

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

MAYARA SCHIRMER MOERSCHBERGER

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AÇÕES
ESTRUTURADAS DE HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
COMO FORMA DE PROMOÇÃO DO CUIDADO ÉTICO**

**CURITIBA
2023**

MAYARA SCHIRMER MOERSCHBERGER

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AÇÕES
ESTRUTURADAS DE HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
COMO FORMA DE PROMOÇÃO DO CUIDADO ÉTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Área de concentração: Bioética Clínica, Humanização e Cuidados Paliativos. Linha de Pesquisa: Cuidados Paliativos e Humanização, da Escola de Medicina e Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Renato Soleiman Franco

CURITIBA

2023

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Luci Eduarda Wielganczuk – CRB 9/1118

M694p
2023

Moerschberger, Mayara Schimer
Percepção dos profissionais de saúde sobre ações estruturadas de humanização em unidade de terapia intensiva como forma de promoção do cuidado ético / Mayara Schimer Moerschberger ; orientador: Renato Soleiman Franco. – 2023.
99 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2023
Bibliografia: f. 62-66

1. Bioética. 2. Humanização da assistência. 3. Unidades de terapia intensiva. 4. Ética médica. 5. Ética em enfermagem. I. Franco, Renato Soleiman. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº04/2024
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética Clínica, Humanização e Cuidados Paliativos

Em sessão pública às oito horas do dia trinta de janeiro do ano de dois mil e vinte e quatro, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/85155532828?pwd=7rO6hMrzNmIhSAbnfVoKBGik4X02N.1> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação "PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AÇÕES ESTRUTURADAS DE HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMO FORMA DE PROMOÇÃO DO CUIDADO ÉTICO" apresentada pela aluna Mayara Schirmer Moerschberger orientação do Professor Doutor Renato Soleiman Franco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professor Doutor Renato Soleiman Franco
Presidente (PUCPR)

Professora Doutora Carla Corradi Perini
Membro Interno (PUCPR)

Professor Doutor Milton Severo
Membro externo (Universidade do Porto - Portugal)

Início: 8h Término 9:42h.

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado Aprovado. (aprovado/resprovado).

O(A) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluna: Mayara Schirmer Moerschberger

Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Dedico este trabalho a todas as pessoas
que se dedicam a cuidar e humanizar os
processos. Em especial aos meus pais
que me proporcionaram ser quem sou
através do cuidado que tiveram comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos pacientes, familiares e equipes nas quais tive a oportunidade de auxiliar no processo de cuidar e ser cuidada também. Ao confiarem no meu trabalho, transformaram a minha prática, meu olhar e incentivaram a ser mais humana.

Aos meus pais, meu marido e demais familiares que sempre acreditaram no meu potencial e me incentivaram a investir no conhecimento científico. E que são exemplos de afeto, cuidado, generosidade e dignidade.

A minha filha Helena que me motiva diariamente a dar conta do cuidar e que faz da sua presença um respiro.

Ao Dr. Glauco que sempre cuidou e investiu no meu desenvolvimento profissional e, além disso, foi quem me inspirou a sair da zona de conforto e propor outros caminhos do cuidado no contexto da UTI.

Ao Prof. Dr. Renato Soleiman Franco, por ser um orientador tranquilo, que compartilhou de forma generosa seus conhecimentos, sempre de maneira cuidadosa e ética. Pelo seu senso de humor que trouxe leveza nos meus momentos de angústia.

Aos amigos, que acompanharam esse processo e que sempre torceram por mim. Vocês são muito importantes na minha vida.

Como podem esses sujeitos almejar um
estatuto de humanidade e pertença se
não se olham no rosto ou se olham com
tanta brevidade?

(Levinás, 1993)

APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM O TEMA DE PESQUISA

Este trabalho surge do processo de cuidar.

De um olhar desenvolvido por mim ao longo de dez anos inserida em um contexto de UTI. Ao longo deste período, fui atravessada pelo olhar de pacientes, familiares e profissionais que pediam por cuidado, afeto e compaixão. Muitos pedidos foram feitos a mim, e eles foram feitos por pacientes, que em seu período de internação, nos atendimentos à beira leito diziam “será que ninguém vê que aqui, tem uma pessoa que precisa de cuidado?” ou então “como posso ajudar no cuidado ao meu familiar?” E ao ter uma escuta o que fazia mais sentido era encontrar uma forma de dar voz a isso. Assim eu enquanto psicóloga intensivista, uma equipe de médicos e enfermeiros fomos construindo um projeto de humanização e com ele ações que norteavam o nosso fazer dentro da UTI. Usamos como modelo o *Proyecto HU-CI – Humanizando los Cuidados Intensivos*, criado e coordenado pelo Médico intensivista espanhol Dr. Gabriel Heras la Calle. Trata-se de um projeto com 7 anos de existência, que tem levado inovação e dados científicos nos congressos internacionais, e impulsionado a presença das equipes multidisciplinares em hospitais. Assim, após 6 anos, muitas ações foram implementadas, onde o foco é os pacientes seus familiares e os profissionais de saúde.

Quando no estágio hospitalar ouvi falar em humanização pela primeira vez e ao longo dos meus doze anos trabalhando com pacientes com doenças graves e crônicas essa terminologia ganhou mais sentido à medida que me inseria cada vez mais no planejamento de ações de cuidado a partir da identificação das necessidades de pacientes, familiares e profissionais de saúde. Ao refletir sobre a proposta de mestrado, nada me fazia mais sentido do que me aprofundar sobre a humanização, o cuidado ético e para os possíveis caminhos que a bioética me conduziria. É importante ressaltar que meu cenário é diferente da maioria massiva dos hospitais brasileiros: trabalho em um espaço de saúde privado, de médio porte, em uma cidade do sul do Brasil. Nessa realidade não nos falta nada no cotidiano, temos uma equipe Multidisciplinar que conta com médicos, psicólogas, fonoaudiólogas, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiras, assistente social, pedagoga hospitalar – todos profissionais que assumem seu compromisso de promover cuidado, reabilitação, conforto e qualidade de vida. A colaboração de todos os membros da equipe para que os protocolos sejam

seguidos, mas sempre com um olhar a mais é o combustível para dar continuidade ao que para mim, vai além da execução de um trabalho, mas sim uma postura ética.

Dentro deste contexto, quando a realidade do outro torna-se uma possibilidade de cuidado para mim, eu me importo com ela. Assim, nota-se como o cuidado é complexo e subjetivo. Eu sempre direcionei a minha atenção para pacientes e familiares, mas nos últimos anos de alguma maneira, percebi o quanto a equipe também precisava desse cuidado. Todas as vezes que já fui surpreendida com a fala de agradecimento da equipe de como a minha presença faz diferença dentro da UTI, penso sobre a importância do cuidado com a equipe. Em que circunstâncias poderíamos ser capazes de imaginar gratidão dentro de um contexto que mobiliza sofrimento? De tal forma, permitir o verdadeiro contato humano com os pacientes, familiares e equipe, mostra uma perspectiva para com o outro, valorizando seus desejos, e tentando percebê-las como necessidades a serem consideradas.

Nesse sentido o cuidado é uma realidade e um compromisso com a possibilidade de cuidar.

RESUMO

A humanização e o cuidado são pontos importantes no atendimento a pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva e precisam de ações e políticas que reconheçam a intersubjetividade dos envolvidos no processo de cuidar, como, por exemplo, entre os profissionais, pacientes e familiares. A Bioética pode auxiliar na consideração dos aspectos intersubjetivos para pensar ações que possam promover a preservação da autonomia, cuidado e dignidade durante todo o processo de cuidar e ser cuidado. Dessa forma, se por um lado é essencial que aconteçam ações estruturadas e políticas para o cuidado e a humanização, por outro é fundamental que seja avaliado se essa finalidade está sendo atingida. Assim, essa dissertação tem o objetivo de analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a implementação de ações estruturadas de humanização no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva, bem como se essas ações são congruentes com o cuidado ético. A estrutura da dissertação se dá na sequência de dois artigos que buscam responder à pergunta: Qual a percepção dos profissionais sobre ações estruturadas em humanização e como essas ações impactam no processo de cuidado em Unidade de Terapia Intensiva? O primeiro artigo, intitulado “Validação inicial do instrumento de avaliação de Humanização em Unidade de terapia Intensiva (IAHU-TI): a percepção de profissionais de saúde nos processos de humanização” buscou apresentar validade de conteúdo e de construto do instrumento para avaliação de processos de humanização em UTIs. O segundo artigo, com título “Impacto dos processos de humanização: uma visão dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva e a perspectiva do cuidado ético de Nel Noddings” é uma pesquisa exploratória de abordagem mista (quanti-qualitativa), na qual foram analisadas as respostas de duas perguntas abertas com os profissionais para compreender sobre a percepção dos profissionais sobre cuidado humanizado e o impacto desse cuidado no trabalho em uma UTI. Nos dois artigos foram analisadas as respostas de 84 profissionais de saúde que trabalham na UTI de um hospital privado no Sul do Brasil frente a um questionário estruturado contendo afirmativas sobre ações de humanização. No primeiro artigo foi realizada análise de validade (conteúdo e construto) e confiabilidade de um instrumento de avaliação de ações estruturadas de humanização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foram desenvolvidas as seguintes etapas: 1) identificação da literatura atualizada sobre o tema; 2) elaboração dos itens do questionário pelos pesquisadores; 3) validação de conteúdo por experts; 4) validação de construto (análise fatorial exploratória - considerando fatores superiores a 0,30) e 5) análise de consistência interna (através do alfa de Cronbach). No segundo artigo foi realizada análise temática em 5 etapas: 1) pré análise, familiarização com os dados através da leitura flutuante, para formulação de hipóteses; 2) exploração do material, buscando encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas; 3) codificações e índices quantitativos do número total de vezes que cada tema aparecia nas respostas dos participantes, a fim de verificar a frequência de sua ocorrência; 4) revisão dos temas, classificação e a agregação dos dados; 5) interpretação dos dados, inter-relacionando-os com o aporte teórico desenhado inicialmente. No primeiro artigo a análise fatorial exploratória resultou na elaboração final do questionário IAHU-TI com 38 itens, distribuídos em 2 domínios: Processos Gerenciais e Cuidado. O alfa de Cronbach foi de 0,861 e 0,951 respectivamente. No segundo artigo a análise de conteúdo do material conseguiu identificar a percepção sobre cuidado ético e ações de humanização dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Identificamos vinte temas centrais, baseados nos

objetivos do trabalho que foram extraídos das respostas escritas pelos participantes. Foi possível identificar correlações entre questões fundamentais para a humanização que são relativas à empatia, respeito e relações, especificamente atreladas ao processo de cuidar. Ao longo da construção da dissertação pôde-se confirmar a hipótese levantada inicialmente sobre a importância das ações de humanização para a promoção do cuidado ético, a partir da ideia do cuidado centrado na relação, que mais que uma obrigação está intimamente ligado à reciprocidade entre aquele que cuida e quem é cuidado. Além disso, os modelos de qualidade têm como objetivo planejar, acompanhar e assegurar a organização de rotinas, logo podem estimular práticas de cuidado que estejam alinhadas aos processos gerenciais. É importante observar que é possível desenvolver processos gerenciais alinhados a políticas de humanização que integrem técnica, gestão e cuidado.

Palavras-chave: Humanização; Cuidado ético; UTI.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Perfil da amostra	23
Tabela 2 – Distribuição dos itens conforme domínio, itens e carga fatorial.....	26
Tabela 3 – Distribuição dos itens conforme domínio, média e desvio padrão.....	29
Tabela 4 – Média dos itens	31
Tabela 5 – Regressão Linear Univariada dos Domínios da Escala.....	31
Tabela 6 – Diferença entre médias e sexo	32
Gráfico 1 – Gráfico de sedimentação	25
Tabela 1 – Perfil da amostra.....	51
Tabela 2 – Temas encontrados a partir da análise temática das entrevistas.....	53
Quadro 1 – Temas atribuídos a compreensão dos profissionais sobre o cuidado humanizado no contexto da UTI.....	54
Quadro 2 – Temas atribuídos ao impacto da humanização no trabalho dos diferentes profissionais	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
IAHU-TI	Instrumento de Avaliação em Unidade de Terapia Intensiva
IHI	Institute for Healthcare Improvement
PNH	Política Nacional de Humanização
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ARTIGO 1	17
2.1	INTRODUÇÃO	18
2.2	MÉTODO.....	21
2.2.1	Desenho	21
2.3	RESULTADOS	23
2.4	DISCUSSÃO	32
2.5	LIMITAÇÕES.....	38
2.6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
2.7	REFERÊNCIAS.....	39
3	ARTIGO 2	45
3.1	INTRODUÇÃO	46
3.2	MÉTODO.....	49
3.2.1	Desenho	49
3.2.2	Instrumento de coleta	49
3.2.3	Procedimento de coleta	50
3.2.4	Análise de dados	50
3.3	RESULTADOS	51
3.3.1	Síntese temática	53
3.3.2	Síntese dos resultados	54
3.4	DISCUSSÃO	57
3.5	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	61
3.6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
3.7	REFERÊNCIAS.....	62
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO.....	67
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO II.....	70
	APÊNDICE C – CRITÉRIOS CONSOLIDADOS PARA RELATAR PESQUISA QUALITATIVA – COREQ.....	73
	APÊNDICE D – BOAS PRÁTICAS.....	76
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar destinado a casos graves, que apresentam possibilidades terapêuticas. Neste cenário estão presentes profissionais qualificados, alto aparato tecnológico e assistência contínua. Nessa perspectiva o ambiente da UTI aponta para a dialética vida/morte, invasividade e insegurança (CAMPONOGARA *et al.*, 2011).

A humanização está presente nas relações de cuidado que são estabelecidas em UTI, assim, o cuidado é um ponto bastante sensível para pacientes e familiares que vivenciam uma doença grave e internação na UTI. Culturalmente ligada à gravidade e à morte, numa internação na UTI, frequentemente as equipes de saúde são questionadas pelos familiares da seguinte maneira: “mas como ele (a) está sendo cuidado?”. Assim, a preocupação assume um caráter humanístico de busca por acolhimento para além da necessidade de cura e alívio de sintomas. Ressalta-se que o cuidar assume um lugar de destaque e que estes comportamentos e atitudes profissionais individuais ou coletivas, precisam ser discutidas para que as prerrogativas da Humanização sejam respeitadas.

A definição do cuidado, como profundamente humano, pode ser entendida como um estado mental de integração com o outro:

O cuidado envolve sair da própria estrutura de referência pessoal para entrar naquela do outro. Quando cuidamos, consideramos o ponto de vista do outro, suas necessidades objetivas e o que ele espera de nós. Nossa atenção, nossa absorção mental está no objeto do cuidado, não em nós (NODDINGS, 2003, p. 40).

Há momentos em que cuidar apresenta-se como algo completamente natural, não impondo conflitos éticos, porque o “querer” e o “dever” coincidem. A questão gira em torno à exigibilidade do cuidado. Na opinião de Noddings (1984), não se pode exigir que alguém tenha o impulso natural de cuidar, como uma voz interna que diz “eu devo fazer algo”, ela defende que, a menos que haja alguma patologia, este impulso surge naturalmente, mesmo que de forma ocasional.

Além de conseguir perceber a necessidade do outro e mobilizar-se para tal, outro grande desafio é combinar cuidado e trabalho. O encontro com o Outro e o reconhecer-me no Outro. Uma via possível seria a compaixão, quando eu compreendo a realidade do Outro, abrindo espaço para acolher, tanto o amigo,

quanto o estranho moral. Assim, visamos amparar e estar disponíveis para aquelas pessoas com uma moralidade próxima ou distante a nossa. A palavra compaixão tem origem latina e compadecer é "*sofrer com*". Ter compaixão é a virtude de compartilhar o sofrimento do outro. Não significa aprovar suas razões, sejam elas boas ou más. Ter compaixão é não ter indiferença frente ao sofrimento do outro (GOLDIM, 2006). Assim, se a proposta é cuidar não deve ser dissociada da compaixão e da emergência de um encontro que impacta quem cuida e quem recebe o cuidado.

No contexto das profissões de saúde, a compaixão é considerada um valioso princípio ético, é também através dela que é possível manter uma proteção dos direitos dos doentes e uma qualidade, que os pacientes procuram nos que lhes oferecem cuidado (NEFF, 2003; POMMIER, 2010). Assim, destaca-se a compaixão como uma virtude para se conectar tanto com um cuidado mais humanizado, quanto com melhor qualidade.

Para Pommier (2010):

vários filósofos modernos sugerem que três requisitos devem estar presentes para que um indivíduo sinta compaixão, num contexto de cuidados de saúde: o sofrimento ou dificuldade deve ser visto como um problema; o doente não deve ser responsável por seu próprio sofrimento; a compaixão é um sentimento individual, é o ser capaz de imaginar-se ou um ser amado ou amigo na mesma situação (POMMIER, 2010, p.16).

A ética de virtudes é o modelo mais antigo de filosofia moral, ele sustenta, fundamentalmente, que não são os princípios, mas o caráter virtuoso dos agentes que torna possível a moralidade das ações. Para Edmund Pellegrino e David Thomasma (1993), que estão entre os principais promotores da ética das virtudes na prática clínica, uma ética das virtudes tem por objetivo a procura de excelência, que tem como propósito realizar da melhor maneira determinada ação. Eles destacam, na sua obra *The Virtues in Medical Practice* oito virtudes fundamentais: a fidelidade à promessa, a compaixão, a prudência, a justiça, a coragem, a moderação, a integridade e o altruísmo. Todas estas virtudes podem ser identificadas no encontro clínico. Nessa perspectiva, as virtudes são fundamentais para se alcançar o bem do paciente. Os autores assinalam que deve haver um equilíbrio entre a virtude da compaixão e a competência técnica e científica, sendo a virtude da prudência, a capacidade de melhor perceber o melhor caminho a seguir.

Ser capaz de acolher e reconhecer o sofrimento talvez seja a principal “mola propulsora” para fazer o bem. Beneficência, na linguagem comum, significa atos de compaixão e bondade. Ela provém do latim *bonum facere*, que significa fazer o bem, ou seja, praticar a manifestação de bem. Difere da benevolência, que significa estar disponível para fazer o bem (ALMEIDA; SCHRAMM, 1999). A beneficiência não seria caritativa, ou da ordem da bondade, mas do dever (SILVA, 2010).

Dessa forma, a beneficência é um ideal de ação que ultrapassa a obrigação; e outras vezes, é limitada por obrigações morais. Fica claro que a equipe interdisciplinar não pode exercer o princípio da beneficência de modo absoluto. Ela tem seus limites, como a dignidade individual própria a todo ser humano. O princípio é condicional ou dependente da situação a que é afirmado. Quanto mais se generalizar as obrigações de beneficência, menor a chance de que se desempenhem as responsabilidades essenciais (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002).

Quando pensamos em profissionais de saúde, além da responsabilidade com o trabalho técnico, deseja-se que também que este passe por uma via de cuidado respeitoso consigo e aos outros. A ética do cuidado é como cada pessoa estrutura e funda suas relações com as coisas, com os outros, com o mundo e com ela mesma, ou seja, sua razão de ser (ZOBOLI, 2011).

No contexto hospitalar esse cuidado pode ser fomentado por modelos de qualidade. Esses modelos visam a eficiência e eficácia dos processos, além de serem vitais para o posicionamento das organizações no mercado. Ele exige das organizações uma reestruturação, inovação e excelência, por meio de práticas focadas nas demandas dos clientes (BONATO, 2011).

Sendo assim, é importante que existam modelos de qualidade dos processos com uma metodologia que possa determinar o momento certo para intervir em prol de resultados melhores dos que os obtidos antes da intervenção. Uma questão essencial é que modelos de qualidade não se restringem apenas em satisfazer unicamente o cliente externo, mas sim todos os que fazem parte da organização e que nelas interagem, ou seja, funcionários e administradores. Além disso, modelos de certificação da avaliação hospitalar que passam pelo processo de acreditação apontam um caminho de melhoria contínua na assistência aos pacientes, bem como indica progressos na qualidade (FELDMAN *et al.*, 2005).

Os modelos de certificação têm sido amplamente requeridos como estratégia de validação social da qualidade de determinado serviço em termos de eficiência e

uma obrigação em termos éticos e morais (WASHINGTON, 1998). Uma vez que esses modelos avaliam processos, resultados e contribuem na redução de custos e da morbimortalidade é essencial também avaliar as pessoas que participam como cuidadoras nesse contexto e qual compreensão têm desse processo.

Os profissionais de saúde são aqueles que efetivam os processos e políticas de cuidado. Alcançar um cuidado ético a partir das ações de humanização perpassa a consideração desses profissionais sobre essas ações. Além disso, para que o cuidado seja ético precisa incluir elementos como a compaixão, conforto, autonomia e disponibilidade para cuidar do outro. Desta forma, o objetivo desse trabalho foi de apresentar validade de conteúdo e de constructo do instrumento para avaliação de processos de humanização em UTIs e compreender a percepção dos profissionais sobre ações estruturadas em humanização e suas implicações no processo de cuidado e cuidado ético.

