. Pode-se conhecer técnicas ou regras de um procedimento e não saber aplicá-las no momento oportuno. O bom profissional deve dominar uma determinada técnica e

também executá-la em uma situação de competitividade e estresse.

Fragmentos das falas dos sujeitos demonstram a mobilização de recursos baseados na religiosidade e no relacionamento interpessoal como forma de promover a humanização, ultrapassando o saber prescritivo. A religiosidade é apontada por alguns autores como fator que favorece a sensibilização do profissional para perceber o sofrimento do paciente, favorecendo atitudes mais humanistas em forma de cuidado (NARAYANASAMY; OWENS, 2001; BALDACCHINO; DRAPER, 2001). De igual maneira, um relacionamento harmonioso entre os membros da equipe auxilia na redução do nível de estresse e tensão que permeia o labor desses profissionais, refletindo na assistência de qualidade.

Ao indicar a interação/integração da equipe como um facilitador para a efetivação da humanização, os sujeitos demonstraram conhecer a importância da mobilização desse recurso do meio que favorece o compartilhamento de ideias, influenciando comportamentos para que a humanização deixe de ser uma prática individual para se tornar filosofia na unidade. O saber trabalhar em equipe é um recurso que precisa ser mobilizado pelo profissional, pois ninguém é competente sozinho; precisa combinar e mobilizar tanto os recursos pessoais como os do meio onde atua. Nesse sentido, a interação da equipe torna-se fundamental, já que a humanização da assistência na unidade não pode ser dependente da atuação individual de alguns membros da equipe, devendo fazer parte da atitude de todos em direção de um mesmo objetivo. Isso é o que Jacques Girin (*apud* LE BOTERF, 2003) chama de “ordenamento operacional”, pois agrega elementos heterogêneos, ou seja, pessoas, equipamentos, objetos e espaços para a realização de uma atividade.

Porém, essa interação/integração tão desejosa ainda não é efetiva em toda a equipe, como relatado por um sujeito. Por isso, oficinas, reuniões e discussões sobre o tema são vistos pelos profissionais como ferramentas que podem auxiliar nesse processo. Estas atividades possibilitam a troca de experiências e informações e favorecem a motivação dos sujeitos para um agir humanizado. Elas caracterizam a rede de recursos externos ao sujeito, constituída por equipamento, meios de trabalho, redes relacionais e de informação, que Le Boterf (2003) recomenda que o profissional competente deva mobilizar, juntamente com a sua rede de recursos incorporados.

Nesse sentido, os profissionais entrevistados também relacionam “o querer de cada um” como um recurso pessoal imprescindível que deve ser mobilizado, visto que a humanização não deve ser imposta como regra; ela é intrínseca ao ser humano e cabe a este resgatá-la e trazê-la à tona para a sua prática diária. O “querer de cada um”, apontado pelos sujeitos, pode ser traduzido como “querer agir”, que se refere à motivação pessoal do indivíduo e ao contexto, representado pela humanização do cuidado, que o estimula em maior ou menor grau a intervir (LE BOTERF, 2003). A competência é indissociável da motivação; o sujeito precisa se sentir motivado para agir ou, em caso contrário, ele pode renunciar ao ato, apesar de possuir capacidade para agir (LE BOTERF, 2000).

Um dos sujeitos desse estudo confirma essa idéia, ao apontar que a desmotivação pode estar interferindo no seu querer agir humanizado. A unidade que serviu de campo para essa investigação passa por um momento de mudança em sua estrutura administrativa, o que tem gerado sentimentos de incerteza que talvez estejam influenciando essa desmotivação dos profissionais. Isso também demonstra que o contexto pode não estar estimulando positivamente esses profissionais. Segundo Le Boterf (2000), a motivação, presente na competência, ressalta o papel da emoção e da auto-imagem como facilitadores da mobilização dos recursos disponíveis, sendo que uma auto-imagem negativa ou a falta de confiança podem causar inibição e desvalorização, resultando em incompetência, neste caso, para o “agir humanizado”.

Quando questionado aos sujeitos se estes reconhecem a sua prática como uma prática humanizada, a maioria afirma que sim, embora reconheça que nem sempre isso é possível em decorrência das dificuldades inerentes ao contexto da terapia intensiva, como excesso de trabalho, tensão, escassez de pessoal e material e citam que um ambiente de trabalho tranquilo poderia facilitar a prática de um atendimento de qualidade. Estes aspectos demonstram dificuldade dos mesmos em mobilizar os recursos disponíveis no meio e transpô-los para a sua prática, viabilizando assim uma resposta efetiva.

Associado a esses fatores, a formação acadêmica desses profissionais fundamentada no modo curativo de assistência com ênfase na doença parece favorecer a mobilização desse saber constituído para o saber/fazer diário, revelando modos de agir prescritivos, apesar das tentativas conscientes de modificá-los.

Situações de estresse e tensão vivenciados pelos profissionais, agravados pela falta de interação da equipe que, muitas vezes não compartilham de um bom relacionamento, aliado ao espaço físico inadequado e à mecanização do serviço foram apontados como alguns dos fatores que podem dificultar a prática da assistência humanizada. O cenário apontado aqui é o que se observa em alguns estudos sobre o tema, que listam tais dificultadores como uma realidade premente no cotidiano da enfermagem dentro das unidades de terapia intensiva, onde se vê barulho constante, sofrimento, tensão, frustração, necessidade de improvisação, sobrecarga de trabalho com jornadas duplas e até triplas que geram cansaço e dificuldade de conciliar a vida familiar com a profissional. Associado a estes, os baixos salários, falta de incentivo, e ausência de interação da equipe, contribuem para a mecanização do cuidado (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004; SALICIO; GAIVA, 2006; SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008).

No entanto, a conclusão de estudos sobre o nível de estresse do enfermeiro nos diferentes serviços de saúde é que o trabalho do enfermeiro em UTI não é mais estressante que nas demais unidades (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001; BATISTA; BIANCHI, 2006) e, portanto, o estresse não poderia ser apontado como justificativa para o cuidado a desumanização nessas unidades. Além do mais, é uma utopia pensar uma UTI sem tais características e o enfermeiro não pode se apoiar nessa premissa para justificar suas ações. Pelo contrário, ele deve aprender a mobilizar seus conhecimentos e os recursos disponíveis no meio, transpondo-os para essa realidade para superar os obstáculos e fazer com que a humanização da assistência se torne uma realidade.

No dia a dia, é possível se deparar com pessoas que possuem conhecimentos ou capacidades, mas não sabem mobilizá-los de modo pertinente e oportunamente numa determinada situação de trabalho. A competência não é inventada, ela se realiza na ação, pois, se faltam os recursos a serem mobilizados não há competência; da mesma forma, se os recursos existem, mas não são mobilizados oportunamente e intencionalmente, na prática, é como se eles não existissem (LE BOTERF, 1994).

Prestar cuidado humanizado no contexto da terapia intensiva é uma situação desafiadora em virtude das características dessa unidade, que impõem ao profissional saber lidar com a tensão, o estresse e a urgência no atendimento.

