

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

KELLY KREZINSKI CRIVOI

HUMANIZAÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DE DIFERENTES
SUJEITOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DA CHAMADA DE VÍDEO EM TEMPOS DE
AFASTAMENTO SOCIAL DECORRENTES DA COVID-19

PONTA GROSSA
2023

KELLY KREZINSKI CRIVOI

HUMANIZAÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DE DIFERENTES
SUJEITOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DA CHAMADA DE VÍDEO EM TEMPOS DE
AFASTAMENTO SOCIAL DECORRENTES DA COVID-19

Dissertação apresentada para obtenção
do título de Mestre na Universidade
Estadual de Ponta Grossa, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde,
com ênfase em Atenção Interdisciplinar
em Saúde.

Orientadora: Prof^a.Dra. Cristina Berger
Fadel

Co-orientadora: Prof^a.Dra. Jussara Ayres
Bourguignon

PONTA GROSSA

2023

C936

Crivoi, Kelly Krezinski

Humanização na terapia intensiva: percepção de diferentes sujeitos sobre a utilização da chamada de vídeo em tempos de afastamento social decorrentes da COVID-19 / Kelly Krezinski Crivoi. Ponta Grossa, 2023.

136 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Berger Fadel.

Coorientadora: Profa. Dra. Jussara Ayres Bourguignon.

1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Covid-19. 3. Humanização da assistência. 4. Visitas a pacientes. 5. Tecnologias leves. I. Fadel, Cristina Berger. II. Bourguignon, Jussara Ayres. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

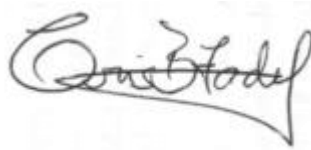
CDD: 361.1

KELLY KREZINSKI CRIVOI

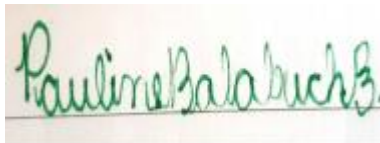
**HUMANIZAÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DE DIFERENTES
SUJEITOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DA CHAMADA DE VÍDEO EM TEMPOS DE
AFASTAMENTO SOCIAL DECORRENTES DA COVID-19**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, com ênfase em Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 27 de Fevereiro de 2023.



Cristina Berger Fadel
Prof^a. Dra. - UEPG



Pauline Balabuch
Prof^o. Dra. - FASF



Cleide Lavoratti
Prof^a. Dra. - UEPG

Este trabalho é dedicado especialmente à minha família:

Aos meus amados Filhos João Gabriel e Pedro Augusto.

Vocês vieram para iluminar e alegrar a minha vida e a cada momento em que estamos juntos a felicidade sempre está comigo. Eu batalhei por vocês, todo o meu esforço e dedicação foi por vocês. Amo incondicionalmente vocês dois.

Ao meu marido, Maicon,

por todos esses anos de amor, amizade e companheirismo. Ao apoio que sempre me dá para seguir em frente e não desistir diante das dificuldades, que sempre esteve ao meu lado, nos bons e nos maus momentos, compartilhando os sucessos e os tropeços. Sinto-me protegida ao seu lado e sei que sempre poderei contar com você.

Aos meus pais, Antônio César e Cleci,

que sempre acreditaram no meu potencial, proporcionando-me todos os ensinamentos ao caminho do bem e do amor para uma boa educação e compaixão ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Ao longo da vida nossos caminhos se cruzam com os caminhos de tantas outras pessoas e, no momento em que tal encontro fica gravado em nossas mentes e em nossos corações, despertando em nós sentimentos únicos, capazes de nos fazer crescer como seres humanos, percebemos que tal encontro não foi apenas obra do acaso.

Profa. Dra. Cristina Berber Fadel,

pela compreensão diante de minhas inúmeras dificuldades, pela paciência com que me conduziu neste caminhar.

Profa. Dra. Jussara Ayres Bourguignon,

pelas observações e sugestões para as possíveis melhoras no desenvolvimento deste trabalho, mostrando-me que eu tinha potencial para ir além. Obrigada por todo seu apoio.

Aos Profs. Drs. Cleide Lavoratti, Erildo Vicente Muller e Pauline Balabuch,

pelas diversas contribuições, para enriquecer meu trabalho e aprimorar meus conhecimentos. Obrigada pelos ensinamentos.

À Ines Chuy Lopes, meus queridos amigos e colegas de trabalho,

pelo constante apoio e disposição para ouvir meus anseios, angústias e dúvidas e, sempre, de maneira amiga e carinhosa, ajudar em minhas dificuldades. A vocês minha eterna e sincera amizade.

E, agradecimento especial, faço **a Deus**, por acreditar que é sempre tua presença ao meu lado que me faz conseguir superar os obstáculos no meu caminho e que me consola e me alivia diante das dificuldades da vida.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

(Carl Jung)

RESUMO

Esta pesquisa apresenta como objetivo principal compreender a percepção de pacientes, familiares e profissionais de saúde sobre a utilização da vídeo chamada no processo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na circunstância do afastamento social devido a COVID-19, com vistas ao aprimoramento da humanização nos serviços prestados aos usuários. A investigação foi realizada na UTI Geral do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU – UEPG), situado no município de Ponta Grossa - PR. A metodologia adotada foi um estudo exploratório, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, contendo perguntas abertas e fechadas, com um roteiro específico para cada categoria de sujeitos (paciente, familiar e profissional de saúde) sobre as chamadas de vídeo e sua relação com a humanização, o acolhimento e a comunicação em saúde. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo e discutidos à luz da literatura mundial, trazendo à tona a importância da tecnologia do cuidado em saúde pela equipe multidisciplinar em um ambiente de UTI. Almeja-se, por meio desta pesquisa, ampliar as discussões e reflexões sobre a temática da humanização e o cuidado centrado na pessoa em tempos de distanciamento social, bem como promover a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a garantia aos direitos dos indivíduos efetivados através de ações fundamentadas em políticas públicas.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; COVID-19; Humanização da Assistência; Visitas a Pacientes; Tecnologias Leves.

ABSTRACT

This research has as its main objective to understand the perception of different subjects about the use of video calls in the process of hospitalization in the Intensive Care Unit (ICU), in the circumstance of social distancing due to COVID-19, with a view to improvement of humanization in services provided to users. The methodology adopted was an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. For data collection, a semi-structured interview was used, containing open and closed questions, with a specific script for of subject's research about video calls and their relationship with humanization, welcoming and communication in health. Data were analyzed using the Content Analysis technique and discussed in the light of world literature, bringing to light the importance of health care technology by the multidisciplinary team in an ICU environment. The aim is, through this research, to expand discussions and reflections on the theme of humanization and person-centered care in times of social distancing, as well as to promote the improvement of the quality of services provided and the guarantee of the rights of individuals effected through actions based on public policies.

Keywords: Intensive Care Units; COVID-19; Humanization of Assistance; Patient Visits; Soft Technology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Roteiro Didático para Análise de Conteúdo para Pesquisa Qualitativa.....	48
Quadro 02 – Categorias Temáticas Emergidas da Pesquisa Qualitativa na UTI do HU – UEPG no ano de 2022.....	49
Quadro 03 – Perfil dos Pacientes de UTI Participantes da Pesquisa do HU-UEPG no ano de 2022.....	54
Quadro 04 – Perfil dos Familiares de UTI que Participaram da Pesquisa do HU-UEPG no ano de 2022.....	54
Quadro 05 – Perfil dos Profissionais de Saúde de UTI que Participaram da Pesquisa do HU-UEPG no ano de 2022.....	55
Quadro 06 – Categoria I (Pacientes de UTI) do HU – UEPG no ano de 2022.....	56
Quadro 07 – Categoria II (Pacientes de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	58
Quadro 08 – Categoria III (Pacientes de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	61
Quadro 09 – Categoria IV (Pacientes de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	62
Quadro 10 – Categoria V (Pacientes de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	65
Quadro 11 – Categoria I (Familiares de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	66
Quadro 12 – Categoria II (Familiares de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	68
Quadro 13 – Categoria III (Familiares de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	70
Quadro 14 – Categoria IV (Familiares de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	72
Quadro 15 – Categoria V (Familiares de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	75
Quadro 16 – Categoria I (Profissionais da UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	77
Quadro 17 – Categoria II (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	80
Quadro 18 – Categoria III (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	86
Quadro 19 – Categoria IV (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	94
Quadro 20 – Categoria V (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022.....	100

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1	A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO E DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE JUNTO ÀS FAMÍLIAS DO PACIENTE CRÍTICO.....	18
2.1.1	O Percurso Histórico da Unidade de Terapia Intensiva.....	20
2.1.2	A Humanização da Assistência e a Importância do Acolhimento e da Comunicação em Saúde.....	21
2.2	A PANDEMIA PELA COVID-19, O ISOLAMENTO SOCIAL E A INTERNAÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA.....	27
2.3	AS POLÍTICAS DE VISITAS EM UTI ANTES E DURANTE A COVID-19 E A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NOS DESFECHOS CLÍNICOS.....	31
2.4	A PERCEPÇÃO DO PACIENTE, FAMÍLIA E EQUIPE NA VISITAÇÃO EM UTI E A TECNOLOGIA DO CUIDADO EM TEMPOS DE PANDEMIA.....	33
3	OBJETIVOS.....	38
3.1	OBJETIVO PRINCIPAL.....	38
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	41
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	42
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA A PESQUISA.....	43
4.5	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	43
4.6	COLETA DE DADOS.....	44
4.7	TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	47
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
5	RESULTADOS.....	53
5.1	APRESENTAÇÃO POR CATEGORIAS.....	53
5.2	PERCEPÇÃO DOS PACIENTES.....	56
5.2.1	Categoria I.....	56
5.2.2	Categoria II.....	58
5.2.3	Categoria III.....	60
5.2.4	Categoria IV.....	62
5.2.5	Categoria V.....	64
5.3	PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA.....	66
5.3.1	Categoria I.....	66
5.3.2	Categoria II.....	67
5.3.3	Categoria III.....	70
5.3.4	Categoria IV.....	72
5.3.5	Categoria V.....	74

5.4	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	76
5.4.1	Categoria I.....	77
5.4.2	Categoria II.....	79
5.4.3	Categoria III.....	85
5.4.4	Categoria IV.....	93
5.4.5	Categoria V.....	99
5.5	DISCUSSÃO.....	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
	REFERÊNCIAS.....	114
ANEXO A –	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	122
	ESCLARECIDO.....	
ANEXO B –	QUESTIONÁRIO I.....	129
ANEXO C –	QUESTIONÁRIO II.....	133
ANEXO D –	QUESTIONÁRIO III.....	135

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar altamente especializado que atende pacientes críticos, contendo uma diversidade de recursos tecnológicos e profissionais especializados com manifestações fisiológicas do estado crítico, presença de dor, privação do sono, restrição da mobilidade, presença de ruídos e iluminação constante. Tais aspectos remetem ao paciente sentimentos de ansiedade, despreparo, sofrimento e frustrações, comprometendo o equilíbrio emocional além da limitação do contato com familiares isolados do seu convívio social e cotidiano, de seus afazeres e contato com o mundo externo (ROSA; SILVA; TEIXEIRA, 2017; BATISTA; MONTESCHIO; GODOY; GÓES; MATSUDA; MARCON, 2019).

A admissão em uma Unidade de Terapia Intensiva para os familiares, bem como ao paciente é considerada um evento estressante e ameaçador diante da possibilidade de perda, gerando instabilidade dentro da dinâmica familiar, com sentimento de fragilidade, insegurança, medo da morte, do desconhecido e da solidão, causando um desequilíbrio nas rotinas e na estrutura da família (KHALEGHPARAST; JOOLAEI; MALEKI; PEYROVI; GHANBARI; BAHRANI, 2017; BATISTA; MONTESCHIO; GODOY; GÓES; MATSUDA; MARCON, 2019).

Depois do surgimento dos hospitais e o desenvolvimento tecnológico, a visão do processo de adoecer foi reduzida a uma ótica biomédica e à perspectiva do corpo como máquina defeituosa. O espaço do cuidado foi deslocado para o hospital, a pessoa internada foi isolada do convívio cotidiano e sua rede social (familiares, amigos e comunidade) foi destituída de qualquer papel no processo, tornando-se um número e perdendo sua humanidade. Materializa-se esta visão tanto na estrutura física dos hospitais, onde não há espaço para acompanhantes ou para visitantes, quanto nas rotinas hospitalares, que também não consideram a importância dos familiares e dos parceiros (ou seja, da rede social) para o cuidado (BRASIL, 2008).

Foucault em sua obra “Microfísica do Poder”, ao analisar a história do surgimento e necessidade de organização dos hospitais, coloca que diante do caos que essa instituição nasce “não se procurou primeiramente medicalizar o hospital, mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava” (FOUCAULT, 1984 p. 101). Ainda sobre essa discussão podemos observar a partir do autor, que para reverter essa desordem foram criadas normas rígidas para disciplinarizar o

internamento nos hospitais:

Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica (FOUCAULT, 1984, p. 108).

