

# Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto

Laura Misue Matsuda<sup>1\*</sup>, Neuza da Silva<sup>2</sup> e Ana Maria Tisolin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Universitário de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. \*Autor para correspondência. e-mail: lmisue@terra.com.br

**RESUMO.** A Humanização na Enfermagem há muito é abordada no meio acadêmico, entretanto, na prática, ela não tem se concretizado. Este estudo aborda aspectos da humanização de clientes internados em uma UTI-adulto. Foram analisados 93 prontuários, dos quais 8 preencheram os requisitos para compor a amostra. A coleta de dados ocorreu através de entrevista, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no domicílio dos participantes. As informações foram agrupadas, seguindo-se em parte as orientações de Bardin (1977). Os resultados mostraram que, para os clientes, a interação e a atenção da enfermagem são mais significativas que os cuidados técnicos, que a prática de restrição de movimentos gera desconforto e angústia e a maioria desconhece os seus direitos como usuário do sistema de saúde. Sugerimos que a equipe atente para a necessidade de atuação sob a ótica individualizada e globalizada do cliente.

**Palavras-chave:** humanização, enfermagem, UTI, cliente/usuário.

**ABSTRACT. Nursing attendance humanization: a study with post-internment clients of an Adult ICU.** Nursing humanization has been discussed in the academic environment for a long time, however, it has not been put into practice. This study shows humanization aspects of clients hospitalized in an adult ICU. After obtaining a favorable appraisal from the Ethic and Research Committee, 93 handbooks were analyzed and only 8 clients fulfilled the qualifications required to compose the sample. Data collection was carried out through interviews, after the signature of Free and Clear Consent Term at the participants' domicile. The information was gathered partially according to Bardin's orientations (1977). The results showed that for clients the nursing interaction and attention are more significant than the technical care, the movements restriction practice leads to discomfort and anguish, and most of health system users are not conscious about their rights. We suggest the staff to be concerned on the necessity of acting under the client's individual and globalized point of view.

**Key words:** humanization, nursing, ICU, client/user.

## Introdução

Há algumas décadas, a humanização no trabalho tem sido objeto de discussões entre administradores e estudiosos que a vêem como recurso capaz de produzir e/ou melhorar a satisfação dos trabalhadores.

Não obstante a humanização dos empregados ser um importante fator para a obtenção de melhores resultados, hoje o seu enfoque está sendo direcionado aos clientes. Nesse âmbito, a conscientização dos fornecedores de bens e/ou de serviços no sentido de que o cliente é a razão principal da empresa e que todo esforço deve ser direcionado à satisfação das suas necessidades e

expectativas, deve ser o princípio fundamental de qualquer atividade.

Neste estudo o termo Humanização é concebido como: atendimento das necessidades biopsicossocioespirituais do indivíduo tanto no contexto do trabalhador (servidor) quanto na do usuário (cliente/paciente). Nessa perspectiva, cada um deve ser compreendido e aceito como ser único e integral e, portanto, com necessidades e expectativas particulares.

Na atenção à saúde, as ações voltadas à humanização do cliente\* devem ser manifestadas nos âmbitos organizacional, ambiental, tecnológico,

\* Neste estudo os conceitos cliente, paciente e usuário do sistema de saúde serão utilizados como sinônimos.

nas inter-relações, nas atividades terapêuticas em si e em outros. Dentre esses, a dimensão relacional é a que mais tem merecido enfoque nas pesquisas referentes ao tema.

De maneira específica, referindo-se ao contexto hospitalar, Mezzomo (2001: 276) afirma: “Hospital ‘Humanizado’, portanto, é aquele em que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”.

Knobel (1998: 1.306), em abordagem a respeito das Condutas no Paciente Grave, enuncia: “A humanização é um antigo conceito que renasce para valorizar as características do gênero humano. Para que seja verdadeiramente recuperado, é necessária uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos próprios limites a serem transpostos”. Relata, ainda, que as especificidades de uma UTI fazem com que os trabalhadores desse serviço atuem de maneira impessoal, o que carece de atenção.

Concordamos com o autor antes mencionado, e como dificuldades à atuação de forma humanizada, acrescentamos a complexidade tecnológica (aqui entendida em termos de máquinas/equipamentos), a fragmentação do cuidado, as deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo, e a falta de filosofias de trabalho e de ensino voltada à humanização de maneira efetiva.