Frente a essa situação, o profissional é desafiado para uma ação, formula julgamentos, compromete-se com a resposta e decide. É necessário saber mobilizar os recursos do meio que permitam a esse profissional estabelecer raciocínio, enfrentar os dilemas e julgar o que é mais adequado, adaptando-se a tais circunstâncias para o exercício da prática humanizada, visto que este cenário faz parte do cotidiano da UTI e não pode ser visto com um empecilho à humanização da assistência (LUCCHESE; BARROS, 2009).

Faz-se necessária uma profunda reflexão sobre a necessidade de repensar a rotina de trabalho na UTI, em virtude das diversas barreiras apontadas no fazer diário da enfermagem (CAMPONOGARA *et al.*, 2011). Para tanto, o trabalho deve ser encarado como algo prazeroso, que traga satisfação e não como fonte de sofrimento e angústia, sendo essencial que ocorram mudanças, não só internamente nos trabalhadores, mas também no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais para que a humanização realmente se efetive (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Ainda é preciso considerar que a humanização não pode ser pensada apenas na dimensão individual do paciente, sendo necessário considerar também a equipe cuidadora. A humanização só se torna possível quando os profissionais se sentem humanizados, respeitados, valorizados e motivados na sua profissão, incorporando a real importância desse processo e sentindo-se protagonistas da ação (CAMPONOGARA *et al.*, 2011).

Segundo Le Boterf (2003), além de saber mobilizar os conhecimentos e recursos, o profissional deve saber selecionar os recursos cognitivos necessários, organizá-los e empregá-los para realizar uma atividade profissional ou resolver um problema. A competência é composta por fragmentações de saberes que devem ser combinados e selecionados no momento oportuno, de forma consciente: “saber andar de bicicleta supõe saber frear, saber pedalar, saber acelerar...”. (p. 56). Porém, a competência fragmentada não é competência e tão pouco se reduz à adição de saberes. Nem tudo o que o profissional sabe é utilizado a todo o momento. A integração dos saberes, do saber-fazer e dos comportamentos se estabelece em função das exigências da situação de trabalho, devendo essa integração ocorrer de forma harmoniosa (combinatória pertinente); caso contrário, não se constituirá em competência.

Os profissionais investigados afirmam que, para oferecer uma assistência humanizada, é necessário combinar os conhecimentos adquiridos na vivência profissional com os saberes e valores pessoais de cada um. Essa combinação proporciona formas personalizadas de atendimento humanizado, confirmando a idéia de que humanizar é intrínseco a cada um e, portanto, não deve ser moldado. Para cada situação uma nova combinação deve ser acionada, não só para solucionar problemas administrativos, como citou um dos sujeitos, mas também para lidar com as especificidades de cada paciente. Na opinião de Le Boterf (2003, p. 56), a "competência é mais da ordem da combinação do que da mistura". O profissional competente não é aquele que usa o mesmo recurso para qualquer circunstância, mas aquele que sabe articular a melhor estratégia em função da situação encontrada.

A enfermagem é uma profissão que lida diretamente com o improviso no seu cotidiano. Em virtude da escassez de material e recursos humanos, os enfermeiros desde muito cedo tem que aprender que a realidade da assistência é muito diferente daquela ensinada durante a sua formação e, portanto deve aprender a improvisar para atender o paciente de forma segura e eficaz. O saber da enfermagem é constituído por uma sucessão de conhecimentos e habilidades que se combinados adequadamente resultam em um cuidado de qualidade. Portanto, ao enfermeiro é imprescindível desenvolver competência para obter esse resultado (CATAFESTA, 2008). A coerência de associação dos saberes, do saber-fazer e dos comportamentos é determinada de acordo com as exigências da situação de trabalho (LE BOTERF, 2003).

A integração do relacionamento interpessoal com o querer agir e o saber profissional também foram lembrados pelos enfermeiros como forma de proporcionar um ambiente de trabalho agradável, onde a humanização deve ser estendida também ao cuidado com os profissionais, resultando em atendimento seguro e de qualidade ao paciente.

Em relação aos conhecimentos que o enfermeiro deve possuir para a prática de uma assistência humanizada, os sujeitos citaram o autoconhecimento como pré-requisito. O autoconhecimento é necessário a qualquer profissional, mas especialmente ao enfermeiro que atua em terapia intensiva, cuja atmosfera, cercada de tensão e angústias, pode desestruturar esse profissional e até mesmo cristalizar

as suas emoções como mecanismo de defesa. O autoconhecimento é um caminho para que o enfermeiro possa reconhecer valores, preconceitos, atitudes, crenças, sentimentos e emoções que se expressam na sua relação com o outro. Fazer-se conhecer, suscita transformações no ser que cuida, conscientizando-o e reintegrando-o a si mesmo. Ao desvelar os próprios sentimentos, o profissional estará verdadeiramente apto a compreender o outro (DEZORZI, 2006).

Carper (1978, *apud* VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009) refere o autoconhecimento, conhecimento do *self,* como um instrumento importante para a compreensão do significado de saúde, em termos de bem-estar individual, sendo fundamental em toda relação terapêutica a maneira como os profissionais vêem a si mesmo e ao cliente. Nessa perspectiva, o enfermeiro deve procurar conhecer as suas possibilidades, fragilidades e singularidades como ser humano controlando e compreendendo as próprias emoções. Sendo assim, desenvolve um processo de cuidar centrado no atendimento das necessidades do ser cuidado transcendendo o mero tecnicismo (VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009).

Porém, há de se considerar a dificuldade desse processo, tal como relata Esperidião, Munari e Stacciarini (2002), pois os profissionais demonstram certa resistência em trabalhar com emoções e sentimentos que, muitas vezes são sublimados em detrimento dos aspectos técnicos do atendimento em saúde, sendo que na busca por esse autoconhecimento, a formação acadêmica assume papel fundamental, pois como ser humano este experimenta uma ampla gama de sentimentos que podem desencadear crises que irão refletir no cuidado prestado ao paciente. Ante o exposto, vale destacar a sugestão de um dos sujeitos no sentido de promover oportunidades para esses profissionais se autoconhecerem, através de terapias de grupo ou mesmo acompanhamento psicológico, permitindo aos mesmos trabalhar seus sentimentos e emoções.

No relacionamento interpessoal não há unilateralidade, pois este decorre de duas fontes: o eu e o outro e, neste aspecto o autoconhecimento facilita esse processo na medida em que a consciência da existência do outro passa pela tomada de consciência de mim (KESTENBERG, 2006; MOSCOVICI, 2010). Pois “não compreenderemos de fato algo fora de nós, que não esteja em relação ao nosso ser, à nossa própria dimensão íntima” (RAFFAELLI, 2004, p. 18).

Além do autoconhecimento, o conhecimento formal também foi destacado

pelos profissionais como importante para a efetivação de um cuidado humanizado na prática, por trazer segurança e também valorização ao profissional. Nesse aspecto, vale destacar que todos os sujeitos desse estudo buscaram melhorar sua qualificação profissional, por meio de cursos de especialização e de mestrado, demonstrando preocupação em melhorar seu desempenho profissional. Sem dúvida, esse é um caminho que não pode ser deixado em segundo plano, qualquer que seja o objetivo profissional e, especialmente quando se deseja melhorar qualquer aspecto da prática.