Mesmo considerando que o autor esteja se referindo ao modelo hospitalar do século XVIII, podemos observar que nos dias atuais existe uma permanência de uso dessa ideologia. Isso requer aos serviços de saúde repensar tais práticas, que levam ao controle dos corpos e a negação da identidade do sujeito, tão presentes nos hospitais. Um exemplo de caminho para a busca da superação desse modelo hospitalar pode ser observado na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Desde sua implantação em 2003, a Política Nacional de Humanização - PNH busca incentivar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com princípios e diretrizes de humanização, fortalecimento das iniciativas já existentes, desenvolvimento de tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção, aprimorando, ofertando e divulgando estratégias e metodologias de apoio às mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão, e implementando processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas (BRASIL, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem incentivado nos últimos anos o cuidado centrado no paciente, para as instituições de saúde se organizar em “dar voz ao paciente e a família”, garantindo que o cuidado seja centrado na pessoa, integrando-os na equipe de cuidado à saúde, organizado de acordo com as necessidades e expectativas das pessoas e comunidades e não mais em torno das doenças (BRASIL, 2010).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria 3.390 de 30 de dezembro de 2013), dentre suas diretrizes, preconiza o modelo centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e disciplinar, com atenção humanizada conforme prevê a Política Nacional de Humanização.

Foi a partir dessa regulamentação que se formulou como devem se caracterizar a humanização dentro das Unidades de Terapia Intensiva,

estabelecidos padrões nos espaços físicos para garantir o bem-estar do paciente, direitos aos familiares às visitas diárias além de informações sobre o estado clínico do paciente (BRASIL, 2013).

Durante o período de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva, entende-se a importância da presença de familiares para garantir dignidade às relações interpessoais junto ao paciente. Para Rosa (2020), a presença do familiar contribui para o bem estar do paciente, auxilia na aproximação da equipe com os familiares, reduz a ansiedade das relações, permite a participação em algumas decisões no atendimento ao paciente, além de auxiliar na orientação e estimulação cognitiva do mesmo.

Aumentar o tempo de visita familiar em UTI, a fim de tornar o atendimento mais humanizado e centrado nas necessidades do paciente e sua família, previstas na Política Nacional de Humanização, está se transformando em uma realidade em vários hospitais no Brasil.

É notório que em grande parte das UTIs no Brasil a visita familiar ao paciente internado ocorre em horários pré-determinados, rígidos, variando entre 30 minutos à uma hora por dia. Esse modelo se fundamenta em função do risco teórico de aumento do estresse fisiológico, do prejuízo à organização do cuidado ao doente crítico e da ameaça de complicações infecciosas ocasionadas pelo maior tempo de permanência dos familiares dentro da UTI (ROSA et al., 2017, p.04).

A Política Nacional de Humanização sugere a visita aberta com o objetivo de promover o visitante e o acompanhante como parte integrante do projeto terapêutico do doente, aumentando o grau de autonomia dos usuários. Ressalta que favorece uma continuidade entre o contexto da vida familiar e comunitária com o ambiente hospitalar, reconhecendo a pessoa em sua expressão subjetiva e sociocultural constitui a base para a sua responsabilização pelas condutas terapêuticas. Assim, a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao doente (BRASIL, 2008). Dentre estas ações merece destaque a proposta de visita ampliada (com duração de 12 horas por dia na UTI) da Associação Hospitalar Moinhos de Vento em Porto Alegre no Rio Grande do Sul, divulgado nas instituições de saúde como Projeto UTI Visitas (ROSA et al., 2017).

No ano de 2018, o Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU – UEPG) passou a integrar o Programa Nacional intitulado PROADI-SUS¹ “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” (BRASIL, 2011). Na ocasião, 120 hospitais em todo o Brasil foram selecionados pelo Ministério da Saúde para aplicar metodologias diferenciadas com orientações/supervisões de grandes Hospitais de Excelência em território nacional (Sírio-Libanês, Albert Einstein, HCOR, dentre outros). Com atuação sobre quatro pilares: a infecção por ventilação mecânica, a infecção de trato urinário, a infecção por cateteres e a implantação de visitas ampliadas, o referido Programa visa reduzir indicadores relacionados a infecções adquiridas em UTIs.

As visitas abertas ou visitas ampliadas foram pensadas e implementadas no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU – UEPG) pela equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) de forma a não prejudicar a assistência ao paciente, bem como, aproximar o familiar do convívio com o mesmo no cuidado assistencial e melhorar a adesão ao tratamento. No HU - UEPG em 2018, as visitas ampliadas aconteciam no período da tarde por 06 horas ininterruptas liberadas entre a chamada visita social realizadas todos os dias das 14:30h às 15:00 e das 19:30 às 20:00h, podendo até dois familiares se habilitarem para participar do projeto depois de passar por orientações realizadas pelos assistentes sociais, o objetivo final da visita estendida no hospital universitário é que chegasse há 12 horas diariamente das 8h até as 20h.

Para tanto se criou uma série de estratégias trabalhadas de forma integrada para orientar os familiares e implantar a visita ampliada. Foram implementadas orientações em salas de espera coletivas e individuais sobre as normas e rotinas do setor e cuidados especiais em ambiente de UTI, aspectos de segurança do paciente, prevenção de *delirium* e transmissão de infecções. Além disso, foram criadas

¹ O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é uma ação do Ministério da Saúde dirigida ao fortalecimento do SUS em parceria com determinados hospitais de excelência fazerem jus à Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS) através da transferência de sua expertise pela realização de projetos de educação, pesquisa, avaliação de tecnologias, gestão e assistência especializada voltados ao fortalecimento e à qualificação do SUS em todo o Brasil. Os projetos nascem da combinação das necessidades do SUS com as competências dos hospitais. Os hospitais, em conjunto com o Ministério da Saúde, entidades vinculadas, desenvolvem projetos que são polarizadores de cientistas, educadores, gestores e profissionais da saúde que se unem para buscar soluções para um SUS de qualidade. Essa parceria reflete o comprometimento com a melhoria da qualidade das condições de saúde da população brasileira mediante transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o sistema (BRASIL, 2011, p. 808).

reuniões semanais multidisciplinares focadas na reabilitação dos pacientes, com a intenção de promover o empoderamento dos familiares no cuidado centrado no paciente.

Contudo, em março de 2020, devido à pandemia causada pelo vírus (SARS-CoV2), mais conhecido como corona virus disease (COVID-19)² e visando cumprir com as determinações do Ministério da Saúde e do Governo Estadual com a portaria da SESA nº 338/2020, através do Ofício Circular nº 001/DG HU-UEPG de 23 de março de 2020, o hospital suspendeu por tempo indeterminado todas as visitas hospitalares em todos os setores, inclusive nas UTIs, realizadas nos hospitais como estratégia de prevenção ao contágio de doenças pelo alto risco biológico (NEGRO; MUCCI; BECCARIA; BORCHI; CAPOCASA; CARDINALI; PASCULLI; RANZANI; VILLA; ZANGRILLO, 2020).

Frente a essa medida, visando amenizar os danos causados aos pacientes e seus familiares pelo afastamento social e manter a garantia de seus direitos enquanto usuários da saúde, a equipe de serviço social, coordenação e direção do hospital traçaram novas estratégias de ação, utilizando as chamadas de vídeo para aproximar pacientes, familiares e a equipe de profissionais com o objetivo de promover a comunicação, diminuir a distância e a possível ansiedade dos pacientes, favorecendo assim as práticas de acolhimento ao paciente e seus familiares e a interação entre toda a rede profissional de cuidado.

Diante disto, as chamadas de vídeo no HU - UEPG a partir de abril de 2020 começaram a ser realizadas pela equipe de serviço social do hospital para pacientes que apresentaram quadros de saúde condizentes com capacidades de comunicação verbal, que demonstraram interesse na ação, e em horário considerado oportuno pela equipe de saúde e pelo próprio paciente. Para efetivação dessa metodologia tornou-se necessário providenciar aparelhos telefônicos com boa conectividade; identificar um familiar de referência para ser o representante no cuidado à saúde e

² Em janeiro de 2020, teve início uma epidemia pelo novo coronavírus. Em pouco tempo atingiu mais países, sendo considerada pandemia em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde. O vírus possui rápida disseminação e, apesar de uma taxa de mortalidade variando de 2 a 15%, o elevado número de casos e a evolução rápida dos casos graves, gerou um aumento massivo das internações hospitalares, da utilização dos recursos de terapia intensiva e das mortes. (...) Em uma situação de crise grave como a atual, diversos cenários devem ser traçados e não há apenas um caminho possível. No manejo das situações de crise, devemos considerar o enorme potencial de sofrimento dos diversos personagens envolvidos, desde pacientes e familiares até profissionais e líderes do sistema de saúde, e pautar a comunicação com vistas a prevenir e antecipar eventos além de reduzir danos dos eventos já instalados” (CRISPIM, 2020, p. 08).

no processo de comunicação (responsável pela organização da visita virtual junto aos demais membros da família) e que estivesse em condições para executá-la; explicar a rotina de comunicação, os horários das visitas virtuais, o funcionamento dos boletins médicos com horários, o fluxo de dúvidas e notícias inesperadas para o cuidador principal.

Desta forma, a implantação das chamadas de vídeo apresentou-se como uma estratégia essencial para manutenção das visitas, fortalecimento dos vínculos e interação com a equipe de saúde, de forma virtual, em tempos de afastamento social, tendo como base os conceitos de humanização do cuidado, acolhimento e comunicação em saúde.

Segundo Negro (2020), as chamadas de vídeo podem ser um método para amenizar os efeitos negativos do isolamento social e aproximar familiares/cuidadores dos pacientes, além de melhorar o entendimento do prognóstico comunicado pelo médico de forma remota diariamente.

Em setembro de 2021, foi sancionada a Lei 14.198/21, que regulamenta as chamadas de vídeo para pacientes internados em enfermarias, apartamentos e unidades de terapia intensiva (UTIs), impossibilitados de receber visitas de seus familiares (BRASIL, 2021). Ressalta-se que essa medida foi regulamentada depois de mais de um ano após o início da pandemia e do pico de atendimentos nos hospitais gerados pela necessidade de internação. Contudo, a obrigatoriedade do processo de aproximar as famílias por acesso virtual, em reduzir os riscos de contágio, em fortalecer os vínculos e as relações entre pacientes/familiares/equipe é vista como mais um desafio pelos profissionais da saúde.

Frente ao exposto esta pesquisa apresenta como objetivo principal compreender a percepção de pacientes, familiares e profissionais de saúde sobre a utilização da vídeo chamada no processo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na circunstância do afastamento social devido a COVID-19, com vistas ao aprimoramento da humanização nos serviços prestados aos usuários.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa foi um estudo exploratório, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. Para coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, apresentando um roteiro específico para cada categoria de sujeitos (paciente, familiar e profissional de saúde) sobre as chamadas de vídeo e sua relação com a humanização, o acolhimento e a comunicação em saúde. Os dados foram

analisados por meio da técnica de análise de conteúdo e discutidos por meio da literatura mundial, observando a importância da tecnologia do cuidado em saúde pela equipe multidisciplinar em um ambiente de UTI.

Ao considerar a relevância do tema para área da saúde, para a prática profissional da equipe multiprofissional, considera-se que os resultados angariados pelo presente estudo possam contribuir para a compreensão dessa nova estratégia de humanização no período de afastamento social e restrição de visitas devido à pandemia pela COVID-19, bem como, para a ampliação do relacionamento entre familiares e equipe de saúde visando à melhoria na qualidade dos serviços prestados aos usuários e para a mudança de paradigma entre os profissionais atuantes em UTIs, ao serem expostos a reflexões sobre a importância de sua participação em práticas assistenciais mais humanizadas, para garantir a qualidade, integridade e equidade dos serviços de saúde prestados aos usuários.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2. 1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO E DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE JUNTO ÀS FAMÍLIAS DO PACIENTE CRÍTICO

No momento da internação no hospital o paciente, muitas vezes, é descaracterizado do seu ser e do seu mundo real com a exigência de entrega de todos os seus pertences e afastamento das pessoas de seu convívio. Ainda, ao ser tratado como um número de leito ou pela caracterização de sua doença, com regras institucionais rígidas e com limitações em relação a acompanhantes e visitantes, podem lhe causar medo e insegurança. “Assim ocorre de a pessoa doente, quando internada em uma unidade de tratamento, perder parte ou toda a sua autonomia e sua identidade” (BRASIL, 2007, p.05).

As visitas e acompanhantes acabam vistos como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, pessoas leigas que não entendem de cuidados assistenciais, uma demanda que precisa ser restrita para não atrapalhar. Falta estrutura física para permanência de acompanhantes e profissionais destinados ao acolhimento dos visitantes e dos acompanhantes na maioria dos hospitais. Existe dificuldade de compreensão da função do visitante e do acompanhante na reabilitação do doente, tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores e dos familiares (BRASIL, 2008).

Na Unidade de Terapia Intensiva, há uma rotina complexa e estressante, envolta de práticas assistenciais desafiadoras e necessidade do domínio de tecnologias avançadas em saúde, a qual frequentemente expõe os profissionais atuantes em UTI muitas vezes a uma posição de distanciamento do ser humano para fazer frente às demandas da rotina e protocolos técnicos.

O cenário complexo do ambiente de uma unidade de terapia intensiva remete ao paciente e à sua rede de apoio um estado de fragilidade, medo da morte, do desconhecido e da solidão, somados aos sentimentos de insegurança, desconforto, estresse e ansiedade podendo aumentar o tempo de internação, bem como o índice de mortalidade em UTI (GIBAUT; HORI; FREITAS; MUSSI, 2013; CHAPMAN; COLLINGRIDGE; MITCHELL; WRIGHT; HOPKINS; BUTLER; BROWN, 2016).

Em todos os momentos onde o ser humano está completamente dependente e vulnerável, a humanização é essencial e de fundamental importância. Em especial no ambiente de terapia intensiva, onde pacientes internados dependem veemente de cuidados e, mediante a falta de controle de si mesmos, sentem-se impotentes, bem como o medo da morte ou de ser diagnosticado com uma doença grave, se somam a separação da família. “Frequentemente os fatores estressantes, presentes na UTI, provocam nos pacientes reações psicológicas indesejáveis, como o medo, a ansiedade, a insegurança e a depressão” (CAETANO et al., 2007, p. 325).