A seguir, a dissertação será composta por dois momentos. O primeiro será um estudo metodológico de elaboração de um instrumento que avalie os processos de humanização em UTIs. Como uma das bases desse trabalho é pesquisar sobre a perspectiva de quem cuida utilizando uma estratégia de acreditação e então analisar os processos de humanização estimulados por ela; iniciamos com a elaboração de um instrumento sobre a perspectiva desses profissionais sobre as ações de Humanização. O segundo artigo será um estudo transversal exploratório, que procura identificar a percepção sobre ações de humanização dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva e correlacioná-la com a perspectiva do cuidado ético de Nel Noddings. Esses estudos nos deram a oportunidade de ouvir os profissionais de saúde que trabalham em um ambiente complexo (UTI) e quais as suas percepções sobre humanização e cuidado. Esses estudos podem ter impacto prático para todos que estão inseridos neste contexto e em pesquisas futuras.

2 ARTIGO 1

Validação inicial do instrumento de avaliação de Humanização em Unidade de Terapia Intensiva (IAHU-TI): a percepção de profissionais de saúde dos processos de humanização

Mayara Schirmer Moerschberger¹

Renato Soleiman Franco²

¹Psicóloga, Mestranda em Bioética – PUCPR; mmoerschberger@gmail.com; ²Psiquiatra, Docente do Programa de Pós-graduação em Bioética – PUCPR, renato.soleiman@pucpr.br

Resumo

Objetivo: Apresentar a validade de conteúdo e de constructo do instrumento para avaliação de processos de humanização em UTIs e compreender a percepção dos profissionais sobre ações estruturadas em humanização e suas implicações no processo de cuidado e cuidado ético, tendo como base o modelo de acreditação *Proyecto HU-CI – Humanizando los Cuidados Intensivos*. Com isso pretende-se avaliar como esses processos são vivenciados por quem realiza o cuidado aos pacientes e levantar os principais desafios nesse contexto. Nessa etapa de desenvolvimento do instrumento apresenta-se a validade de conteúdo e de constructo do instrumento por meio de análises psicométricas para sua validação inicial. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico de elaboração, análise de validade (conteúdo e construto) e confiabilidade de um instrumento de avaliação de ações estruturadas de humanização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foram desenvolvidas as seguintes etapas: 1) identificação da literatura atualizada sobre o tema; 2) elaboração dos itens do questionário pelos pesquisadores; 3) validação de conteúdo por experts; 4) validação de construto (análise fatorial exploratória - considerando fatores superiores a 0,30) e 5) análise de consistência interna (através do alfa de Cronbach). **Resultados:** A amostra foi composta de 84 profissionais, sendo 27 médicos, 46 na área de enfermagem e 11 das demais profissões; de ambos os sexos que responderam a uma versão inicial do questionário de Humanização (IAHU-TI), com 39 itens e elaborado inicialmente a partir de 7 domínios. A análise fatorial exploratória resultou na elaboração final do questionário IAHU-TI com 38 itens, distribuídos em 2 domínios: Processos Gerenciais e Cuidado. O alfa de Cronbach foi de 0,861 e 0,951 respectivamente. **Conclusão:** O instrumento final apresentou boas propriedades psicométricas para avaliar ações estruturadas em humanização em UTI adulto. Representa uma ferramenta inovadora que poderá servir de apoio no desenvolvimento e organização de serviços que estão voltados à garantia de cuidado.

Palavras-chave: Humanização; Questionário; Confiabilidade; Análise fatorial.

2.1 INTRODUÇÃO

Os processos de qualidade nos serviços hospitalares, além de dar conta de questões fundamentais como segurança, criam estratégias e indicam possibilidades de um fazer que atenda as necessidades e exigências dos clientes em todas as suas dimensões (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). A Avaliação da Qualidade na saúde iniciou-se no século passado, quando foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) que estabeleceu, em meados de 1924 o Programa de Padronização Hospitalar (PPH) (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987). No Brasil, a partir da década de 1930, acentuaram-se debates a respeito da melhoria na qualidade dos serviços hospitalares. Desde então, observa-se nos hospitais mudança no padrão de atendimento e na prestação de serviços. Hoje se enfatiza a qualidade na assistência à saúde dentro de um mercado competitivo (FELDMAN, 2004).

Hospitais e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) pelo Brasil têm cenários distintos, mas todos devem cuidar de seus pacientes e equipes, buscando qualidade e melhor resultado: eficiência assistencial, bom uso de recursos e proporcionando boas experiências para pacientes e familiares e profissionais de saúde (SIKKA; MORATH; LEAPE, 2015; FERNANDES; PULZI JÚNIOR; COSTA FILHO, 2010). Uma forma de obtermos controle da qualidade assistencial é através do processo de acreditação. Este é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, de caráter voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos (NOVAES; PAGANINI, 1994).

A certificação concedida por instituições acreditadoras aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes, bem como estabelece níveis crescentes de qualidade e são consideradas a base da excelência. Espera-se que as organizações que aderirem ao processo de certificação proporcionem serviços que realmente atendam as necessidades dos seus clientes, que mitiguem a fragmentação da saúde e que, superem as expectativas dos pacientes (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A implantação de processos de humanização é uma mudança que precisa ser estruturada para mitigar os riscos de falha e de segurança. Há várias teorias de como implantar novos processos, como, por exemplo, o método de melhoria do Institute for Healthcare Improvement (IHI) que pode auxiliar na organização dos

serviços de saúde (LANGLEY *et al.*, 2009). Verifica-se também que um processo gerencial em saúde, com foco na dignidade humana, necessita criar indicadores que avaliem ações de humanização. Assim, devem ser consideradas circunstâncias que podem ser planejadas e monitoradas para a implementação de ações (KOCH *et al.*, 2018).

Sendo assim, é importante que existam modelos de qualidade dos processos com uma metodologia que possa determinar o momento certo para intervir em prol de resultados melhores dos que os obtidos antes da intervenção. Uma questão essencial é que modelos de qualidade não se restringem apenas em satisfazer unicamente o cliente externo, mas sim todos os que fazem parte da organização e que nelas interagem, ou seja, funcionários e administradores (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Com base no que foi apresentado, considera-se relevante a discussão sobre a construção de um instrumento que avalie ações estruturadas de humanização em UTI. Sabe-se que nas UTIs, a estrutura assistencial, pela justificativa de proporcionar atendimento especializado por profissionais qualificados, se apodera do paciente, restringindo visitas e interações com o meio social, dando-lhe um número de leito e privando-o, muitas vezes, de suas preferências e relações (ROSA; KERN, 2021). Assim, avaliar ações estruturadas na UTI precisa englobar aspectos de cuidado que incluam humanização, valores do cuidado e a ética na assistência ao paciente e na equipe multidisciplinar.

A proposta de cuidados individualizados não é recente, e aplica-se a diferentes níveis de atenção em saúde (MOORE *et al.*, 2017). O emprego de iniciativas multiprofissionais, com ações voltadas ao cuidado personalizado em UTI, busca qualificar o cuidado oferecido e que a experiência seja menos impactante junto aos pacientes e familiares (BARROS, 2021). Assim, a concretização de algumas ações estruturadas em humanização com segurança, exige mudanças, por vezes, profundas na maneira como vemos a UTI e na formação dos profissionais. Para a ampla implementação, é necessário que o processo de preparação das equipes aborde habilidades não técnicas, além das habilidades técnicas (RIBAS, 2021).

Quando pensamos em profissionais de saúde, além da responsabilidade com o trabalho técnico, deseja-se que este passe por uma via de cuidado respeitoso. Ariza Olarte (2012), fala sobre a necessidade de uma prática humanizada, possibilitando atenção segura e acolhedora, considerando a dignidade, qualidade de

vida dos pacientes, o respeito, a integralidade e autonomia, e considerar a humanização como forma de integrar a tecnologia e o cuidado. Assim, tecnologia e humanização estão integradas numa ética de cuidado que deve expressar, na prática, a real razão do sentido do cuidado (ZOBOLI, 2011).

Considerando que a humanização em Unidade de Terapia Intensiva visa dar assistência integral, é necessário que esse objetivo seja incorporado no planejamento dos processos de qualidade de hospitais que preconizam essa prática. Neste contexto, ressalta-se que a humanização é um imperativo ético que contribui para garantir a dignidade simultaneamente com os princípios bioéticos e com as regulamentações das práticas no contexto da saúde (CARLOSAMA *et al.*, 2019).

Assim, deve-se considerar que o processo de cuidado se relaciona com o reconhecimento da integridade do ser humano e suas relações incluindo sua família e os profissionais de saúde envolvidos no cuidado (CARLOSAMA *et al.*, 2019).

A justificativa para a realização deste estudo se pautou no fato de que, até o momento, há escassez de instrumentos que avaliem a implementação de ações estruturadas de humanização em UTI. Dessa forma, ao elaborar um instrumento de avaliação de ações estruturadas de humanização em UTI contribui-se para a prática clínica e científica, pois esse instrumento representa ferramenta inovadora a ser empregada para avaliar processos de humanização, servindo de apoio no desenvolvimento e organização de serviços que estão voltados à garantia de cuidado, preservação de direitos, informação e solidariedade. Como questão norteadora da proposta desta investigação estabeleceu-se: Quais as variáveis ou combinações de variáveis que devem integrar uma escala que melhor avalie ações integradas de humanização em UTI?

O objetivo desta pesquisa foi o de apresentar validade de conteúdo e de constructo do instrumento para avaliação de processos de humanização em UTIs (IAHU-TI) e compreender a percepção dos profissionais sobre ações estruturadas em humanização e suas implicações no processo de cuidado e cuidado ético embasados nos fundamentos da humanização sem saúde.

Considerações sobre validação de instrumentos psicométricos

De forma geral, os instrumentos devem oferecer dados precisos, confiáveis, e a sua validade está relacionada diretamente à “precisão do instrumento em medir o que se propõe medir” (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998). O desempenho dessas

medidas é essencial para a garantia da qualidade dos instrumentos utilizados e na implementação prática dos resultados dos estudos. As técnicas mais conhecidas são: validade de conteúdo; validade de aparência; validade de critério e validade de constructo (MARTINS, 2006). A validade de conteúdo, um dos tipos de validação utilizados neste estudo, é a determinação da relevância de itens que expressam um conteúdo, fundamentada no julgamento de especialistas. Isso significa que a validação de conteúdo determina se o conteúdo presente no instrumento de medida explora, de maneira efetiva, o fenômeno a ser investigado (MATOS *et al.*, 2020). Já a validade de construto é a extensão em que um conjunto de variáveis realmente representa o construto a ser medido (MARTINS, 2006). Com o intuito de estabelecer a validade de construto, uma das técnicas utilizadas para a verificação da validade de constructo é a análise fatorial. Pois ela fornece ferramentas para avaliar as correlações em um grande número de variáveis, definindo as variáveis fortemente relacionadas entre si (HAIR *et al.*, 2009). A confiabilidade é uma medida que avalia um resultado de forma consistente, em nosso estudo medida através da consistência interna pelo alfa de Cronbach.

2.2 MÉTODO

2.2.1 Desenho

Trata-se de um estudo metodológico de elaboração e análise de validade e confiabilidade de um instrumento de avaliação de ações estruturadas de humanização em UTI.

Etapas realizadas no processo de construção do instrumento

O processo de desenvolvimento de um instrumento para avaliar as ações estruturadas de Humanização envolveu as seguintes fases:

1) Construção do instrumento de avaliação de Humanização em Unidade de Terapia Intensiva (IAHU-TI): elaboração dos itens e evidências de validade baseadas no conteúdo. Para esta fase, foram realizadas três etapas:

- 1) identificação dos referenciais teórico-metodológicos;
- 2) construção dos itens;
- 3) validação de conteúdo por experts.

Estas etapas tiveram como objetivo a especificação dos domínios que representam as ações estruturadas de humanização a ser medido e a operacionalização dos construtos em itens.

Na etapa 1, foi considerado o *Proyecto HU-CI – Humanizando los Cuidados Intensivos*, que tem nas suas linhas de trabalho, o objetivo de certificar o cumprimento dos padrões de humanização de organizações sanitárias, bem como de seus profissionais e da formação recebida por eles. O Projeto HU-CI conta com o Aval Científico de diversas Sociedades Científicas, tanto nacionais quanto internacionais (ROJAS, 2019). Em relação a humanização, os principais referenciais teóricos que balizaram as definições dos construtos foi a análise documental da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008). Assim, as bases teóricas para o instrumento foram a PNH e o Projeto HU-CI modelo de certificação espanhola. Para Rojas (2019), humanizar os cuidados intensivos é colocar a pessoa no centro, entendendo que ela é única e que sua dignidade e valores precisam ser preservados, cuidando com base na melhor evidência científica. De acordo com a PNH (BRASIL, 2008), a humanização deve ser vista como política que transversaliza todo o sistema, ela tem como foco a articulação dos atores implicados com as práticas clínicas e de gestão. Assim, têm como pontos convergentes a humanização como busca de excelência, do ponto de vista multidimensional, proporcionando maior proximidade e cuidado, com gestão em saúde e participação.

Na etapa 2, a elaboração do instrumento teve como modelo as 7 linhas estratégicas e as 160 boas práticas da certificação espanhola em humanização (CALLE; MARTIN; NIN, 2017) (APÊNDICE D), os 39 itens escolhidos para a composição do instrumento são alguns itens obrigatórios para a certificação em humanização (APÊNDICE A). Os itens são cotados numa escala tipo Likert de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre). Pontuações elevadas significam mais propensão ao cuidado ético e humano. Na etapa 3, para validação de conteúdo por experts procedeu-se da seguinte maneira: foi solicitado para uma pequena amostra da população-alvo que têm experiência e qualificação sobre o tema da pesquisa que opinassem sobre o constructo, a fim de garantir a validade do conteúdo.

2) Validação do instrumento: As medidas estatísticas utilizadas foram: validade de conteúdo, validação de construto pela análise fatorial exploratória e confiabilidade pela análise de consistência interna (usando alfa de Cronbach). O instrumento foi aplicado em 84 profissionais, sendo 27 médicos, 46 da área de enfermagem e 11 das demais profissões, de ambos os sexos. Os dados obtidos por meio do

instrumento construído e validado semanticamente foram agrupados em um banco de dados, utilizando-se do aplicativo Microsoft Office Excel® 2010 e analisados pelo software estatístico SPSS®, versão 28. A consistência interna indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica, ou seja, para avaliar a correlação entre as respostas do instrumento aplicado por meio do perfil das respostas dadas pelos sujeitos da pesquisa (ALMEIDA; REIS DOS SANTOS; COSTA, 2010). O teste de Alfa de Cronbrach (α) reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala e foi utilizado para medir a consistência interna por se apresentar como uma das ferramentas estatísticas mais importantes e difundidas em pesquisas envolvendo a construção de testes e de sua validação. A análise fatorial permite determinar se as variáveis medidas podem ser explicadas por um determinado número de fatores. Para isso, é preciso que um conjunto de variáveis tenha alta correlação entre si e baixa correlação com as variáveis de outro conjunto (STREINER; GEOFFREY, 2008). O critério de escolha dos fatores para este estudo foi aqueles que foram superiores a 0,30. Para definição do número de domínios utilizou-se a regra do cotovelo (pontos de maior inflexão na curva) no *scree plot* (gráfico de sedimentação), e a variância explicada pelos domínios.

3) Aspectos éticos: o referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) sob o instrumento número CAAE 64361222.9.0000.0020 (ANEXO A). Deste modo, este estudo pauta-se nas determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

2.3 RESULTADOS

O instrumento piloto foi aplicado em uma amostra de 84 profissionais que atuam em UTI adulto. A Tabela 1 mostra a caracterização dos participantes.

Tabela 1 – Perfil da amostra

Perfil da amostra	n	%	Média	DP
1. Sexo				
Feminino	56	66,7		
Masculino	28	33,3		
2. Idade	84		38,44	8,74

3. Estado Civil

Casado (a)	43	51,2
Divorciado (a)	11	13,1
Solteiro (a)	26	31,0
União Estável	4	4,8

4. Religião

Católica	40	47,6
Espiritismo	11	13,1
Cristã	7	8,3
Agnóstica	3	3,6
Ateu	1	1,2
Luterana	2	2,4
Umbandista	1	1,2
Evangélica	14	16,7
Sem religião	5	6,0

5. Profissão

Psicólogo*	1	1,2
Fisioterapeuta*	6	7,1
Terapeuta ocupacional*	1	1,2
Farmacêutico*	1	1,2
Fonoaudiólogo*	2	2,4
Médico	27	32,1
Enfermeiro	10	11,9
Técnico de enfermagem	36	42,9

6. Tempo de atuação neste hospital

Menos de 1 ano	3	3,6
Entre 1 e 3 anos	18	21,4
Entre 3 e 5 anos	10	11,9
Mais de 5 anos	53	63,1

7. Especialização em UTI

Sim	29	34,5
Não	55	65,5

8. Tempo de experiência na UTI

Menos de 1 ano	1	1,1
Entre 1 e 3 anos	14	16,7
Entre 3 e 5 anos	8	9,5
Mais de 5 anos	61	72,6

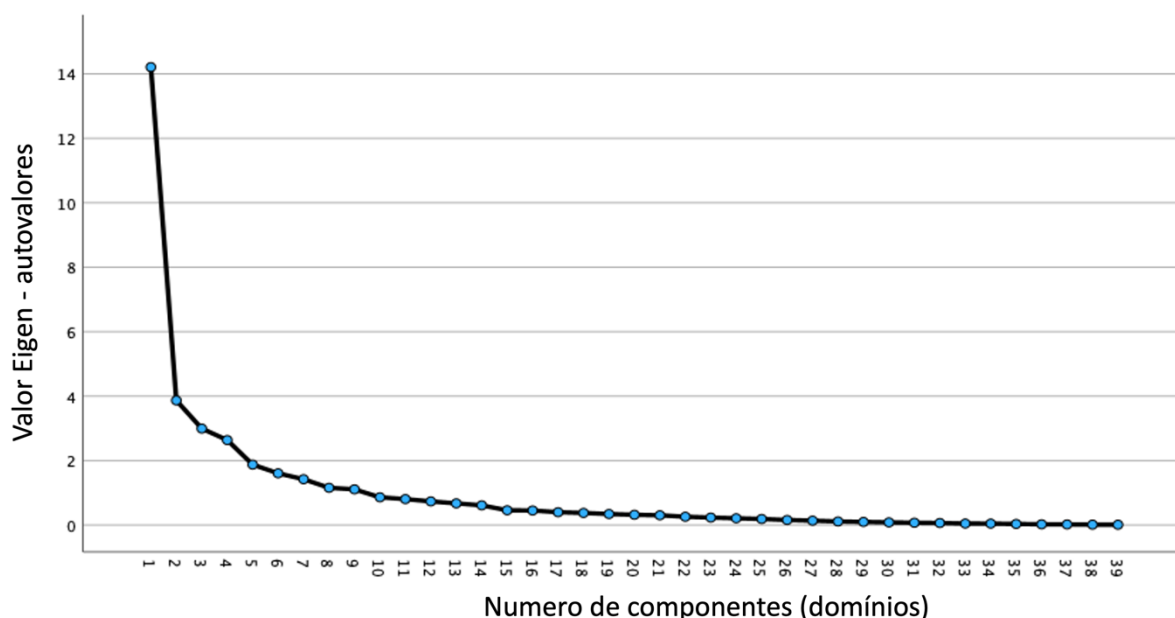
TOTAL	84	100
-------	----	-----

*as categorias com menos de 10 representantes foram consideradas de forma agrupada como (Demais profissões) para os cálculos estatísticos.

Fonte: os autores, 2023.

Construiu-se um instrumento inicial composto por 39 itens distribuídos em 7 domínios 1. UTI de portas abertas; 2. Comunicação; 3. Bem-estar do paciente; 4. Cuidados com o profissional; 5. Síndrome Pós-UTI; 6. Cuidados no final da vida e 7. Infraestrutura humanizada (APÊNDICE B). A partir da regra do cotovelo identificamos a possibilidade de agrupar os itens em 2 domínios (GRÁFICO 1). A variância explicada por dois componentes (domínios) foi de 46,34%.

Gráfico 1 – Gráfico de sedimentação



Fonte: os autores, 2023.

O Apêndice B destaca a estrutura inicial e como, após a análise fatorial, se agruparam em 2 domínios. Os domínios Comunicação; Cuidados com o profissional; Síndrome Pós-UTI e Cuidados no final da vida se agruparam no domínio Processos Gerenciais; já os domínios UTI de portas abertas; Bem-estar do paciente e Infraestrutura humanizada se agruparam no domínio Cuidado.

Na Tabela 2 são apresentados os domínios, os itens e a carga fatorial a eles associados. Ressaltando que cada fator os itens permaneceram neste estudo foram àqueles superiores a 0,30. Os itens que tiveram carga fatorial muito semelhante

como QS22 e QS25 foram mantidos no domínio cuidado por sua relevância neste domínio.