Outro aspecto lembrado pelos sujeitos investigados que os ajuda no exercício de uma prática humanizada foi a religiosidade. Sendo a religião e a espiritualidade fontes de conforto e esperança, esse conhecimento se transforma em um instrumento a ser utilizado pelo enfermeiro para auxiliar o paciente e seus familiares a fortalecer seus mecanismos de enfrentamento diante da situação vivenciada (NASCIMENTO *et al*., 2010).

Competência técnica e humana na prática dos profissionais não se limita, então, ao atendimento como uma prática que se dá, apenas, do profissional para o paciente, de forma verticalizada e paternalista. Compreende, ao contrário, que todos são sujeitos e destinatários de cuidado nas mais diferentes formas e expressões. Assim como o paciente, o profissional é um ser humano único e, como tal, demanda valorização e reconhecimento de suas necessidades e atenção para ter condições de desenvolver o cuidado humanizado nas práticas de saúde. Nas práticas gerenciais e assistenciais humanitárias, o profissional se permite ser humano, sentir-se em relação com um OUTRO, também humano, manifestar a sua sensibilidade, criar empatia, estabelecer relação sujeito/sujeito e, dessa forma, tornar o cuidado uma prática humanizante e humanizadora (SELLI, 2003).

Os exemplos práticos citados pelos profissionais nesse estudo denotam a constituição do saber combinar conhecimentos, porém, alguns recursos e conhecimentos (relacionamento interpessoal e autoconhecimento) ainda são limitados e precisam ser reforçados.

Somado ao saber combinar, o “saber aprender e aprender a aprender” é definido por Le Boterf (2003) como saber transformar uma ação em experiência, aprendendo com ela, ou seja, o profissional aprende com suas experiências, transformando-as em fonte de saber. Nessa perspectiva, esse saber ficou claro nos

relatos dos profissionais, demonstrando que as intercorrências da vida e mesmo a experiência profissional funcionaram como oportunidade para “aprender e aprender a aprender”, confirmando a concepção de que o aprendizado ocorre além dos muros formais da escola. As experiências foram referidas pelos sujeitos como oportunidades para compreender o real sentido da humanização, fazendo com passassem a enxergar o cuidado ao paciente e seus familiares sob a ótica da humanização da assistência.

De acordo como os sujeitos, a experiência profissional também é uma forma de construir o conhecimento, que enriquece muito o conhecimento obtido na formação profissional oficial. Por meio de suas vivências diárias, ele aprende sobre diversos aspectos da profissão, incluindo o relacionamento interpessoal com pacientes e outros membros da equipe. Isto significa que o profissionalismo advém da história do profissional, do seu contado com as dimensões pessoal, social e laboral. Por conseguinte, a relação de confiança profissional-cliente pode se pautar mais na experiência de atuação do que em diplomas (LE BOTERF, 2003).

Vale ressaltar, no entanto, a opinião dos enfermeiros entrevistados sobre a ineficiência dos espaços formais de aprendizagem em despertar o profissional para os aspectos não biológicos do cuidado. Considerando a idade e tempo de exercício profissional da maioria dos sujeitos, é possível concluir que quase todos foram formados segundo um modelo de ensino em saúde marcado por uma visão tecnicista e compartimentada do ser humano que valorizava mais os aspectos curativos do que os preventivos, privilegiando o corpo em detrimento dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais e cuja base curricular não se pautava nos princípios do SUS. Os sujeitos foram praticamente unânimes em afirmar que a formação acadêmica que receberam contribuiu mais para que ignorassem os aspectos relacionados à humanização da assistência do que para lhes despertar a importância de considerar o ser humano como um todo, oferecendo-lhe um cuidado integral e humanizado no cotidiano profissional, o que de certa forma traduz uma postura conformista desses profissionais diante desse cenário.

Ao longo dos tempos, o ensino da enfermagem no Brasil passou por várias mudanças, seguindo as tendências político-econômico-sociais vigentes na saúde e na educação de cada época. Porém, com a predominância do modelo biomédico, a formação do enfermeiro tinha como foco a tríade individuo/doença/cura e a

assistência hospitalar. A maioria dos sujeitos foi formada pelo currículo mínimo de 1972, quando o curso era denominado Enfermagem e Obstetrícia e que criava as habilitações em Saúde-Pública, Enfermagem Médico-cirúrgica e Obstetrícia enfatizando o domínio de técnicas avançadas em saúde decorrente da evolução científica (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001; ITO *et al.*, 2006).

Ainda hoje, o ensino na área da saúde frequentemente conduz os profissionais a estudar o processo saúde-doença de forma compartimentada e isso se reflete em sua prática, impedindo-o de enxergar o cliente de forma integral e comprometendo sua atuação humanizada (GOMES *et al.,* 2006). A fragmentação das disciplinas impede que o ensino seja voltado para a condição humana como unidade complexa (MORIN, 2003). No entanto, a recomendação é de que as escolas priorizem o desenvolvimento de competências e não a mera transmissão de conhecimento, estimulando o profissional a ser capaz de enfrentar as várias situações que permeiam a real necessidade de saúde das pessoas, pois não há formação de competência sem promover situações para a mobilização do conhecimento (COSTA, 2005; PERÓN, 2009).

Uma vez que os conteúdos e programas desenvolvidos nos cursos de graduação tem se mostrado insuficientes e/ou desarticulados com a proposta de construção da integralidade do cuidado, sua revisão é condição *sine qua non* para essa mudança (SILVA; SENA, 2006). O atual modelo reforça, legitima e retroalimenta o processo de tecnologização de um saber/tratar tido como científico, contrapondo-se ao saber/cuidar que não é percebido como tal (MARQUES, 2002; BORGES e SILVA, 2010). O ensino do cuidado humanizado deve suscitar no aluno o sentido de ser humano no contexto globalizado, com base em uma formação crítico-reflexiva indicando que este deve assumir uma postura ética sem imposição do seu poder simbólico no cuidado (SHIRATORI *et al.*, 2003).

No Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional para a Educação para o século XXI, o aprender a aprender é descrito como um dos pilares da educação, enfatizando a necessidade de capacitar o aluno para percorrer os caminhos da busca do conhecimento, desenvolvendo sua capacidade de superar os conteúdos apreendidos na sala de aula e sendo ator do seu próprio conhecimento, de modo a tornar o processo de construção do conhecimento dinâmico e permanente. De acordo com o relatório, uma formação integral deve potencializar as

capacidades de aprender a aprender, aprender a fazer e aprender a ser e viver junto, configurando-se como um desafio para a educação no século XXI, uma vez que o modelo vigente prioriza uma formação tecnicista em detrimento do conhecimento sociovalorativo (DELORS, 1999).