Desta forma a concepção de saúde-doença ultrapassa os limites de classe e se solidariza com as angústias, os medos, os sofrimentos e as questões filosóficas que preocupam o ser humano de nosso tempo. Mais ainda, ela tem raízes no passado e na essência se encontra com problemas formulados por povos primitivos, por diferentes culturas e por variados grupos sociais (MINAYO, 1988, p. 365).

Ainda segundo Minayo (1988), enquanto que para o médico o processo saúde e doença são acima de tudo fenômenos físicos, para esse segmento da população a concepção saúde e doença são relações que se expressam no corpo mas que o ultrapassam indiscutivelmente.

Na visão ampliada de saúde, cuidar é um conceito abrangente que, para além dos tratamentos biomédicos, perpassa pela criação de um ambiente relacional que permite à pessoa hospitalizada a releitura do sentido e do valor de sua existência. O cuidado centrado na pessoa gera segurança e confiança; possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos (BRASIL, 2007).

O cuidado permite ao ser humano vivenciar a experiência fundamental do valor daquilo que o cerca e do que definitivamente tem importância, ou seja, o valor intrínseco de cada situação. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano não se desenvolve, desestrutura-se, perde sentido da vida e morre. Assim, sem o cuidado o homem perde sua natureza humana. Cuidar é mais do que um ato: é uma atitude, portanto, abrange mais que um momento de atenção e zelo: representa uma atitude de ocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (DESLANDES, 2005).

2.1.1 O Percurso Histórico da Unidade de Terapia Intensiva

O conceito de Terapia Intensiva surgiu durante a Guerra da Criméia (1854-1856) quando a enfermeira Florence Nightingale, junto com um grupo de enfermeiras atenderam os soldados britânicos gravemente feridos através de sua liderança e conhecimento conseguiu reduzir as taxas de mortalidade, isolando os pacientes críticos, associando vigilância e cuidados contínuos aos mesmos (CUCHI, 2009; GRENVIK; PINSKY, 2009; MOTA, 2017).

No século XX, na década de 20, a primeira Unidade de Terapia Intensiva surgiu de uma unidade pós-operatória onde um médico neurocirurgião chamado Walter Edward Dandy atendia seus pacientes neurocirúrgicos no Hospital Johns Hopkins em Baltimore, nos Estados Unidos da América (EUA), a qual foi considerada pela Society Care and Medicine (SCCM), a primeira UTI, constituída por três leitos pós-cirúrgicos. No Brasil, apenas na década de 60 com os avanços tecnológicos voltadas à prática da ventilação mecânica foi criada a primeira Unidade de Terapia Intensiva no país, sendo essa estabelecida no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE-RJ). Já no estado de São Paulo, o Hospital das Clínicas foi o primeiro na implantação de outras UTIs (ROCHA; PRADO; CABRAL; SOUZA; ANDERS, 2013).

Atualmente as Unidades de Terapia Intensiva encontram-se equipadas com alta tecnologia e capital humano especializado, capazes de oferecer tratamentos a pacientes graves com risco de morte, onde a biomedicina, o estudo científico baseada em evidências, vem impulsionando a melhoria progressiva dessas unidades, com um crescente desenvolvimento de tecnologias rígidas que contribuem para um atendimento eficaz (ROCHA; PRADO; CABRAL; SOUZA; ANDERS, 2013). Com isso, as habilidades técnica e intelectual dos profissionais muitas vezes acabam sendo valorizadas sobrepondo as habilidades relacionais de comunicação e humanas.

Com a expansão das UTIs, as equipes de saúde, antes formadas apenas por médicos e enfermeiros, precisam se qualificar e se especializar como intensivistas, apresentando também uma equipe multiprofissional especializada, com técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais e até mesmo engenheiros clínicos, os quais

contribuem para a manutenção de aparelhos tecnológicos imprescindíveis (MOTA, 2017).

Diante desta realidade, as Unidades de Terapia Intensiva apresentam uma equipe de saúde altamente qualificada, com recursos tecnológicos somados a medicamentos eficazes as configuram como unidades complexas, onde os profissionais precisam responder a uma série de exigências, de competência, habilidade, destreza, aliados ao confinamento a um ambiente com ruídos constantes, preparação para adaptar-se a vida e a morte, a conhecimentos técnicos e científicos e permanente atualização para prestar um atendimento eficaz e de qualidade (FIGUEIREDO; SILVA; SILVA, 2009; MOTA, 2017).

A influência pela visão biomédica, pelo culto ao desenvolvimento tecnológico e científico distanciou as Unidades de Terapia Intensiva do valor humanista e singularidade do sujeito fundamentais para atenção à saúde.

Segundo Minayo, em sua obra “Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia” (1988, p.375), “o corpo humano é considerado na medicina acadêmica como uma máquina e cada órgão como uma peça. O papel do médico é de atacar a doença, isto é, de consertar os defeitos de um mecanismo enguiçado. Ao concentrar-se em elementos cada vez menores e divididos do corpo, o médico perde de vista o doente com todo o processo de inter-relação sociocultural, psicossocial e espiritual que permeia qualquer doença.”

Em contraponto a essa visão biomédica, busca-se uma visão ampliada da saúde, gerando um movimento denominado “humanização” centrando suas ações no cuidado à pessoa e não à doença, estabelecendo ações abrangentes desde a ambiência, gestão e cuidados, visando a mudança de paradigmas e padrões de assistência, qualidade e eficácia nos serviços prestados (BRASIL, 2008).

2.1.2 A Humanização da Assistência e a Importância do Acolhimento e da Comunicação em Saúde

No Brasil a preocupação em humanizar o atendimento em saúde, tem sido enfatizada desde a década de 50, quando alguns estudos começaram a pesquisar a necessidade em humanizar os atendimentos em saúde em uma lógica de caridade. Com o decorrer dos anos e aprofundamento dos estudos o enfoque em um atendimento humanizado pelo viés caritativo foi se modificando até configurar-se

como direito do cidadão, principalmente depois da Constituição de 1988 como dever do Estado ao acesso de todos à saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

A humanização na saúde tem se constituído em uma temática importante na atualidade, configurando um dos elementos que podem permitir o resgate do cuidado humanístico ao indivíduo que vivencia o estar saudável e o estar doente e a sua família. Isso porque, ao longo dos tempos, a formação de profissionais e a organização dos serviços de saúde têm privilegiado e priorizado, sobretudo, em virtude do paradigma cartesiano, o conhecimento parcelar e especializado, a supremacia do poder médico, a valorização da técnica e da destreza manual e a visão do ser humano como máquina (DESLANDES, 2005).

No Brasil existem várias dificuldades nas instituições de saúde em concretizar as diretrizes do Sistema Único de Saúde, exigindo a reorganização e o aperfeiçoamento dos serviços, apresentando como prioridade a resolutividade e qualidade na assistência prestada ao indivíduo. Assim, a iniciativa de humanização dos serviços de saúde proporciona a possibilidade de mudança de paradigma, além de proporcionar debates sobre a qualidade técnica do cuidado, acolhimento e suporte para quem precisa (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

A Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM – Society of Critical Care Medicine) na década de 90, criou diretrizes para efetivação de programas de humanização, em resposta à crescente preocupação com a humanização dos pacientes em internação em UTI. Esses critérios têm como início básico que: cada pessoa é única e tem suas próprias necessidades e valores exclusivos; a luta pela humanização não deve prejudicar a segurança do paciente nem deve ultrapassar as questões éticas ou legais; o paciente e seus familiares são quem conhecem as suas próprias necessidades; a independência do paciente e da sua família deve ser resguardada; a intimidade do paciente e da sua família deve ser tratada com respeito. (TERRA; GOMES, 2015)

A humanização da assistência assumiu dimensões maiores no sistema brasileiro de saúde pública em 2001 quando o governo federal implantou uma série de estratégias integradas visando uma mudança no padrão de assistência aos usuários de hospitais público do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, sendo essa estratégia modificada em 2003 para a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu com o objetivo primordial de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, lançando como desafio, a melhoria da qualidade de atendimento à saúde e a valorização do trabalho dos profissionais envolvidos. Para isso, considera essencial o esforço coletivo e a vontade política dos dirigentes (BRASIL, 2003).

Para o desenvolvimento da política de humanização de forma concreta com ações claramente definidas foi necessária a implantação de grupos de trabalho de humanização em cada hospital envolvido como elementos agregadores e difusores desse novo conceito em torno de um eixo comum de atendimento humanizado; estes grupos, compostos por lideranças expressivas do coletivo dos profissionais, constituíram-se em espaço de comunicação e um real dispositivo para mudança institucional (BRASIL, 2003).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída pela Portaria 3.390 de 30 de dezembro de 2013, dentre suas diretrizes, preconiza o modelo centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e disciplinar, com atenção humanizada conforme prevê a Política Nacional de Humanização. Coloca o modelo de atenção hospitalar como um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, sendo a clínica ampliada e a gestão da clínica a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença de acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais (BRASIL, 2013).

Diante disso, pensar em humanização implica em avaliar a qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde. Para isso a satisfação dos usuários em serviços de saúde pública também tornou-se uma preocupação do governo federal com o SUS, desenvolvendo uma maior participação da população nas decisões sociais, a exemplo da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, publicada através da Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2009).

Elaborada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora Tripartite, a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se baseou nos seis princípios básicos de cidadania, com ela, o cidadão pode conhecer quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde e contribuir para a

melhoria da qualidade de atendimento à saúde dos brasileiros. Também faz referência à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação - preconceito de raça, cor, idade, orientação sexual, estado de saúde ou nível social (BRASIL, 2009).

Entende-se que o hospital como uma instituição que presta serviços essenciais à sociedade atuando na prevenção, tratamento e recuperação tanto do corpo como da mente, deve ter implícito o comprometimento com a valorização do usuário, no atendimento às suas necessidades e melhoria constante dos processos, uma vez que, para atender de forma integral precisa aprimorar as necessidades de seu público alvo diariamente (SOUZA, 2017).

Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB, a humanização no ambiente hospitalar é (...) “um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares em que cada um se encontra” (AMIB, 2004, p. 01). Assim, entender humanização não significa apenas melhorar um processo ou outro, prover a aquisição de equipamentos modernos, angariar materiais suficientes ou um local adequado, significa uma mudança de paradigma, de atitudes e comportamentos mediante o paciente e seus familiares.

No trabalho de humanização o ponto crucial é o fortalecimento desta posição ética de articulação do cuidado técnico científico conhecido e dominado, ao cuidado que incorpora a exploração, a necessidade e o acolhimento do imprevisível, do incontrolável, ao indiferente e singular (MORAIS et al., 2004).

Diante deste pressuposto, “a equipe de saúde e o atendimento humanizado podem contribuir para amenizar os sentimentos de angústia do paciente em estado crítico, oferecendo apoio e suporte emocional necessários ao enfrentamento do processo vivido, sendo crucial para a redução do sentimento de medo destes pacientes” (PROENÇA; DELL AGNOLLO, 2011, p. 280).

Segundo Minayo (1988), na tradição familiar e comunitária, suas ideias sobre saúde e doença fazem parte de esquemas de pensamento socialmente construídos mais abrangentes sobre a dor, o sofrimento, a vida, a morte, o destino do ser humano, as relações dos homens entre si e com a natureza.

Nesse sentido, a condição desafiadora consiste no equilíbrio entre as exigências da rotina de trabalho dentro das unidades de terapia intensiva em um

ambiente altamente especializado e o desenvolvimento de um cuidado humanizado centrado na pessoa.

Para Marques e Souza (2010, p.143): “A humanização representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários.”

Diante das necessidades de cada usuário, a humanização deve ser individualizada considerando, concomitantemente com os agravos de saúde, a sua realidade social, educacional, cultural, de religiosidade, crenças e valores. A integralidade humana deve então ser posta como ponto de partida para a reflexão sobre o cuidado em saúde e sobre o potencial de atuação dos profissionais em ambientes de terapia intensiva (PROENÇA; DELL AGNOLLO, 2011).

Na UTI é importante que a prática de humanização vá além dos cuidados a todos os pacientes, precisa também que ocorra entre a própria equipe multidisciplinar. Assim, a Política de Humanização é de suma necessidade para que possa cuidar de pacientes em estados críticos que precisam de uma maior atenção, para que consiga ter a saúde física estabelecida, diminuindo as sequelas psíquicas e emocionais acarretadas por problemas decorridos da experiência muitas vezes prolongadas na unidade de terapia intensiva, além de proporcionar uma maior chance de sobrevivência (TERRA; GOMES, 2015).

No processo de humanização dentro do ambiente da terapia intensiva o elemento essencial é o acolhimento e a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, o paciente e sua família, no sentido de promover um atendimento resolutivo e de qualidade.

Segundo Chupel e Miotto (2010, p. 47), o acolhimento é: “Um processo de intervenção profissional que incorpora as relações humanas. Não se limita ao ato de receber alguém, mas a uma sequência de atos dentro de um processo de trabalho. Envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido, a identificação da situação problema, no âmbito individual, mas também coletivo”.

Para efetivação do acolhimento de forma humanizada é necessário realizar uma escuta qualificada, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido; identificar as necessidades de saúde do usuário; explicar os

prosseguimentos aos problemas apresentados pelo usuário; qualificar o vínculo empático entre o trabalhador de saúde e o usuário, que se deve dar por parâmetros humanitários e de cidadania; apresentar com clareza as soluções possíveis, para que o paciente sinta segurança e confiança na equipe que oferece o cuidado; utilizar uma comunicação adequada para criar circunstância para acolhida, num ambiente em que a privacidade seja respeitada (BERTACHINI, 2012).