Tabela 2 – Distribuição dos itens conforme domínio, itens e carga fatorial

	Questões	Processos gerenciais	Cuidado
QS1	É necessário assegurar a transmissão correta de informações relevantes sobre o paciente e a sua família entre todos os membros da equipe	.709	.248
QS2	É importante a utilização de ferramentas que estimulem o trabalho em equipe para comunicação efetiva (passagem de plantão/plano terapêutico/visitas multidisciplinares)	.948	.115
QS3	É necessário proporcionar uma comunicação adequada e empática através de ferramentas específicas (protocolo de más notícias/videochamadas)	.627	.166
QS4	É importante criar protocolos para comunicação alternativa que atendam às necessidades específicas dos pacientes (pranchas de comunicação/braille)	.689	.087
QS5	É benéfico implantar ações que favoreçam os cuidados pessoais do paciente (higiene, hidratação)	.613	.258
QS6	É necessário a avaliação periódica do processo de qualidade de vida no trabalho	.822	.173
QS7	É importante capacitar os profissionais quanto a habilidades emocionais no ambiente de trabalho	.801	.215
QS8	É importante um programa de acolhimento a todos os profissionais na UTI (para explicação das dinâmicas internas da UTI, ajuste de expectativas)	.780	.269
QS9	É necessário o estímulo da participação e a opinião dos profissionais nas rotinas da UTI	.797	.197
QS10	É importante uma área adequada de descanso para os profissionais	.691	.004
QS11	É necessário no pré alta da UTI identificar as necessidades (físicas, emocionais, sociais) dos pacientes e encaminhar para seguimento da equipe do setor de internação	.768	.216
QS12	É necessário criar estratégias para melhorar a qualidade de vida dos pacientes/familiares que estão de alta da UTI	.830	.246
QS13	É necessário um protocolo multiprofissional que identifique necessidades no final da vida no paciente crítico	.774	.166

QS14	É importante detectar e dar suporte aos sintomas físicos apresentados pelos pacientes em situações no final da vida (exemplo: sedação paliativa)	.838	.002
QS15	É necessário oferecer o acompanhamento multiprofissional contínuo aos familiares e pacientes em situações no final da vida	.600	.355
QS16	É importante respeitar as vontades dos pacientes e familiares em situações no final da vida	.700	.128
QS17	É importante o registro adequado em prontuário sobre limitação de suporte vital (LTSV) após conferência familiar	.785	-.001
QS18	É importante ter protocolos para prevenção da Síndrome Pós-Terapia intensiva (mobilização precoce, delirium, analgesia, sedação)	.351	.414
QS19	É importante garantir a participação da equipe multidisciplinar na tomada de decisão sobre limitação de suporte vital (LTSV)	.450	.238
QS20	É importante rotinas que estimulem a recuperação motora precoce (espaços de reabilitação, passeios fora da UTI)	.322	.757
QS21	É importante a aplicação de medidas que facilitem o descanso noturno, bem como outras medidas de bem-estar ambiental (luminosidade, ruídos, temperatura)	.249	.577
QS22	É necessário uma infraestrutura que garanta a privacidade do paciente	.435	.415
QS23	É importante que o conforto ambiental seja promovido ao paciente (luz natural, mobília, personalização de espaço)	.327	.474
QS24	É necessário promover a orientação do paciente (relógio, calendário)	.358	.573
QS25	É importante que a área de trabalho (postos de enfermagem) sejam funcionais (computadores, monitoramento central, câmeras)	.461	.477
QS26	É necessário promover o conforto na área administrativa e de profissionais (área de descanso e café)	.651	.357
QS27	É importante ações que promovam a distração do paciente (conexão wi-fi, liberação uso de celular, TV)	.140	.685
QS28	É importante disponibilizar de espaços abertos para a realização de passeios para pacientes com garantia de acesso aos mesmos (cadeira de rodas, camas etc)	.292	.669
QS29	É benéfico qualificação/treinamento para a equipe quanto às rotinas de UTI de portas abertas	.171	.356

QS30	É necessário facilitar o acesso de familiares na UTI	-. 029	.456
QS31	É importante que se tenham ações para a promoção do contato de familiares com o paciente durante a internação na UTI	.060	.593
QS32	É importante oferecer à família a participação nos cuidados ao paciente em procedimentos nos quais seja possível	.096	.591
QS33	É importante oferecer dispositivos ao paciente e familiar para que possam chamar a equipe quando necessário (campainha)	-. 147	.500
QS34	É necessário implementar medidas para a promoção da autonomia do paciente (saída do leito, banhos de chuveiro, uso de celular)	-. 061	.707
QS35	É necessário identificar e oferecer apoio às necessidades emocionais, psicológicas e espirituais da família	.159	.325
QS36	É necessário a promoção de ações para evitar, reduzir ou controlar sintomas que causem desconforto ao paciente (lesão por pressão, dor, contenção, delirium)	.158	.649
QS37	É benéfico oferecer intervenções para diminuir o sofrimento psicológico do paciente	.281	.318
QS38	É importante sala de convivência para os familiares	.301	.415
QS39	É importante identificar possíveis necessidades espirituais do paciente*	.182	.096

*Item excluído da escala
Fonte: os autores, 2023.

O Alpha de Cronbach geral do questionário foi de 0,934, indicando excelente consistência interna. Nos domínios Processos gerenciais e Cuidado coeficiente Alpha de Cronbach alcançou valores de 0,861 e 0,951 respectivamente.

Tabela 3 – Distribuição dos itens conforme domínio, média e desvio padrão

Domínio	Questões	Média	DP
PROCESSOS GERENCIAIS	QS1 É necessário assegurar a transmissão correta de informações relevantes sobre o paciente e a sua família entre todos os membros da equipe	4,83	0,406
	QS2 É importante a utilização de ferramentas que estimulem o trabalho em equipe para comunicação efetiva (passagem de plantão/plano terapêutico/visitas multidisciplinares)	4,86	0,541
	QS3 É necessário proporcionar uma comunicação adequada e empática através de ferramentas específicas (protocolo de más notícias/videochamadas)	4,74	0,604
	QS4 É importante criar protocolos para comunicação alternativa que atendam às necessidades específicas dos pacientes (pranchas de comunicação/braille)	4,86	0,385
	QS5 É benéfico implantar ações que favoreçam os cuidados pessoais do paciente (higiene, hidratação)	4,94	0,238
	QS6 É necessário a avaliação periódica do processo de qualidade de vida no trabalho	4,81	0,57
	QS7 É importante capacitar os profissionais quanto a habilidades emocionais no ambiente de trabalho	4,83	0,577
	QS8 É importante um programa de acolhimento a todos os profissionais na UTI (para explicação das dinâmicas internas da UTI, ajuste de expectativas)	4,81	0,611
	QS9 É necessário o estímulo da participação e a opinião dos profissionais nas rotinas da UTI	4,83	0,598
	QS10 É importante uma área adequada de descanso para os profissionais	4,82	0,697
	QS11 É necessário no pré alta da UTI identificar as necessidades (físicas, emocionais, sociais) dos pacientes e encaminhar para seguimento da equipe do setor de internação	4,86	0,385
	QS12 É necessário criar estratégias para melhorar a qualidade de vida dos pacientes/familiares que estão de alta da UTI	4,86	0,385
	QS13 É necessário um protocolo multiprofissional que identifique necessidades no final da vida no paciente crítico	4,9	0,368
	QS14 É importante detectar e dar suporte aos sintomas físicos apresentados pelos pacientes em situações no final da vida (exemplo: sedação paliativa)	4,92	0,417
	QS15 É necessário oferecer o acompanhamento multiprofissional contínuo aos familiares e pacientes em situações no final da vida	4,89	0,381
	QS16 É importante respeitar as vontades dos pacientes e familiares em situações no final da vida	4,86	0,443
	QS17 É importante o registro adequado em prontuário sobre limitação de suporte vital (LTSV) após conferência familiar	4,9	0,428
	QS18 É importante ter protocolos para prevenção da Síndrome Pós-Terapia intensiva (mobilização precoce, delirium, analgesia, sedação)	4,93	0,302

CUIDADO	QS19	É importante garantir a participação da equipe multidisciplinar na tomada de decisão sobre limitação de suporte vital (LTSV)	4,75	0,578
	QS20	É importante rotinas que estimulem a recuperação motora precoce (espaços de reabilitação, passeios fora da UTI)	4,80	0,485
	QS21	É importante a aplicação de medidas que facilitem o descanso noturno, bem como outras medidas de bem-estar ambiental (luminosidade, ruídos, temperatura)	4,94	0,238
	QS22	É necessário uma infraestrutura que garanta a privacidade do paciente	4,86	0,443
	QS23	É importante que o conforto ambiental seja promovido ao paciente (luz natural, mobília, personalização de espaço)	4,77	0,499
	QS24	É necessário promover a orientação do paciente (relógio, calendário)	4,88	0,361
	QS25	É importante que a área de trabalho (postos de enfermagem) sejam funcionais (computadores, monitoramento central, câmeras)	4,88	0,393
	QS26	É necessário promover o conforto na área administrativa e de profissionais (área de descanso e café)	4,87	0,404
	QS27	É importante ações que promovam a distração do paciente (conexão wi-fi, liberação uso de celular, TV)	4,74	0,54
	QS28	É importante disponibilizar de espaços abertos para a realização de passeios para pacientes com garantia de acesso aos mesmos (cadeira de rodas, camas etc)	4,82	0,495
	QS29	É benéfico qualificação/treinamento para a equipe quanto às rotinas de UTI de portas abertas	4,65	0,72
	QS30	É necessário facilitar o acesso de familiares na UTI	4,37	0,818
	QS31	É importante que se tenham ações para a promoção do contato de familiares com o paciente durante a internação na UTI	4,57	0,699
	QS32	É importante oferecer à família a participação nos cuidados ao paciente em procedimentos nos quais seja possível	4,32	1,02
	QS33	É importante oferecer dispositivos ao paciente e familiar para que possam chamar a equipe quando necessário (campainha)	4,79	0,493
	QS34	É necessário implementar medidas para a promoção da autonomia do paciente (saída do leito, banhos de chuveiro, uso de celular)	4,71	0,550
	QS35	É necessário identificar e oferecer apoio às necessidades emocionais, psicológicas e espirituais da família	4,90	0,334
	QS36	É necessário a promoção de ações para evitar, reduzir ou controlar sintomas que causem desconforto ao paciente (lesão por pressão, dor, contenção, delirium)	4,88	0,393
	QS37	É benéfico oferecer intervenções para diminuir o sofrimento psicológico do paciente	4,95	0,214
	QS38	É importante sala de convivência para os familiares	4,56	0,812
Excluído	QS39	É importante identificar possíveis necessidades espirituais do paciente*	4,85	0,396

Fonte: os autores, 2023.

Os valores encontrados para média e desvio padrão foram substanciais (TABELA 4).

Tabela 4 – Média dos itens

Domínios	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Processos Gerenciais	84	2,42	5,00	4,84	0,352
Cuidado	84	3,89	5,00	4,85	0,299
Geral	84	3,47	5,00	4,80	0,286

Fonte: os autores, 2023.

Testamos um modelo de regressão linear múltipla composto por sexo, idade e profissão para prever os escores dos domínios. Para o domínio Cuidado, sexo e profissão foram estatisticamente significativos – sendo a profissão de técnico de enfermagem associada a menor pontuação e o sexo feminino com maior (comparado ao masculino). Já para o domínio Processos gerenciais, não houve nenhuma variável estatisticamente significativa. Ao testar as mesmas variáveis para o escore geral da escala idade e profissão continuam significativos (TABELA 5).

Tabela 5 – Regressão Linear Univariada dos Domínios da Escala

CUIDADO				
Variáveis	B	EP	valor-p	95% IC
Sexo – Feminino	0,185	0,066	0,005	[0,055; 0,314]
Sexo – Masculino	0*			
Idade	-0,004	0,0038	0,349	[-0,011; 0,004]
Médicos	0,010	0,1236	0,936	[-0,232; 0,252]
Enfermeiros	-0,054	0,1327	0,686	[-0,314; 0,206]
Técnicos de Enfermagem	-0,287	0,1131	0,011	[-0,509; -0,066]
Demais profissões	0*			
PROCESSOS GERENCIAIS				
Variáveis	B	EP	valor-p	95% IC
Sexo – Feminino	0,114	0,082	0,198	[-0,059; 0,286]
Sexo – Masculino	0*			
Idade	0,003	0,0051	0,613	[-0,007; 0,012]
Médicos	-0,052	0,1649	0,753	[-0,375; 0,271]
Enfermeiros	-0,103	0,1771	0,559	[-0,450; 0,244]
Técnicos de Enfermagem	-0,199	0,1509	0,188	[-0,495; 0,097]
Demais profissões	0*			
GERAL				
Variáveis	B	EP	valor-p	95% IC
Sexo – Feminino	0,149	0,0674	0,027	[0,017; 0,282]

Sexo – Masculino	0*			
Idade	0,000	0,0039	0,898	[-0,008; 0,007]
Médicos	-0,021	0,1261	0,868	[-0,268; 0,226]
Enfermeiros	-0,079	0,1354	0,562	[-0,344; 0,187]
Técnicos de Enfermagem	-0,243	0,1154	0,035	[-0,469; -0,017]
Demais profissões	0*			

0*: variáveis de comparação; EP: Erro Padrão; 95% IC: Intervalo de Confiança

Fonte: os autores, 2023.

O test-t para diferença de médias entre o sexo masculino e feminino reforçou que o sexo feminino pontou escores maiores quanto ao domínio Cuidado ($p=0,05$), mas não no domínio de Processos gerenciais ($p=0,198$) (TABELA 6).

Tabela 6 – Diferença entre médias e sexo

	Sexo	N	Média	DP
Processos	Feminino	56	4,88	0,05
Gerenciais	Masculino	28	4,80	0,06
Cuidado	Feminino	56	4,80	0,03
	Masculino	28	4,65	0,07

Fonte: os autores, 2023.

2.4 DISCUSSÃO

Na versão inicial o instrumento era composto por 39 questões divididas em 7 domínios e após a análise estatística resultou em 38 questões e 2 domínios. Uma questão foi excluída da versão final do instrumento “É importante identificar possíveis necessidades espirituais do paciente” por não apresentar carga fatorial superior a 0,30. Na análise da consistência interna do instrumento, o valor do coeficiente alfa encontrado nos domínios processos gerenciais, cuidado e a escala global teve um valor considerado de fiabilidade elevada (MURPHY; DAVIDSHOLDER, 1988).

As linhas estratégicas Comunicação; Cuidados com o profissional; Síndrome Pós-UTI e Cuidados no Final da vida se agruparam no domínio Processos, como por exemplo, as questões: “É necessário proporcionar uma comunicação adequada e empática através de ferramentas específicas (protocolo de más notícias/videochamadas)(QS3)”; “É necessário um protocolo multiprofissional que

identifique necessidades no final da vida no paciente crítico (QS13)”; “É necessário a avaliação periódica do processo de qualidade de vida no trabalho (QS6)”; “É importante ter protocolos para prevenção da Síndrome Pós-Terapia intensiva (mobilização precoce, delirium, analgesia, sedação) (QS18)”. Já as linhas estratégicas UTI de portas abertas; Bem-estar do paciente e Infraestrutura humanizada se agruparam no domínio Cuidado, como por exemplo, as questões: “É necessário facilitar o acesso de familiares na UTI(QS30)”; “É necessário a promoção de ações para evitar, reduzir ou controlar sintomas que causem desconforto ao paciente (lesão por pressão, dor, contenção, delirium)(QS36)” e “É necessário uma infraestrutura que garanta a privacidade do paciente (QS22)”.

A avaliação do instrumento demonstrou características importantes e significativas do constructo, sendo considerado com muito boa ou excelente aparência, compreensão e relevância pelos especialistas. Para considerar um item representativo de um fator, mantivemos os itens com carga fatorial acima de 0,30. A partir da análise fatorial destacamos alguns pontos importantes que foram observados ao longo da análise: os valores das cargas fatoriais inferiores a 0,30 foram excluídos e que alguns itens são consistentes aos domínios propostos inicialmente, enquanto outros houve a necessidade de alocar em outros domínios. Assim, os itens de determinado domínio que inicialmente era proposto para determinados itens, com a análise fatorial, foram alocados em outro domínio.

Ressalta-se que no hospital no qual a pesquisa foi realizada existe uma preocupação com o atendimento humanizado, um processo contínuo de sensibilização sobre humanização que tem sido feito através da implementação de ações de humanização com os profissionais desde 2017, isso possivelmente tem interferência e impacto positivo no processo de cuidar dos profissionais que atuam neste contexto.

Nossa pesquisa identificou que este instrumento foi constituído por domínios que objetivavam verificar ações estruturadas de humanização. A organização em 2 domínios como Processos Gerenciais e Cuidado aponta para o aspecto central desses 2 elementos na Humanização.

Humanização e Processos Gerenciais

O domínio Processos Gerenciais, correspondente às questões de 1 a 19. Os componentes que estruturam os processos de trabalho e o cuidado proporcionado

através dele é consequência de intervenções técnicas que, invariavelmente, perpassa por relações interpessoais. É nesse contexto, que a humanização na assistência em saúde e a bioética têm um espaço estratégico nas transformações dos processos em saúde (CONCEIÇÃO, 2009).

O processo de trabalho, na área da saúde, de forma muito peculiar, produz atos de saúde que buscam a produção do cuidado. Embora alguns desses processos apresentem certa inflexibilidade, têm resultados que dependem da interação entre as pessoas. Entende-se que buscar compreender como se percebe as ações de humanização em saúde nas diferentes visões da sociedade (pacientes, famílias, profissionais) é a primeira fase de um processo gerencial (KOCH *et al.*, 2018). Ressalta-se que outro aspecto importante na determinação de processos de trabalho em saúde que é a construção coletiva. Cada profissional tem um papel importante na construção e articulação com os demais, como forma de organizar os processos (RODRIGUES; LIMA, 2004). É necessário sinalizar, no entanto, a existência de uma fragilidade nos processos de trabalho coletivo: o coletivo está fragmentado e dessa forma fragmenta também o trabalho (VAZ, 1999).

Compreender e praticar os princípios da PNH respaldando-se nos pressupostos da bioética nas instituições hospitalares necessita de ações que vão desde a formação dos profissionais, até a inclusão destes, dos pacientes e familiares nos processos de tomada de decisão permitindo que aqueles que trabalham e utilizam os serviços sejam protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde (KOCH *et al.*, 2018). Envolver os profissionais, pacientes e familiares para que haja mudanças nas formas de se fazer gestão e assistência, e instrumentalizá-los na sua construção enquanto sujeitos é fundamental, pois são eles que refletem o cotidiano (MARQUES; LIMA, 2004).

A humanização no contexto da saúde, em um sentido mais amplo, tem como foco, além da melhora do cuidado direto ao paciente, a colaboração da equipe interdisciplinar, dos gestores, da organização, dos pacientes e familiares de forma ativa nos processos de prevenção e reabilitação. No entanto, a realidade de muitas instituições é a existência de fragilidades técnicas, seja de insumos, mão de obra e capacitação, o que impacta diretamente no cuidado e em sua qualidade. Isso, pode resultar em um processo de desumanização na medida em que profissionais e pacientes se relacionem de forma indelicada, impessoal e ofensiva, intensificando uma situação que já é frágil (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Uma das formas de darmos conta dos processos gerenciais é comunicar-se de forma afetiva e efetiva. A condição de vulnerabilidade que se encontram os pacientes e seus familiares nos remete a uma reflexão ética acerca da comunicação. A comunicação com base na escuta ativa é essencial para propiciar uma relação de ajuda com competência e responsabilidade, o que pode ser um incentivo a uma humanização maior das práticas em saúde, não mais considerada incongruente com seu progressivo tecnicismo. Em outros termos, bioética e comunicação permitem estabelecer uma relação interpessoal pautadas em habilidades adquiridas e pelo emprego de técnicas específicas visando a uma prática de assistência eficiente e humanizada (BERTACHINI, 2011). Ao promover cuidado, reconhecendo seu dever ético e moral de agir em benefício do outro, os profissionais de saúde possibilitam uma relação de segurança e confiança que pode evitar ações terapêuticas fúteis e auxiliar nos processos de fim de vida (CARDOSO *et al.*, 2019).

Para tanto, estudar e adaptar os processos para a realidade de cada instituição ajuda a identificar as falhas, a desenhar os processos adequadamente e reduzir as resistências (EUGÊNIO *et al.*, 2021). Além disso, incorporar conhecimentos, atitudes e ações tanto da ordem do racional como do sensível, possibilitando uma aproximação entre o cuidar e o gerenciar (FERRAZ, 2000).

Respeitar o cuidado pressupõe que o paciente e seus familiares possam optar por ele. As ações que têm o conforto como objetivo devem ser identificadas e planejadas conforme o desejo do protagonista do cuidado, o paciente. Kolcaba (2003, p. 135) definiu quatro contextos em que o conforto ocorre:

físico (sensações do corpo), psicoespiritual (consciência interna de si próprio), explicada como estima, sexualidade e significado da vida, social (inclusão social, relações interpessoais, familiares e culturais ou aspectos financeiros) e ambiental (luz, ruído, cor, temperatura).

Quando pensamos em bem-estar essas ações precisam ser individualizadas, pois têm como objetivo atender às necessidades do paciente, valorizando suas preferências e experiências de vida com ações particulares de conforto.