No presente estudo, um dos sujeitos sinaliza a importância de uma formação acadêmica com visão holística do ser humano, que transforme o cuidado humanizado em algo espontâneo na prática desses profissionais, atuando de maneira crítico-reflexiva com consciência do seu valor. No entanto, para que o agir humanizado se concretize é necessário que o profissional saiba transpor para a sua prática os conhecimentos e habilidades aprendidos, mobilizados e combinados adequadamente, empregando-os em situação distintas. O profissional que sabe transpor não se limita à mera repetição de tarefas; é capaz de aprender e se adaptar. Segundo Le Boterf, “a faculdade para transpor permite ao profissional reconhecer isomorfismos nas estruturas dos problemas ou das situações sobre as quais deve intervir” (2003, p. 72).

Os relatos dos enfermeiros investigados permitem visualizar a constituição desse saber ao impedir que a atmosfera de tensão da unidade interfira no cuidado ao paciente, preservando-o. O estresse é referido como causador da redução da capacidade de recuperação tecidual, resposta imunológica lenta e, portanto maior propensão a infecções (CHAVES, 2000), e a enfermagem desempenha um papel essencial no sentido de minimizar esses estressores, favorecendo a recuperação do paciente (STUMM *et al*., 2008).

É importante ressaltar que essa transposição deve estar presente em todos os momentos do cuidado. Para que o cuidado humanizado se efetive, é preciso que o profissional saiba transpor para a sua prática profissional as concepções de saber se colocar no lugar do outro e querer/saber interagir com o paciente, pois a competência se constrói por meio da articulação do saber com o contexto. E a formação profissional é descrita como um importante facilitador nesse processo de transposição de saberes, pois viabiliza a introjeção de conhecimentos como determinantes da conduta do profissional diante das situações. Embora a formação acadêmica não tenha contribuído para a constituição das competências esperada para esses profissionais, é possível inferir que a experiência profissional e a vivência no universo da terapia intensiva os tenha preparado para tal.

Somando-se a tudo isso, é necessário que o enfermeiro saiba se colocar como sujeito de ação, capaz de realizar mudanças. Tal aspecto é definido por Le Boterf (2003) como saber envolver-se, que representa um somatório de todos os outros saberes apresentados, onde o profissional consegue envolver-se com iniciativas e propostas que ultrapassam instruções e procedimentos.

Nesse estudo, os relatos evidenciam que o "saber envolver-se" se restringe a práticas individualizadas de cuidado exercidas por esses profissionais que se consideram envolvidos com o processo de humanização da assistência. Porém, os sujeitos não percebem o mesmo envolvimento na equipe como um todo e demonstram uma postura passiva diante da situação, atribuindo à gerência da unidade e à instituição a responsabilidade de motivar essa equipe, por meio de atividades que levem seus integrantes a refletir sobre a sua prática. Entretanto, segundo Lucchese (2005, p. 185), "o profissional deve assumir o seu papel e não cruzar os braços à espera de um culpado". Ele deve se reconhecer como protagonista desta ação, para viabilizar o agir pertinente ao contexto.

Numa tentativa passiva de mudança desse cenário, os sujeitos apontam que a postura do profissional diante da humanização do cuidado é importante para suscitar na equipe uma atitude reflexiva, que conduza a uma mudança de atitude no cotidiano dos profissionais e servindo de modelo para que os mesmos pratiquem a humanização. O saber envolver-se é um dos saberes envolvidos na constituição de competência para a humanização que ainda precisa ser intensamente trabalhado com os profissionais da UTI estudada, com o objetivo de efetivar a prática do cuidado humanizado como um filosofia concreta da unidade, endossada por todos os envolvidos na assistência. É necessária uma mudança de atitude e a adoção de uma postura mais pró-ativa desses profissionais, tomando para si a responsabilidade que lhe cabe na transformação desse contexto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados, todos os sujeitos foram capazes de apresentar seu conceito sobre humanização, embora nem todos tenham incluído todos os aspectos relacionados: cuidar integralmente, interagir com o paciente e se colocar no lugar deste. Esse é o ponto de partida para que a humanização da assistência se faça presente em sua prática profissional, mas, sozinho, não os capacita para isso. Também é necessário que eles dominem os diferentes saberes envolvidos na constituição dessa competência e, nesse aspecto, os resultados mostraram limitação relacionada a alguns deles.

É possível perceber que a maioria deles sabe, pelo menos em tese, agir com pertinência em situações que exigem ações profissionais que devem ir além do cuidado prescritivo. Assumindo atitudes não usuais, os enfermeiros demonstraram sensibilidade para o agir humanizado, com base em suas concepções e com o intuito de minimizar o sofrimento do cliente. Porém, há momentos em que esse saber se mostra inconsistente, com a prática de ações que se restringem ao prescritivo e de modo mecanizado, evidenciando falha no processo de comunicação/interação enfermeiro-paciente e contradizendo os conceitos apresentados.

Embora os enfermeiros tenham afirmado saber mobilizar conhecimentos e recursos para oferecer o cuidado humanizado, a mobilização de alguns recursos do meio, representados pela interação da equipe e o relacionamento interpessoal, foi colocada como aspecto dificultador para essa prática. Em alguns plantões, há diferença no comportamento dos membros da equipe multiprofissional em relação à integração entre eles, com um profissional contradizendo ou se contrapondo às decisões de outro, o que, muitas vezes, limita as ações do enfermeiro para uma assistência humanizada. Isso desmotiva os profissionais e indica claramente a necessidade de trabalhar o relacionamento entre eles, de modo a garantir a autonomia de cada um e o respeito às decisões tomadas, especialmente quando relacionadas ao cuidado humanizado.

Apesar dos entraves, os sujeitos reconhecem sua prática como humanizada, mesmo que algumas vezes sofram a influência dos problemas do dia-a-dia da unidade, que dificultam a mudança de comportamento. A sua postura diante das dificuldades é a de que, embora queiram e saibam fazer a assistência humanizada,

quando não a implementam é por impedimentos oriundos de outras pessoas ou dos recursos do ambiente, pois é mais fácil atribuir as falhas a outrem do que assumi-las. Por outro lado, a colocação de sua prática como humanizada é uma visão unilateral, já que não foi perguntada a opinião de quem recebe o cuidado. Somente confrontando sua opinião com a dos pacientes e familiares é que se poderia concluir a esse respeito, sendo esta uma das limitações desse estudo.

Contudo, a humanização não tem data e nem momento certo para acontecer, devendo estar presente em todas as ações dos profissionais no cuidado ao paciente, a despeito das barreiras encontradas. Tal fato demonstra a dificuldade dos sujeitos em saber mobilizar sua rede de recursos e transpô-los para sua prática. Portanto, esse saber deve ser incentivado.

O cuidado à família do paciente foi apontado em diversos momentos como um indicador seguro para a avaliação da humanização na assistência; porém, eles não foram capazes de relatar situações em que foram realizadas interações ou intervenções no sentido de acolher e se relacionar com os familiares visando minimizar os aspectos negativos dessa experiência. Na UTI investigada, essa tarefa é delegada a outros profissionais da equipe, sob a alegação da sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, demonstrando, mais uma vez, contradição entre o dito e o feito.

Na tentativa de agir de forma humanizada, os enfermeiros revelaram saber combinar os seus conhecimentos e aplicá-los em situações reais. Essa combinação dos conhecimentos adquiridos na vida profissional, com os valores pessoais e o saber científico reforça que o autoconhecimento e o saber científico são indissociáveis e essenciais para garantir a segurança necessária nas suas ações e também a valorização profissional.