No cuidado à saúde, em nosso país, a humanização do cliente pode ser percebida na Constituição Federal (Brasil, 1988) que garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral. A Carta dos Direitos do Paciente (Fórum Permanente das Patologias Clínicas, 1995) e pela Comissão Conjunta para Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe (Novaes e Paganini, 1992) e mais recentemente, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH - proposto pelo Ministério da Saúde em 2001 e enunciado por Campos (2002), são documentos que determinam o modo e o campo de atuação das instituições e dos profissionais de saúde rumo à humanização dos seus usuários.

Quanto aos órgãos do governo que usualmente atendem às reclamações dos consumidores e com isso também dos usuários dos serviços de saúde, Almeida *apud* Bertolino (2001) cita o Serviço de Proteção ao Consumidor (Procon) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec). Um fato que merece destaque é a existência crescente dos

Serviços de Atendimento ao Cliente (SAC), também no interior das empresas de saúde.

No processo de humanização do cliente pela enfermagem, Santana e Silva (2000: 15) referem: “Decididamente, não há regras, nem fórmulas que o tornem viável, porque ele depende fundamentalmente da conscientização da sua importância”. Como alternativas de otimização, sugerem mais investimentos na formação de recursos humanos e na compreensão do paciente como ser único e indivisível.

Apesar de a literatura ressaltar a necessidade da humanização dos usuários dos serviços de saúde, pouco se sabe a respeito da implementação e dos resultados de medidas que visem minimizar a impessoalidade do cliente.

Na enfermagem, embora de forma indireta, a humanização do paciente foi enfocada no Século XIX por Florence Nightingale (1989). Em seu livro de título Notas Sobre Enfermagem, em vários momentos, ela sugere maneiras para o melhor restabelecimento dos pacientes através da adoção de medidas ambientais proporcionadas pelas enfermeiras. Através dos seus escritos, percebemos que naquela época, ainda que o foco principal da assistência fosse o ambiente, a humanização já estava implícita na atuação da enfermagem.

Hoje, passados um século e meio, a questão da humanização ainda consiste num desafio para a profissão que precisa se adequar às demandas tecnológicas, econômicas e sociais todas elas com forte tendência à desumanização.

Sabemos que a revolução industrial e o ambiente socioeconômico sempre influenciaram no modo de atuação da enfermagem, entretanto questões relacionadas à ética, ao respeito e ao reconhecimento da individualidade dos outros, são princípios que devem prevalecer na vida das pessoas e na profissão, independentemente da origem, da época e do local.

Kurcgant (1991) e Trevisan (1988), em comentário a respeito do modo de atuação da enfermagem, apontam que os efeitos do taylorismo conduziram a profissão à prática fragmentada e impessoal no atendimento. A segunda autora acrescenta que atuações desse tipo geram a possibilidade de frustração do pessoal e a má qualidade da assistência. Matsuda et al. (2000), na abordagem sobre o enfoque no cliente pela enfermagem, ressaltam que

*... a concepção da valorização do usuário dos serviços de saúde é, sem dúvida, um desafio que necessita de coragem, compromisso e habilidade por parte dos seus provedores. Assim, o intuito da humanização e da manutenção da*

*dignidade humana no processo deve ser considerado como direito inalienável (Matsuda et al., 2000: 17).*

Ao longo de mais de duas décadas atuando na enfermagem, percebemos que a prática mecanizada e as decisões unilaterais é que têm prevalecido nas instituições de saúde e em particular em ambientes como UTI, Emergência e Centro Cirúrgico. Entendemos que em locais críticos como esses, a conduta impessoal dos profissionais pode ser decorrência da grande demanda por serviços, cujos clientes não raras vezes se encontram em situação eminente de morte. Esses fatores, sem dúvida, geram estresse, desgaste físico e psicológico, o que reduz as interações.