Estratégias que favoreçam a transferência de informações, rotinas de acolhimento aos novos profissionais de UTI, protocolos que garantam cuidados no fim de vida e no pós-alta da UTI, mostram-se necessárias para uma melhor condição de trabalho, bem como para maior segurança ao paciente. Além disso, faz-se necessário instigar nos profissionais o desejo de cuidar do próximo, por meio de um

atendimento qualificado, unindo um comportamento ético, conhecimento técnico e conhecimento da história de vida do paciente. A partir disso, podem-se estabelecer vínculos que permitam a assistência humanizada (EUGÊNIO *et al.*, 2021).

Humanização e Cuidado

O domínio Cuidado, correspondente às questões de 20 a 38. Apesar do modo como as UTI promovem o cuidado ser efetivo associado à redução de mortalidade, seus efeitos em longo prazo também podem impactar negativamente quem vive essa experiência. Além de que, um cuidado dissonante dos valores e necessidades dos pacientes pode se caracterizar em um princípio adicional de sofrimento para todos envolvidos na relação (RAWAL; YADAV; KUMAR, 2017; SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013).

Através da Política Nacional de Humanização (PNH), algumas estratégias passaram a ser voltadas à humanização da assistência em saúde no Brasil. O foco do cuidado passou a ser individualizado, resgatando o direito dos pacientes, preservando a sua dignidade e incluindo a sua participação em todos os processos. Reconheceu-se, também, a necessidade de inclusão dos pacientes, seus familiares e profissionais de saúde no processo de cuidar (NEVES *et al.*, 2018).

Entende-se que procedimentos organizados e normativas são fundamentais para a segurança e bom andamento dos processos de trabalho, mas isso não impossibilita que haja uma combinação entre eles para promover ações voltadas a melhor experiência do paciente e suas famílias (SANCHES *et al.*, 2016). Essa confluência entre cuidados ordenados e eficientes com cuidados centrados nas necessidades dos pacientes e familiares permite uma assistência integral e humanizada (EUGÊNIO *et al.*, 2021).

É o que Noddings (2003, p. 96) descreve sobre a reciprocidade do cuidado:

Afirmar que o reconhecimento do cuidado pelo objeto do cuidado é necessário para a relação do cuidado. É claro, no entanto, que o objeto do cuidado não precisa ser cuidador para constituir a relação. Ele não tem de receber a cuidadora como ela o recebe. Mas precisa responder a ela de algum modo. Há, necessariamente, uma forma de reciprocidade no cuidado.

A construção de um cuidado necessita ser coletiva e participativa. Se a compaixão não estiver presente no ato de cuidar há o risco de se tratar o paciente de forma fria e distante, como um objeto de trabalho dos profissionais de saúde. A

compaixão engloba uma dimensão ética, que tem a ver com o compromisso assumido pelos profissionais de usar as suas habilidades técnicas e humanas para promover o restabelecimento integral da saúde do paciente (PELLEGRINO; THOMASMA, 1993). Existem estudos que expõem a relevância da compaixão no cenário dos cuidados de saúde, particularmente na maior adesão ao tratamento, maior satisfação de todos os envolvidos (paciente, família e equipe) e menor risco de Burnout (CRUZ, 2012).

O conforto é necessidade humana básica, resultado essencial do cuidado de profissionais da área da saúde (KOLCABA, 2003; PONTE; SILVA, 2015). Essas medidas de conforto que podem ser lidas como bem-estar devem estar fundamentadas nos princípios da bioética – beneficência, não maleficência, justiça e autonomia – com o intuito de fortalecer a relação dos pacientes, seus familiares e profissionais de saúde (POTT *et al.*, 2018).

Confortar vai além de manter o paciente posicionado no leito, aquecido e sem dor (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014), ele também compreende respeito à autonomia e a privacidade. Dessa forma, confortar vai além de ofertar medidas que aliviam o sofrimento; trata-se de atender às necessidades dos pacientes em todas as dimensões humanas (KOCALBA, 2003).

Kolcaba definiu conforto como sendo “a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas no contexto físico, psicoespiritual, social e ambiental” (KOCALBA, 2003, p. 37). Nesse sentido, os profissionais de saúde, têm de prestar cuidados embasados em uma visão holística e humanizada, criando estratégias que favoreçam conforto, respeito, dignidade e alívio do sofrimento, bem como garantir princípios e valores da bioética no âmbito do cuidar (CARDOSO *et al.*, 2019).

No contexto hospitalar, principalmente em UTI é necessário que os profissionais de saúde reconheçam a capacidade dos pacientes e familiares em participar da tomada de decisões e no autocuidado, o que pode influenciar no comprometimento com o paciente e em seu tratamento efetivo (REIS *et al.*, 2021). Na relação médico-paciente ao preservar a autonomia do paciente, surge outro fator de extrema importância: a integridade. E isso significa que aspectos psicológicos, biológicos e espirituais de todos envolvidos na relação são fundamentais no contexto da saúde e da ética (ARAÚJO; BRITO; NOVAES, 2008). Na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), a integridade diz respeito à totalidade do indivíduo, aos aspectos fundamentais da vida humana que devem ser

respeitados. Portanto, não está relacionada a dom, imparcialidade, caráter moral ou boa conduta de alguém (UNESCO, 2006).

Quanto mais o indivíduo é respeitado, menor será a sua vulnerabilidade. Assim, limitar a participação da família no cuidado é necessário quando essa fere também a autonomia do paciente e da equipe. Se, por um lado, a presença da família facilita entendimentos e estabelece uma rede de suporte, por outro, essa mesma presença pode configurar uma ameaça à livre expressão do paciente, não reconhecendo a sua dignidade.

Deste modo, em muitos casos, ao desconsiderar a autonomia do paciente o profissional de saúde pode criar uma responsabilidade muito maior do que tivesse cultivado um diálogo constante e aberto (ALMEIDA, 2002). Deste modo, denota-se a necessária mudança da postura ética dos profissionais para maximizar a autonomia do paciente e seus familiares (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017).

Isso sugere que para oferecer autonomia no momento do sofrimento e da hospitalização é necessário a escuta, esclarecimento de dúvidas, interação/comunicação positiva, toque, presença incondicional, integração do paciente e da família nos cuidados, alívio de desconforto e dor, ações para manter capacidades funcionais, respeito às decisões dos envolvidos, cuidados de higiene e arranjo pessoal (RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017).

2.5 LIMITAÇÕES

Ressaltamos que o processo de construção e validação do instrumento apresentou algumas limitações como, por exemplo, o tamanho amostral. No entanto, para o cálculo de análise fatorial a partir de 50 sujeitos já é possível ter alguma confiabilidade. Além disso, todos os participantes faziam parte do corpo clínico de um hospital destacando uma homogeneidade da amostra. Assim, a principal limitação desse estudo, é quanto a generalização desses dados. Como um estudo de validação inicial o foco principal foi na elaboração dos itens e na análise exploratória; é necessária ampliação da amostra e aprimoramento estatístico incluindo análise confirmatória. Apesar das limitações, os resultados são promissores e encorajam a aplicação desse instrumento em outros contextos para aumentar a exposição de indivíduos ao questionário e confirmar/refutar os achados atuais.

2.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os índices psicométricos obtidos durante a análise fatorial do instrumento constituem boas evidências iniciais de constructo de que o questionário IAHU-TI demonstrou ser um instrumento com adequada validade para a avaliação das ações de humanização em UTI.

O desenvolvimento desse questionário, destaca esses 2 pilares: Processos Gerenciais e Cuidado para o processo de humanização ao estruturar a apreciação dos profissionais nesses 2 domínios. Assim, os processos gerenciais implicam em ter como foco a organização dos serviços, que garantam a segurança e a qualidade, a fim de que seja construída uma nova realidade organizacional alinhada as melhores práticas. O cuidado, por sua vez, enquanto parte desse processo, na área da saúde deve contemplar ações que promovam a participação e considerem a individualidade de pacientes/familiares (autonomia); mobilizem e se voltem para a relação com pacientes/familiares; mas que também releve o conforto – incluindo o conforto dos profissionais – no sentido de destacar que aquele que cuida precisa também ser cuidado. Fica evidente uma perspectiva relacional do cuidado, cuidar do outro, considerar sua autonomia, mas sem deixar de lado quem realiza esse processo. Esses resultados são os primeiros a explorar a validade das ações de humanização.

Este estudo apresentou e discutiu um processo de construção e validação de um instrumento para avaliar ações estruturadas em Humanização em Unidade de Terapia Intensiva (IAHU-TI). Foi possível, com base num processo de acreditação, estruturar um questionário com propriedades psicométricas satisfatórias e que tem como fundamento a organização do processo de humanização em aspectos relacionados aos Processos Gerenciais e ao Cuidado. Certamente esses elementos estão imbricados, mas pode facilitar a discussão desse tema ao definir ações gerenciais (técnicas e administrativas) e de cuidado (relação entre profissionais e pacientes/familiares) como ponte para humanização.

2.7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.; REIS DOS SANTOS, M. A.; COSTA, A. F. B. Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO*, São Carlos, p. 1-12, 2010.

ALMEIDA, Marcos. Comentário sobre os princípios fundamentais da bioética. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (org.). *Fundamentos da Bioética*. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2002.

ARAÚJO, Arakén Almeida de; BRITO, Ana Maria de; NOVAES, Moacir de. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Rev Bioética**, v. 16, n. 1, p. 117-124, 2008.

ARIZA OLARTE, Cláudia. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. **Enferm. univ.**, v. 9, n. 1, p. 45-51, ene./mar. 2012.

BARROS, Alcina Juliana Soares. Respeito, Empatia e Hospitalidade. In: MORITZ, Rachel Duarte; KRETZER, Lara Patricia; ROSA, Regis Goulart (editores). **Cuidados paliativos, comunicação e humanização em UTI**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 5, out. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BERTACHINI, Luciana. Comunicação de más notícias no processo terapêutico: o desafio de dialogar com sensibilidade a verdade dos fatos. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida**. 1. ed. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS**: Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CALLE, Gabriel Heras La; MARTIN, Mari Cruz; NIN, Nicolas. Buscando humanizar los cuidados intensivos. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 29, n. 1, p. 9-13; 2017.

CAMPONOGARA, Silviomar; SANTOS, Tanise Martins; SEIFFERT, Margot Argate; ALVES, Camila Neumaier. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Rev Enferm UFSM**, v. 1, n. 1, p. 124-132, 2011.

CAMPOS, Adriana; OLIVEIRA, Daniela Resende de. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Rev. Bras. Estud. Polít.**, n. 115, p. 13-45, jul./dez. 2017.

CARDOSO, Rosane Barreto *et al.* Prática confortadora ao idoso hospitalizado à luz da bioética. **Rev. Bioét.**, v. 27, n. 4, out./dez. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019274342. Acesso em: 10 ago. 2023.

CARLOSAMA, Diana Milena *et al.* Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. **Pers.bioét.**, v. 23, n. 2, p. 245-262, Dec. 2019.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **Ser Soc.**, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

CRUZ, Jorge. **Que médicos queremos? Uma abordagem a partir de Edmund D. Pellegrino**. Coimbra: Almedina, 2012.

EUGÊNIO, Cláudia Severgnini; SILVA, Daiana Barbosa da; SANTOS, Mariana Martins Siqueira; HAACK, Tarissa da Silva Ribeiro. Desafios para a Humanização de UTI no Brasil. In: MORITZ, Rachel Duarte; KRETZER, Lara Patricia; ROSA, Regis Goulart (editores). **Cuidados paliativos, comunicação e humanização em UTI**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

FELDMAN, Liliane Bauer. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação**. São Paulo: Martinari, 2004.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FERNANDES, Haggeas da Silveira; PULZI JÚNIOR, Sérgio Antônio; COSTA FILHO, Rubens. Qualidade em terapia intensiva. **Rev Bras Clín Med**, v. 8, p. 37-45, 2010.

FERRAZ, Clarice Aparecida. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paul Enf**, v. 13, n. 1, p. 91-97, 2000.

GRUPO DE TRABALHO DE CERTIFICAÇÃO DO PROJETO HU-CI. **Manual de boas práticas de humanização em Unidades de Terapia Intensiva**. Madrid: Projeto HU-CI, 2019 Disponível em: <https://proyectohuci.com/es/buenas-practicas/>. Acesso em: 5 de jul. 2023.

GUNAWAN, Joko; MARZILLI, Colleen; AUNGSUROCH, Yupin. Establishing appropriate sample size for developing and validating a questionnaire in nursing research. **Belitung Nurs J.**, v. 7, n. 5, p. 356-360, oct 2021. DOI: 10.33546/bnj.1927. PMID: 37496511; PMCID: PMC10367972.

HAIR, Joseph; BLACK, William; BABIN, Barry *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

KOCALBA, Katharine. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. Nova York: Springer, 2003.

KOCH, Roberto Frederico; NERY, Lais Moares Gil; GIL, Nelly Lopes de Moraes; CORRADI-PERINI, Carla. Humanização hospitalar: possíveis contribuições da bioética para os processos gerenciais em saúde. In: CORRADI-PERINI, Carla; PESSINI, Leo; SOUZA, Waldir (organizadores). **Bioética, humanização e fim de vida novos olhares**. Curitiba: CRV, 2018.

LANGLEY, Gerald; NOLAN, Kevin; NORMAN, Thomas *et al.* **The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance.** 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2009.

LEPARGNEUR, Hubert. A dignidade humana, fundamento da bioética e seu impacto para a eutanásia. *In*: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (org.). **Fundamentos da bioética.** 2. ed. São Paulo: Paulus, 2002.

MAROCO, João; GARCIA-MARQUES, Teresa. Qual a fiabilidade do Alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/133>. Acesso em: 10 fev. 2019.

MARQUES, Giselda Quintanna; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 25, n. 1, p. 17-25, abr. 2004.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Sobre confiabilidade e validade. **Rev Bras Ges Neg.**, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

MATOS, Fabíola Rodrigues *et al.* Tradução, adaptação e evidências de validade de conteúdo do schema mode inventory. **Psicol. teor. prat.**, v. 22, n. 2, p. 39-59, ago. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872020000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 ago. 2023.

MOORE, Lucy; BRITTEN, Nicky; LYDAHL, Doris *et al.* Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. **Scand J Caring Sci.**, v. 31, n. 4, p. 662-673, Dec 2017.

MURPHY, Kevin; DAVIDSHOFER, Charles. **Psychological testing: principles and applications.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1988.

NEVES, Josiele de Lima; SCHWARTZ, Eda; GUANILO, Maria Elena Echevarria; AMESTOY, Simone Coelho; MANDIETA, Marjoriê da Costa; LISE, Fernanda. Avaliação da satisfação de familiares de pacientes atendidos em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 2, e1800016, 2018.

NODDINGS, Nell. **O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação moral.** 1. ed. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

NODDINGS, Nell. **Caring: a feminine approach to ethics and moral education.** Berkeley: University of California Press, 1984.

NOVAES, Humberto de Moraes; PAGANINI, José Maria. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil).** Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde, 1994. (OPAS/HSS/ 94.05).

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIEIRA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

PELLEGRINO, Edmund; THOMASMA, David. **The virtues in medical practice**. New York: Oxford University Press, 1993.

PERROCA, Marcia Galan; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev Esc Enferm USP**, v. 32, n. 2, p. 153-168, 1998.

PONTE, Keila Maria de Azevedo; SILVA, Lúcia de Fátima da. Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Pesqui**, v. 7, n. 3, p. 2603-2614, 2015. Disponível: <http://bit.ly/2IErUyJ>. Acesso em: 20 dez. 2018.

POTT, Franciele Soares; STAHLHOEFER, Taniclaer; FELIX, Jorge Vinícius Cestari; MEIER, Marineli Joaquim. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 174-179, 2018. Disponível: <http://bit.ly/2B1pPZi>. Acesso em: 20 dez. 2018.

RAWAL, Gautam; YADAV, Sankalp; KUMAR, Raj. Post-intensive Care Syndrome: an Overview. **J Trasl Int Med**, v. 5, n. 2, p. 90-92, 2017.

REIS, Amanda Guedes dos *et al*. Contribuições da teoria do reconhecimento para o cuidado em saúde. **Rev. Bioét.**, v. 29, n. 4, Oct/Dec 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294514>. Acesso em: 10 ago. 2023.

RIBAS, Elenara. Segurança do Paciente e Organização dos Cuidados em Ações de humanização. *In*: MORITZ, Rachel Duarte; KRETZER, Lara Patricia; ROSA, Regis Goulart (editores). **Cuidados paliativos, comunicação e humanização em UTI**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

RIBEIRO, Patricia Cruz Pontifice Souza Valente; MARQUES, Rita Margarida Dourado; RIBEIRO, Marta Pontifice. Geriatric care: ways and means of providing comfort. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 4, p. 830-837, Jul/Aug 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0636. Accessed in: 20 Dez 2018.

ROBERTS, James; COALE, Jack; REDMAN, Robert. A history of the joint commission of accreditation of hospitals. **JAMA**, v. 258, n. 7, p. 936-940, 1987.

RODRIGUES, Francisco Carlos Pinto; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 25, n. 3, p. 314-22, dez. 2004.

ROJAS, Verónica. Humanización de los Cuidados Intensivos. **Rev Med Clin Condes.**, v. 30, n. 2, p. 120-125, mar./abr. 2019. DOI: 10.1016/j.rmclc.2019.03.005. Acesso em: 10 ago. 2023.

ROSA, Regis Goulart; KERN, Marcelo. O Ser Humano em UTI. *In*: MORITZ, Rachel Duarte; KRETZER, Lara Patricia; ROSA, Regis Goulart (editores). **Cuidados paliativos, comunicação e humanização em UTI**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

SANCHES, Rafaely de Cassis Nogueira; GERHARDT, Paula Cristina; RÊGO, Anderson da Silva; CARREIRA, Ligia; PUPULIM, Jussara Simoni Lenzi; RADOVANOVIC, Cremilda Aparecida Trindade. Percepções de profissionais de

saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Esc Anna Nery.**, v. 20, n. 1, p. 48-54, 2016.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3441-3450, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014198.14172013. Acesso em: 20 dez. 2018.

SIKKA, Rishi; MORATH, Julianne; LEAPE, Lucian. The quadruple aim: care, health, cost and meaning in work. **BJM Qual Saf.**, v. 24, p. 608-610. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004160, 2015. Accessed in: 10 Aug 2023.

SILVA, Atila Mendes da; SÁ, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. Concepts of subject and autonomy in humanization of healthcare: a literature review of experiences in hospital servisse. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 3, p. 840-852, 2013.

SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-659, set. 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300649&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jul. 2023.

STREINER, David; GEOFFREY, Norman. **Health measurement scales**: a practical guide to their development and use. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2008. E-book. Available in: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199231881.001.0001>. Accessed in: 3 Aug 2023.

UNESCO. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. Paris: Unesco, 2006. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 10 ago. 2023.

VAZ, Marta Regina Cezar. Trabalho em saúde: expressão viva da vida social. In: Leopardi, M. T. (org.). **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 57-70.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. O cuidado: no encontro interpessoal o cultivo da vida. In: PESSINI, Leo (Org.). **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida**: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas, 2011.

3 ARTIGO 2

Impacto dos processos de humanização: uma visão dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva e a perspectiva do cuidado ético de Nel Noddings

Mayara Schirmer Moerschberger¹

Renato Soleiman Franco²

¹Psicóloga, Mestranda em Bioética – PUCPR; mmoerschberger@gmail.com; ²Psiquiatra, Docente do Programa de Pós-graduação em Bioética – PUCPR, renato.soleiman@pucpr.br

Resumo

Objetivo: Identificar a percepção sobre ações de humanização dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva e correlacioná-la com a perspectiva do cuidado ético de Nel Noddings. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, exploratório, abordagem mista (quantitativa-qualitativa) sobre a percepção dos profissionais sobre cuidado humanizado e o impacto dele no trabalho em uma UTI. Para a realização da análise temática foram realizadas 5 etapas: 1) pré análise, familiarização com os dados através da leitura flutuante, para formulação de hipóteses; 2) exploração do material, buscando encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas; 3) codificações e índices quantitativos do número total de vezes que cada tema aparecia nas respostas dos participantes, a fim de verificar a frequência de sua ocorrência; 4) revisão dos temas, classificação e a agregação dos dados; 5) interpretação dos dados, inter-relacionando-os com o aporte teórico desenhado inicialmente. Os participantes também responderam ao questionário de Humanização (IAHU-TI) que avalia os processos de humanização em UTIs a partir da opinião das múltiplas profissões em saúde. Foram utilizadas medidas de correlação (Pearson) entre os escores a partir dos itens quantificados na análise de conteúdo e o questionário IAHU-TI. **Resultados:** A amostra foi composta de 84 profissionais, sendo 27 médicos, 46 na área de enfermagem e 11 das demais profissões, de ambos os sexos que responderam ao questionário on-line. A análise de conteúdo do material conseguiu identificar a percepção sobre cuidado ético e ações de humanização dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Identificamos vinte temas centrais, baseados nos objetivos do trabalho que foram extraídos das respostas escritas pelos participantes. Foi possível identificar correlações entre questões fundamentais para a humanização que são relativas à empatia, respeito e relações, especificamente atreladas ao processo de cuidar. Os profissionais reconhecem a necessidade do respeito a individualidade, não despersonalização e envolvimento do paciente e de seus familiares no processo de cuidado. **Conclusão:** Humanizar a assistência é a essência do cuidar: respeito ao lugar de protagonismo do paciente, de seu direito de receber a melhor assistência possível, à proporcionalidade das intervenções e a promoção de conforto, assim como inserir a família no cuidado e o profissional receber todo o suporte para poder cuidar.