A comunicação é uma necessidade básica humana, sem a qual a existência do ser humano seria no mínimo impossível, portanto é pela comunicação verbal e não verbal, que está intimamente ligada à humanização, estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em sua visão de mundo, seu todo, ou seja, seu modo de agir, pensar e sentir (STEFANELLI, 1993).

A comunicação não verbal se refere à postura, gestos, toques, expressões corporais ou faciais perante o outro, ocorre na interação pessoa-pessoa, na organização de objetos no espaço e até na relação de distância mantida entre os indivíduos (HADDAD, 2011).

Em situação de internação hospitalar em UTI, a comunicação com a família e o próprio paciente é essencial para o tratamento. Incluí-los na tomada de decisão sobre o tratamento, procedimentos clínicos, cuidados diários e informá-los sobre as funções de cada profissional, sobre a rotina e normas desse setor, assegura-lhes conforto e confiança.

A comunicação como proposta terapêutica nas instituições de saúde organiza o encontro do profissional com o usuário para uma relação de ajuda. Segundo Stefanelli (1993) a comunicação terapêutica pode ser considerada como a habilidade de um profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem seus problemas, ajustar-se ao que não pode ser mudado, a superar bloqueios que impedem a funcionalidade e autonomia.

Nessa perspectiva, a comunicação terapêutica surge como uma atividade diferenciada de comunicação na área da saúde, capaz de identificar na narrativa do paciente suas dimensões cognitivo-afetivas, emocionais e culturais, que traduzem boa parte de sua biografia de vida e de seus recursos internos que precisam ser delicadamente percebidos e bem trabalhados pela equipe de cuidados (BERTACHINI, 2012, p.515).

Desta forma, a comunicação no processo de humanização refere-se a uma profunda relação entre dois ou mais agentes, sendo considerada como qualquer meio efetivo de transmissão de informações (AMIB, 2004).

No entanto, segundo os autores Souza (2014) e Souza (2015), é importante destacar que também existem fatores psicológicos que interferem e garantem excelência na comunicação, sendo eles a autoridade, confiança, consenso e comprometimento. A autoridade ajuda a criar um contexto favorável, onde o profissional de saúde que atua com profissionalismo e conhecimento sobre o assunto consegue transmitir segurança e confiança na relação com o outro. A confiança surge pela convivência amistosa, aliada aos limites necessários para qualquer relação. O consenso parte de um objetivo comum, no qual as partes procuram estabelecer o que é melhor para ambos, minimizando possíveis prejuízos. Já o comprometimento é evidenciado pelo esforço que o interlocutor destina ao seu receptor para que a mensagem seja compreendida.

“A comunicação com qualidade gera segurança e ajuda o sistema familiar a conscientizar-se da real situação do ente querido e da necessidade de tratamento ou hospitalização na UTI” (SOUZA, 2014, p.21).

Sendo então o acolhimento e a comunicação instrumentos essenciais de interação entre a equipe de saúde, o paciente e seus familiares. A construção de uma UTI mais humana, eficiente e de qualidade estaria intrinsecamente ligada à efetividade dessas ações.

2.2 A PANDEMIA PELA COVID-19, O ISOLAMENTO SOCIAL E A INTERNAÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA

A partir de dezembro de 2019 com a identificação do vírus (SARS-CoV-2), mais conhecido como corona virus disease (COVID-19)³, a doença foi se alastrando pelos diferentes continentes, preocupando a população mundial, bem como os

³ Ao final do mês de dezembro do ano de 2019, em Wuhan, na China, três pacientes foram admitidos no serviço de Pronto Atendimento com um tipo de pneumonia de “causa desconhecida”. (...) Após alguns dias, foi realizada a análise genética do material aspirado dos pulmões dos pacientes e, então, identificou-se um novo vírus estruturalmente muito semelhante ao SARS-CoV-1, o primeiro coronavírus relacionado à síndrome respiratória aguda grave. Esse vírus foi denominado SARS-CoV-2, o novo coronavírus relacionado à síndrome respiratória aguda grave. Por outro lado, a doença causada por esse agente ainda não tinha nome próprio. O nome *Coronavírus Disease* – 2019 (COVID-19) foi então dado à moléstia infecciosa em questão, por consenso entre membros da Organização Mundial da Saúde, em 11 de fevereiro de 2020 (CORADASSI et al., 2020, p. 01).

líderes dos países devido aos números de contágio e óbitos constatados (BRASIL, 2020).

Inicialmente detectada na cidade chinesa de Wuhan, a COVID-19 caracteriza-se como uma infecção respiratória aguda causada pelo vírus SARSCoV-2, variando desde a contaminação sem sintomas (assintomática), ou sintomas leves até a ocorrência da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com potencial gravidade. Mediante a situação instalada, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou estado de pandemia (BRASIL, 2020).

No Brasil, o primeiro caso constatado da doença pelo Ministério da Saúde foi em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo (BRASIL, 2020). Quase um mês depois, em 22 de março, na cidade de Cascavel, no Paraná, foi confirmada a primeira infecção pela COVID-19 (BONSERE et al., 2021).

Em casos mais graves da SRAG, o quadro de saúde dos infectados pode desenvolver-se em uma pneumonia que danifica os tecidos pulmonares, acarretando na falência respiratória progressiva, desta forma, em sua maioria necessitam de internação em leitos de Unidades de Terapia Intensiva, especializada no cuidado a pacientes graves, para monitoramento constante dos sinais vitais, de suporte ventilatório, de medicamentos de alta complexidade e assistência especializada (FRANÇA; PINHEIRO; BARBOSA; AVENA, 2021), o aumento de números de leitos de UTI e a aquisição de aparelhos de ventilação foram algumas das medidas adotadas conforme o avanço da pandemia e as necessidades de cada região do país (MOREIRA, 2020).

Nesse contexto, a pandemia causada pela COVID-19 modificou formas de viver, de sociabilidade, de interação social e de trabalho de profissionais em diferentes campos sócio ocupacionais. Medidas de distanciamento social como forma de controle da pandemia foram adotadas por diferentes países (AQUINO et al., 2020). Novas rotinas de cuidado de saúde, higiene e convívio foram criadas para prevenir e conter o avanço da pandemia. “A COVID-19 trouxe impacto nas vidas dos indivíduos em nível global, chamando a atenção pelo alcance que teve e pela velocidade com a qual se disseminou” (SOUZA, 2020, p. 2470).

Os países em escala global precisaram reorganizar seus sistemas de saúde e suas políticas de proteção social para atender toda a população, uma vez que “o vírus mostra seu caráter democrático com o poder de contagiar a todos, mesmo considerando que para as pessoas que vivem em condições precárias de habitação,

alimentação e trabalho, esse risco seja muito maior” (COSTA, 2020, p.119). O vírus não escolhe classe social, faixa etária ou sexo, embora existam fatores de risco que aumentem a contaminação e outros que dificultam a prevenção desta doença. Assim, também a COVID-19 conta com caráter de doença populacional e determinação sócio biológica, devido às condições mais prevalentes entre indivíduos em vulnerabilidades socioeconômicas, desigualdades e exclusões sociais.

No Brasil, além dos desafios impostos ao sistema de saúde pública, sua dimensão continental e o agravamento das desigualdades sociais reafirmam outros problemas relativos a aspectos constitucionais como o direito à educação, saneamento básico e alimentação (JUNIOR et al., 2020).

As periferias e as favelas, por exemplo, onde o isolamento social e os cuidados de higiene têm que ser traduzidos para uma realidade sem saneamento básico, de baixa renda, e de grande aglomeração de pessoas que compartilham espaços precários e muito pequenos. A mesma população de baixa renda é a mais exposta ao vírus. É esta que continua se deslocando todos os dias, para manter seus empregos nos serviços essenciais que continuam funcionando como supermercados, farmácias, hospitais e limpeza urbana. Como sabemos desde os estudos de justiça ambiental, os riscos ambientais não se distribuem igualmente numa sociedade desigual, recaindo sobre os mais pobres, realidade que a Pandemia apenas reitera (CARVALHO, 2020, p.95).

A pandemia evidenciou a fragilidade do sistema de proteção social e a difícil realidade da desigualdade social de forma aguda. Dos que não têm previdência social, dos que não têm contrato de trabalho, dos que não têm moradia adequada para o distanciamento social e as do que não tem nem moradia, dos que mesmo tendo casa, não podem ficar porque não há garantia de renda para sobrevivência, dos que não possuem acesso a água encanada e banheiro dentro de casa. A pandemia mostrou a importância do Sistema Único de Saúde, da necessidade de ser universal e igualitário. Numa pandemia não há como segmentar o acesso à saúde para o consumidor, isso é ineficaz mesmo que se tenha o melhor plano de saúde (COSTA, 2020).

Para respeitar as medidas de distanciamento social e considerando as restrições de visitas em tempos da COVID-19, as chamadas de vídeo e a telessaúde⁴ passaram a ganhar destaque em ambientes hospitalares como

⁴ A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), regulamentou em março de 2020, por intermédio da Nota Técnica (NT) nº 3 36, o uso da telessaúde pelas agências de seguro e prestadores de

alternativa para manutenção de vínculos sociais, oferecendo apoio psicológico ao paciente durante sua internação, bem como também para melhorar a resposta do sistema de saúde pública frente à pandemia e o distanciamento social. Existem diversas formas de conectar virtualmente pacientes, familiares e equipe de saúde, sendo que o Conselho Federal de Medicina através da Resolução nº 14/2017 já reconhecia o whatsapp e plataformas similares como uma ferramenta de comunicação (CFM, 2017).

Em março de 2020, visando cumprir com as determinações do Ministério da Saúde o Governo Estadual publicou a portaria da SESA nº 338/2020, o HU - UEPG em consonância com essa portaria suspendendo por tempo indeterminado todas as visitas hospitalares em todos os setores, inclusive nas UTIs, realizadas nos hospitais como estratégia de prevenção ao contágio de doenças.

Frente a essa medida, visando amenizar os danos causados aos pacientes e seus familiares pelo afastamento social e manter a garantia de seus direitos enquanto usuários da saúde, a equipe de serviço social, coordenação e direção do hospital traçaram novas estratégias de ação.

As chamadas de vídeo no HU - UEPG vêm sendo realizadas desde abril de 2020 pela equipe de serviço social do hospital para pacientes que apresentem quadros de saúde condizentes com capacidades de comunicação verbal, que demonstrem interesse na ação, e em horário considerado oportuno pela equipe de saúde e pelo próprio paciente. E esse é um elemento que ainda se coloca como desafio a ser enfrentado pela profissão, em conjunto com outras situações, tendo em vista que os usuários do sistema de saúde pública, muitas vezes vivenciam condições socioeconômicas precárias que dificultam seguir as normas sanitárias de higiene e distanciamento social, devido às vulnerabilidades a que estão expostos, bem como ao acesso às tecnologias que propiciem a comunicação de forma remota.

Portanto, as chamadas de vídeo realizadas a familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, se apresentaram como uma nova estratégia de humanização no período de afastamento social e restrição de visitas

serviços de saúde. Sua decisão foi apoiada por diversos conselhos profissionais da área da saúde, que autorizaram profissionais como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas a exercer suas atividades à distância usando as TIC. A NT destaca ainda que os procedimentos codificados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) já prevê atendimentos, consultas e sessões realizados pelos profissionais da área da saúde sem restrições quanto ao tipo de atendimento a ser realizado para o procedimento ou evento. (CAETANO et. al., 2020).

devido à pandemia pela COVID-19, contribuem para o acolhimento e comunicação em saúde, bem como para a ampliação do relacionamento entre familiares e equipe de saúde visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários.

2.3 AS POLÍTICAS DE VISITAS EM UTI ANTES E DURANTE A COVID-19 E A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NOS DESFECHOS CLÍNICOS

Quando um indivíduo é acometido por um agravo de saúde, sentimentos de ansiedade, medo, angústia são gerados, tanto ao doente como em sua rede de apoio familiar. Diante de uma internação em UTI, ambiente considerado para muitas pessoas como sinônimo da morte iminente, a possibilidade de perda e o medo do desconhecido traduzem esse momento como estressante e de instabilidade familiar (FRIZON; NASCIMENTO; BERTONCELLO; MARTINS, 2011; EUGÊNIO; SOUZA, 2017).

A Unidade de Terapia Intensiva com uma estrutura complexa e altamente tecnológica é preparada para realizar a manutenção dos órgãos vitais e do equilíbrio fisiológico do corpo, permitindo a sobrevivência dos pacientes. Desta forma, exige-se que a equipe de saúde tenha competência para realização de procedimentos e técnicas complexas, mas que ao mesmo tempo desenvolva suas atividades com foco no cuidado e no atendimento humanizado, tendo em vista que pacientes e familiares estão vivenciando uma experiência considerada traumática e de separação familiar (BETTINELLI; ERDMANN, 2009). E que se apresenta no horário da visita a UTI o único momento de aproximação do paciente com sua família e com sua rede de apoio, contendo neste espaço um elo entre a realidade da hospitalização e o mundo fora dos muros do hospital, para manutenção de vínculos sociais externos do paciente, sua reabilitação e protagonismo.

Contudo, o modelo de visita das UTIs tradicionalmente é restrito na maioria dos hospitais do mundo, ou seja, são permitidas duas a três visitas, com duração de 30 a 60 minutos num período de 24 horas. Porém, nos últimos cinco anos, alguns hospitais vinham modificando a política de visita nas UTIs, ampliando e flexibilizando os horários devido aos bons resultados que estavam sendo comprovados na aproximação da família ao paciente internado nessas unidades (KHALEGHPARAST; JOOLAEI; MALEKI; PEYROVI; GHANBARI; BAHIRANI, 2017).