Em nosso país, em termos quantitativos, a força de trabalho mais significativa na enfermagem é formada pelo pessoal de nível técnico, mais especificamente por auxiliares de enfermagem. Estes, em sua grande maioria, prestam cuidados diretos, o que lhes possibilita vivenciarem as diversas experiências do processo de atenção à saúde. Apesar de possuidora de uma rica bagagem prática, campo necessário para o desenvolvimento da profissão e do cuidado humano, a realização de pesquisas não é apontada como atividade a ser desenvolvida pela categoria como se observa na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Brasil, 1987). Vale lembrar que, nesse documento, conforme consta no Art. 8.º, item II, letra “q”, também para o enfermeiro, a atividade de pesquisa não está redigida de maneira clara e objetiva.

Sabemos que no ensino de nível técnico não é (e considerando as atividades atribuídas a essa categoria, nem precisa ser) incluída a aprendizagem de métodos de pesquisas de modo que habilite os profissionais oriundos de cursos profissionalizantes à realização dessa atividade, entretanto somos a favor de que, se acompanhados por pessoas capazes, a participação desses trabalhadores em pesquisa deve ser possibilitada. Essa necessidade da categoria se baseia no estudo de Matsuda (2002), no qual os auxiliares de enfermagem de uma UTI apontaram a realização de pesquisas, oriundas do seu cotidiano de trabalho, como um dos fatores de satisfação profissional.

O presente estudo, que conta com a participação de profissionais de enfermagem de nível médio que atuam em uma UTI-adulto, tem como essência a busca de subsídios para o desenvolvimento do cuidado humano.

O objetivo do presente estudo é investigar e discutir questões relacionadas ao tema Humanização de clientes de uma UTI-adulto e, a partir disso,

sugerir medidas para um sistema de cuidado humanizado pelos profissionais de enfermagem.

## **Material e métodos**

### **Caracterização da UTI onde o cliente esteve internado**

A presente pesquisa foi realizada com clientes que estiveram internados numa UTI Geral - Adulto, com 4 leitos, de um Hospital Universitário (HU), situado na região noroeste do estado do Paraná.

A média de internações mensais nesse setor é de 25 clientes, dos quais a maioria é portadora de patologias crônicas associadas ou não a cirurgias.

A equipe de enfermagem, que é formada de 8 enfermeiras (assistenciais) e 9 auxiliares de enfermagem, presta assistência de enfermagem sistematizada tendo como teoria de base o modelo conceitual de Horta (1979).

A carga horária semanal dos servidores da enfermagem é de 36 horas subdivididas em turnos de trabalho de 6 horas no período diurno e de 12/60 horas no noturno (12 horas de trabalho e 60 horas de descanso). A instituição possui planos de capacitação e de salários para os seus servidores.

### **Critérios de inclusão da amostra**

Clientes que já tivessem sido internados na UTI-adulto, maiores de 18 anos, cujo diagnóstico médico e terapêutica indicassem estado de gravidade (coma, uso de ventilador mecânico, monitorizações contínuas, etc.), que residissem na cidade onde o estudo estava sendo desenvolvido, que já tivessem passado por pelo menos uma internação nesse setor por período igual ou superior a 24 horas, que no momento da coleta de dados estivessem orientados no tempo e no espaço, que possuíssem capacidade de verbalização oral e/ou escrita e ainda que consentissem por escrito em responder às questões da entrevista.

### **Período de coleta dos dados**

Maio-junho de 2001.

### **Instrumento de coleta dos dados**

Questionário cuja primeira parte consiste em levantar os dados demográficos dos respondentes, de interesse para o estudo. A segunda parte, formada por sete questões abertas (as quais constam na Tabela 1), buscou dados pertinentes à parte específica do estudo.

Lembramos que o questionário, antes da sua utilização, foi validado em duas fases. Na primeira participaram duas docentes com título de mestre do curso de graduação em enfermagem. Na segunda

fase, participaram 5 clientes que estiveram internados na UTI, mas que já se encontravam hospitalizados em outras unidades.