Palavras chave: Cuidado ético; Humanização; UTI.

3.1 INTRODUÇÃO

Com a necessidade de oferecer suporte avançado de vida e com o desenvolvimento tecnológico, foram criadas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que disponibilizam cuidados a pacientes graves com possibilidade de restabelecimento da saúde. Este ambiente, além de dispor de um grande aparato de tecnologias também conta com uma equipe altamente qualificada tecnicamente. Ressalta-se que a gravidade deste ambiente gera estresse tanto nos pacientes, como nos familiares e nos profissionais de saúde (PUGGINA *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva as formas de cuidado neste cenário põem em reflexão sobre como a assistência dos profissionais é realizada (SILVA; FERREIRA; APOSTOLIDIS, 2014). A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe um atendimento de qualidade, incentivando o uso da tecnologia combinada com o acolhimento para promover o desenvolvimento de ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2007). Nesse sentido, a humanização é realizada de forma individualizada, personalizando a assistência pela equipe multiprofissional, preservando a sua dignidade dos pacientes, incluindo sua participação, responsabilização e autonomia, os quais são elementos fundamentais para que a humanização seja construída (FREITAS *et al.*, 2013).

Humanizar significa *"tornar humano, dar condição humana, humanizar"*. É também definida como *"tornar benévolo, afável, tratável"* e ainda *"fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar"*. Já humano, vem de natureza humana, significando também *"bondoso, humanitário"* (FERREIRA, 2009).

Pode-se dizer que o humano é o efeito da combinação de três elementos: a materialidade do corpo, a imagem do corpo e a palavra que se inscreve no corpo (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006). O que diferencia o ser humano da natureza e dos animais é que seu corpo biológico é capturado desde o início numa rede de imagens e palavras, apresentadas primeiro pela mãe, e em seguida pelo social, que vai formando o desenvolvimento do corpo biológico, transformando-o num ser humano, com estilo de funcionamento e modo de ser singulares (BRASIL, 2007).

Na civilização contemporânea, as condições objetivas e subjetivas para obter um alto grau de humanidade estão postas pela força de potência produtiva. Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano, as percepções de prazer ou dor ou no corpo para serem humanizadas precisam de palavras para que o sujeito expresse e elas sejam reconhecidas pelo outro

(COLLET, 2003). Assim, compreendemos que para humanizar é necessário se comunicar. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas só se tornam humanas quando passam pela via do diálogo (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Dessa forma, humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do paciente, de seus familiares, quanto à palavra dos profissionais da saúde. A possibilidade de se colocar no lugar do outro e de abrir espaço para acolher que o outro talvez saiba algo que não se sabe é uma forma de criar diálogo, a partir da ética da escuta e do reconhecimento mútuo. Cuidar diretamente de pessoas localiza o profissional diante de sua própria saúde ou morte, dos próprios medos e conflitos. Se ele não tiver contato com esses processos correrá o risco de criar barreiras, que podem afetar seu cuidado para com o outro e consigo. Assim, as instituições devem ter profissionais em número suficiente para atender à demanda da UTI respeitando as normativas vigentes, investir em novas tecnologias a fim de oferecer boas condições de trabalho. A humanização da assistência perpassa a realização pessoal e profissional dos que ali atuam. Não haverá humanização sem estimular as relações dos profissionais, pacientes e familiares (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Atualmente, o processo de cuidado tem destaque nas ações de humanização, ampliando seu conceito para além de uma atividade técnica, mas visto como estado de arte. Uma dos impasses está no conhecimento sobre o conceito de cuidado, ou seja, pela sua característica de relação moral entre os seres humanos. A compreensão é de que o cuidado seja uma consequência da humanização.

O subsídio teórico escolhido para desenvolver o sistema ético do cuidado foi realizado através da filósofa norte-americana Nel Noddings. Noddings, professora emérita na Universidade de Stanford (Califórnia-EUA), que tece seu sistema ético a partir da visão feminina, dessa forma, ela traz a relação da experiência como mulher com o cuidado. No entanto, ela ressalta, desde o início, que os homens podem aderir ao comportamento do cuidado. A ética do cuidado na contemporaneidade é, em muitas vezes, associada com uma ética feminina, a qual é sustentada por uma narrativa e promove um comportamento moral pouco explorado (NODDINGS, 2003).

Noddings investigou o cuidado genuíno, o qual desloca a cuidadora para a realidade do objeto de cuidado:

captar a realidade do outro, sentir da maneira mais próxima possível o que ele sente, é a parte essencial do cuidado do ponto de vista da cuidadora. Pois, se eu encaro a realidade, sinto também que devo agir de acordo com ela; ou seja, sou impelido a agir como se fosse no meu próprio interesse, mas em nome do outro (NODDINGS, 2003, p. 30).

Noddings traz dois conceitos em relação à ética, a primeira é o conceito do *eu devo*, que pode ser entendido como uma força natural em cuidar, enquanto a segunda é um subsídio para atingir o ideal ético. Responder ao *eu devo*, faz-se primordial para o exercício da ética do cuidado, pois tal impulso se associa com o cuidado genuíno, fonte do cuidado ético. Desta forma, o desejo de estar em relação são motivos que nos fazem agir moralmente. Lembrando que, apenas o impulso natural não é suficiente para a prática da ética do cuidado, pois é preciso saber como agir (ARAÚJO, 2017) Noddings reforça que o cuidado está ligado à resposta por um estímulo inicial vinculado com o compromisso (ZOBOLI, 2004).

Uma das premissas para que a relação do cuidado se sustente é que ocorra a reciprocidade no objeto do cuidado, ou seja, que ele responda aos intuitos da cuidadora, ainda que tenha autonomia para seja livre para responder ao seu jeito. Carece de reciprocidade, pois só assim a cuidadora será capaz de avaliar suas ações e reconhecer se está no sentido do ideal ético. E ser recíproco não indica que o cuidado acontecerá mutuamente (ARAÚJO, 2017).

Noddings recomenda o acolhimento do desconhecido; mas alega que não podemos cuidar de todos:

além disso, como vimos em nossa discussão da cuidadora, há um medo legítimo do estranho que está próximo - daquela pessoa que pode solicitar mais do que nos sentimos capazes de dar. Vimos que não podemos cuidar de todos. Quando tentamos fazê-lo, o próprio cuidado é reduzido a uma mera conversa sobre o cuidado. Devemos reconhecer, então, que uma ética do cuidado implica um limite em nossa obrigação (NODDINGS, 2003, p. 113).

Isso revela o quanto o cuidado é relacional. Considerando que o cuidado é uma troca entre dois indivíduos, ela precisa ser realizada com ética, respeito, e compaixão; respeitando também as limitações de todos os envolvidos. As pessoas esperam essa troca; a essência do cuidado é essa e as pessoas desejam esse acolhimento, atenção e preocupação do próximo.

A justificativa para a realização deste estudo se pautou no fato de que em uma internação na UTI é necessário a preservação do cuidado e do protagonismo do paciente através da relação estabelecida com a equipe de saúde. Quando há

uma visão integral que inclui a família e estimula a participação do paciente espera-se que o cuidado seja proporcionado pelos profissionais de saúde.

Como questão norteadora da proposta desta investigação estabeleceu-se: A percepção do cuidado humanizado pelos profissionais pode facilitar a promoção do cuidado ético e estimular o trabalho colaborativo da equipe de Unidade de Terapia Intensiva?

O objetivo desta pesquisa foi o de identificar a percepção e entendimento sobre cuidado ético e ações de humanização em profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva.

3.2 MÉTODO

3.2.1 Desenho

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, abordagem mista (quantitativa) sobre a percepção dos profissionais sobre cuidado humanizado no trabalho em uma UTI. O guia COREQ (SOUZA *et al.*, 2021) foi utilizado para organizar a realização do estudo (APÊNDICE C).

3.2.1.1 Amostra de participantes

A amostra foi intencional, composta por 84 profissionais de saúde, que fazem parte do quadro de colaboradores de UTI adulto de um hospital privado de Joinville.

3.2.1.2 Critérios de inclusão

- Profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva no mínimo 6 meses.

3.2.1.3 Critérios de exclusão

- Profissionais que estejam afastados das atividades laborais.

3.2.2 Instrumento de coleta

Utilizamos para a coleta de dados, uma ficha de dados sociodemográficos, que trouxe dados referentes à idade, sexo, religião e informações relevantes acerca da experiência em UTI. E duas questões abertas: 1. O que você entende por cuidado humanizado? 2. Qual o impacto da humanização no seu trabalho? Além disso, os participantes responderam o questionário IAHU-TI. Esse questionário é composto por 38 itens que se agruparam em dois domínios (APÊNDICE B). O instrumento foi respondido através de um link da plataforma Google (APÊNDICE A).

Seguimos as seguintes etapas: 1) Convite para participar de uma entrevista e realizar uma representação sobre o objetivo da pesquisa, de acordo com a disponibilidade do participante; 2) Aplicação do questionário on-line, em uma sala individual com o participante, onde ele respondeu o questionário; 3) Todas as respostas escritas foram avaliadas posteriormente.

3.2.3 Procedimento de coleta

A pesquisa foi iniciada apenas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE - 64361222.9.0000.0020) e assinatura do TCLE pelos participantes (ANEXO A).

O instrumento foi aplicado no hospital, em uma sala de uso individual a qual disponibilizava recursos tecnológicos para a aplicação do questionário on-line. Na sala, ficou apenas o participante e o entrevistador. Inicialmente os participantes foram orientados sobre o objetivo da pesquisa e posteriormente, de forma individual, responderam o questionário on-line.

3.2.4 Análise de dados

Os resultados obtidos na pesquisa foram examinados através da análise de conteúdo das questões abertas com uma abordagem qualitativa e exploratória que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações estatísticas (MINAYO, 2007). A partir da análise integral do material escrito pelos participantes em cada pergunta, foi realizada a análise de conteúdo criando categorias. As classificações dos temas foram realizadas pelos autores do estudo, como uma forma importante de capturar os dados da pesquisa e realizar um nível de padronização ou significado dentro do conjunto de dados. Para a realização da análise temática foram realizadas 5 etapas:

1) pré análise, familiarização com os dados através da leitura flutuante, para formulação de hipóteses; 2) exploração do material, buscando encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas; 3) codificações e índices quantitativos do número total de vezes que cada tema aparecia nas respostas dos participantes, a fim de verificar a frequência de sua ocorrência; 4) revisão dos temas, classificação e a agregação dos dados; 5) interpretação dos dados, inter-relacionando-os com o aporte teórico desenhado inicialmente (MINAYO, 2007).

Para Bardin (2016), a análise de conteúdo se constitui de diferentes técnicas onde se busca representar o conteúdo enunciado no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Assim, a técnica é capaz de englobar o significado através de procedimentos sistemáticos (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos.

A partir da análise de conteúdo, e identificação dos temas foi identificado para cada participante o tema que ele(a) citou na resposta. Assim, pudemos somar a quantidade de temas abordados na percepção sobre cuidado e sobre os processos de humanização no seu trabalho. Essa análise permitiu chegar ao índice de cuidado e índice do impacto da humanização. Uma vez que o questionário IAHU-TI tem como objetivo ser um instrumento para avaliação de processos de humanização em UTIs a partir da opinião das múltiplas profissões em saúde, foi realizada correlação com os índices como forma de validar os índices. É esperado, por exemplo, correlação entre percepção do cuidado e o impacto do cuidado com o questionário IAHU-TI.

3.3 RESULTADOS

A amostra inicial do estudo foi constituída por 84 profissionais que atuam em UTI adulto. A Tabela 1 mostra a caracterização dos participantes.

Tabela 1 – Perfil da amostra

Perfil da amostra	n	%	Média	DP
1. Sexo				
Feminino	56	66,7		
Masculino	28	33,3		
2. Idade	84		38,4 4	8,74

3. Estado Civil

Casado (a)	43	51,2
Divorciado (a)	11	13,1
Solteiro (a)	26	31,0
União Estável	4	4,8

4. Religião

Católica	40	47,6
Espiritismo	11	13,1
Cristã	7	8,3
Agnóstica	3	3,6
Ateu	1	1,2
Luterana	2	2,4
Umbandista	1	1,2
Evangélica	14	16,7
Sem religião	5	6,0

5. Profissão

Psicólogo*	1	1,2
Fisioterapeuta*	6	7,1
Terapeuta ocupacional*	1	1,2
Farmacêutico*	1	1,2
Fonoaudiólogo*	2	2,4
Médico	27	32,1
Enfermeiro	10	11,9
Técnico de enfermagem	36	42,9

6. Tempo de atuação neste hospital

Menos de 1 ano	3	3,6
Entre 1 e 3 anos	18	21,4
Entre 3 e 5 anos	10	11,9
Mais de 5 anos	53	63,1

7. Especialização em UTI

Sim	29	34,5
Não	55	65,5

8. Tempo de experiência na UTI

Menos de 1 ano	1	1,1
Entre 1 e 3 anos	14	16,7
Entre 3 e 5 anos	8	9,5
Mais de 5 anos	61	72,6
TOTAL	84	100

*as categorias com menos de 10 representantes foram consideradas de forma agrupada como (Demais profissões) para os cálculos estatísticos.

Fonte: os autores, 2023.

3.3.1 Síntese temática

A organização, codificação e categorização dos dados se deu via planilhas Excel e a exploração dos dados das entrevistas foi realizada a partir da análise do conteúdo do material (BARDIN, 2016). Conseguimos identificar a percepção sobre cuidado ético e ações de humanização dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Identificamos vinte temas centrais, baseados nos objetivos do trabalho, extraídos das respostas escritas pelos participantes.

Vale a ressalva de que o número de aparições das unidades de registro (frequência) é maior que o de participantes, visto que o conteúdo da fala de uma pessoa pode ser atribuído a mais de uma categoria (TABELA 2).

Tabela 2 – Temas encontrados a partir da análise temática das entrevistas

Objetivos			
1. Analisar a compreensão dos profissionais sobre o cuidado humanizado no contexto da UTI		2. Analisar o impacto da humanização no trabalho dos diferentes profissionais	
Temas	Frequência	Temas	Frequência
1.1 Empatia	37	2.1 Cuidar	35
1.2 Respeito	27	2.2 Relações	32
1.3 Cuidado centrado na pessoa	24	2.3 Qualidade	28
1.4 Acolhimento	21	2.4 Satisfação	26
1.5 Dignidade	16	2.5 Sentido	18
1.6 Segurança	12	2.6 Trabalho em equipe	17
1.7 Trabalho em equipe	11	2.7 Vínculo	15
1.8 Conforto	7	2.8 Autoconhecimento	9
1.9 Escuta	4	2.9 Confiança	4
1.10 Ética	3	2.10 Sobrecarga	4

Fonte: os autores, 2023.

3.3.2 Síntese dos resultados

Considerou-se importante analisar o entendimento dos participantes sobre a temática cuidado humanizado no contexto da UTI e a partir daí organizar as suas percepções. Para a amostra estudada, cuidado humanizado enquanto sentido é colocado no ponto central da inter-relação de dez aspectos principais (QUADRO 1). Empatia, Respeito, Cuidado centrado na pessoa, Acolhimento, Dignidade, Segurança, Trabalho em equipe, Conforto, Escuta, e Ética.

Quadro 1 – Temas atribuídos a compreensão dos profissionais sobre o cuidado humanizado no contexto da UTI

Temas	Unidade de registro
Empatia	“Ter empatia pela vida que estamos zelando, buscando sempre amenizar o sofrimento de estar em um leito de UTI acompanhado de medidas de conforto.” P82
Respeito	“Cuidado humanizado é cuidar com carinho, respeito visando o que é melhor para ele naquele momento não o que queremos mas sim sua vontade.” P78
Cuidado centrado na pessoa	“Entendo como um trabalho centrado na pessoa, onde seus desejos e necessidades sejam atendidas, onde o centro de tomada de decisões seja compartilhada e discutida entre equipe/paciente/família. Partindo do princípio que toda a experiência do indivíduo é insumo para o trabalho, deste modo a experiência deve ser respeitada.” P4
Acolhimento	“Cuidado com objetivo de gerar acolhimento e causar menor sofrimento possível ao paciente, dentro do possível. Reabilitação precoce. Considerar os valores do paciente. Envolvê-lo no processo.” P31
Dignidade	“Tratar o paciente com dignidade, dar atenção as necessidades físicas, emocionais e espirituais do paciente, proporcionar conforto, respeitar o máximo de privacidade do paciente, dar atenção a dor, explicar os procedimentos a serem feitos.” P45
Segurança	“Entendo que o cuidado humanizado vai além do cuidado rotineiro e tradicional que temos com os pacientes. O cuidado humanizado é um cuidado integral que envolve dês o paciente até o familiar, sendo assim, é importante termos empatia com aquele sujeito que estamos oferecendo os nossos cuidados. Por mais que muitas vezes o nosso trabalho se torne rotineiro, não devemos esquecer que a nossa principal função ali naquele ambiente é cuidar de um ser humano que está necessitando do nosso cuidado, que aquele ser humano tem suas limitações que necessita ser cuidado com segurança e carinho.” P51
Trabalho em	“Cuidado humanizado é a união entre a qualidade do tratamento e o relacionamento

equipe	entre equipe, paciente e familiares. Também envolve ética profissional, procedimentos, normas e infraestrutura que atendam às necessidades dos pacientes.” P13
Conforto	“No meu entendimento é proporcionar ao paciente um cuidado/assistência onde mesmo ele estando em uma situação de vulnerabilidade (hospitalização) possa ter conforto, comodidade respeitando suas limitações, assim proporcionando bem-estar mesmo diante da fragilidade do paciente/família.” P58
Escuta	“Entender que existe uma pessoa e essa é muito maior do que apenas sua doença de base, que este tem desejos e vontades, que este é o centro do cuidado. Saber fazer uma escuta qualificada podendo trazer bem-estar físico, pisco e emocional para esse doente, entender as fragilidades que o processo de hospitalização traz não só para doente mas para todos a sua volta.” P2
Ética	“Olhar o próximo com dedicação e amor! Ter todos os cuidados que o mesmo necessita e atender suas necessidades dentro do limite!” P77

Fonte: os autores, 2023.

Ao analisar o entendimento dos participantes sobre o impacto da humanização no trabalho dez aspectos principais surgiram (QUADRO 2). Cuidar, Relações, Qualidade, Satisfação, Sentido, Trabalho em equipe, Vínculo, Autoconhecimento, Confiança, e Sobrecarga.

Quadro 2 – Temas atribuídos ao impacto da humanização no trabalho dos diferentes profissionais

Temas	Unidade de registro
Cuidar	“A humanização nos faz tornar pessoas melhores a cada dia, nos permite enxergar os ”problemas” dos outros de outra forma. Como membro de uma equipe, estou sempre disposta a incentivar os colegas quanto a importância desse olhar humanizado, que traz impactos tão positivos no nosso dia a dia como profissional. Uma das conquistas é quando conseguimos introduzir os responsáveis pelo paciente nos cuidados e fazê-los enxergar a nossa profissão na prática, formando um elo entre paciente - profissional – família.” P62
Relações	“A atenção ao paciente como um indivíduo singular, de diferentes princípios, que se sintam bem acolhido, somado ao englobar a família no meio dos cuidados e da conscientização de necessidades X benefícios dos ajustes orientados, resulta na melhora da qualidade de vida e nas perspectivas após hospitalização. Acredito que ações da xxxxxx consigam transformar uma função vital em momento não só de nutrição adequada, mas também de bem-estar e socialização. Quando medidas efetivas são executadas, acolhem e propagam esse conhecimento também aos indivíduos que englobam o meio de cuidado do paciente atendido.” P11
Qualidade	“Impacta totalmente, um ambiente humanizado traz benefícios funcionais ao paciente, englobando todas as áreas de desempenho da sua rotina e uma equipe coesa, promove um atendimento eficaz e ágil, bem como um relacionamento mais saudável entre os profissionais” P4
Satisfação	“A meu ver impacta de forma positiva, remete a fazer além do que me é proposto (não

	somente engessar a assistência por exemplo: estou aqui e vou apenas realizar minhas competências técnicas) - é ir além, é sair da zona de conforto para proporcionar bem-estar ao paciente. Isso é muito mais que sessão de missão cumprida é cumprida com louvor." P58
Sentido	"Individualizar o cuidado faz com que o trabalho seja menos árduo. Trabalhar sabendo a biografia das pessoas ajuda em todos os momentos." P9
Trabalho em equipe	"A humanização influencia principalmente no aspecto da mobilização precoce e do processo de reabilitação. Acho que os treinamentos e orientações em relação ao tema auxiliam a conscientizar a equipe multiprofissional, médica e enfermagem e o próprio paciente e familiares quanto a importância da mobilização no leito, fora dele e passeios externos na reabilitação e recuperação desses paciente e até mesmo no processo de desospitalização." P12
Vínculo	"O nome UTI por si só já é pré julgado, simplesmente por falta de conhecimento sobre o ambiente. A UTI de portas abertas une paciente, família e profissionais da saúde; O paciente se sente mais seguro e a família mais calma em relação ao paciente. Todos trabalham juntos para proporcionar uma experiência melhor e mais acolhedora." P61
Autoconhecimento	"Nós profissionais quando estamos descontentes com ambiente de trabalho e forma de como somos tratados é normal ser menos pacientes, acredito então que a empatia deve vir desde com os profissionais para podermos estar bem e adquirir um excelente cuidado ao paciente e conseguir ver de forma mais clara o que realmente o paciente necessita e não poluir a nossa mente com coisas que nos deixam triste. Apesar de fazermos o possível para o melhor conforto do paciente." P49
Confiança	"Sinto que os pacientes sentem mais confiança nos profissionais, Sabendo que está tendo um cuidado diferenciado se preocupando com o todo do paciente e não só com a doença." P40
Sobrecarga	"Acredito que muitas vezes a rotina do dia a dia tem um impacto na humanização, pois o trabalho torna-se exaustivo e como consequência interfere no cuidado humanizado. Com isso gerando um "peso na consciência" por não ter fornecido um cuidado humanizado para o paciente." P51

Fonte: os autores, 2023.