A transposição de saberes também foi evidenciada em algumas ações com o intuito de minimizar o estresse do paciente. Porém, embora alguns dos sujeitos tentem, de forma consciente, se policiar para que o agir mecanizado não ocorra, ao atuar dessa forma torna-se evidente a transposição do saber biomédico impregnado na formação desses profissionais, o qual determina nuances na forma de um agir que não vai além do prescrito.

O “saber aprender e aprender a aprender” foi evidenciado pelos enfermeiros que afirmaram ter aprendido sobre humanização com suas experiências de vida e

com fatos ocorridos no cotidiano da profissão, confirmando que a aprendizagem ocorre também fora dos muros da escola, no dia-dia do individuo e nas suas relações. Esse aspecto assume importância especial quando analisado juntamente com o fato de os sujeitos, de modo geral, terem declarado que sua formação acadêmica em pouco ou nada contribuiu para a constituição do saber fazer uma assistência humanizada.

O “saber envolver-se” revelou-se o mais limitado dos saberes nessa equipe, tendo em vista que, mesmo se considerando envolvidos na realização de uma assistência humanizada, eles julgam não ter qualquer responsabilidade em relação à falta de envolvimento de outros membros da equipe, atribuindo todo o encargo à gerência do serviço e administração do hospital. Se colocam como envolvidos no processo, mas não conseguiram descrever qualquer ação que tenham executado para favorecer a inclusão de outros integrantes da equipe, mesmo afirmando que nem todos são comprometidos. Reconhecem a postura do enfermeiro como fundamental para motivar a equipe, devendo servir de modelo para os outros membros, mas assumem uma postura passiva diante da situação.

No geral, os sujeitos demonstraram possuir a maioria dos saberes necessários para executar uma prática humanizada, mas apresentaram dificuldade para transpô-los na prática, culpando sua formação acadêmica por não tê-los preparado para tanto e, também, todos os outros fatores externos a si mesmos. Portanto, como competência se faz a partir da constituição de todos esses saberes, que são complementares, é possível inferir que a equipe pesquisada ainda não está completamente preparada para instituir a humanização da assistência aos pacientes da unidade. É fundamental traçar estratégias que visem desenvolver nos profissionais aqueles saberes que ainda se mostram um tanto incipientes e reforçar os já existentes, para que o agir humanizado em UTI se concretize.

Assim, considera-se plenamente atingidos os objetivos traçados para esse estudo, na certeza de que em muito esses resultados contribuirão para a tarefa de planejamento das atividades a serem realizadas para a implementação de uma prática humanizada nesta UTI. Além disso, pesquisas futuras poderão ajudar na elucidação de outros aspectos que ainda entravam esse processo e ajudar os responsáveis pela educação continuada na decisão dos pontos a serem melhor trabalhados e onde são maiores as chances de sucesso dos investimentos.

REFERÊNCIAS

Allessandrini CD. O desenvolvimento de competência e a participação pessoal na construção de um novo modelo educacional. In: Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado NJ, Allesandrini CD, editors. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Shilling C, Murad F, translators. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 157-76.

Almeida LPV, Ferraz CA. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008; 61(1): 31-5.

Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2006; 19(4):444-9.

Araujo RML. As referências da pedagogia das competências. Perspectiva [Internet]. 2004 [cited 2011 may 03]; 22(02):497-524. Available from: http://www.ced.ufsc.br/nucleos/nup/perspectivas.html.

Archanjo JVL, Barros MEB. Política nacional de humanização: desafios de se construir uma “Política Dispositivos”. In: XV Encontro Nacional da ABRAPSO [Internet]; 2009 out/nov 30-02; Maceió, Brasil. 2011 [cited 2011 abr. 29]. Available from: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais.pdf.

Arone EM, Cunha IC. Technology and humanization: managed challenges by the nurse in behalf of complete assistance. Rev Bras Enferm. 2007;60(6):721-3.

AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Humanização em cuidados intensivos. Rio de Janeiro (Brasil): Revinter; 2004. 117p.

Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(2):221-7.

Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. J Adv Nurs. 2001; 33(6): 833-41.

Baradel A. Os minutos da comunicação no serviço de emergência. In: Silva MJP, editor. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004. p. 29-37.

Barbosa EMA, Brasil VV. Boletim informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Mai-Ago; 9(2): 315-328. Available from: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a03.htm

Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004. 223p.

_____. Análise de conteúdo. 4ª Ed. Lisboa: Edições 70; 2008. 281p.

Barlem ELD, Rosenhein DPN, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008 [cited 2011 aug 15];10(4):1041-9. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a16.htm.

Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(4):534-9.

Bergamini ACDG. Humanização em uma UTI - adulto no Distrito Federal

[dissertation]. Brasília – DF: Faculdade de Ciências da Saúde/UNB; 2008. 169p.

Bernardo ASS, Gomes ID, Almeida MPP. Análise das práticas: um estratégia de construção de saberes da prática dos cuidados de enfermagem. Revista Sinais Vitais [Internet]. 2008 [cited 2011 Out 26];(80): 3-12. Disponível em: http://www.sinaisvitais.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=384%3A-revista-no-80-setembro-2008&catid=106%3Arevistas-2008-e-2009&Itemid=145&limitstart=2

Boaretto C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-dia da prática dos serviços. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9(1):20-22.

Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

Borges MS, Silva HCP. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5): 823-9.

Caetano JA, Soares E, Andrade LM, Ponte RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. Esc Anna Nery R Enferm. 2007;11(2):325-30.

Camponogara S, Santos TM, Seiffert MA, Alves CN. O cuidado humanizado em terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. R. Enferm. UFSM. 2011; 1(1): 124-32.

Carlos C, Rodrigues CMC, Souza GF. Humanização na unidade de terapia intensiva: enfermeira, paciente e família. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2004; 2:11-6.

Carvalho MLM. Cuidado, sociedade e gênero: um estudo com pais cuidadores [thesis]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Psicologia de Comunidade e Ecologia Social/UFRJ; 2007. 378 p.

Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem. 2005; 13(1):105-11.

Catafesta F. Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar: experiência da enfermeira [dissertation]. Curitiba: Departamento de Enfermagem/UFPR; 2008. 121 p.

Ceccim RB, Feuerwerke LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública. 2004;20(5):1400-10.

Cesarino CB, Rodrigues AMS, Mendonça RCHR, Corrêa LCL, Amorim RC. Percepções dos pacientes em relação à unidade terapia intensiva. Arq Ciênc Saúde. 2005;12(3):158-61.

Chaves ACM. Percepções dos familiares internados em UTI, em relação à equipe de enfermagem. [monography]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2000.

Cianciarullo TI. Instrumentos básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade de assistência. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003.

Collet N, Rozendo CA. Humanização e trabalho na enfermagem. Rev Bras Enferm. 2003; 56(2): 189-192.

Conceição NA, Silva OB, Barbosa SF, Orlando JMC. Visitantes: também são parte da equipe. In: Orlando JMC, editor. UTI: muito além da técnica a humanização e a

arte o intensivismo. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 83-4

Corbani NMS, Brêtas MCP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. Rev Bras Enferm. 2009; 62(3): 349-54.

Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. A UTI neonatal sob a ótica das mães. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2010 [cited em 2011 mar 12];12(4):698-704. Available from: http:// www. fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a15.htm.

Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009 [cited 2009 Out 20];13 suppl 1:571-80. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a09v13s1.pdf.

Costa TA. A noção de competência enquanto princípio de organização curricular. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2005; agosto, n 29.

Cunha PJ, Zagonel IPS. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. Acta Paul Enferm. 2008; 21(3):412-9.

Delors J, *et al*. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. 3ª ed. São Paulo: Cortez, Brasília (Brasil): MEC, UNESCO;1999.

Deslandes SF (org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 416 pp

Dezorzi LW, Camponogara S, Vieira DFVB. O enfermeiro de terapia intensiva e o cuidado centrado na família: uma proposta de sensibilização. Rev Gaúcha Enferm 2002;23(1):84-102.

Dezorzi LW. Dialogo sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva [dissertation]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem/UFRGS; 2006.143 p.

Esperidião E, Munari DB, Stacciarini JMR. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras pra o autoconhecimento na formação do enfermeiro. Rev Lat Am Enfermagem. 2002; 10(4):516-22.

Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egry EY. Caminhos da Formação de Enfermagem: continuidade ou ruptura?. Rev Bras Enferm. 2003; 56(4): 343-7.

Ferrareze MVG, Ferreira V, Carvalho MP. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2006; 3(19): 310-15.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986

Ferreira HM. A totalidade do conhecimento da enfermagem: uma abordagem curricular. Acta Paul Enferm. 2003;16(1):56-65.

Fiocruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Assistência farmacêutica em foco no Estado do Rio de Janeiro: normas e documentos para ação[Internet]. 2009 [cited 2011 may 24]. Available from: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/introducao.

Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito competência. RAC. Edição Especial. 2001: 183-96.

Freitas KS. Necessidades de familiares em UTI: análise comparativa entre hospital público e privado [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2005. 109 p.

Freitas RAMM. Reflexividade e competência – a graduação em enfermagem [thesis]. Marília: Faculdade de Filosofia e Ciência/UNESP; 2002. 253 p.

Frigotto G. *Educação e a crise do capitalismo real*. São Paulo: Cortez, 1995.

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(1): 80-7.

Garcia LAM. Competências e Habilidades: você sabe lidar com isso? Educação e Ciência On-line [Internet]. 2005 [cited 2011 may 01]. Available from: http://uvnt.universidadevirtual.br/ciencias/002.htm..

Gatti MFZ. O tempo urgente dos protagonistas do serviço de emergência. In: Silva MJP, editor. Qual o tempodo cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004. p. 101-9.

Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 2ª ed., São Paulo: Cortez, 1985.

Gomes AMA, Albuquerque CM, Catrib AMF, Silva RM, Nations MK, Albuquerque MF. Os saberes e o fazer pedagógico: uma integração entre teoria e prática. Educ. rev [Internet]. 2006 [cited 2011 out 26]; 28(s/n): 231-246. Available from: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/issue/view/557

Holanda FHO, Freres H, Gonçalves LP. A pedagogia das competências e a formação de professores: breves considerações criticas. Revista Eletrônica Arma da Crítica [Internet]. 2009 [cited 2011 may 27]; 1(1):1-14. Available from: http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/helenas_e_laurinete.pdf

Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(4):570-5.

Jobert G. A profissionalização: entre a competência e o reconhecimento social. In: Altet M, Paquay L, Perrenoud P, editors. A profissionalização dos formadores de professores. Murad F, translator. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.221-32.

Kestenberg CCF, Reis MMSA, Motta WC, Caldas MF, Rodrigues DMC. Cuidando do estudante e ensinando relações de cuidado de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(Esp): 193-200.

Knobel E. Condutas no paciente grave. 2ª ed. Vol. 2. São Paulo: Atheneu; 1999.

Le Boterf G. De la compétence. Essai sur un attracteur étrange. Paris: Les Editions d'organisation; 1994.

Le Boterf G. Compétence et navigation professionnelle. Paris: Editions d´Organization; 2000.

Le Boterf G. Ingénierie et évaluation des compétences. 3ª éd. rev. Paris : Éd. d'Organisation; 2001. 240 p.

Le Boterf G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. 3ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Le Boterf G. Construir as competências individuais e coletivas. Porto: ASA; 2005. 129 p.

Le Boterf G. Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. Reflexão RH [Internet]. 2006 [cited 2010 out 13]; 6(s/n):60-3. Available from: http://www.guyleboterf-conseil.com/articlesenligness.htm.

Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(2):145-50.

Lemos M, Bazzo LMF. Formação do fonoaudiólogo no município de Salvador e consolidação do SUS. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(5):2563-8.

Leopardi, MT. Entre a moral e a técnica: ambigüidades do cuidado de enfermagem. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.

Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9(17):369-79.

Lima JOR, Munari DB, Esperidião E, Souza JC. Aprendendo o cuidado humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem. Cienc Cuid Saude. 2007; 6(1):11-20.

Lino MM, Calil AM. O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4):777-83.

Lino MM, Silva SC. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. Nursing. 2001; 41(4):25-9.

Lopes MJ, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad. Pagu. 2005; (24):105-25.

Louro TQ, Lira RCLM, Moura LF. Dehumanization and careless in intensive care under the view of nursing. Rev enferm UFPE on line. 2011; 5(9):2143-51.

Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constiuição de competências na formação e na prática do enfermeiro [thesis]. São Paulo: Escola de enfermagem/USP; 2005. 251 p.

Lucchese R, Barros S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1): 152-60.

Macedo L. Situação-problema: forma e recurso de avaliação, desenvolvimento de competências e aprendizagem escolar. In:Perrenoud P, Thurler MG. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**.** Shilling C, Murad F, translators. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.113-35.

Machado NJ. Disciplinas e competências na Educação Profissional [mimeograf.]. Faculdade de Educação/USP. 2000.

Machado NJ. Sobre a idéia de competência. In: Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado NJ, Allesandrini CD, editors. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Shilling C, Murad F, translators. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 137-55

Maciak I, Sandri JVA, Spier FD. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. Cogitare Enferm. 2009; 14(1):127-35.

Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saude:

a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichamann e Affonso Ed.; 2003.

Marques CMS. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. Formação. 2002; 5:17-27.

Martins JJ, Nascimento ERP. A tecnologia e a organização do trabalho de enfermagem em UTI. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2005; 34(4):23-7.

Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, Schneider DG, Schweitzer G, Mattioli Neto H. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008 [cited 2010 nov 28];10(4):1091-101. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm.

Maruiti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. Acta Paul Enferm. 2007;30(1):37-43.

Melo GN. Afinal oque é competência?. Revista Nova Escola. Março 2003.

Mendes AM, Linhares NJR. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. Rev Bras Enferm. 1996;49(2):267-80.

Mezomo CJ. Hospital Humanizado. Fortaleza: Premius; 2001.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, editor. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 9 -29.

Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico na área de saúde. Brasília (Brasil): OPAS; 1999. Mimeografado

Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001a.

Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Formação em Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Nº 2. Brasília (Brasil): Ministerio da Saúde; 2001b.

Ministério da Educação; Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília (Brasil): 09 nov.; 2001c. Seção 1, p. 37.

Ministério da Saúde; Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS – Políca Nacional de Humanização: documento para discussão. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde. HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanidade como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.071,de 04 de julho de 2005. Política nacional de atenção ao paciente crítico. In: Ministério da Saúde, editor. Brasília:

DOU Nº 130, de 08/07/2005; 2005 [acesso em 2009 Out 20]. Disponível em: http://www.sobrati.com.br/portaria1071.htm.

Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Silva CEF, Sawaya J, translators. 8ª ed. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO. 2003. 118 p..

Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo. 19ª Ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2010. 393p.

Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. J Adv Nurs. 2001; 33(4): 446-55.

Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. Rev Lat Am Enfermagem. 2004; 12(2):250-7.

Nascimento ES, Santos GF, Caldeira VP, Teixeira VMN. Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. Rev Bras Enferm. 2003; 56(4):447-452.

Nascimento LC, Oliveira FCS, Moreno MF, Silva FM. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. Acta Paul Enferm. 2010; 23(3):437-40.

Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(9):2103-12.

Neves HG. Atenção à saúde mental nas unidades de saúde da familia: constituindo competências para a atuação do enfermeiro, Cuiabá/MT [dissertation]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2009. 102 p.

Sá Neto JA, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(2): 372-7.

Nieweglowski VH, Moré CLOO. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. Estudos de Psicologia. 2008; 25(1):111-122.

Oliveira LMAC. Assistência de enfermagem à família na UTI: uma abordagem sobre o atendimento de suas necessidades. [dissertation]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Neri/UFRJ;1991. 165 p.

Oliveira LMAC. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem [thesis]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006. 219 p.

Oliveira RG, et al., editors. Critérios para humanização em unidade de terapia intensiva – uma nova proposta. III Encontro de Iniciação Científica FAMINAS da Zona da Mata - MG; 2006; Muriaé(MG). Muriaé (MG): Revista Científica da FAMINAS.[Internet] 2007[acesso em 2009 Out 20].;3(1 suppl1): 200. Disponível em: http://www.faminas.edu.br/enicv/arquivos/trabalhos_anteriores/enic3/cbs/CBS200_enic3.pdf.

Oliveira ME, Zampieri MFM, Brüggemann OM. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura; 2001.

Orlando JMC. Humanização: não requer grande prática ou habilidade...

basicamente requer boa vontade. In: Orlando JMC, editor. UTI: muito além da técnica: a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu, 2001. p.163-166.

Padilha KG, Kimura M. Aspectos éticos da prática de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. SOBETI em Revista. 2000;1(1):8-11.

Pauli MC, Bousso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev Lat Am Enfermagem. 2003; 11(3): 280-6.

Pereira PF. Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional [dissertation]. Porto alegre: Escola de Enfermagem/UFRGS; 2008. 104 p.

Peron C. Um olhar sobre o profissional da enfermagem sob o ponto de vista das competências repensando o processo ensino-aprendizagem. Revista Rede de Cuidados em Saúde. 2009; 3(3): 1-9.

Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Perrenoud P. 10 Novas competências para se ensinar. Porto Alegre: Artmed Ed; 2000.

Perrenoud P. A formação dos professores no século XXI. In: Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado NJ, Allesandrini CD, editors. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 175.

Perrenoud P. Procedimento referente ao projeto, pedagogia do projeto [Apresentado no 3º Seminário Internacional de Educação; 2003 fev 21-22; São Paulo (SP)].

Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini l, editors. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p. 12-30.

Pina RZ, Lapchinsk LF, Pupulim JSL. Percepções de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. Ciência, Cuidado e Saúde [Internet]. 2008 [cited 2009 Out 20]; 7(4):503-8. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6658/3916.

Pinho LB, dos Santos SM. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 [cited 2009 Out 20];42(1):66-72. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18450149.

Pinto JMS, Silva SF, Sampaio AP, Magalhães MS. A humanização da assistência na unidade de terapia intensiva na visão dos usuários. RBPS [Internet]. 2008 [cited 2009 Out 20]; 21(2):121-7. Available from: http://www.unifor.br/notitia/file/2315.pdf.

Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev Bras Enferm. 2008; 61(3): 312-8.

Raffaelli, R. Solaris: Knowledge and self-knowledge. Psicologia USP. 2004; 15(3): 213-231.

Ramminger T. Trabalhadores de saúde mental**:** reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006. 104p.

Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. Saúde e Sociedade. 2004; 13(3):36-43.

Rogers C. Terapia centrada no cliente. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 620 p.

Ruas RA. Módulo: consolidação, aplicação e apropriação do treinamento. SEBRAE/RS, CEPA/UFRGS, NADE.1998.

Salicio DMB, Gaiva MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2011 ago 01]; 8(3):370-6. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm

Santana FB, Nakatani AYK, Souza ACS, Casagrande LDR, Esperidião E. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem: uma visão dialética. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2011 ago 01];07(03):295-302. Available from: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_06.htm.

Santana JCB, Lima JI, Matos TG, Dutra BS. Humanização do cuidar em uma unidade de terapia intensiva adulto: percepções da equipe de enfermagem. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2008 [cited 2009 out 20]; 3(1):1-8. Available from : http://www.portaldoenfermeiro.com.br/artigos/PORTAL_O_ENFERMEIRO_ARTIGO_02.pdf

Santos NR. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros de um hospital universitário [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007.163 p.

Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana**.** Texto & Contexto Enfermagem. 2008;17(1):81-9.

Selli L. Reflexão sobre o atendimento profissional humanizado. O Mundo da Saúde 2003;27(2):248-53.

Shiratori K, Figueiredo NMA, Porto F, Silva CSI, Teixeira MS. O sentido de ser humano: uma base reflexiva para o cuidado de enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2003; 11(2): 212-6.

Silva AJS, Souza CGM, Mota LKC, Brasileiro ME. Assistência de enfermagem na UTI: Uma Abordagem Holística. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudo de Enfermagem e Nutrição [Internet] 2010 jan-jun [cited 2011 mar 14];1(1):1-16. Available from : http//www.ceen.com.br/revistaeletronica

Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminhar para o cuidado complexo. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(4):13-23.

Silva GF, Sanches PG, Carvalho MDB. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2007 [cited 2009 jul 20]; 11(1):94-8. Available from: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reme/v11n1/v11n1a17.pdf.

Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. Rev Bras Enferm 2006; 59(4): 488-91.

Silva MJP. Humanização em UTI. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA, editors. Assisntencia de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000.

Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 12a ed. São Paulo: Loyola; 2005.

Silva RCL, Porto IS, Figueiredo NBA. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. Esc Anna Nery R Enferm. 2008;12(1):156-9.

Silva RCL, Kaczmarkiewicz CC, Cunha JJSA, Meira IC, Figueiredo NMA, Porto IS. O Significado da Tecnologia no Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca. Rev SOCERJ. 2009;22(4):210-18.