No Brasil, considerando os estudos e as pesquisas sobre a abertura das visitas nas UTIs e os benefícios que a presença da família traz ao paciente internado e a melhora da satisfação familiar, o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, incentivou projetos que visassem à qualificação da assistência e contribuíssem para a cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2018).

Além disso, a Política Nacional de Humanização recomenda a visita aberta com o objetivo de promover o visitante e o acompanhante como parte integrante do projeto terapêutico do doente, aumentando o grau de autonomia dos usuários. Favorecem uma continuidade entre o contexto da vida em família e na comunidade e o ambiente hospitalar, traz a noção de que reconhecer a pessoa em sua expressão subjetiva e sociocultural constitui a base para a sua corresponsabilização pelas condutas terapêuticas. Assim, a instituição amplia sua ação de saúde até a comunidade e mantém ativa a responsabilização dos familiares em relação ao doente. A volta para casa, em muitos casos, acontecerá de forma natural sem stress e conflitos (BRASIL, 2010).

Desta forma, surgiu o projeto “UTI Visitas”, em 2015 conduzido pelo Hospital Moinhos de Vento, localizado na capital do Rio Grande do Sul (RS). Dentre os objetivos deste projeto, envolvia a ampliação do tempo de permanência do familiar junto ao leito do paciente, além da promoção da humanização do cuidado ao doente crítico, à avaliação do impacto dessa iniciativa em desfechos clínicos e o fornecimento de subsídios para a continuidade do cuidado da família ao paciente após a alta hospitalar (ROSA; SILVA; TEIXEIRA, 2017).

Os resultados destes estudos consideraram a visita ampliada um modelo seguro e benéfico aos pacientes. Contrariando o que a maioria das equipes de saúde se preocupavam com relação ao risco à infecção hospitalar quanto à ampliação e flexibilização das visitas, já existem evidências que comprovam que a visita restritiva versus a visita ampliada não demonstra diferença significativa nas infecções adquiridas pelos pacientes, mas comprova que o principal risco de infecção está relacionado aos procedimentos invasivos e microrganismos transmitidos por transmissão cruzada (KHALEGHPARAST; JOOLAEI; GHANBARI; MALEKI; PEYROVI; BAHRANI, 2015; EUGÊNIO; SOUZA, 2017).

Entretanto, desde o decreto de pandemia estabelecido pela OMS em março de 2020, em virtude do alto risco biológico de transmissão do vírus da COVID-19, as

instituições de saúde precisaram restringir as políticas de visitação aos hospitais e métodos de atendimentos em clínicas, ambulatórios e centros de saúde, tornou a visita ampliada e flexível, implementada em muitos hospitais e UTIs do mundo, incompatível com a nova realidade, sendo por vez as visitas no meio hospitalar totalmente proibidas, com objetivo de prevenir a propagação do vírus, bem como preservar o uso de equipamento de proteção individual (EPI) para os profissionais de saúde que atuam na linha de frente (GOLDFARB; BIBAS; BURNS, 2020).

Embora necessário, o distanciamento físico causado pela COVID-19 trouxe ainda mais sofrimento aos familiares de pacientes internados, principalmente no contexto das UTIs, onde estar perto e presente são considerados entre tantas, uma das necessidades mais importantes das famílias, tanto para confortar seu ente, como para melhorar a comunicação com a equipe de saúde e o entendimento dos mesmos (NING; SLATYER, 2021).

Mediante essa nova realidade, muitos hospitais optaram por investir em tecnologia virtual como uma alternativa para aproximar os pacientes de seus familiares de forma segura através das chamadas de vídeo, trazendo conforto aos familiares, podendo estabelecer um diálogo com a equipe além dos questionamentos necessários para uma avaliação profissional (FREEMAN-SANDERSON; ROSE; BRODSKY, 2020; KENNEDY; STEINBERG; ARNOLD; DOSHI; WHITE; DELAIR; NIGRA; ELMER, 2021).

É importante salientar que a família é vital para as questões referentes ao processo saúde/doença do seu ente hospitalizado, pois são eles que conhecem os hábitos, desejos e reações e podem contribuir significativamente com a equipe de saúde participando de processos decisórios durante o atendimento ao paciente, bem como podem aliviar desconfortos físicos e emocionais vivenciados pelos mesmos, enquanto estão internados na UTI (KHALEGHPARAST; JOOLAE; GHANBARI; MALEKI; PEYROVI; BAHRANI, 2015).

2.4 A PERCEPÇÃO DO PACIENTE, FAMÍLIA E EQUIPE NA VISITAÇÃO EM UTI E A TECNOLOGIA DO CUIDADO EM TEMPOS DE PANDEMIA

A visita dos familiares aos pacientes internados corresponde às idas estabelecidas em horários determinados e restritos pelo hospital, já a visita aberta preconizada pela Política Nacional de Humanização, serve como dispositivo que

amplia o acesso dos visitantes às unidades de internação e aproxima mais o núcleo familiar.

Assim, a visita aberta ou ampliada garante o vínculo entre a pessoa hospitalizada, sua família, seus amigos, seus vínculos sociais e os serviços da rede de saúde. Os seus objetivos se aliam à inclusão da família no cotidiano de atendimento do usuário, ao agendamento de conversas ou diálogos entre família, rede social e equipe assistente, bem como à inclusão no processo de trabalho de outros núcleos profissionais de saberes e práticas como sendo fundamentais à construção da clínica ampliada, onde o cuidado é centrado no paciente, incentivando sua autonomia o colocando como protagonista no seu tratamento e reabilitação (BRASIL, 2005).

Quanto às visitas e ao acompanhamento nas UTIs, à medida que se identificam como processos coletivos de trabalho, visando à garantia de direitos dos pacientes, a convivência e o acolhimento. Enfatiza a discussão sobre o lugar que as famílias, amigos e rede de apoio ocupam nesse contexto de vínculo social externo para com o paciente hospitalar excluído da sociedade e da comunidade que estava se deparando com sua doença ou fatalidade (BRASIL, 2005). Destaca-se a importância do vínculo social externo do paciente para a adesão e eficácia do tratamento de saúde, bem como sua reabilitação e protagonismo.

Para Merhy e colaboradores (2002) a concepção sobre tecnologias mobiliza mais que instrumentos e técnicas, envolvem o conhecimento de cada profissional ao desenvolver suas habilidades e capacidades em sua área de atuação. Os autores evidenciam três tipos de tecnologia: leve, leve-dura e dura.

A tecnologia leve pode ser entendida como acolhimento em saúde, por ser uma tecnologia baseada em um processo de relações, por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada, isto é, há um encontro entre indivíduos, onde se produz um trabalho vivo em ato. A leve-dura compreende conhecimentos científicos específicos, a qual exige conhecimento técnico aliado à correta prática profissional seja em algum procedimento e/ou conduta, auxiliam na confecção de recursos pedagógicos e educativos. E a dura como aquela desenvolvida através de equipamentos, materiais e tecnologias de informação, ou seja, depende de uma ferramenta para executar a atividade, um exemplo são os softwares utilizados para registros profissionais, glicosímetro ou aparelhos de pressão (MERHY; CHAKKOUR; STÉFANO; STÉFANO; SANTOS; RODRIGUES, et al., 2002).

Em uma UTI, a tecnologia dura mencionada como *hard* permite o suporte à manutenção da vida através de medicações infundidas por bombas de infusão, respiração através de ventilação mecânica, controle de sinais vitais dos monitores. A leve-dura, também conhecida como tecnologia *hard-soft*, oferece protocolos, diretrizes e processos. Enquanto a tecnologia leve ou *soft* conduz os profissionais a métodos de exercer o cuidado, melhorar relacionamentos e o processos de comunicação (ROCHA; PRADO; CABRAL; SOUZA; ANDERS, 2013).

Deste modo, estudos demonstram a necessidade de desenvolver cada vez mais estratégias com vistas ao acolhimento, bem estar e comunicação efetiva, incluindo o uso de tecnologias leves para a aproximação dos pacientes de seus familiares (KOZUB, SCHELER, NECOECHEA; O'BYRNE, 2017).

A utilização de tecnologias em saúde, pensada na prática do cuidado, ganha novas configurações em busca de estratégias assistenciais centradas na pessoa, como nas relações interpessoais estabelecidas entre os diferentes sujeitos envolvidos. Para Nietsche et al. (2005), as tecnologias em saúde podem ser classificadas em três tipos: tecnologia educacional, tecnologia gerencial e tecnologias assistenciais.

O termo tecnologia educacional é um corpo e conhecimentos enriquecidos pela ação do homem e não se trata apenas da construção e do uso de artefatos ou equipamentos. É um conjunto sistemático de conhecimentos que tornem possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal ou informal; A tecnologia gerencial é um processo sistematizado e testado de ações teórico-práticas (planejamento, execução e avaliação) utilizadas no gerenciamento da assistência e dos serviços de saúde, para intervir no contexto da prática profissional, buscando a melhoria da sua qualidade; Já as tecnologias assistenciais são aquelas que incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e usuários constituindo-se num conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões (NIETSCHE et al., 2005).

Tais classificações que compõem a tecnologia do cuidado não são excludentes e sim complementares. Compreendem a tecnologia de cuidado em saúde como um processo de incorporação de métodos, técnicas ou condutas

relacionais como instrumentos de mediação para a realização dos cuidados centrados na pessoa e não na doença.

Nesse contexto, entre as tecnologias utilizadas neste período pandêmico para aproximar pacientes, seus familiares e a equipe de saúde, a telessaúde⁵ e as chamadas de vídeo configuram-se como alternativa para manutenção de vínculos sociais e promoção de saúde, respeitando as medidas de distanciamento social, oferecem capacidades para triagem, cuidado e tratamento remotos, auxilia o monitoramento, vigilância, detecção e prevenção, e para a mitigação dos impactos aos cuidados de saúde indiretamente relacionados a COVID-19, favorecem tanto a comunicação efetiva com a equipe, como facilitaram o acesso de familiares distantes, proporcionando apoio emocional e acolhimento aos pacientes (CRISPIM; SILVA; CEDOTTI; CÂMARA; GOMES, 2020; CAETANO et al., 2020).

Vale salientar que a utilização de tecnologias em saúde em suas diversas possibilidades, acentuadas no período da pandemia pela COVID-19, implicam em investimentos de infraestrutura, recursos financeiros e humanos, além da limitação no acesso aos usuários por questões socioeconômicas e culturais em contextos tão diversos como o brasileiro, bem como o questionamento de alguns profissionais de saúde quanto ao sua eficiência e qualidade nos serviços prestados.

A experiência que vivemos hoje, deprime os espaços de convivência e potencializa os espaços de tele vivência, ao impor, por prescrições de saúde, a quarentena. Desse modo, ela se configura como um instante também inusitado face à sociabilidade contemporânea, marcada pela conjunção estreita do convivencial com o tele vivencial. Tal disparidade de ênfases aponta como nunca as potencialidades do tele vivencial e todo seu aparato sociotecnológico que envolve hoje o planeta e o Brasil. Este, portanto, é um instante ímpar mesmo em termos de vivência contemporânea (RUBIM, 2020, p. 90).

O televivencial enquanto uma tecnologia leve acabou se tornando realidade constante dentro das UTIs para aproximar pacientes, famílias e equipe

⁵ Destacam-se ainda limites concretos no uso da telessaúde, sobretudo em termos da assistência necessária a este período de epidemia. Embora as visitas virtuais sejam mais rápidas do que as visitas pessoais, não diagnosticaram nada. Nenhum aplicativo de telessaúde pode dizer conclusivamente a um paciente se ele está infectado com coronavírus, e os doentes selecionados “virtualmente” ainda necessitam de testes presenciais para identificar o vírus. A consulta mediada por TIC nas residências pode não ser apropriada para pacientes gravemente doentes ou quando comorbidades ou distúrbios cognitivos (por exemplo, doença de Alzheimer ou sequelas de acidente vascular encefálico) afetarem a capacidade do paciente de usar a tecnologia. Algumas consultas requerem exames físicos que podem ser difíceis de executar remotamente (por exemplo, ausculta) e métodos diagnósticos auxiliares (obtenção de imagens e culturas) que não podem ser realizados remotamente. (CAETANO et al., 2020).

multiprofissional, permanecendo com estratégia para melhorar o acesso à informação e processos de comunicação em saúde, centrado no cuidado na pessoa.

“O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado se encontra o ethos fundamental humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir” (BOFF, 1999, p. 02).

Recordando a frase, do Pequeno Príncipe de Antoine de Saint Exupéry: “Só se vê bem com o coração (sentimento); o essencial é invisível aos olhos”. Esse sentimento essencial se apresenta como o cuidado, a dedicação, a compaixão, a empatia, remete a esse sentimento essencial da pessoa humana. Para Deslandes (2005), a natureza do cuidado é mais que um ato é uma atitude e possui duas significações diretamente ligadas entre si, a primeira de atitude de atenção, de solicitude e preocupação para com o outro e a segunda de ocupação, de inquietações, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro ser.

Segundo Boff (1999), o tipo de sociedade do conhecimento e da comunicação que temos desenvolvido nas últimas décadas ameaça a essência humana, pois colocou sob suspeita e até como obstáculo ao conhecimento objetivo, o cuidado, a sensibilidade e o enternecimento, realidades tão necessárias ao ser humano, sempre que avança tecnologicamente na produção e serviço de bens materiais, a sociedade contemporânea acaba produzindo também mais empobrecidos e excluídos de cuidados e bens.