### Procedimentos

1. Avaliação do Projeto pelo Comitê de Ética da Universidade na qual o hospital está vinculado;
2. Solicitação para realização da pesquisa ao Diretor Superintendente e à Diretora de Enfermagem do HU;
3. Levantamento através do Livro de Registros dos clientes que saíram de alta da UTI para outras unidades;
4. Solicitação à Chefe do Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) para o acesso aos prontuários de 618 clientes internados na UTI Adulto, durante o período de janeiro de 1999 a abril de 2001;
5. Levantamento dos prontuários para verificação do número de óbitos e das condições gerais de alta/transferência da população em estudo, dos quais resultaram em 93;
6. Seleção e análise dos 93 prontuários para verificação dos outros critérios para inclusão na amostra;
7. Determinação de 41 clientes para compor a amostra;
8. Contato telefônico (quando possível) ou visita ao domicílio dos 41 clientes selecionados para certificação da viabilidade da entrevista;
9. Confirmação/aceite de 8 clientes (amostra);
10. Visita ao domicílio pelas pesquisadoras e apresentação dos objetivos, da metodologia da coleta dos dados e da solicitação para participar da pesquisa;
11. Assinatura pelo cliente (ou pessoa responsável) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme o modelo proposto pelo Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96 (Brasil, 1996);
12. Realização da entrevista, preferencialmente em local privativo, na residência do cliente.

As informações foram registradas pelas pesquisadoras que, ao final, permitiram a leitura das respostas pelos respondentes, para validação das mesmas.

### Tratamento dos dados

O tratamento das informações seguiu em parte as recomendações de Bardin (1977), quando enuncia os diversos métodos utilizados para categorização e

quantificação de dados qualitativos em pesquisa, a saber:

1. leitura atenta das respostas, destacando-se as palavras/frases pertinentes à pergunta;
2. recorte dos trechos destacados;
3. codificação dos recortes, apondo-se o número da pergunta e respondente;
4. eliminação dos recortes com trechos contendo a mesma resposta ou sentido para uma mesma pergunta;
5. agrupamento das respostas por igualdade de palavras ou sentido (similaridades);
6. contagem das freqüências das respostas.

Na etapa seguinte, apresentaremos os principais dados sociodemográficos dos participantes, bem como os resultados da pesquisa e suas respectivas análises.

### Resultados e discussão

Dentre os membros da amostra pesquisada (8), a maioria (7) era do sexo feminino e 4 (50%) possuíam idade entre 51 e 55 anos. A idade mínima foi de 41 anos e a máxima de 93 anos. Em nossa vivência profissional, temos observado que a idade é um fator importante a ser considerado na atuação da enfermagem, pois as necessidades e as expectativas das pessoas são diferentes de acordo com a fase da vida em que se encontram. Ao nosso ver, isso exige atenção redobrada e adequação dos trabalhadores às diferentes manifestações e comportamentos de cada usuário.

Como exemplos às situações antes mencionadas podemos dizer que as preocupações relacionadas ao trabalho e à segurança da família são mais freqüentes na faixa etária em que o ser humano possui maior capacidade produtiva. Já nas pessoas com idade mais avançada, as principais causas das suas inquietações se relacionam com o medo da solidão, do abandono e da sua privacidade invadida. Quanto às crianças, certamente temem pela separação dos pais e pela dor.

Quanto ao número de dias de internação na UTI, 4 (50%) clientes ficaram internados no período compreendido entre 6 e 10 dias e 1 (12,5%) ficou menos tempo.

Em relação à escolaridade, 3 (37,5%) se declararam analfabetos, 3 referiram possuir o 1.º grau incompleto e 1 (12,5%) possuía o 2.º grau completo e incompleto. Com relação às ocupações/profissões, estas se enquadravam naquelas que não exigem muita qualificação tais como: empregada doméstica, zelador, vendedor, pintor e outros.

Apesar de no setor prevalecer internações resultantes de doenças crônicas, tratadas clinicamente, principalmente aquelas dos sistemas cardiovascular e

respiratório, neste estudo, talvez devido aos critérios para inclusão na amostra ou também por não levarmos em conta a doença de base (primária) do cliente, 5 (62,5%) ou seja a maioria estava internada na UTI em decorrência de Laparotomia Exploradora. Outro fator é que, na época em que esta pesquisa se realizou, o hospital não contava ainda com serviços cirúrgicos de alta complexidade.

A seguir, apresentaremos a parte específica deste estudo cujas perguntas e respostas constam na Tabela 1.

De acordo com a Tabela 1, a resposta à pergunta como o cliente imaginava que fosse o ambiente de uma UTI mostra que esse serviço era considerado por eles como sendo um local muito ruim, de muito temor, aonde a pessoa vai para morrer. Santana e Silva (2000), em estudo que investigou os sentimentos das pessoas internadas em uma UTI, também obtiveram dados semelhantes.