Silveira RS, Lunardi Vl, Lunardi Filho WD, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Texto contexto-enferm [Internet]. 2005 [cited 2009 jul 20]; 14(spe):125-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a15v14nspe.pdf.

Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Rev Gaúcha Enfermagem. 2007; 28(2):242-9.

Stacciarini JM, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev Lat Am Enfermagem. 2001; 9(2):17-25.

Stumm EMF, Kuhn DT, Hildebrandt LM, Kirchner RM. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. Cogitare Enferm. 2008;13(4):499-506.

Urizzi F, Corrêa AK. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. Rev Lat Am Enfermagem. 2007;15(4):85-91.

Urizzi F, Carvalho LM, Zampa HB, Ferreira GL, Grion CMC, Cardoso LTQ. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 20(4): 370-75.

Vale EG, Pagliuca LMF, Quirino RHR. Saberes e práxis em Enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009; 13(1): 174-180.

Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2002 [cited 2009 jul 29]; 10(2):137-44. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf

Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.

Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta Paul Enferm. 2011; 24(3):414-8.

Walter SA, BACH TM. Adeus papel, marca-textos, tesoura e cola: inovando o processo de análise de conteúdo por meio do Atlas.ti. In: XII SEMEAD – Empreendedorismo e inovação [internet]; 2009 Agosto 27-28; São Paulo, Brasil. 2009 [cited 2011 Nov 25]. Available from: http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/820.pdf

Zampieri MFM. Humanizar é preciso: escute o som desta melodia. In: Oliveira ME, Zampieri MFM, Brüggemann OM, editors. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura; 2001

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Nº da entrevista:_____

I. Perfil do profissional

1. Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

2. Estado civil: ( ) solteiro (a) ( ) Divorciado(a)

( ) Casado(a) ( ) viúvo(a)

3.Tem filhos? ( ) sim. Quantos?_____ ( ) não

4.Data de nascimento:__/__/__

5.Formação:_____

Instituição: _____ Ano de conclusão (graduação): __/__/__

Tem pós-graduação? ( ) sim ( ) não Qual?_____

Instituição:_____ Ano de conclusão (PG): __/__/__

Local de trabalho:_____

6.Tempo de atuação na profissão:_____

Tempo de atuação em UTI: _____

Tempo de atuação nessa UTI:_____

7.Outro(s) local (is) de trabalho:

- _____ Cargo: _____
- _____ Cargo: _____
- _____ Cargo: _____

8.Qual a sua jornada de trabalho? Diária: _____ Semanal: _____

II. Entrevista

Identificar o conceito do sujeito	1- Qual o seu conceito de humanização da assistência de enfermagem?
Descrever a aplicação do conceito em uma situação real	2 – Descreva situações as quais você considera que foi oferecida uma assistência de enfermagem humanizada na UTI (não necessariamente feita por você).
Saber agir e reagir com pertinência	3 – A sua prática é baseada na assistência de enfermagem humanizada? Se SIM, descreva-me situações em que VOCÊ RECONHECE ter oferecido assistência de enfermagem humanizada. Porque você considera esta uma assistência orientada pela humanização? (complemento disparador) Se NÃO, o que o (a) limita a realizá-la?
Saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto	4 – Que conhecimentos e recursos são necessários ao enfermeiro para prestar a assistência humanizada? Como você combina esses recursos e conhecimentos para oferecer assistência humanizada?

Saber transpor	5 – Diante das adversidades presentes no contexto da UTI, como você as contorna tendo em vista a necessidade de oferecer a assistência humanizada? O que facilita e/ou dificulta essa prática?
Saber aprender e aprender a aprender	6 – Como você se despertou para a necessidade de atender as pessoas de forma humanizada? O seu processo de formação (faculdade, educação permanente, pós-graduação, outros) contribuiu para esse despertar? Quais? Como? Houve outros espaços de aprendizagem como: uma experiência profissional prévia, na qual você tenha aprendido a realizar uma assistência humanizada? Ou a convivência com alguém ou uma determinada situação? Conte-nos. A sua vivencia na UTI o (a) auxiliou nesse aspecto?
Saber envolver-se	7 - Qual o seu envolvimento, compromisso e responsabilidade diante da proposta de humanização da assistência de enfermagem na UTI? E o da equipe? A postura do enfermeiro contribui para esse envolvimento?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do estudo **Constituição de competências para humanização da assistência na prática do enfermeiro em unidade de terapia intensiva**. Meu nome é Nara Elizia Souza de Oliveira, sou a pesquisadora responsável e enfermeira na UTI Clínica do Hospital das Clínicas. Como mestranda do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da UFG, tenho como orientadora a professora Lizete Malagoni de A. C. Oliveira e coorientadora a professora Roselma Lucchese, ambas da UFG. Em caso de dúvida sobre seus direitos como participante desta pesquisa, você poderá entrar em contato como o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFG, pelo telefone 3269 8338 e com a pesquisadora responsável por meio do telefone abaixo.

Pesquisadora responsável: **Nara Elizia Souza de Oliveira**, COREN-GO: 75365. Telefone: 9221-1353 / 3210 1926.

Para o alcance dos objetivos da pesquisa, será realizada uma entrevista semiestruturada guiada por um roteiro com perguntas abertas e fechadas relacionadas ao assunto proposto. A entrevista será realizada em seu local de trabalho e em horário de expediente. Esta pesquisa possui confidencialidade e suas respostas não serão conhecidas por terceiros.

Acreditamos que os desconfortos proporcionados pela sua participação na pesquisa serão limitados principalmente ao tempo despendido para a entrevista, lembrando que:

- Sua participação não implica em despesa de qualquer natureza;
- Está assegurada sua liberdade em retirar seu consentimento a qualquer momento ou deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga prejuízos de qualquer natureza;
- Você tem a garantia dos pesquisadores de que não haverá possibilidade de identificação dos sujeitos participantes da pesquisa;
- As informações obtidas na entrevista serão usadas exclusivamente com fins acadêmicos e serão divulgadas somente no relatório de pesquisa e artigos científicos a serem publicados sem identificar os participantes.

Informamos que o projeto foi elaborado tendo em vista o que preconiza a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sobre os procedimentos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando portanto, a responsabilidade ética dos pesquisadores. Por isso, considerando a natureza, característica e objetivos propostos, presumimos que não haverá riscos decorrentes de sua participação.

Como benefícios para os participantes e instituição pesquisada, esperamos que os resultados desta pesquisa permitam identificar aspectos da prática dos enfermeiros que possam ser melhor trabalhados para tornar a assistência humanizada uma realidade nesta UTI.

Goiânia, 25 de maio de 2011

_____

Pesquisadora responsável: Enfª Nara Elizia Souza de Oliveira

Tendo recebido as informações e esclarecimentos necessários sobre a pesquisa a ser desenvolvida e os procedimentos nela envolvidos, assim como, ciente dos meus direitos e os possíveis riscos e benefícios de minha participação, eu _____

RG _____ CPF _____

concordo em participar deste estudo como sujeito e voluntario.

Goiânia, ___/___/___

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecido sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

_____ _____

1ª testemunha 2ª testemunha

ANEXO 1