O questionário IAHU-TI apresenta 38 itens divididos em dois domínios, um deles relacionado ao Cuidado e outro a Processos Gerenciais; também é calculado um escore Geral. Cada item é classificado numa escala Likert onde 1-; 2- ... Assim, cada domínio terá uma média composta pela média dos seus itens. O escore Geral é composto pela média do total de itens (38).

Tabela 3 – Correlação de Pearson entre os temas e o questionário IAHU-TI

		Correlação			
		Cuidado	Processos Gerenciais	Impacto da humanização	Humanização
Cuidado	r	1	0,546**	0,339**	0,277*

	valor-p		<0,001	0,002	0,011
	N	84	84	84	84
	r	0,546**	1	0,236*	0,094
Processos Gerenciais	valor-p	<.001		.031	.393
	N	84	84	84	84
	r	0,339**	0,236*	1	0,258*
Impacto da humanização	valor-p	0,002	0,031		0,018
	N	84	84	84	84

r: valor da correlação de Pearson; valor-p: considerado significativo abaixo o igual a 0,05; N: total de participantes.

Fonte: os autores, 2023.

3.4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos da análise qualitativa relacionada a percepção da humanização alguns temas são compartilhados e expressam como o cuidar e humanizar estão presentes no dia a dia das equipes de saúde. Eles trazem aspectos que fundamentam os dois termos, buscando atualizar e refletir as percepções veiculadas pelos profissionais de saúde. Porém, nota-se que para os profissionais que responderam o questionário ainda não existe um conceito único de humanização.

Visto isso, nas falas dos participantes podem ser estabelecidas correlações entre questões fundamentais para a humanização que são relativas à empatia, respeito e relações, especificamente atreladas ao processo de cuidar. Como forma de atingir esse objetivo as falas são voltadas ao respeito da individualidade, não despersonalização e envolvimento do paciente e de seus familiares no processo de cuidado.

Siqueira (2002) reforça que cada pessoa adoece de maneira particular, não importando como os profissionais de saúde a classifiquem. Cada ato de cuidar será dado através de uma única construção interpessoal entre profissional-paciente. Para um paciente individual, não há “o melhor” tratamento a ser prescrito, pois, sempre, a melhor escolha dependerá de seus próprios juízos e valores e da interação com seu cuidador. Achar “a melhor escolha” é o ponto primordial que aponta a necessidade

dos profissionais a dominarem conhecimentos e habilidades que notoriamente não são disponibilizados pelo atual modelo de ensino.

Street e Love (2005), ampliaram a compreensão e mostraram a importância de ouvir as necessidades e desejos das pessoas, apontando que a privacidade não significa só ter um quarto individual, mas respeito e reconhecimento da dimensão psicológica, social e espiritual do paciente.

Os processos de humanização na fala dos participantes também são exemplificados dando a conotação ligada aos processos de qualidade, satisfação e dignidade. Em suas percepções a dignidade é algo experienciado a partir do cuidado centrado na pessoa e de que toda a experiência do indivíduo é insumo para o trabalho, podendo ser promovida e preservada de diversas formas no contexto da saúde. Tais pontos são relevantes ao considerar que nas UTIs, a percepção de preservação da dignidade e qualidade precisa estar dentre os pontos centrais do cuidado.

De acordo com Torralba (2005), dignidade é uma palavra polissêmica, e nesse aspecto é algo que se possa ter ou algo que se possa perceber no outro ou em si mesmo. Em um estudo realizado por Arino-Blasco, Tadd e Boix-Ferrer (2005), que envolveu 85 grupos focais com 424 profissionais de saúde em seis países europeus e que investigou as implicações morais da dignidade humana a partir da visão dos profissionais de saúde. Identificou fatores essenciais à prestação de cuidados como a promoção da autonomia e independência; abordagem holística e centrada na pessoa; manutenção da identidade e encorajamento do envolvimento nos cuidados; participação e capacitação; comunicação eficaz e respeito. Foram identificadas também circunstâncias que constituem o cuidado indigno: a invisibilidade; a despersonalização; a humilhação e o abuso; e abordagens mecanicistas do cuidar. Reforçam que é necessário o desenvolvimento de políticas e a educação profissional devem dar maior destaque à dignidade.

Os processos de qualidade foram citados pelos profissionais como algo que impacta diretamente no resultado do trabalho, sendo fundamental e que é percebido como redutor de conflitos. Simões *et al.* (2007), refere que a humanização é muito mais que qualidade de atendimento, é um processo de transformação que está sempre exigindo qualidade dos processos e atitudes comportamentais mais maduras dos profissionais. Falar em humanização da assistência em saúde é fazer com qualidade e tornar as necessidades dos pacientes, responsabilidade de todos.

O autoconhecimento também foi citado como uma ferramenta valiosa que permite ampliar o olhar para além do conhecimento científico, mas como um ato de se colocar no lugar do outro, o quanto possível for. Gallagher (2004) identifica dois valores fundamentais: o autorrespeito, que se refere à dignidade pessoal, e o respeito ao outro. Ambos são percebidos de forma subjetiva, como compreensão da própria dignidade, expressa pelo comportamento em relação a si e aos outros. O autoconhecimento do profissional de saúde é vital para o estabelecimento de relacionamento interpessoal saudável com os pacientes no processo de cuidar. Conhecer-se a si mesmo possibilita à pessoa ter conhecimento das próprias limitações, e também identificar e usar de suas potencialidades (HOGA, 2004).

Outro ponto que é interessante observar está nas relações e no trabalho em equipe, apontado pelos participantes como uma construção coletiva. Segundo Noddings (2003), o aspecto fundamental do cuidado é a transferência de interesse de nossa realidade para a do outro, ou seja, para que “eu me emocione, para que desperte em mim algo que perturbe a minha própria realidade ética, devo encarar a realidade do outro como uma possibilidade para a minha própria realidade”. Assim, surge outro sentido além do “existencial” no cuidado, que é o “relacional”, isto é, o eu com o outro e para o outro. Desse modo, o cuidado passa a ter uma significação de “interesse pelo outro”, logo, um complementa o outro. O ser humano passa a ser percebido em sua integralidade e cuidá-lo em sua subjetividade engloba também ações estéticas e éticas (WALDOW; BORGES, 2011).

Ainda analisando os dados e fazendo uma avaliação reflexiva quanto à temática estudada, emergiram alguns itens como: conforto, escuta, confiança. O ambiente dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, por exemplo, é difícil e intenso, é o local onde se observa momentos distintos, com situações limites que são vivenciadas paralelamente a sentimentos e emoções também distintos, mas, apesar disso, nota-se que os profissionais têm como foco ações voltadas para a subjetividade do cuidado, proporcionando maior acolhimento. Portanto, fica claro que a ética do cuidado, é propiciar uma relação de troca com o outro, envolver com compaixão, empatia, ser solidário e justo com os mais vulnerados (KOCH *et al.*, 2018).

Outros temas aparecem quase que exclusivamente no conceito, mas não são vistos o impacto como a sobrecarga de trabalho. É natural que um profissional experiencie algum nível de cansaço ao encerrar seu período de trabalho. No entanto, pressupõe que ele não deva se sentir esgotado em sua condição física e

emocional. Se isto ocorrer, pode ser um indicativo de que suas atitudes e comportamentos em relação a si mesmo, ao outro e ao processo de cuidar não estejam adequadas (HOGA, 2004)

A concepção do cuidado humanizado em saúde envolve elementos intersubjetivos, assim há necessidade que o profissional da saúde reavalie o cuidar, o assistir, tal como deve perceber que os princípios bioéticos devem permear a prática diária da assistência e refletir constantemente sobre a forma de auxiliar e reconhecer o paciente como sujeito autônomo (REIS *et al.*, 2021).

Na fala dos profissionais é possível identificar que eles percebem a humanização como um compromisso que está relacionado diretamente com o cuidado e referem que percebem o impacto positivo na assistência. Cuidar requer que a pessoa responda ao impulso inicial com um ato de compromisso, o que configura o segundo sentimento, genuinamente ético e que brota da avaliação dos relacionamentos de cuidado como algo bom, melhor do que qualquer outra forma de relação (NODDINGS, 1984).

Segundo Noddings, antes de assegurar que eles realmente cuidam, é necessário identificar a motivação do modo de cuidar:

captar a realidade do outro, sentir da maneira mais próxima possível o que ele sente, é a parte essencial do cuidado do ponto de vista da cuidadora. Pois, se eu encaro a realidade, sinto também que devo agir de acordo com ela; ou seja, sou impelido a agir como se fosse no meu próprio interesse, mas em nome do outro (NODDINGS, 2003, p. 30).

Desta forma, identificar que cuidamos e somos cuidados para manter-se vivos simboliza a necessidade do cuidar, logo, o próximo passo de atitude é transformar esse cuidado vital em ético. Essa experiência trouxe aos participantes a chance de olhar para si e analisar quais as responsabilidades e papéis de todos os envolvidos no processo de cuidar e na humanização dos processos. Foi possível notar nesse estudo que a maioria dos profissionais da saúde se aproxima do atendimento humanizado por se sentirem verdadeiramente comprometidos com o paciente e seus familiares. Assim, entendem que são os agentes do cuidado através da sua práxis.

Isto é, apenas com a percepção de que o paciente é um indivíduo semelhante àqueles que compõem a equipe é possível mitigar a objetificação e mudar a postura e práticas assistenciais. Do mesmo modo que os pacientes e seus familiares, os profissionais de saúde são atravessados por valores morais que orientam sua própria vida e saúde (REIS *et al.*, 2021).

Os assuntos aqui apresentados mostram a grande complexidade do tema, com fatores e dimensões muito diversos que se interligam e se influenciam, estando na essência do cuidar. Por isso, é importante desenvolver estudos que remetam a cuidados promotores da dignidade, procurando compreender como os profissionais, os pacientes e familiares percebem o processo de cuidado.

3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Por ser um trabalho reflexivo sobre o ato de cuidar e que envolve emoções, podemos não ter alcançado todo o valor de expressão que a escrita poderia carregar. Nem sempre os participantes estão dispostos a expor todas as suas percepções no momento da entrevista. Por fim, o próprio processo de análise qualitativa implica um viés pelo olhar dos pesquisadores.

3.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado ético tem relação íntima com a humanização e a preservação da dignidade no contexto da internação na Unidade de Terapia Intensiva. Nesse sentido é necessário o reconhecimento do desejo de ser moral ou agir de modo moralmente correto quando se está fundamentado na necessidade de estar conectado aos outros, a qual é em parte uma necessidade oriunda também das condições da nossa própria sobrevivência enquanto espécie.

A relação de quem cuida com quem recebe o cuidado oportuniza uma experiência de contato com pontos de reflexão importantes, dentre eles a relação com o social que se dá através da mediação da equipe e da presença da família, e a possibilidade de exercer autonomia e independência a partir da expressão de suas vontades. Assim, humanizar a assistência é a essência do cuidar: respeito ao lugar de protagonismo do paciente, de seu direito de receber a melhor assistência possível, à proporcionalidade das intervenções e a promoção de conforto, assim como inserir a família no cuidado e o profissional receber todo o suporte para poder cuidar.

Em relação aos resultados obtidos, os relatos dos profissionais de saúde demonstram sua compreensão, sua disponibilidade e sensibilidade para o fazer, o que, por si só, conduz a uma inevitável mudança de postura. O cuidado torna-se um exercício; e cada profissional diante da sua realidade terá ações que desencadearão

o processo de cuidar. E que, deveria ser, revestido de um autoconhecimento, de sensibilidade, de valores e princípios morais. O cuidado é essencial para nosso desenvolvimento e realização como seres humanos.

Ao falar sobre os significados e sentidos de humanizar as relações dentro de um contexto tão duro como a UTI, os profissionais puderam observar o que lhes constituiu enquanto sujeito e se colocar no lugar daquele que sofre. E ao revisitar as ações que são realizadas diariamente com a perspectiva de cuidar, puderam identificar o quanto são participativos do processo de humanização, através de suas ações, escuta e olhares.

No que se diz respeito à humanização, almeja-se que este movimento perdure, porém que não seja considerado como algo passível de ser treinado, mas, sim, sensibilizado. Deseja-se que especialistas na área possam realizar um movimento em colocar o cuidar em destaque, como consequência da humanização.

3.7 REFERÊNCIAS

ARAUJO, Clarissa Moraes de. **Uma crítica à feminilidade na ética do cuidado de Nel Noddings**: o cuidado para além do gênero. 2017. 117 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33372>. Acesso em: 20 abr. 2019.

ARINO-BLASCO, Sergio; TADD, Win, BOIX-FERRER, J. Dignity and older people: the voice of professionals. **Qual Ageing**, v. 6, n. 1, p. 30-36, 2005. DOI: 10.1108/14717794200500006. Acesso em: 16 abr. 2019.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

COLLET, Neusa; ROZENDO, Célia Alves. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev Bras Enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 189-192, 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Positivo, 2009.

FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de; SILVA, Rodrigo Nogueira da; ARAÚJO, Flávia Pacheco; FERREIRA, Márcia de Assunção. Ambiente e humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 654-660, 2013.

GALLAGHER, Ann. Dignity and respect for dignity: two key health professional values: implications for nursing practice. **Nurse Ethics**, v. 11, n. 6, p. 587-599, 2004. DOI: 10.1191/0969733004ne744oa. Acesso em: 1 abr. 2019.

HOGA, Luiza Akiko Komura. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, mar. 2004.

KOCH, Roberto Frederico; NERY, Lais Moares Gil; GIL, Nelly Lopes de Moraes; CORRADI-PERINI, Carla. Humanização hospitalar: possíveis contribuições da bioética para os processos gerenciais em saúde. In: CORRADI-PERINI, Carla; PESSINI, Leo; SOUZA, Waldir (organizadores). **Bioética, humanização e fim de vida novos olhares**. Curitiba: CRV, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

NODDINGS, Nell. **Caring**: a feminine approach to ethics and moral education. Berkeley: University of California Press, 1984.

NODDINGS, Nell. **O cuidado**: uma abordagem feminina à ética e à educação moral. 1. ed. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIEIRA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

PUGGINA, Ana Cláudia; IENE, Amanda; CARBONARI, Karla Fabiana Begosso Sampaio da Fonseca; PAREJO, Lucineia Stach; SAPATINI, Talita Fernanda; SILVA, Maria Júlia Paes. Perception of communication, satisfaction and importance of family needs in the Intensive Care Unit. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 277-283, 2014.

REIS, Laís Silva dos; SILVA, Eveline Franco da; WATERKEMPER, Roberta; LORENZINI, Elisiane; CECCHETTO, Fátima Helena. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 118-124, 2013.

REIS, Amanda Guedes dos *et al.* Contribuições da teoria do reconhecimento para o cuidado em saúde. **Rev. Bioét.**, v. 29, n. 4, out./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294514>. Acesso em: 1 abr. 2019.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis *et al.* Humanização na saúde enfoque na atenção primária. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 439-444, jul-set, 2007.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção; APOSTOLIDIS, Thémis. Práticas de cuidado dos enfermeiros intensivistas face às tecnologias: análise à luz das representações sociais. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 328-337, 2014.

SIQUEIRA, José Eduardo de. A arte perdida de cuidar. **Rev Bioética**, v. 10, n. 2, 2002.

SOUZA, V. R.; MARZIALE, M. H.; SILVA, G. T.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm.**, n. 34, :eAPE02631, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

STREET, Annette; LOVE, Anthony. Dimensions of privacy in palliative care: views of health professionals. **Soc Sci Med**, v. 60, n. 8, p. 1795-1804, 2005. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.08.021. Acesso em: 1 abr. 2019.

TORRALBA, F. **¿Qué es la dignidad humana?** Ensayo sobre Peter Singer. Barcelona: Herder, 2005.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n.3, p. 414-418, 2011. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a013_-_cuidar_e_humanizar_-_relacoes_e_significados_-_acta_2011.pdf. Acesso em: 10 ago. 2023.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 38, n. 1, p. 21-27, mar. 2004.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há dois interesses fundamentais que estimularam a construção deste trabalho; o primeiro foi demonstrar a viabilidade inicial de criar um instrumento de avaliação de Humanização em Unidade de Terapia Intensiva (IAHU-TI) a partir da percepção dos profissionais de saúde e o segundo, pensar sobre o impacto dos processos de humanização através da perspectiva do cuidado ético. Para reconhecer o cuidado como uma ética possível, utilizei um grande nome da literatura a respeito do tema, Nel Noddings. Por outro lado, também foi preciso articular um raciocínio para que o entendimento tradicional do cuidado seja ampliado dentro de um contexto cercado de tecnologia e processos rígidos de qualidade.

Os estudos trouxeram um panorama no contexto da ética do cuidado, humanização e a percepção dos profissionais de saúde. Diante disso, percebemos que trabalhar em Unidade de Terapia Intensiva, é desafiador, quando se trata em manter a qualidade do atendimento e proporcionar ações de humanização. Percebe-se que existe uma perspectiva relacional do cuidado, e que os profissionais acreditam ser importante a preservação da autonomia de todos os envolvidos no processo de cuidar. Essas percepções demonstram que os profissionais estão sensibilizados para o processo de cuidar e demonstram uma tendência a se colocarem mais próximo daqueles que estão recebendo cuidado. No entanto, autonomia da família/pacientes ainda é a dimensão que mais apresenta desafios. Alguns profissionais ainda enfatizam o objetivo na recuperação funcional do paciente e satisfação do cliente, que isso pode trazer algum grau de reconhecimento para o cuidado da equipe. Essas são situações que geram expectativa e em algum grau de frustração aos profissionais.

O cuidado ético enxerga o cuidado como um compromisso, e assim surge o relacionamento. Desta forma, os estudos reforçam três pontos importantes do cuidado: o afeto, o fazer e a satisfação. Pontos esses, conectados aos pilares aqui encontrados, processos gerenciais e cuidado. Na prática dos profissionais de saúde, podemos vincular a ação com o próprio cuidado aos pacientes, seus familiares e a própria equipe, evidenciando a necessidade do próximo. Tudo isso pode estar ligada as relações estabelecidas, que permitem que todos se conectem e reflete o ato de cuidar, construindo um fazer ético.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, José Luiz Teles de; SCHRAMM, Fermin Roland. Paradigmatic transition, medical ethics metamorphosis and the rise of bioethics. **Cad Saúde Pública.**, v. 15, p. 15-25, 1999. Suplemento 1.
- ARIZA OLARTE, Cláudia. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. **Enferm. univ.**, v. 9, n. 1, p. 45-51, ene./mar. 2012.
- BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Princípios de ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- CAMPONOGARA, Silviamar; SANTOS, Tanise Martins; SEIFFERT, Margot Argate; ALVES, Camila Neumaier. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Rev Enferm UFSM**, v. 1, n. 1, p. 124-132, 2011. Acesso em: 10 abr. 2019.
- FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.
- GOLDIM, José Roberto. **Compaixão, simpatia e empatia**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.
- NEFF, Kristin. The development and validation of a scale to measure selfcompassion. **Self and Identity.**, v. 2, n. 3, 2003.
- NODDINGS, Nell. **O cuidado**: uma abordagem feminina à ética e à educação moral. 1. ed. São Leopoldo: Unisinos, 2003.
- POMMIER, Elizabeth. **Development of a scale to measure compassion**. 2010. 249 f. Dissertation (Doctor of Philosophy) – University of Texas, Austin, 2010. Disponível em: <https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/ETD-UT-2010-12-2213/POMMIER-DISSERTATION.pdf?sequence=1>. Acesso em: 09 out. 2023.
- SILVA, Henrique Batista e. Beneficência e paternalismo médico. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 10, dez. 2010. Suplemento 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600021>. Acesso em: 09 out. 2023.
- ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. O cuidado: no encontro interpessoal o cultivo da vida. In: PESSINI, Leo (Org.). **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida**: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas, 2011.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Como eu percebo ações de humanização em Unidade de Terapia Intensiva

Instruções: Aqui estão algumas afirmações sobre ações de humanização e cuidado ético. Esse questionário tem como objetivo conhecer a sua percepção sobre esse tema. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor reflete a SUA percepção. Por favor, leia cuidadosamente, reflita e marque somente uma alternativa.