O estigma da morte atribuído à UTI por 5 respondentes (62,5%) deste estudo não pode ser negligenciado pelos profissionais, pois entendemos que o temor, a ansiedade e as angústias do cliente podem agir negativamente no seu processo de adaptação no setor, bem como em relação à equipe de saúde e à sua recuperação.

Quanto à questão que se referia à mudança de opinião/idéia sobre a UTI após a internação, 7 (87,7%) referiram sim e apenas 1 (12,5%) respondeu não. Perguntados a respeito do porquê da mudança ou não de opinião, destacaram-se aquelas respostas que estavam relacionadas ao termo “Tratar bem”. Pensamos que a questão do bom tratamento expresso pelos clientes, apesar de ser subjetivo, multifatorial e pessoal, na maioria das vezes não se referiu aos procedimentos, às tecnologias e aos medicamentos adotados para a sua recuperação, mas sim aos aspectos interacionais e humanos do cuidado.

A dimensão interacional traduzida na forma de atenção, cortesia, delicadeza, prontidão, solicitações e comunicação efetiva, também foi citada por Matsuda (1997) e Mirshawka (1994) como determinantes da satisfação e da qualidade do atendimento de enfermagem.

A terceira questão investigou se o cliente sabia o significado de Humanização e qual era o conceito atribuído por ele. Responderam sim, que sabiam o significado desse termo, 6 (75%) dos respondentes e disseram não 2 (25%). Dentre os que responderam sim, um referiu que Humanização significa “Tratar o próximo com solidariedade”, o outro disse que é “Tratar com amor” e os demais 6 (75%) não responderam. Percebemos que as duas respostas enfocam apenas a dimensão interacional/expressiva. Isso nos remete ao estudo de Silva (1994) no qual os

clientes apontaram que, no cuidado de enfermagem com qualidade, a dimensão expressiva se sobressai à instrumental/técnica.

**Tabela 1.** Distribuição de freqüências das respostas de 8 clientes, em período pós-internação, a respeito da Humanização na UTI-adulto do HU. Maringá, estado do Paraná, 2001.

Perguntas	Respostas	Freq.
1. Como o Sr(a) imaginava uma UTI?	“...que já tava para morrer. Pensava que era um lugar para morrer...”; “... que era o fim da linha. Tava nas últimas horas de vida”. “... que estava muito grave, no fim da picada”.	5
2. Após a internação, a sua opinião a respeito da UTI mudou?	Sim	7
	Não	1
Por que a sua opinião mudou?	“... fui bem atendido(a)”. “É um lugar bom, que trata como família”. “É melhor que quarto”.	3
	“cheguei mal e saí bem”. “As pessoas cuidam bem e eu saí vivo”.	2
	“É um meio de socorro com mais recursos e pessoas especializadas”.	1
	“É bom. Foi a melhor coisa que aconteceu”.	1
3. O Sr.(a) sabe o significado da palavra Humanização?	Sim	6
	Não	2
O que significa?	“Tratar o próximo com solidariedade”.	1
	“Tratar com amor”.	1
	Não responderam	6
4. Na sua opinião, o pessoal de enfermagem da UTI atende às pessoas com humanidade/respeito?	Sim	5
	Não	3
Por quê?	“Atenderam bem”. “Foram gentis, carinhosos...” “Tratam como se fossem da família”.	5
	“fizeram mais do que deviam, foi o melhor atendimento”.	1
	“O pessoal respeitava, dava banho tudo direitinho”.	1
	“Uma auxiliar de enfermagem foi ignorante”.	1
5. Cite três cuidados que fizeram o Sr.(a) se sentir como se fosse um objeto/ “coisa” (despessoalizado).	“Em nenhum momento”.	5
	“Quando tava com o tubo e uma auxiliar amarrava a minha mão”. “quando fiquei amarrada, com tubo, chamei a auxiliar que nem ligou”. “quando sentia dor por estar amarrado”.	3
	“quando chorava e a auxiliar ficava brava”.	1
	“Quando não quis tomar banho de chuveiro mas senti obrigado e lá tive parada cardíaca”.	1
6. Na sua opinião, o que deve ser feito pela enfermagem para que o Sr.(a) se sinta como gente/humanizado?	“Acho que tudo está bom”.	5
	“Ter mais delicadeza”. “... mais carinho, respeito”.	3
	“Selecionar melhor as pessoas que trabalham na enfermagem”.	1
7. O Sr.(a) conhece algum(s) direito(s) do paciente?	Sim	6
	Não	2
Qual(is)?	“... direito de autorizar a minha amputação”.	1
	“Direito de ser bem tratado”.	1