Portanto, a tecnologia do cuidado em saúde se configura como o equilíbrio entre as tecnologias produzidas socialmente e as estratégias para exercer o cuidado centrado na pessoa, para estreitar relacionamentos e melhorar os processos de comunicação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Compreender a percepção de pacientes, familiares e profissionais de saúde sobre a utilização de chamadas de vídeo durante o processo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na circunstância do afastamento social pela COVID-19 com vistas ao aprimoramento da humanização nos serviços prestados aos usuários.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar levantamento bibliográfico sobre a temática apresentada para aprofundar o conhecimento sobre o assunto e verificar as publicações existentes sobre humanização do cuidado através da comunicação e acolhimento prestado a pacientes na terapia intensiva;

Verificar a efetividade do funcionamento da metodologia de chamada de vídeo no hospital universitário, durante o afastamento social provocado pela pandemia da COVID-19;

Identificar os aspectos que interferem positiva e negativamente no processo de humanização por meio da metodologia da chamada de vídeo na unidade de terapia intensiva do hospital universitário e propor estratégias para sua superação e melhoria dos serviços prestados.

4 METODOLOGIA

A decisão de se realizar esta pesquisa parte da observação profissional e importância da humanização na assistência aos pacientes, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva durante a pandemia pela COVID-19, tendo em vista a necessidade do acolhimento e comunicação sentida e percebida pelos diversos sujeitos protagonistas deste momento.

Nesse contexto, surge como pergunta de pesquisa: Qual a percepção dos diversos sujeitos sobre as chamadas de vídeo aos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva em tempos de afastamento social pela COVID-19?

Temos como hipótese deste questionamento que diante das dificuldades enfrentadas pelos pacientes na pandemia durante a permanência do paciente internado na UTI, percebe-se que a inserção dos familiares nas UTIs de maneira virtual devido à restrição das visitas pode trazer benefícios aos pacientes e familiares desde que estejam associadas ao acolhimento e comunicação eficiente da equipe assistencial, no entanto, as abordagens aos familiares devem ser organizadas em cada unidade, visando atender as particularidades de cada serviço hospitalar para manter a satisfação do paciente, sua família e equipe assistencial. Os benefícios que esse modelo de visita virtual pode desencadear a diminuição do estresse e ansiedade nos pacientes e familiares, além de melhorar a adesão do tratamento. A importância da inclusão da família no plano terapêutico, sendo essencial a comunicação efetiva com a equipe assistencial, favorece a construção de um elo afetivo e proporciona uma melhor adaptação do paciente e auxilia na sua reabilitação, além da qualidade de assistência prestada pelos profissionais.

Para demonstrar a veracidade da hipótese foi realizada a pesquisa com os pacientes, familiares/cuidadores de referência e os profissionais de saúde atuantes em UTI, cujos métodos e técnicas estão descritas e analisadas, através dos depoimentos colhidos, encerrando o trabalho com as considerações finais.

Contudo, para alcançar o objetivo da pesquisa foram necessários a realização de passos metodológicos baseados em estudos científicos para auxiliar a prática profissional a fim de proporcionar uma estratégia para aproximar os sujeitos protagonistas do tempo presente através das chamadas de vídeo em meio a pandemia pela COVID-19, o qual foi de encontro às necessidades dos pacientes

internados na UTI e dos familiares sem acesso a visita presencial devido a pandemia.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo exploratório, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa.

Estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar a sua experiência sobre determinado problema, a partir de uma hipótese consegue explorar elementos necessários para que possa, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja (TRIVIÑOS, 2012).

A pesquisa descritiva busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2010).

A abordagem qualitativa é utilizada tendo em vista que permite a investigação de realidades não mensuráveis (CERVO; BERVIAN, 2007; MINAYO, 2007). (...) se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

No primeiro momento foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de fundamentar a temática. A revisão da literatura se faz importante também para se aproximar do objeto de estudo e descobrir o que foi escrito e publicado sobre o assunto. “(...) instrumento que possibilita a construção do referencial teórico que ilumina e sustenta as reflexões do pesquisador em torno do seu objeto de pesquisa. Conduz o processo de pesquisa e está presente desde o momento da definição do tema do objeto até a sua exposição final. Exige levantamento da bibliografia já publicada e escrita sobre o assunto e a sua organização e documentação através de registros ou fichamentos” (BOURGUIGNON, 2005, p.105).

Para esta revisão de literatura, a fim de conhecer as produções científicas desenvolvidas nesta temática, elaborou-se uma revisão narrativa sistematizada. Considera-se revisão narrativa uma forma de pesquisa baseada em amplas publicações de diferentes autores, apropriada para descrever e discutir o assunto

em questão com objetivos de fundamentar teoricamente uma determinada área de estudo, sem esgotar as fontes de informações (MATTOS, 2015).

Foram realizadas buscas aleatórias de artigos publicados entre os anos de janeiro de 2010 a junho de 2022 nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE); Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados do Portal Regional da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) utilizando-se os descritores individual e associadamente com auxílio dos operadores booleanos (delimitadores) representados pelos termos AND e OR, sendo AND uma combinação restritiva e OR uma combinação aditiva: “Unidades de Terapia Intensiva”, “Visitas a Pacientes”, “Humanização da Assistência”, “COVID-19”, “Tecnologias Leves”. Foram também utilizados trabalhos e livros referenciados pelos artigos encontrados nas bases de dados acima descritas, julgados importantes para a sustentação teórica.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A investigação foi realizada no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU – UEPG), situado no município de Ponta Grossa, Paraná. O referido hospital é referência para a macrorregião leste do Estado, acolhendo os 12 municípios da 3ª Regional de Saúde (Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés), 09 municípios da 4ª Regional de Saúde (Irati, Ibituva, Rebouças, Inácio Martins, Rio Azul, Fernandes Pinheiro, Guamiranga, Teixeira Soares e Mallet) e os 07 municípios da 21ª Regional de Saúde (Telêmaco Borba, Ortigueira, Imbaú, Tibagi, Ventania, Reserva e Curiúva).

O hospital foi inaugurado em 31 de março de 2010, como Hospital Regional de Ponta Grossa “Wallace Tadeu de Mello e Silva”, neste primeiro ano, ofertava apenas 18 leitos gerais ativos, apesar da capacidade para instalação de 193 leitos. Em 2013, a Universidade Estadual de Ponta Grossa assumiu a administração da unidade hospitalar, que passou a ser Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais.

Com dez anos de atendimento em 2020, o HU - UEPG, segundo dados internos da coordenação técnica, possui serviços de saúde de média e alta

complexidade, com o ambulatorial de especialidades atendendo por mês cerca de 6.000 consultas e realizando aproximadamente 3.000 exames de imagem (radiografia, tomografia, ressonância magnética e ultrassom) nos seguintes postos de atendimento: Pronto-Atendimento, Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva - UTI (Neonatal, Pediátrica, Adulto), Clínica Médica, Clínica Cirúrgica. Em relação à infraestrutura, o hospital conta atualmente com 166 leitos ativos, sendo 06 na UTI Neonatal, 04 na UTI Pediátrica, 20 na UTI adulto, 02 na UCI Neonatal, 30 na Clínica Médica, 58 na Clínica Cirúrgica e 34 na Maternidade. A partir de junho de 2020 foi estabelecida uma estrutura diferenciada para o atendimento de casos suspeitos e confirmados da COVID-19, constituída por 20 leitos de UTI e 15 leitos clínicos.

Especificamente em relação à UTI Adulto, o HU - UEPG possui duas alas de UTI Geral (1 e 2) de tratamento intensivo, divididas em 10 leitos na Ala 1 e 10 leitos na Ala 2 com atendimentos clínicos, cirúrgicos e neurológicos, durante a pandemia foram abertas pelo Estado mais duas alas com 10 leitos cada uma, sendo a UTI 3 e a UTI 4 transformadas em UTI Geral sem previsão de fechamento. O processo de trabalho ocorre por meio de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de diversas áreas de atuação (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, dentistas, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais). Enquanto hospital de ensino, o HU - UEPG conta com 03 programas de residência uniprofissional e 06 programas de residência multiprofissional, constituindo-se em importante ambiente de aprendizado e aperfeiçoamento de professores (tutores), acadêmicos de graduação, residentes e trabalhadores hospitalares (preceptores).

A escolha do cenário da pesquisa levou em consideração a prática profissional da mestranda, onde atua como assistente social referenciada para atendimento na UTI Adulto deste hospital, bem como atua como preceptora de quatro residentes de serviço social da Residência Multiprofissional em Saúde de Intensivismo. Além disso, a seleção deste local deve-se pelo interesse em contribuir com o setor e direcionar os objetivos do estudo para o aprimoramento das ações e melhoria dos serviços prestados.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram:

1) pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto Ala 1 e Ala 2 durante o período de afastamento social (a partir de setembro/2020 até setembro/2021);

2) familiares ou cuidadores de referência para a atenção à saúde de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) durante o mesmo período;

3) profissionais da saúde com atuação direta na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) durante o mesmo período (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social).

O número de sujeitos participantes se deu através da saturação teórica pelo alcance dos objetivos do estudo e o tempo limite executado para a coleta de dados determinado pelo pesquisador e instituição de ensino. O critério de saturação teórico-empírico dos discursos foi utilizado para o encerramento da amostragem. Portanto, não teve uma amostragem pré-definida para a pesquisa.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA A PESQUISA

- Pacientes: maiores de 18 anos, que apresentaram quadros de saúde condizentes com capacidades de comunicação (verbal ou escrita), que estiveram internados há mais de 48h na UTI, que receberam no mínimo duas chamadas de vídeo do familiar ou cuidador de referência, que aceitaram participar da pesquisa.

- Familiares/Cuidadores: maiores de 18 anos, que tiveram um membro da família ou uma pessoa de referência internada na UTI há mais de 48h, que receberam no mínimo duas chamadas de vídeo da equipe do hospital, que aceitaram participar da pesquisa.

- Profissionais de saúde: integrantes da equipe com atuação direta na UTI ao paciente que realizou ou acompanhou as chamadas de vídeo, que aceitaram participar da pesquisa.

4.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Como toda ação humana, toda pesquisa também contém riscos. Os riscos involuntários desta pesquisa estão ligados à metodologia de coleta de dados, por meio da realização de entrevista presencial e via ligação telefônica, a qual poderia expor os sujeitos a cansaço e aborrecimento em responder a entrevista, ou a algum

desconforto, constrangimento ou alteração de comportamento durante a gravação dos áudios.

Para minimizar os riscos antes da realização das entrevistas foi esclarecido a cada participante sobre os objetivos da pesquisa, deixado espaço para questionamentos sobre dúvidas, entregue Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para análise e aceite. Durante a realização da entrevista foi criado um ambiente acolhedor em local reservado ao participante, visando o seu sentimento de segurança e tranquilidade para responder às questões, garantindo a liberdade de não responder alguma questão que considerar constrangedora ou ainda de se negar a participar da pesquisa. Também para a coleta de dados, o pesquisador ficou atento a sinais verbais e não verbais de desconforto. Bem como, depois das entrevistas, as questões respondidas, termos de consentimentos e gravação de áudios foram guardados em local seguro pelo pesquisador onde ficarão durante cinco anos e após este período serão totalmente destruídos, garantindo a confidencialidade e a privacidade dos dados da pesquisa.

Os benefícios presumíveis da pesquisa foram as mudanças de atitude em relação ao cuidado do paciente internado em UTI através de reflexões e discussões sobre humanização, acolhimento e comunicação entre a equipe e usuários do serviço de saúde, para que os profissionais e envolvidos na pesquisa exerçam práticas assistenciais e educacionais de forma mais humanizada, melhorando a qualidade do serviço prestado. Aos participantes da pesquisa, os possíveis benefícios com a pesquisa foram através de ganho na percepção, entendimento e conhecimento sobre o assunto, com vistas em aprimorar sua autonomia e protagonismo como usuário do serviço, garantindo que seus direitos sejam respeitados. Futuras mudanças nas ações institucionais podem também ocorrer, com ganhos na qualidade e organização dos serviços de saúde.

4.6 COLETA DE DADOS

Os dados de interesse para esse estudo foram angariados por meio de entrevistas, permitindo ao entrevistado a liberdade de discorrer sobre o assunto em questão sem se prender a questões já formuladas e que possam restringir seus pensamentos e emoções (MINAYO, 2010).

Para analisar a percepção dos diferentes sujeitos optou-se por um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, escolhida pela sua flexibilidade, este tipo de entrevista não possui a rigidez formal, realizada através de um questionário pré-definido para guiar as questões. Segundo Minayo (2010) a entrevista consiste numa conversa intencional e é utilizada quando existem situações a serem observadas, questionadas e aprofundadas pelo pesquisador.

Em relação ao momento destinado para a coleta de dados, pacientes e profissionais da saúde foram abordados pela pesquisadora de forma virtual (vídeo chamada ou pela plataforma meet do google), bem como no próprio hospital de ensino, em momento considerado propício pelos sujeitos. A abordagem de familiares ou cuidadores de referência para a atenção à saúde do paciente internado foi por meio de entrevista virtual (via chamada de vídeo ou pela plataforma meet do google) realizada após a alta do paciente na UTI até 48 horas, visando minimizar possíveis perdas pela memória e informações relevantes.

Cabe salientar, que desde março de 2020, as visitas hospitalares foram proibidas por tempo indeterminado em todos os setores do HU - UEPG pela Direção Geral, seguindo as determinações do Estado para prevenir o contágio da COVID-19. Apenas em casos especiais e esporádicos, considerados graves ou em óbitos, foram liberadas visitas à UTI de no máximo 02 familiares em período oportuno, avaliados pela equipe médica, núcleo de infecção hospitalar interna e pelo serviço social em comum acordo. A presença de acompanhantes só era permitida na alta do paciente da UTI para Clínica de Enfermaria, quando avaliado pela equipe médica devido ao quadro clínico do paciente ou idade, estando sem possibilidade de permanecer sozinho no quarto, desde que os acompanhantes não fossem do grupo de risco e não estivessem com sintomas respiratórios.