Quase nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Quase Sempre
SHAPE

1 2 3 4 5

Dimensão 1: UTI de portas abertas

1. É benéfico qualificação/treinamento para a equipe quanto às rotinas de UTI de portas abertas
2. É necessário facilitar o acesso de familiares na UTI
3. É importante que se tenham ações para a promoção do contato de familiares com o paciente durante a internação na UTI
4. É importante oferecer à família a participação nos cuidados ao paciente em procedimentos nos quais seja possível
5. É necessário identificar e oferecer apoio às necessidades emocionais, psicológicas e espirituais da família

Dimensão 2: Comunicação

6. É necessário assegurar a transmissão correta de informações relevantes sobre o paciente e a sua família entre todos os membros da equipe
7. É importante a utilização de ferramentas que estimulem o trabalho em equipe para comunicação efetiva (passagem de plantão/plano terapêutico/visitas multidisciplinares)
8. É necessário proporcionar uma comunicação adequada e empática através de ferramentas específicas (protocolo de más notícias/videochamadas)
9. É importante criar protocolos para comunicação alternativa que atendam às necessidades específicas dos pacientes (pranchas de comunicação/libras/braille)
10. É importante oferecer dispositivos ao paciente e familiar para que possam chamar a equipe quando necessário (campainha)

Dimensão 3: Bem-estar do paciente

11. É necessário a promoção de ações para evitar, reduzir ou controlar sintomas que causem desconforto ao paciente (lesão por pressão, dor, contenção, delirium)

12. É importante rotinas que estimulem a recuperação motora precoce (espaços de reabilitação, passeios fora da UTI)
13. É benéfico implantar ações que favoreçam os cuidados pessoais do paciente (higiene, hidratação)
14. É benéfico oferecer intervenções para diminuir o sofrimento psicológico do paciente
15. É importante identificar possíveis necessidades espirituais do paciente
16. É necessário implementar medidas para a promoção da autonomia do paciente (saída do leito, banhos de chuveiro, uso de celular)
17. É importante a aplicação de medidas que facilitem o descanso noturno, bem como outras medidas de bem-estar ambiental (luminosidade, ruídos, temperatura)

Dimensão 4: Cuidados com o profissional

18. É necessário a avaliação periódica do processo de qualidade de vida no trabalho
19. É importante capacitar os profissionais quanto a habilidades emocionais no ambiente de trabalho
20. É importante um programa de acolhimento a todos os profissionais na UTI (para explicação das dinâmicas internas da UTI, ajuste de expectativas)
21. É necessário o estímulo da participação e a opinião dos profissionais nas rotinas da UTI
22. É importante uma área adequada de descanso para os profissionais

Dimensão 5: Síndrome Pós-UTI

23. É importante ter protocolos para prevenção da Síndrome Pós-Terapia intensiva (mobilização precoce, delirium, analgesia, sedação)
24. É necessário no pré alta da UTI identificar as necessidades (físicas, emocionais, sociais) dos pacientes e encaminhar para seguimento da equipe do setor de internação
25. É necessário criar estratégias para melhorar a qualidade de vida dos pacientes/familiares que estão de alta da UTI

Dimensão 6: Cuidados no final da vida

26. É necessário um protocolo multiprofissional que identifique necessidades no final da vida no paciente crítico
27. É importante detectar e dar suporte aos sintomas físicos apresentados pelos pacientes em situações no final da vida (sedação paliativa)
28. É necessário estar oferecendo o acompanhamento multiprofissional contínuo aos familiares e pacientes em situações no final da vida
29. É importante respeitar as vontades dos pacientes e familiares em situações no final da vida
30. É importante o registro adequado em prontuário sobre limitação de suporte vital (LTSV) após conferência familiar
31. É importante garantir a participação da equipe multidisciplinar na tomada de decisão sobre limitação de suporte vital (LTSV)

Dimensão 7: Infraestrutura humanizada

32. É necessário uma infraestrutura que garanta a privacidade do paciente
33. É importante que o conforto ambiental seja promovido ao paciente (luz natural, mobília, personalização de espaço)
34. É necessário promover a orientação do paciente (relógio, calendário)
35. É importante salas de convivência para os familiares
36. É importante que a área de trabalho (postos de enfermagem) sejam funcionais (computadores, monitoramento central, câmeras)
37. É necessário promover o conforto na área administrativa e de profissionais (área de descanso e café)
38. É importante ações que promovam a distração do paciente (conexão wi-fi, liberação uso de celular, TV)
39. É importante disponibilizar de espaços abertos para a realização de passeios para pacientes com garantia de acesso aos mesmos (cadeira de rodas, camas etc)

1. O que você entende por cuidado humanizado?

2. Qual o impacto da humanização no seu trabalho?

Dados sociodemográficos:

1. Idade:
2. Sexo:
3. Estado civil:
4. Religião:
5. Profissão:
6. Nível de escolaridade:
7. Especialização em UTI:
8. Tempo de atuação neste hospital:
9. Tempo de experiência em UTI:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO II

Questões		Processos gerenciais	Cuidado	
QS1	É benéfico qualificação/treinamento para a equipe quanto às rotinas de UTI de portas abertas	.171	.356	UTI de portas abertas
QS2	É necessário facilitar o acesso de familiares na UTI	-.029	.456	
QS3	É importante que se tenham ações para a promoção do contato de familiares com o paciente durante a internação na UTI	.060	.593	
QS4	É importante oferecer à família a participação nos cuidados ao paciente em procedimentos nos quais seja possível	.096	.591	
QS5	É necessário identificar e oferecer apoio às necessidades emocionais, psicológicas e espirituais da família	.159	.325	
QS6	É necessário assegurar a transmissão correta de informações relevantes sobre o paciente e a sua família entre todos os membros da equipe	.709	.248	Comunicação
QS7	É importante a utilização de ferramentas que estimulem o trabalho em equipe para comunicação efetiva (passagem de plantão/plano terapêutico/visitas multidisciplinares)	.948	.115	
QS8	É necessário proporcionar uma comunicação adequada e empática através de ferramentas específicas (protocolo de más notícias/videochamadas)	.627	.166	
QS9	É importante criar protocolos para comunicação alternativa que atendam às necessidades específicas dos pacientes (pranchas de comunicação/braille)	.689	.087	
QS10	É importante oferecer dispositivos ao paciente e familiar para que possam chamar a equipe quando necessário (campainha)	-.147	.500	
QS11	É necessário a promoção de ações para evitar, reduzir ou controlar sintomas que causem desconforto ao paciente (lesão por pressão, dor, contenção, delirium)	.158	.649	Bem-estar do paciente
QS12	É importante rotinas que estimulem a recuperação motora precoce (espaços de reabilitação, passeios fora da UTI)	.322	.757	
QS13	É benéfico implantar ações que favoreçam os cuidados pessoais do paciente (higiene, hidratação)	.613	.258	
QS14	É benéfico oferecer intervenções para diminuir o sofrimento psicológico do paciente	.281	.318	

QS15	É importante identificar possíveis necessidades espirituais do paciente*	.182	.096	
QS16	É necessário implementar medidas para a promoção da autonomia do paciente (saída do leito, banhos de chuveiro, uso de celular)	-.061	.707	
QS17	É importante a aplicação de medidas que facilitem o descanso noturno, bem como outras medidas de bem-estar ambiental (luminosidade, ruídos, temperatura)	.249	.577	
QS18	É necessário a avaliação periódica do processo de qualidade de vida no trabalho	.822	.173	Cuidados ao profissional
QS19	É importante capacitar os profissionais quanto a habilidades emocionais no ambiente de trabalho	.801	.215	
QS20	É importante um programa de acolhimento a todos os profissionais na UTI (para explicação das dinâmicas internas da UTI, ajuste de expectativas)	.780	.269	
QS21	É necessário o estímulo da participação e a opinião dos profissionais nas rotinas da UTI	.797	.197	
QS22	É importante uma área adequada de descanso para os profissionais	.691	.004	
QS23	É importante ter protocolos para prevenção da Síndrome Pós-Terapia intensiva (mobilização precoce, delirium, analgesia, sedação)	.351	.414	Síndrome Pós-terapia intensiva
QS24	É necessário no pré alta da UTI identificar as necessidades (físicas, emocionais, sociais) dos pacientes e encaminhar para seguimento da equipe do setor de internação	.768	.216	
QS25	É necessário criar estratégias para melhorar a qualidade de vida dos pacientes/familiares que estão de alta da UTI	.830	.246	
QS26	É necessário um protocolo multiprofissional que identifique necessidades no final da vida no paciente crítico	.774	.166	Cuidados no final da vida
QS27	É importante detectar e dar suporte aos sintomas físicos apresentados pelos pacientes em situações no final da vida (sedação paliativa)	.838	.002	
QS28	É necessário oferecer o acompanhamento multiprofissional contínuo aos familiares e pacientes em situações no final da vida	.600	.355	
QS29	É importante respeitar as vontades dos pacientes e familiares em situações no final da vida	.700	.128	

QS30	É importante o registro adequado em prontuário sobre limitação de suporte vital (LTSV) após conferência familiar	.785	-.001	Infraestrutura humanizada
QS31	É importante garantir a participação da equipe multidisciplinar na tomada de decisão sobre limitação de suporte vital (LTSV)	.450	.238	
QS32	É necessário uma infraestrutura que garanta a privacidade do paciente	.435	.415	
QS33	É importante que o conforto ambiental seja promovido ao paciente (luz natural, mobília, personalização de espaço)	.327	.474	
QS34	É necessário promover a orientação do paciente (relógio, calendário)	.358	.573	
QS35	É importante salas de convivência para os familiares	.301	.415	
QS36	É importante que a área de trabalho (postos de enfermagem) sejam funcionais (computadores, monitoramento central, câmeras)	.461	.477	
QS37	É necessário promover o conforto na área administrativa e de profissionais (área de descanso e café)	.651	.357	
QS38	É importante ações que promovam a distração do paciente (conexão wi-fi, liberação uso de celular, TV)	.140	.685	
QS39	É importante disponibilizar de espaços abertos para a realização de passeios para pacientes com garantia de acesso aos mesmos (cadeira de rodas, camas etc)	.292	.669	

**APÊNDICE C – CRITÉRIOS CONSOLIDADOS PARA RELATAR PESQUISA
QUALITATIVA – COREQ**

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa - COREQ			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	pg. 2
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	Pesquisador 1: Especialista Pesquisador 2: Doutor
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	Pesquisador 1: Psicóloga Pesquisador 2: Psiquiatra
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	Pesquisador 1: Feminino Pesquisador 2: Masculino
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	Pesquisas qualitativas prévias; treinamento em entrevista e anamnese clínica; prática observacional
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	Sim, em virtude da relação de trabalho intrahospitalar da pesquisadora 1 e participantes
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	Desenvolvimento da pesquisa e objetivos
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	Envolvimento no serviço hospitalar e na melhoria do serviço
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	pg. 54
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve	Amostragem intencional
11	Método de amostragem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail	pg. 53

12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	pg. 53
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	Nenhuma
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	pg. 54
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	pg. 54
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	pg. 55
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	Não
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	Não
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	pg. 54
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	Não se Aplica
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	30 minutos
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	pg. 54
Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	Não se Aplica
Domínio 3: Análise e resultados			
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	pg. 57
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	Não se Aplica
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	Derivados dos dados
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	Excel
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	Não
Relatório			
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	pg. 58
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	pg. 61

31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	pg. 57
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	pg. 57

APÊNDICE D – BOAS PRÁTICAS

Linha estratégica 1	UTI DE PORTAS ABERTAS	SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO DA EQUIPE ASSISTENCIAL
Comissionamento de atividades de sensibilização e formação à equipe assistencial sobre os benefícios da implantação do modelo de UTI de portas abertas.		
Boa prática 1.1	Há um grupo de trabalho interprofissional encarregado de coordenar e monitorar o cumprimento do modelo de flexibilidade dos horários de acompanhamento	  
Boa prática 1.2	São realizadas atividades reflexivas/sessões multidisciplinares	  
Boa prática 1.3	Realiza-se a formação continuada em habilidades não-técnicas direcionadas à equipe assistencial para facilitar a presença e a participação da família	  

Linha estratégica 1	UTI DE PORTAS ABERTAS	ACESSIBILIDADE
Comissionamento de atividades que facilitam a acessibilidade dos familiares de pacientes às UTIs		
Boa prática 1.4	Há um protocolo assistencial de atenção à família que apresente períodos flexibilizados de acesso	  
Boa prática 1.5	A figura do cuidador principal/acompanhante com acesso contínuo é reconhecida e respeitada, independentemente dos familiares que puderam visitar o paciente em outros períodos previstos	  
Boa prática 1.6	É permitida a visita de menores de idade previamente instruídos à unidade	  
Boa prática 1.7	Existe um procedimento para preparar menores de idade para terem acesso à unidade	  
Boa prática 1.8	Existe a possibilidade do acesso de animais de estimação à unidade	  

Boa prática 1.9	Existe um guia, folheto e/ou cartaz informativo de acolhimento a familiares e pacientes internados na UTI, que abrange as indicações de acesso à unidade	  
-----------------	--	---

Linha estratégica 1	UTI DE PORTAS ABERTAS	CONTATO
Comissionamento de medidas para favorecer o contato e a relação de familiares com o paciente durante a sua estadia na UTI		
Boa prática 1.10	Dispositivos de proteção desnecessários (avental, máscaras, gorros etc.) não são utilizados, exceto em casos especiais previamente definidos	☒ O ☐ E ☐ D
Boa prática 1.11	A amamentação é facilitada quando as condições da mãe e do lactante estão adequadas	☐ O ☒ E ☐ D

Linha estratégica 1.	PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NOS CUIDADOS	PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO EM PROCEDIMENTOS E CUIDADOS.
Oferecer à família a participação nos cuidados do paciente e em determinados procedimentos		
Boa prática 1.12	Existe um protocolo assistencial referente à participação da família nos cuidados básicos (alimentação, higiene, mobilização) ao paciente crítico	  
Boa prática 1.13	Valorizam-se a estrutura e a função da família, identificando-se os familiares que desejam, possivelmente, assumir o papel de cuidadores principais	  
Boa prática 1.14	Realizam-se atividades programadas de formação aos familiares (Escola dos Familiares da UTI)	  
Boa prática 1.15	Considera e facilita que os familiares acompanhem o paciente em determinados procedimentos, quando solicitado	  

Boa prática 116	Nos casos de entradas programadas, considera-se a possibilidade de realizar visitas prévias à internação na UTI (com o intuito de minimizar o estresse gerado pela entrada em uma unidade de pacientes críticos)	
Boa prática 117	O protocolo assistencial referente à participação da família nos cuidados ao paciente crítico inclui a tomada de decisões relativas ao tratamento e aos cuidados de forma compartilhada, quando o estado do paciente o	
Boa prática 118	O protocolo assistencial referente à participação da família nos cuidados ao paciente crítico inclui a formação individualizada <i>in situ</i>	
Boa prática 119	Registra-se o consentimento do paciente para o envolvimento de sua família nos cuidados, quando aplicável	
Boa prática 120	O sistema organizacional promove a continuidade dos cuidados, atribuindo profissionais de referência para cada paciente concreto	
Boa prática 121	Há um guia, folheto ou cartaz informativo de acolhimento para os familiares, nos quais está indicada a possibilidade da sua participação nos cuidados do paciente	
Boa prática 122	Há um guia de acolhimento para os familiares, no qual está indicada a possibilidade da sua participação na visita interdisciplinar diária	

Linha estratégica 1	PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NOS CUIDADOS	SUORTE ÀS NECESSIDADES EMOCIONAIS, PSICOLÓGICAS E ESPIRITUAIS DOS FAMILIARES.
Detectar e dar apoio às necessidades emocionais, psicológicas e espirituais da família.		

Boa prática 123	Há algum procedimento para avaliar e detectar possíveis necessidades emocionais, psicológicas, religiosas e espirituais dos familiares.	☐ O ☒ E ☐ D
Boa prática 124	Há algum procedimento para facilitar o uso regulamentado de telefonia móvel ou outros dispositivos (para favorecer o contato com familiares)	☒ O ☐ E ☐ D
Boa prática 125	Há algum guia, folheto e/ou cartaz informativo de acolhimento para os familiares, em que se indicam os métodos diferentes que os familiares têm para poderem se comunicar com o paciente	☒ O ☐ E ☐ D
Boa prática 128	Há disponibilidade de atenção psicológica para as famílias que necessitem	☐ O ☒ E ☐ D

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE
Assegura-se a transmissão correta de informações relevantes sobre o paciente e a sua família entre todos os membros da equipe e utilizam-se ferramentas que promovem o trabalho em equipe		
Bom prática 2.1	Há um protocolo estruturado de transmissão de informações na mudança de turno/plantão	  
Bom prática 2.2	Há um protocolo estruturado de transmissão de informações na alta da UTI para enfermagem	  
Bom prática 2.3	São realizadas atividades de capacitação para os profissionais da UTI de trabalho em equipe e comunicação efetiva utilizando-se ferramentas, tais como a simulação clínica e o CRM (<i>Crisis Resource Management</i>)	  
Bom prática 2.4	São realizadas sessões conjuntas e/ou <i>Rounds</i> diários pela equipe assistencial	  
Bom prática 2.5	Estão implantadas ferramentas específicas para melhoria da comunicação efetiva: objetivos de tratamento diários / <i>checklists/ briefings/ AASTRE</i> (Análise Aleatória de Segurança em Tempo Real) / técnica SBAR	  
Bom prática 2.6	Há ferramentas para identificar conflitos entre os profissionais de terapia intensiva	  

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÕES À FAMÍLIA
Facilitar elementos que ajudam a iniciar uma comunicação adequada e empática com os familiares por todos os membros da equipe, para chegar a uma relação satisfatória de ajuda, bem como acessibilidade à informação		
Bom prática 2.7	Há espaços físicos adequados para a informação aos familiares	  
Bom prática 2.8	Existe um protocolo de informações conjuntas entre médico e enfermeiros a pacientes e familiares, realizado de forma habitual	  

Boa prática 2.9	São realizadas atividades de capacitação em habilidades não-técnicas e de relação de ajuda que incluam comunicação de más notícias, em situações difíceis e luto	
Boa prática 2.10	Além da informação programada, existem outras estratégias que facilitam a informação e a comunicação com os pacientes e famílias, tais como a flexibilização dos horários de visita e de informações, a informação telefônica e por meio de ferramentas telemáticas nos casos selecionados	
Boa prática 2.11	Em pacientes competentes, explora-se com o próprio paciente a vontade de se informar à família ou aos mais próximos	

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE
Facilitar as informações aos pacientes e potenciar o uso de sistemas aumentativos e/ou alternativos da comunicação nos casos necessários		
Boa prática 2.12	Estão disponíveis sistemas de comunicação potencializada/alternativa [CAA] [7.14]	
Boa prática 2.13	Há um protocolo para favorecer a comunicação com pacientes que apresentam dificuldades de comunicação	
Boa prática 2.14	Há um procedimento para avaliar os pacientes com dificuldades de linguagem e suas necessidades quanto a isso	
Boa prática 2.15	Está disponível uma equipe interprofissional que possa apoiar as estratégias de comunicação em pacientes com limitações de linguagem [Otorrinolaringologista, fonoaudiólogo]	
Boa prática 2.16	Treinam-se os profissionais, pacientes e familiares quanto ao uso de sistemas potencializadores e alternativos de comunicação	
Boa prática 2.17	Há um sistema em que os pacientes podem chamar os profissionais de saúde quando precisam	

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DO PACIENTE	BEM-ESTAR FÍSICO
Promover medidas que evitam ou diminuem as enfermidades físicas e que favoreçam a recuperação motora precoce		
Boa prática 3.1	Existe um protocolo atualizado de analgesia e sedação [5.2]	  
Boa prática 3.2	Há um monitoramento dos níveis de analgesia e sedação, por meio de escalas validadas [5.3]	  
Boa prática 3.3	Há um protocolo atualizado de prevenção e manejo do <i>delirium</i> [5.5]	  
Boa prática 3.4	Há um protocolo de contenção física	  
Boa prática 3.5	Há um protocolo de fisioterapia respiratória antecipada nos pacientes críticos [5.6]	  
Boa prática 3.6	Há um protocolo de mobilização precoce [5.7]	  
Boa prática 3.7	Há disponibilidade de um fisioterapeuta integrado à equipe assistencial [5.8]	  
Boa prática 3.8	Há um protocolo de cuidados pessoais (higiene e hidratação) do paciente acamado	  

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DO PACIENTE	BEM-ESTAR PSICOLÓGICO
Promover atuações para diminuir o sofrimento psicológico do paciente e atender suas necessidades espirituais		
Boa prática 3.9	O uso de meios de entretenimento é facilitado aos pacientes com a regulamentação devida da utilização (leitura, jogos, dispositivos de multimídia, rádio, TV...) [7.32]	  

Boa prática 3.10	Aplicam-se intervenções para dar suporte às necessidades espirituais do paciente	  
Boa prática 3.11	Há psicólogos disponíveis integrados à equipe assistencial	  
Boa prática 3.12	Há um protocolo de passeios fora da UTI para pacientes selecionados que possam se beneficiar deles [5.10]	  
Boa prática 3.13	É fornecida a possibilidade de realizar cuidados corporais para favorecer a autopercepção do paciente (cabelereira, maquiagem, depilação...)	  