Sabemos que a importância da dimensão técnica no cuidado é indiscutível, principalmente num ambiente como a UTI onde a continuidade ou não de uma vida pode ser decidida em razão dela. Nesse aspecto, Silva (2000: 2) refere: “O profissional de UTI precisa estar tão preocupado e atento às necessidades fisiológicas básicas que, às vezes, pode achar ter cumprido o seu dever com o paciente e com o próximo quando não o tem lesado ou não o tem desrespeitado (conscientemente)”.

Ao nosso ver, a falta de definição/conceituação pelo cliente para o termo Humanização é dificultada em razão da sua complexidade e abrangência, observada nos textos por nós consultados, entretanto isso não quer dizer que a pessoa desconheça totalmente o seu significado. Questões assim devem ser consideradas pelos profissionais no sentido de se atentar às diversas formas de expressão, para a obtenção do maior volume de informações que possam atuar a favor da sua atuação e do cliente

Na enfermagem, talvez pela amplitude do conceito Humanização ou pelas dificuldades dos profissionais quando se deparam com situações que clamam por reflexões, mudanças de conceitos e atitudes já internalizados no seu cotidiano, percebemos que as ações voltadas às interações e ao conforto psicoespiritual do cliente parecem ser algo que não fazem parte do processo de cuidado à saúde. Muitos consideram como sendo uma simples obrigação àqueles que pagam pelos serviços ou porque a lei assim determina.

Questionados se os trabalhadores da enfermagem da UTI prestam assistência de forma humana/respeitosa, 5 (62,5%) referiram sim e 3 (37,5%) não. Dentre as justificativas apontadas pelas pessoas que responderam que foram cuidadas de forma humanizada tivemos: “Atenderam bem”. “Foram gentis, carinhosos...” “Tratam como se fossem da família”. Observamos que essas falas também estão circunscritas aos aspectos interacionais o que, mais uma vez, reforça a importância dessa dimensão na atuação da enfermagem. Santana e Silva (2000), ao estudar a perspectiva do cliente que vivencia a sua internação na UTI, salientam que a qualidade da interação entre o cliente e a equipe de saúde é um dos principais meios de suportar a experiência de estar internado nesse setor.

Solicitamos também para que os respondentes apontassem três cuidados durante os quais eles perceberam que houve falta de humanização, ou seja, sentiram-se despersonalizados. A maioria 5 (62,5%) respondeu “Em nenhum momento”. Os demais afirmaram que se sentiram despersonalizados quando estavam entubados e estiveram com os

movimentos contidos, quando foram reprimidos ou não tiveram autonomia para escolher ou decidir sobre os seus cuidados.

Sabemos que clientes com incapacidade de falar e/ou de se comunicar verbalmente quase sempre manifestam elevados níveis de ansiedade e de agitação. Se associadas à restrição dos movimentos, as conseqüências daí resultantes podem ser desastrosas. Para minimizar situações desse tipo é preciso que a equipe de saúde desenvolva atitudes compreensivas que favoreçam a interação e a autonomia do cliente.

Merece destaque o procedimento “contenção de movimentos no leito”, que foi comentado com um certo conteúdo de negatividade pelos clientes. As circunstâncias e as atitudes dos profissionais, comentadas pelos clientes, quando esse procedimento ocorreu, deu-nos a entender que a contenção é percebida como uma maneira de limitar a sua liberdade e pior, como um meio de acomodação dos profissionais.

Entendemos que a contenção de movimentos consiste num ato extremo que só deve ser utilizada quando todas as tentativas de manter o cliente calmo e seguro falham. Assim sendo, ela deve ser permeada de informações e percebida como necessária e benéfica para o restabelecimento da sua saúde.