Desta forma, foi necessário realizar entrevista virtual (via chamada de vídeo ou plataforma meet do google) aos familiares ou cuidadores de referência depois da alta do paciente na UTI, verificando que os mesmos não estavam comparecendo ao hospital de forma presencial durante o internamento quando o paciente pode permanecer sozinho nas enfermarias.

"A entrevista por telefone, na investigação científica, é uma estratégia para a obtenção de dados que permite a comunicação interpessoal sem um encontro face-a-face. (...) uma possível explicação para o crescimento da popularidade da ET como método de investigação científica seria o reflexo dos avanços tecnológicos e

mudanças sociais que promoveram a aceitabilidade das telecomunicações no suporte aos serviços de saúde e demais serviços ofertados à sociedade" (GONÇALO; BARROS, 2014, p. 22)

As entrevistas telefônicas, chamadas de vídeo e pela plataforma meet do google aos familiares ou cuidadores de referência foram gravadas, depois de explicados os objetivos da pesquisa e envio do TCLE pelo aplicativo do Google Forms por WhatsApp no aparelho telefônico do participante, mediante autorização virtual do mesmo, informado que tomou conhecimento da pesquisa, que concordou em participar como voluntário e que autorizou a utilização das informações obtidas através de publicações e/ou apresentações científicas.

As entrevistas presenciais realizadas aos pacientes e aos profissionais de saúde foram registradas através de aparelho eletrônico (gravador digital) depois de esclarecidos os objetivos da pesquisa, elucidando as dúvidas e obtida a assinatura do TCLE, agendado dia e horário pré-definido aos participantes.

As entrevistas foram realizadas em um ambiente reservado de modo que os participantes pudessem falar sem ser interrompidos. Antes de cada entrevista, foram apresentados os objetivos e procedimentos técnicos do trabalho. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento, contendo informações sucintas da pesquisa, onde foi lido pelo entrevistado (Anexo A).

Cada entrevista foi lida atentamente para que pudesse apreender o sentido em sua totalidade.

Além das percepções sobre a utilização de vídeo chamada durante o processo de internação na Unidade de Terapia Intensiva, foram coletadas informações sócio demográficas, bem como dados relativos à formação e trajetória dos profissionais da saúde no setor (Anexos B, C e D).

O critério de saturação teórico-empírico dos discursos foi utilizado para o encerramento desta etapa. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA, 2008).

A saturação é um termo criado por Glaser e Strauss (1967) para se referirem a um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado. (...) Nesse sentido, pode-se dizer que

uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo (MINAYO, 2017).

Foi realizado um estudo-piloto a pacientes e acompanhantes com o objetivo de avaliar a compreensão do vocabulário, a sensibilidade das perguntas, a padronização do entrevistador, a identificação do tempo médio para a obtenção das informações. Os sujeitos participantes dessa etapa foram descartados da amostra final.

4.7 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados tem como finalidade a compreensão, a resposta aos questionamentos da pesquisa e também para ampliar o conhecimento a respeito da temática estudada (MINAYO, 1999). Para a operacionalização da análise dos dados nesta pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo com o objetivo de procurar os significados, analisar a linguagem e interpretar os processos ideológicos, buscando compreender a percepção dos pacientes, familiares e profissionais de saúde.

A análise de conteúdo temática tem por objetivo captar e reconstruir significados (processos, comportamentos, atos) que por sua vez, consiste em descobrir os núcleos de sentido que favorecem a captação social das depoentes sobre o objeto de estudo, assim como a contextualização psicossocial que circunda esse objeto (MINAYO, 2007).

Os dados coletados foram transcritos na íntegra para o programa Microsoft Word versão 2007 e analisados a partir da análise de conteúdo, na modalidade temática, através da descoberta de núcleos de sentido que façam parte da comunicação e que devido à presença e/ou frequência possam trazer significados para o objetivo desejado (BARDIN, 2011).

Essa técnica pressupõe algumas etapas cronológicas, com vistas a garantir o rigor da análise, a saber: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; (BARDIN, 2011), como podemos verificar no quadro 04, deixando claro que as intenções e ações a seguir não se apresentam de maneira linear, e, sim, como um roteiro didático para o tratamento dos dados, sendo importante que o pesquisador tenha ciência de que isso pode passar por vezes, idas e vindas para conseguir concluir a análise.

Quadro 01 – Roteiro Didático para Análise de Conteúdo para Pesquisa Qualitativa

ETAPAS	INTENÇÕES	AÇÕES
1ª etapa: pré-análise	*Retomada do objeto e objetivos da pesquisa; *Escolha inicial dos documentos; *Construção inicial de indicadores para a análise: definição de unidades de registro - palavras-chave ou frases; de unidade de contexto - delimitação do contexto (se necessário);	*Leitura flutuante: primeiro contato com os textos, captando o conteúdo genericamente, sem maiores preocupações técnicas; *Constituição do corpus: seguir normas de validade: 1- Exaustividade - dar conta do roteiro; 2- Representatividade - dar conta do universo pretendido; 3- Homogeneidade - coerência interna de temas, técnicas do contexto (se necessário); e interlocutores; 4- Pertinência - adequação ao objeto e objetivos do estudo.
2ª etapa: Exploração do material	*Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores recortes do texto e categorização; *Preparação e exploração do material - classificação (organização das mensagens a partir dos alinhamento);	*Desmembramento do texto em unidades/categorias - inventário (isolamento dos elementos); *Reagrupamento por categorias para análise posterior - classificação (organização das mensagens a partir dos elementos repartidos)
3ª etapa: Tratamento dos dados e interpretação	*Interpretações dos dados brutos (falantes); *Estabelecimento de quadros de resultados, pondo em relevo as informações fornecidas pelas análises.	*Inferências com uma abordagem variante/qualitativa, trabalhando com significações em lugar de inferências estatísticas.

Fonte: SOUZA JUNIOR et al., 2010.

Na fase de pré-análise foi realizada uma leitura flutuante dos dados transcritos permitindo a elaboração de hipóteses; na exploração do material foi realizada a seleção das falas obtidas dos sujeitos por meio de leituras exaustivas permitindo a organização das categorias temáticas. Após essas etapas foi realizada a interpretação e tratamento dos achados de acordo com os objetivos do estudo, à luz do referencial teórico existente sobre o tema da pesquisa.

Em seguida, na exploração do material, o conteúdo transcrito foi preparado para releitura a partir de contato direto e intenso com as declarações originárias do

campo de pesquisa, identificando os temas e as unidades de registros que se repetiam. Desmembrando as unidades de registro, isolando os elementos e reagrupando por categorias temáticas.

Após o primeiro mapeamento com as respostas dos sujeitos na íntegra, realizou-se a leitura vertical e horizontal do mapa, destacando as unidades de registros que se repetiam, emergindo as seguintes categorias temáticas, conforme o quadro 02 abaixo:

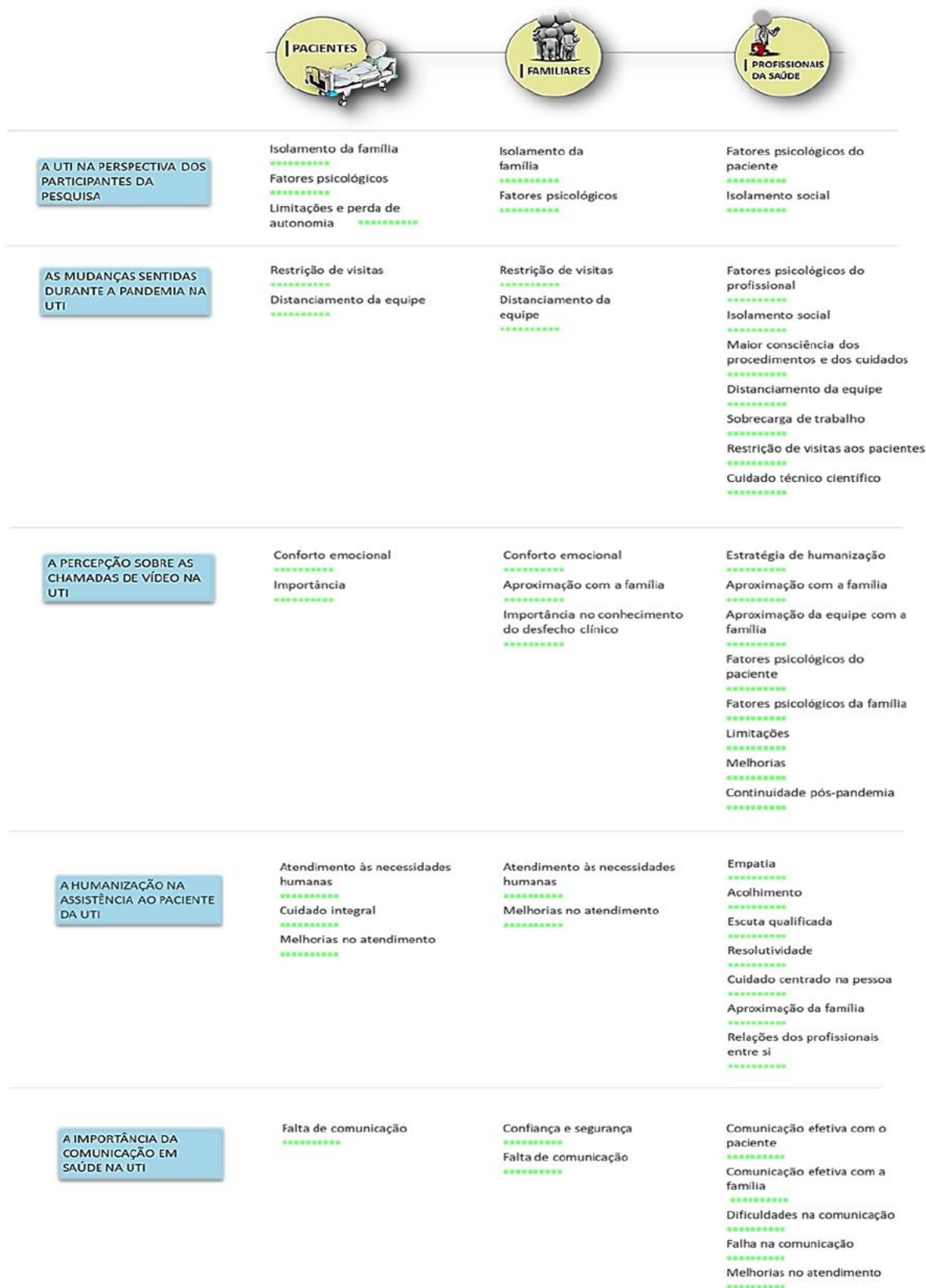
Quadro 02 – Categorias Temáticas Emergidas da Pesquisa Qualitativa na UTI do HU – UEPG no ano de 2022

Categoria I - A UTI na perspectiva dos participantes da pesquisa.
Categoria II - As mudanças sentidas durante a pandemia na UTI.
Categoria III - A percepção sobre as chamadas de vídeo na UTI.
Categoria IV - A humanização na assistência ao paciente da UTI.
Categoria V - A importância da comunicação em saúde na UTI.

Fonte: Organizado pela autora (2022).

Em um segundo momento foi estruturado o segundo mapa com subcategorias emergidas, classificando-as e sintetizando-as com dados relevantes, através dos chamados núcleos de sentidos (MINAYO, 2007) que se repetiam extraídas de palavras ou expressões que respondiam às questões norteadoras. Esses foram recordados juntamente com os trechos das entrevistas que respondiam à questão. Por fim, as falas foram agrupadas em subcategorias temáticas. Conforme o mapa conceitual:

Figura 1 – Mapa conceitual das categorias temáticas emergidas da pesquisa qualitativa na UTI do HU-UEPG no ano de 2022



Fonte: Organizado pela autora, 2022.

A análise sistemática dos dados, sua interpretação e tratamento obtidos foi desenvolvido de acordo com os objetivos do estudo, abordagem metodológica e os temas que emergiram nas falas no período da pesquisa através da articulação com o referencial teórico existente sobre o tema da pesquisa.

O tipo de mapeamento utilizado, bem como a metodologia da utilização para identificar as unidades de registro foi aplicado igualmente nos três grupos comparados (pacientes, familiares e profissionais de saúde). Sendo assim, será apresentada cada categoria dividida entre as percepções dos pacientes, familiares e profissionais de saúde.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido a Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) em 28 de Setembro de 2020, bem como obteve anuência do HU - UEPG pelo Termo de Aceite nº 44/2020, conforme determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual trata da pesquisa com seres humanos.

Os sujeitos foram convidados e receberam explicação sobre os objetivos da pesquisa, meios e entremeios da coleta de dados de forma clara e com linguagem de fácil entendimento e solicitados a demonstrar intenção de participar da pesquisa abordada, de forma verbal ou escrita, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também nesse momento foi informado sobre a garantia de sigilo, de anonimato e de liberdade de recusa em participar da pesquisa, bem como foi disponibilizado telefone e e-mail do pesquisador para contato.

Destaca-se que a Resolução vigente nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, estabelece em seu artigo 15º que o “Registro de Consentimento e do Assentimento é o meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante ou de seu responsável legal, sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos participantes, devendo conter informações em linguagem clara e de fácil entendimento para o suficiente esclarecimento sobre a pesquisa” (Conselho Nacional de Saúde – CNS, 2016).