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DO PACIENTE	PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO PACIENTE
Estabelecer medidas que promovam a autonomia do paciente e facilitem a sua conexão com o meio externo		
Boa prática 3.14	Promove-se a deambulação controlada	  
Boa prática 3.15	O uso do banheiro/chuveiro é facilitado em casos selecionados	  
Boa prática 3.16	É facilitado o uso regulamentado de telefone celular ou outras tecnologias para favorecer o contato com familiares e amigos	  
Boa prática 3.17	Há um guia no qual são listadas as indicações para o autocuidado direcionado a pacientes ou cuidador principal	  
Boa prática 3.18	Terapia ocupacional está disponível como medida de prevenção e tratamento do delirium no paciente crítico [5.12]	  
Boa prática 3.19	A realização de atividades lúdicas e de entretenimento é facilitada na unidade	  

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DO PACIENTE	BEM-ESTAR AMBIENTAL E DESCANSO NOTURNO
Promover medidas que facilitem o ritmo sono-vigília e o descanso noturno, bem como outras medidas de bem-estar ambiental		
Bco prática 3.20	Medidas de controle do ruído ambiental estão definidas e são promovidas na UTI [7.11]	  
Bco prática 3.21	Há aparelho medidor de decibéis com aviso luminoso quando os limites estabelecidos são ultrapassados	  
Bco prática 3.22	Há um protocolo de medidas de descanso noturno	  
Bco prática 3.23	O tom dos alarmes e de outros dispositivos é ajustado segundo o momento do dia	  
Bco prática 3.24	A luz ambiental noturna é ajustada com possibilidade de reduzir a intensidade geral à noite nos espaços comuns e individualizada em cada quarto	  
Bco prática 3.25	Inclui-se, no protocolo de descanso noturno, a adaptação dos horários das intervenções aos períodos de descanso dos pacientes	  
Bco prática 3.26	Avalia-se e monitora-se a qualidade do sono	  
Bco prática 3.27	Favorece-se a iluminação externa durante o dia (quartos com luz natural)	  
Bco prática 3.28	Realizam-se intervenções relacionadas à música e/ou musicoterapia	  

Linha estratégica 4	CUIDADOS AO PROFISSIONAL	SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E FATORES ASSOCIADOS
Aprimorar o conhecimento sobre a síndrome de desgaste profissional, favorecendo a sua visibilidade		
Boa prática 4.1	Realizam-se atividades de capacitação sobre o conhecimento e a gestão do estresse e do desgaste profissional, bem como de promoção do engagement (ou vínculo com o trabalho), competências emocionais e habilidades psicossociais no trabalho	  
Boa prática 4.2	Avalia-se periodicamente o processo de desgaste profissional e o engagement, utilizando-se ferramentas validadas	  

Linha estratégica 4	CUIDADOS AO PROFISSIONAL	PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR
Prevenir a síndrome de desgaste profissional e promover o engagement		
Boa prática 4.3	A composição quantitativa da equipe está adequada, cumprindo as recomendações vigentes	  
Boa prática 4.4	Oferece-se um programa de acolhimento a todos os funcionários da UTI (para explicação adequada da organização, dinâmicas internas da UTI, ajuste de expectativas dos novos profissionais, motivação, difusão de propostas de humanização etc.)	  
Boa prática 4.5	Funcionários com mais de 55 anos: oferece-se a possibilidade de redução ou não participar de turnos de plantões	  
Boa prática 4.6	Facilita-se a possibilidade de mudar os turnos de trabalho e adaptar o horário às necessidades particulares dos profissionais	  
Boa prática 4.7	Há reuniões preestabelecidas e periódicas da equipe de UTI, nas quais pode-se estabelecer pautas inclusivas de atuação e organização do trabalho	  
Boa prática 4.8	Facilita-se a atividade docente, de formação e de pesquisa	  

Boa prática 4.9	Promove-se a participação e a opinião dos profissionais na cultura organizacional da Unidade, na sua gestão e nos objetivos dela	
Boa prática 4.10	Estão disponíveis estratégias de prevenção perante problemas emocionais e apoio do profissional, inclusive a disponibilidade de um psicólogo	
Boa prática 4.11	Mediante incidentes críticos, situações difíceis ou traumáticas para a equipe assistencial (por complicações inesperadas num paciente, erros na prática assistencial, atitudes violentas de familiares etc.), realizam-se ações facilitadoras do processamento emocional da situação, promotoras do bem-estar da equipe e detecção antecipada de alterações emocionais nos profissionais	
Boa prática 4.12	Uma área adequada de descanso está disponível para os profissionais	
Boa prática 4.13	Material/dispositivos de trabalho estão disponíveis para mobilizar os pacientes, minimizando o risco de lesões dos profissionais	
Boa prática 4.14	Promovem-se atividades em grupo para promover as relações positivas entre os membros da equipe	

Linha estratégica 5	SÍNDROME PÓS- TERAPIA INTENSIVA	PREVENÇÃO E MANEJO
Prevenir, detectar e tratar a Síndrome Pós-Terapia intensiva (PICS), tanto no paciente quanto na sua família.		
Boa prática 5.1	Há um protocolo interprofissional para a prevenção e o manejo da PICS para pacientes e familiares.	  
Boa prática 5.2	Há um protocolo atualizado de analgesia e sedação [3.1]	  
Boa prática 5.3	Há monitoramento dos níveis de analgesia e sedação, por meio de escalas validadas [3.2]	  
Boa prática 5.4	Há um protocolo atualizado de desconexão da ventilação mecânica.	  
Boa prática 5.5	Há um protocolo atualizado de prevenção e manejo do delirium [3.3]	  
Boa prática 5.6	Há um protocolo de fisioterapia respiratória precoce para os pacientes gravemente doentes [3.5]	  
Boa prática 5.7	Há um protocolo de mobilização precoce [3.6]	  
Boa prática 5.8	Um fisioterapeuta integrado à equipe assistencial está disponível [3.7]	  
Boa prática 5.9	Aplicam-se outras medidas de prevenção e tratamento da enfermidade neuromuscular (adequação do medicamento miorrelaxante, uso de prótese antiequino, entre outros).	  
Boa prática 5.10	Um protocolo de passeios fora da UTI está disponível para pacientes selecionados que possam se beneficiar deles [3.12]	  
Boa prática 5.11	Há um protocolo que implementa os Diários da UTI na unidade	  

Boa prática S.12	Terapia ocupacional está disponível como medida de prevenção e tratamento do delirium no paciente grave [3.18]	O E D
---------------------	--	-------

Linha estratégica 5	SÍNDROME PÓS-TERAPIA INTENSIVA	SEGUIMENTO
Melhorar a qualidade de vida dos pacientes/familiares identificados em pré-alta da UTI no seu seguimento no local e/ou alta ao domicílio. Avaliar e implantar possíveis medidas organizacionais em função da realidade de cada hospital		
Boa prática S.13	Realiza-se uma avaliação física funcional que conste no relatório de alta do paciente	O E D
Boa prática S.14	Realiza-se uma avaliação psicológica que conste no relatório de alta do paciente	O E D
Boa prática S.15	Realiza-se uma avaliação cognitiva que conste no relatório de alta do paciente	O E D
Boa prática S.16	Há um protocolo de seguimento intra-hospitalar de pacientes e familiares com PICS na alta da UTI	O E D
Boa prática S.17	Há uma consulta específica de seguimento de pacientes com risco de PICS após a alta do hospital	O E D
Boa prática S.18	Empregam-se instrumentos validados para mensurar a qualidade de vida do paciente antes e após a entrada na UTI	O E D
Boa prática S.19	Realizam-se "grupos de apoio" para ex-pacientes da UTI e seus familiares	O E D

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	PROTOCOLIZAÇÃO DE CUIDADOS NO FINAL DA VIDA
Dispor de um protocolo de cuidados no final da vida		
Boa prática 6.1	Há um protocolo multiprofissional de Cuidados no final da vida no paciente crítico, adaptado às recomendações das Sociedades Científicas	  
Boa prática 6.2	Há um procedimento para identificação das necessidades paliativas em pacientes internados na UTI	  
Boa prática 6.3	Utiliza-se uma sinalização adequada para que os profissionais identifiquem os quartos dos pacientes que se encontram em situação de final de vida/LTSV	  

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	SUPORE DE SINTOMAS FÍSICOS
Detectar e dar suporte aos sintomas físicos nos pacientes em situações no final da vida.		
Boa prática 6.4	Instaura-se sedação paliativa adequada aos pacientes em situação no final da vida, segundo o protocolo estabelecido	  
Boa prática 6.5	Há um registo adequado da decisão de se instaurar sedação paliativa (termo de consentimento informado, medicamentos, indicação...)	  

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	ACOMPANHAMENTO EM SITUAÇÕES AO FINAL DA VIDA
Facilitar o acompanhamento dos pacientes em situações no final da vida		
Boa prática 6.6	Facilita-se o acompanhamento contínuo dos familiares de pacientes em situação no final da vida	  
Boa prática 6.7	Facilita-se a formação no acompanhamento no final da vida e atenção a dor aos profissionais envolvidos no cuidado do paciente/família	  

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	SUPORTE DAS NECESSIDADES E PREFERÊNCIAS EMOCIONAIS E ESPIRITUAIS
Detectar e dar suporte às necessidades emocionais e espirituais aos pacientes e familiares em situações no final da vida		
Boa prática 6.8	Aplicam-se estratégias de apoio emocional a pacientes e familiares em situações no final da vida	  
Boa prática 6.9	Consulta-se, de modo sistemático, o registro de vontades e diretrizes antecipadas nos pacientes que entraram na UTI, especialmente aqueles em que se realize limitação dos tratamentos de suporte vital (LTSV)	  
Boa prática 6.10	Incorporam-se as vontades antecipadas na tomada de decisões, tendo uniformidade do processo no histórico clínico	  
Boa prática 6.11	Quando não existem vontades antecipadas, planeja-se a decisão de modo compartilhado com o paciente e sua família	  
Boa prática 6.12	Oferece-se apoio emocional e de suporte aos profissionais que participam nos cuidados ao final da vida, com o objetivo de reduzir a aparição de síndromes, tais como o sofrimento moral, a percepção de cuidados inadequados e a fadiga por compaixão	  
Boa prática 6.13	Identifica-se a figura do representante para a tomada de decisões em pacientes incompetentes	  
Boa prática 6.14	Existe a possibilidade de consultoria com um serviço de cuidados paliativos	  

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	PROTOCOLO DE LIMITAÇÃO DOS TRATAMENTOS DE SUPORTE VITAL (LTSV)
Disponibilizar de um protocolo de LTSV que siga as recomendações das Sociedades Científicas		
Boa prática 6.15	Há um protocolo de Limitação dos Tratamentos de Suporte Vital (LTSV)	  

Boa prática 6.16	Utiliza-se um registro específico para a LTSV	O E D
Boa prática 6.17	Há procedimentos para a resolução de conflitos relacionados com os tratamentos considerados potencialmente inadequados	O E D
Boa prática 6.18	Incorpora-se a doação de órgãos e tecidos nos cuidados ao final da vida nos casos em que seja indicado	O E D
Boa prática 6.19	Facilita-se a formação específica aos profissionais em aspectos bioéticos e legais, relacionados com a tomada de decisões e os cuidados no final da vida	O E D
Boa prática 6.20	Mensura-se a satisfação dos familiares dos pacientes falecidos na UTI sobre os cuidados no final da vida	O E D

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	IMPLICAÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA DECISÃO E NO DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS DE LTSV
Garantir a participação de todos os profissionais envolvidos na LTSV.		
Boa prática 6.21	A decisão de LTSV é realizada contando com a participação de todos os profissionais envolvidos na atenção do paciente, com o objetivo de se ter um maior consenso pela equipe assistencial	O E D
Boa prática 6.22	Dispõe-se de protocolos e ferramentas que facilitem a avaliação prognóstica e tomada de decisões nos pacientes com alta probabilidade de falecimento	O E D
Boa prática 6.23	Dispõe-se de um procedimento de consulta com o Comitê de Ética Médica para casos em que não há o consenso	O E D

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	PRIVACIDADE DO PACIENTE
Garantir a privacidade do paciente		
Boa Prática 7.1	Há quartos individuais	O E D
Boa Prática 7.2	Os quartos individuais têm janelas e portas translúcidas, as quais os funcionários podem escurecer para realizarem exames, procedimentos ou qualquer outro ato que requeira a privacidade do paciente e de sua família.	O E D
Boa Prática 7.3	Há biombos, cortinas e outros elementos de separação, com material antimicrobiano e de fácil limpeza, que possibilitam a privacidade.	O E D
Boa Prática 7.4	Há chuveiro acessível aos pacientes ou sanitários/chuveiros portáteis que garantem uma mínima intimidade para as funções fisiológicas que geram pudor	O E D

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO AMBIENTAL DO PACIENTE
Garantir o conforto ambiental do paciente		
Boa Prática 7.5	Dispõe-se de luz natural que chega em quantidade e qualidade suficiente ao paciente, com opção de escurecimento	O E D
Boa Prática 7.6	Incorporam-se cores ou imagens adequadas aos pacientes. Presta-se atenção, além disso, ao teto e à parte alta das paredes em frente ao paciente.	O E D
Boa Prática 7.7	Há mobília adequada e corretamente distribuída para criar um espaço funcional, com uma ótima circulação, evitando-se incômodos e obstáculos desnecessários	O E D
Boa Prática 7.8	Conta-se com opções de "personalização do espaço" (fotos da família, desenhos de familiares, cartões com mensagens carinhosas, fotos de bandas musicais ou equipes de futebol etc.)	O E D

Bco Prática 7.9	Há o controle autônomo e individualizado em cada quarto da temperatura, umidade e ventilação conforme as normas publicadas	  
Bco Prática 7.10	Há um sistema para controle de luz, em quantidade suficiente em todas os quartos de pacientes	  
Bco Prática 7.11	São definidas e promovidas medidas de controle do ruído ambiente ^[3,20]	  

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	ORIENTAÇÃO DO PACIENTE
Promover a comunicação e a orientação do paciente		
Bco Prática 7.12	Dispõe-se de conexão visual com a parte externa (janela em uma altura adequada), para não perder a orientação e manter o ciclo circadiano	  
Bco Prática 7.13	Dispõe-se de elementos que facilitam a orientação temporal de fácil acesso e visibilidade (como relógio e/ou calendário)	  
Bco Prática 7.14	Estão disponíveis sistemas de comunicação potencializada /alternativa ^[2,12]	  
Bco Prática 7.15	Há um sistema em que os pacientes ou familiares podem chamar os profissionais quando precisarem	  
Bco Prática 7.16	Quando o quarto não tem luz natural e/ou janela, há janelas virtuais digitais ou vinis que se assemelham a paisagens	  

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO NA ÁREA DOS FAMILIARES
Garantir o conforto na área dos familiares		
Bco Prática 7.17	Há uma sinalização adequada e visível dos quartos e a indicação das vias de acesso, mantendo-se a estética estabelecida para a unidade.	  

Boa Prática 7.18	Há uma orientação quanto ao uso como "salas de estar" do espaço em que se encontram os familiares no período em que não estão na unidade	O E D
Boa Prática 7.19	Há quartos para familiares em situações especiais, que garantem privacidade, sempre que possível	O E D
Boa Prática 7.20	Há um quarto de despedida, em que se pode acompanhar uma pessoa no processo de morte em condições de intimidade	O E D

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO E FUNCIONALIDADE NA ÁREA DE CUIDADOS
Garantir o conforto e a funcionalidade na área de trabalho		
Boa Prática 7.21	Realiza-se o controle acústico adequado na área de trabalho.	O E D
Boa Prática 7.22	Possibilita-se o acesso adequado à documentação com postos de computadores suficientes para consulta de prontuários e avisos de monitoramento nas salas de médicos e de enfermeiros	O E D
Boa Prática 7.23	Há um sistema de informação clínico (prontuário eletrônico) adaptado ao fluxo de trabalho da Unidade que permite trabalhar em rede	O E D
Boa Prática 7.24	Há um sistema de monitoramento central que reúne todos os monitores da unidade, controlados pelos médicos e enfermeiros, a partir de um espaço facilmente acessível	O E D
Boa Prática 7.25	Há um sistema de visualização adequada do paciente a partir do controle	O E D

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO NA ÁREA ADMINISTRATIVA E DE PROFISSIONAIS
Garantir o conforto na área administrativa e de profissionais		
Boa Prática 7.26	Há espaços de trabalho adequados, dotados de instalações necessárias para se realizar a assistência habitual	O E D

Boa Prática 7.27	Há quartos para profissionais plantonistas, com espaços adequados e mantendo-se o fio condutor estético marcado na unidade	☒ O ☐ E ☐ D
Boa Prática 7.28	Uma sala de estar está disponível para profissionais com acesso rápido à unidade.	☒ O ☐ E ☐ D

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	DISTRAÇÃO DO PACIENTE
Promover a distração do paciente		
Boa Prática 7.29	Luz está disponível para leitura	☐ O ☐ E ☒ D
Boa Prática 7.30	Dispõe-se de conexão wi-fi para uso de tablets e celulares que permitam que o paciente se comunique com seus parentes e esteja conectado com o mundo externo, favorecendo seu entretenimento	☐ O ☐ E ☒ D
Boa Prática 7.31	É permitido o uso de telefones dentro do quarto	☒ O ☐ E ☐ D
Boa Prática 7.32	O uso de meios de entretenimento é facilitado aos pacientes com a regulamentação devida da utilização (leitura, jogos, dispositivos de multimídia, rádio, TV...) [3.9]	☐ O ☒ E ☐ D

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	HABILITAR ESPAÇOS EM JARDINS OU PÁTIOS
Promover espaços em jardins ou pátios para pacientes com garantia de acesso aos mesmos (cadeira de rodas, camas etc.)		
Boa Prática 7.33	Dispõe-se de espaços em jardins, pátios ou terraços para pacientes nos quais está indicado, com garantia de acesso aos mesmos (cadeira de rodas, camas etc.)	☐ O ☐ E ☒ D

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Link: <https://forms.gle/zjhNK2bPbk8pKhXo7>

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Estudo de ações estruturadas em Unidade de Terapia Intensiva como forma de promoção do cuidado ético”, que tem como objetivo analisar a relação entre a percepção dos profissionais de saúde sobre a implementação de ações estruturadas de humanização no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva e o compromisso profissional voltado para um cuidado ético. Acreditamos que esta pesquisa seja importante pela necessidade de compreender como é possível a prática do cuidado humanizado na perspectiva dos profissionais de saúde.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo será de responder a Escala de Autocompaixão - como eu geralmente lido comigo em momentos difíceis, que apresenta 26 itens. Os itens são cotados numa escala tipo Likert de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre). E a Escala Avaliação do Profissionalismo Interprofissional (API), composta por 26 itens, aos quais você deverá responder sobre a sua análise quanto aos comportamentos relacionados ao trabalho colaborativo, utilizando questões com opções de respostas do tipo Likert, que varia entre DT = Discordo Totalmente, D = Discordo, N = Neutro, C = Concordo, CT = Concordo Totalmente, N/A = Não houve oportunidade para avaliar neste ambiente. A aplicação da escala levará em torno de 20 minutos.

Após a aplicação das escalas você irá responder um questionário semiestruturado com 39 afirmações as quais você deve responder o quanto cada afirmação representa a sua percepção sobre a humanização em UTI. Os itens são cotados em uma escala tipo Likert de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre). Após responder duas perguntas abertas que exploram a sua percepção sobre cuidado humanizado e na sequência você irá responder alguns dados sociodemográficos incluindo idade, sexo, estado civil, religião, nível de escolaridade, profissão, tempo de atuação neste hospital, tempo de experiência em UTI. A aplicação do questionário levará em torno de 20 minutos.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você está sendo alertado de que não há benefícios diretos ao participante. É possível que você tenha medo de que suas respostas sejam expostas, mas para minimizar tais riscos, o acesso aos dados é possível apenas pela conta pessoal da pesquisadora (acesso com senha) e na publicação dos dados da entrevista serão utilizados códigos alfanuméricos (P1, P2...) acompanhando os relatos. Além disso, você pode ficar constrangido com as perguntas da entrevista e pode se sentir desconfortável com a aplicação das escalas por

remeter à auto reflexão e sobre questões relacionadas aos processos de trabalho. Caso você não se sinta confortável para responder qualquer pergunta, você pode informar à pesquisadora e/ou encerrar a qualquer momento a sua participação, sem qualquer prejuízo a você. Informamos que a pesquisadora é psicóloga com formação em Unidade de Terapia Intensiva, e, portanto, tem o preparo para lidar com eventuais problemas decorrentes dessa reflexão.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo no contexto laboral.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa haverá ressarcimento dos valores gastos na seguinte forma: depósito em conta corrente.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto é Mayara Schirmer Moerschberger, mestranda em Bioética e seu orientador Renato Soleiman Franco, professor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, com os quais você pode manter contato pelos telefones (47) 992174201 (41) 984553849, e pelos e-mails mmoerschberger@gmail.com e renato.soleiman@pucpr.br

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2103 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
E-mail:	

Local, ____ de ____ de ____.

Assinatura do participante
da pesquisa

Assinatura do Pesquisador