Conforme mencionamos anteriormente, os clientes de UTIs, por se encontrarem em estado de risco de morte e num ambiente desconhecido e temido por eles, necessitam de mais atenção no tocante aos aspectos relacionados à interação e à comunicação.

Na sexta questão, procuramos levantar sugestões para que a assistência de enfermagem fosse (mais) humanizada. A resposta “Acho que está tudo bom” foi mencionada por 5 (62,5%) dos respondentes. “Ter mais delicadeza”, “... mais carinho, respeito”, apareceu 3 vezes (37,5%) e por último, “Selecionar melhor as pessoas que trabalham na enfermagem” foi mencionada 1 vez (12,5%).

As avaliações favoráveis, emitidas por 5 clientes a respeito do atendimento da equipe de enfermagem da UTI, sem dúvida consistem em motivo de satisfação. Entretanto, as sugestões para melhoria apontam que em nível interacional, a atuação desses profissionais carece ser melhorada.

Acreditamos que o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a todos os clientes da UTI [e de outras unidades] do hospital, provavelmente tenha influenciado na avaliação do cuidado dispensado pela enfermagem. Como se sabe, a SAE objetiva atender o cliente de maneira

individualizada e integral o que, sem dúvida, melhora a qualidade do cuidado.

Quanto à sugestão de um respondente para que se melhore a seleção dos profissionais que atuam na enfermagem, consideramos que este é um problema e um desafio enfrentado por muitas organizações de saúde do país. Em nossa vivência profissional, temos observado que, em especial na área pública, existem deficiências no processo de seleção e de contratação. A alta rotatividade dos profissionais da enfermagem nas organizações (Anselmi *et al.*, 2001), o elevado número de absenteísmos (Silva, 2000), a insatisfação no trabalho (Matsuda, 2002) são alguns dos fatores que ao nosso ver, dificultam a atuação do profissional no trabalho. As definições da Missão, da Visão e da Filosofia do serviço rumo à humanização do cliente consistem em importante quesito que influencia no processo de trabalho da enfermagem e que até o momento não são contempladas no ambiente em estudo.

Mezomo (2001), referindo-se à qualidade na saúde, afirma que a humanização no hospital deve estar embasada em questões relacionadas à: 1) legitimidade social do atendimento [adquirido por meio da satisfação das necessidades das pessoas que procuram pelo serviço]; 2) estrutura física [que deve considerar a condição de locomoção, de repouso e de conforto do cliente]; 3) estrutura tecnológica [aqui entendida como os meios e as técnicas]; 4) estrutura humana [que deve atuar de maneira condizente com a filosofia, com a missão e com os objetivos do hospital] e 5) estrutura administrativa [que deve garantir meios para o tratamento humanizado].

A sétima e última questão consistiu em saber se o cliente conhecia algum(ns) dos seus direitos. Responderam não 6 (75%) dos participantes e sim apenas 2 (25%). Esses dados mostram que apesar de existirem leis e órgãos de classes e de governo que protegem o usuário do sistema de saúde, poucos são os que conhecem e exigem os seus direitos.

Outros fatores que podem influenciar na percepção do usuário são a gratuidade da assistência, que é vista por muitos como um benefício fornecido pelo governo e não como um direito. O baixo nível socioeconômico-educacional que, segundo alguns dos entrevistados, consiste em impedimentos para reagirem ao sistema e às condutas profissionais que eles julgam ser abusivas, também merece destaque.

Consideramos que atitudes de submissão e/ou de resignação por parte dos usuários do sistema de saúde devem ser desencorajadas e especialmente por ser a enfermagem uma profissão que atua na dimensão social do indivíduo; ela deve possibilitar

informações e medidas que objetivem a conquista da sua cidadania.

### Recomendações

Considerando as informações levantadas neste estudo associadas às experiências das autoras no cotidiano da enfermagem, sugerimos às escolas formadoras de profissionais da área, aos trabalhadores do setor saúde em geral e, especialmente, àqueles que atuam em UTIs para que:

- comuniquem ao cliente, o porquê das ações desenvolvidas durante todo o seu processo de assistência à saúde.
- atentem para as diversas formas de comunicação do cliente, principalmente quando este se encontrar impossibilitado ou com dificuldade de se comunicar verbalmente.
- possibilitem/divulguem aos clientes/familiares o conhecimento dos seus direitos e deveres no processo de assistência à sua saúde.
- a técnica, imprescindível no processo de assistência, não deve sobrepujar à interação.
- discutam e reflitam a respeito de situações éticas que envolvem o cliente.
- considerem a Humanização do cliente como a base do cuidado de enfermagem.

### Considerações finais

A realização de pesquisas por profissionais que atuam na prática diária do cuidado deve ser encorajada pelas lideranças. No contexto da enfermagem no nosso país, os profissionais de nível médio [em especial os auxiliares de enfermagem] são os que atuam mais diretamente no cuidado, o que lhes habilita detectar diferentes problemas que interferem no trabalho e/ou no cuidado os quais merecem ser investigados.

A obtenção de dados no período pós-alta propiciou mais liberdade para que o cliente manifestasse as suas opiniões e angústias vivenciadas na UTI, o que nos possibilitou extrair sugestões coerentes e operacionalizáveis voltadas à humanização.

Percebemos que os clientes que participaram deste estudo em nenhum momento reclamaram da necessidade dos procedimentos técnicos realizados à sua recuperação, mas sim da falta de atenção/interação por parte dos profissionais, traduzidos em termos de não-aceitação das suas opiniões, indiferença aos chamados, repreensões e outros.

Outro aspecto a ser considerado é que 6 respondentes, ou seja, a maioria, referiu não conhecer nenhum dos seus direitos como cliente do sistema de saúde. Isso mostra que os documentos que normalizam o direito à atenção integral e humanizada ao usuário dos serviços de saúde não têm obtido resultados significativos.

Apesar de a maioria dos clientes considerar que os cuidados prestados pela equipe de enfermagem da UTI é satisfatório, os dados mostram que há necessidade de melhoria das ações e das atitudes voltadas à humanização do cliente no setor.

### Referências

- ANSEMI, M. L. et al. "Sobrevivência" no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. *Rev. Latinam. Enfemagem*. Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 13-18, 2001.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Decreto n.º 94.406/87, de 08.06.87 que regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Publicado no DOU de 09.06.87 - seção I - fls. 8.853 a 8.855, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196 de 10 de outubro de 1996*. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília, 1996.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1977.
- BERTOLINO, R. Órgãos públicos de reclamação recebem queixas sobre mau atendimento na UTI. Disponível em: <http://www.ig.com.br>. Acesso em: 21/07/2001.
- CAMPOS, R.O. Humanização da assistência hospitalar: um sonho em andamento. *Rev. SOBECC*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 15-16, 2002.
- FÓRUM PERMANENTE DAS PATOLOGIAS CLÍNICAS. Direitos do paciente. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 19, n.10, 1995.
- HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
- KURCGANT, P. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, p. 3-13, 1991.
- MATSUDA, L. M. *Satisfação profissional de uma equipe de enfermagem de uma UTI-adulto: Perspectivas de gestão para a qualidade da assistência*, 2002. Tese (Doutorado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- MATSUDA, L. M. et al. O foco no cliente no processo de atendimento de enfermagem: visão dos enfermeiros. *Nursing*, ed. Brasileira. São Paulo, n. 29, p. 16-20, 2000.
- MATSUDA, L. M. *O método desdobramento da função qualidade (QFD) no planejamento do serviço de enfermagem*. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
- MEZOMO, J. C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. Barueri: Manole, 2001.
- MIRSHAWKA, V. *Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.
- NIGHTINGALE, F. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Trad. de Amália Corrêa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.
- NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. Direitos do Paciente. In: *Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e o Caribe*. Organização Pan-americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde; Federação Latino-americana de Hospitais; Federação Brasileira de Hospitais. SÉRIE/SILOS, n. 13, 1992.
- SANTANA, M. L.; SILVA, M. J. P. Como é sentida a experiência de estar na UTI sob a perspectiva de quem vivencia. *SOBETI em Revista*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 12-16, 2000.
- SILVA, D. M. P. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rer. Latino-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 8, n. 5. p. 44-51, 2000.
- SILVA, S. H. *Controle de qualidade assistencial de enfermagem: implementação de um modelo*. 1994. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- TREVIZAN, M. A. *Enfermagem hospitalar: administração & burocracia*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988.

Received on February 17, 2003.

Accepted on October 20, 2003.