Os dados da pesquisa em arquivo físico e digital coletados foram guardados em local seguro pelo pesquisador responsável e onde ficarão durante cinco anos após o término da pesquisa, conforme o artigo 28º, inciso IV, da Resolução nº 510/2016 (CNS, 2016), depois apagados e excluídos totalmente do celular e do computador onde foram salvos, bem como os manuscritos e termos de consentimentos assinados serão descartados (incinerados) pelo pesquisador, garantindo a confidencialidade e a privacidade da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 APRESENTAÇÃO POR CATEGORIAS

Foram entrevistados 20 sujeitos, sendo 12 profissionais de saúde, 04 familiares e 04 pacientes, entre os meses de setembro e outubro de 2020, bem como os meses de agosto e setembro de 2021, apresentado na caracterização dos participantes da pesquisa nos quadros demonstrativos 01, 02 e 03.

Os pacientes entrevistados foram selecionados devido ao nível de consciência que estavam apresentando depois da alta da UTI para a enfermagem, pois a maioria dos pacientes internados na UTI deste hospital onde foi realizado o estudo encontravam-se inconscientes ou muito debilitados em virtude da fala e cognitivo, sendo esta a maior dificuldade em entrevistar os pacientes internados na terapia intensiva.

Com relação ao perfil dos pacientes entrevistados conforme observamos no quadro 01, há predominância de pacientes do sexo masculino, com idades distintas, nascidos em décadas diferentes, portanto, com visões de mundo sociocultural diversos, domiciliados em municípios distintos da região dos campos gerais sendo apenas um localizado no município sede observando a abrangência do atendimento do hospital em questão, também podemos verificar que cada participante da pesquisa encontra-se em uma situação de trabalho diferenciada com rendas desiguais e que seus níveis educacionais não passam do ensino médio.

Quadro 03 – Perfil dos Pacientes de UTI Participantes da Pesquisa do HU-UEPG no ano de 2022

Sexo	Idade (anos)	Estado Civil	Município de origem	Nível Educacional	Situação de Trabalho	Renda Familiar
Masculino : 03	61 39 23 48	Casado: 02	Piraí do Sul: 01 São João do Triunfo: 01 Jaguariaíva: 01 Ponta Grossa: 01	Ensino Fundamental Incompleto: 02	Trabalho Formal: 01 Trabalho Informal: 01 Aposentado: 01 Desempregado: 01	1 Sal. Mínimo: 01 2 Sal. Mínimos: 02 ≥ 3 Sal. Mínimos: 01
Feminino: 01		União Estável: 02		Ensino Médio Completo: 02		

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Já no perfil dos familiares participantes da pesquisa, conforme o quadro 02, podemos verificar que a predominância é exclusivamente de mulheres, como cuidador de referência do paciente, isso remete a questão da sociedade contemporânea em colocar a mulher à frente dos cuidados com os membros da família, principalmente os mais vulneráveis como as crianças, idosos e doentes, sendo a mulher (filha, esposa ou mãe) como a figura central nos cuidados na rede de apoio externo do paciente.

Quadro 04 – Perfil dos Familiares de UTI que Participaram da Pesquisa do HU-UEPG no ano de 2022

PERFIL DOS FAMILIARES				
Sexo	Idade (anos)	Nível Educacional	Parentesco com o paciente	Convivência com o paciente antes do internamento
Masculino: 00	20 a 40: 02 45 a 50: 02	Ensino Médio Completo: 02	Filha: 02 Mãe: 01 Esposa: 01	Todos os dias: 02
Feminino: 04		Ensino Superior Completo: 02		Uma vez ao mês: 02

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Percebe-se também que a faixa etária das participantes se encontram em décadas distintas como possíveis visões de mundo diferenciadas entre si, nota-se também um grau de instrução maior que as dos pacientes participantes da pesquisa. Na questão de convivência com o paciente observa-se que duas moravam com o paciente e outras duas não moravam com o paciente antes do internamento, verificando que em alguns casos a rede de apoio externa precisa modificar sua organização para conseguir cuidar do familiar doente depois da alta hospitalar.

Sobre o perfil dos profissionais de saúde participantes da pesquisa, conforme podemos observar no quadro 03 existe a predominância de profissionais femininos com menos de 40 anos de idade e especialistas no atendimento em saúde com nível de formação inferior há 10 anos como também o tempo de atuação em UTI, percebe-se que o vínculo empregatício da maioria dos participantes é como terceirizado, demonstrando a situação da conjuntura brasileira atual de precarização do trabalho com vínculos frágeis.

Quadro 05 – Perfil dos Profissionais de Saúde de UTI que Participaram da Pesquisa do HU-UEPG no ano de 2022

PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE						
Sexo	Idade (anos)	Nível Educacional	Área de Formação	Vínculo Empregatício	Tempo de Formação (anos)	Tempo de Atuação em UTI (anos)
Masculino: 04	+ 20 anos: 04 + 30 anos: 05 + 40 anos: 02 + 50 anos: 01	Ensino superior completo: 01	Psicologia: 03 Enfermagem : 03 Serviço Social: 03 Medicina: 03	Estatutário: 04 Terceirizado: 08	Um a dez anos: 09	Um a dez anos: 11
Feminino: 08		Ensino sup. com pós-graduação: 11			Dez a vinte anos: 03	Dez a vinte anos: 01

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

5.2 PERCEPÇÃO DOS PACIENTES

Foram entrevistados quatro pacientes após receberem alta da UTI Geral no período de 48 horas através de um roteiro semiestruturado contendo cinco questões abertas e fechadas (Anexo II), depois de ler atentamente todas as transcrições foram identificados as unidades de registro que se repetiam e assim destacando nas cinco categorias delimitadas pela pesquisa, as subcategorias temáticas emergidas nas falas dos pacientes participantes da pesquisa para análise, apresentadas conforme os quadros 06, 07, 08, 09 e 10 foram desenvolvidas através dos objetivos do estudo e articuladas com o referencial teórico estudado.

5.2.1 Categoria I

Quadro 06 – Categoria I (Pacientes de UTI) do HU – UEPG no ano de 2022

CATEGORIA I A UTI na perspectiva dos participantes da pesquisa	Isolamento da família	<i>Ficar sozinho</i>
		<i>Longe do cônjuge</i>
		<i>Longe dos filhos</i>
		<i>Sem visitas</i>
	Fatores psicológicos	<i>Medo do desconhecido</i>
		<i>Medo de morrer</i>
		<i>Estresse</i>
		<i>Desespero</i>
		<i>Tristeza</i>
		<i>Ansiedade</i>
	Limitações e perda da autonomia	<i>Restrição ao leito</i>
		<i>Restrição do celular e pertences pessoais</i>
		<i>Desconhecimento das horas e dias</i>
		<i>Perda do controle físico e emocional</i>

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Na categoria I, sobre a UTI na percepção dos pacientes participantes da pesquisa, observou-se conforme identificado no quadro 06, que as dificuldades que o isolamento da família causa (em ficar sozinho, longe dos filhos e do cônjuge), aliado às limitações e a perda de autonomia (restrições ao leito, desconhecimento sobre as horas e dias, não ter acesso ao celular ou pertences pessoais) neste

ambiente hospitalar destinado a assistência de pacientes potencialmente graves é notadamente considerado como o lugar mais hostil e tenso do hospital desencadeando nos pacientes reações psicológicas indesejáveis, como o medo da morte, do desconhecido, a ansiedade, a tristeza, o estresse e o desespero (CAETANO et al., 2007; FRIZON; NASCIMENTO; BERTONCELLO; MARTINS, 2011), verificadas nas falas dos pacientes participantes da pesquisa:

O mais difícil é ficar sozinho na UTI sem minha esposa toda vida junto do meu lado. Fiquei muito triste com isso aí, só Deus. (paciente 01, masculino).

Foi uma experiência horrível, fiquei na UTI mais de 3 semanas, fiquei entubado, o mais difícil para mim foi ter ficado longe das crianças, estou com muita saudade dos meus filhos (4 anos e 12 anos). (paciente 02, masculino).

Um pouco de desespero né? Pra falar a verdade, porque a gente nunca imagina que isso vai acontecer com a gente. (paciente 03, feminino).

No começo foi um muito triste, porque eu fiquei um pouco apavorado de descobrir que estava na UTI. Porque eu não me lembrava do meu acidente, daí eu comecei a ficar apavorado e eu pedia pra conversar com a família ninguém falava da família, uma sensação muito ruim, (paciente 04, masculino).

Eu nunca tinha ido numa UTI, foi uma experiência muito estressante, não podia levantar da cama sozinho, não tinha televisão, nem música, não podia ficar com o celular, não tinha nada para passar o tempo, não sabia se era noite ou dia, que horas eram, nada disso. (paciente 04, masculino).

O adoecimento e a hospitalização de uma pessoa representam rupturas no seu cotidiano e de seus familiares. Em geral, o indivíduo deixa de trabalhar, rompe o vínculo com sua família e amigos e não realiza muitas de suas atividades habituais. Instaura-se então uma crise marcada por ansiedade e estresse (PROENÇA; DELL AGNOLO, 2011).

A Unidade de Terapia Intensiva surgiu da necessidade de aperfeiçoamento material e humano para o atendimento a pacientes críticos, entretanto, é considerada como um dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem sido caracterizada como um ambiente complexo, decorrente do uso crescente da tecnologia que visa atender melhor o paciente. Outra característica desta unidade é a despersonalização do ser, pois o

paciente encontra-se fora do seu ambiente familiar, social e profissional para ficar em um ambiente desconhecido (CAETANO et al., 2007).

Diante dessa experiência desconhecida na UTI, o paciente perde, no momento da internação na UTI, o controle de suas sensações físicas e emocionais, tudo passa a ser controlado por aparelhos ou por outra pessoa e ele não tem mais consciência de seu estado. Embora tenha o caráter de recuperação, é também um confronto com a finitude. Esta experiência repercute no acordar em UTI, que se torna de intensa significação, pois há um retorno à vida, e é um verdadeiro renascer (GUIRARDELLO et al., 2010).

Para os pacientes, a UTI emerge como um lugar totalmente desconhecido, percorrendo em medo, tristeza e angústia. Nesse sentido, a mistificação deste ambiente ocasiona durante a internação uma perda do controle de sua vida, ficando isolados da família, dos amigos de seus referenciais, ficam restritos de autonomia.

5.2.2 Categoria II

Quadro 07 - Categoria II (Pacientes de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

CATEGORIA II As mudanças sentidas durante a pandemia	Restrição de visitas	<i>Sem receber visitas</i>
		<i>Não saber o que está acontecendo fora do hospital</i>
		<i>Ficar isolado</i>
		<i>Sem notícias da família</i>
		<i>Sem notícias do mundo</i>
	Distanciamento da equipe	<i>Quase não entram no quarto</i>
		<i>Não conversam</i>
		<i>Pouca interação</i>
		<i>Muita paramentação (EPIs)</i>

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Na categoria II, as mudanças sentidas durante a pandemia pelos pacientes da pesquisa, o que ficou evidenciado nas falas dos sujeitos da pesquisa, conforme o quadro 07, foram as restrições das visitas, em ficar isolado, sem saber o que estava

acontecendo fora do hospital, sem notícias da família e do mundo, identificado nas falas dos pacientes a seguir:

O que ficou diferente é que não pode receber visita, (paciente 01, masculino)

A questão das visitas, não receber visita de ninguém, ficar internado isolado de todos sem saber o que está acontecendo lá fora é muito ruim. (paciente 02, masculino)

Então ficar sem receber visita é a pior parte, ainda porque com eles a gente se distrai, contam como estão as coisas lá fora, (paciente 04, masculino)

Quando o paciente tem conhecimento de que está na UTI, percebe que estar ali, acordado, é como se uma nova vida estivesse começando. Não só sentir se 'vivo' é muito importante, mas também a presença de familiares e amigos é muito positiva, pois reafirma os laços afetivos, fortalece este reencontro com a vida e é fundamental para a retomada de sua identidade (GUIRARDELLO et al., 2010). No entanto, quando essas visitas dos familiares e amigos aos pacientes não acontecem evidencia a importância sentida por esses sujeitos e a falta que acarreta no fortalecimento dos laços afetivos e da retomada da sua identidade.

Outra questão evidenciada na categoria II pelos pacientes entrevistados é o distanciamento da equipe de saúde sentida durante a pandemia, onde relataram a pouca interação da equipe, quase não conversando com o paciente, realizando os procedimentos e administrando a medicação de forma rápida, não conseguindo identificar e reconhecer os profissionais, devido a paramentação utilizada como precaução de contato, verificada nos relatos abaixo:

Acho que o que ficou diferente foi o contato com a equipe nesse período da pandemia, quase não entravam no quarto e quando entravam estavam todos cheios de aventais e máscaras não conseguia saber quem era quem, (paciente 02, masculino)

Percebo o nervosismo e o medo deles em se contaminar também, sempre quando iam me atender entravam no quarto com avental, máscara, luvas, aquela máscara de plástico e não ficam conversando muito comigo, saindo rápido do quarto então nunca sabia quem era. (paciente 03, feminino)

Única coisa que me senti muito sozinho, porque eles quase não conversam com a gente, entram no quarto fazem a medicação, o curativo e já saem, não conversam com a gente, (paciente 04, masculino)

Podemos observar que os pacientes expressam esse distanciamento e desconhecimento da equipe durante a pandemia pela COVID - 19, não conseguem identificar as pessoas, não criando vínculo, dificultando a confiança e segurança com a equipe de saúde, podendo repercutir no tratamento e recuperação da sua doença.

Esse distanciamento profissional-usuário resulta na “negação de voz e de identificação da pessoa como coparticipante do seu processo de cuidado, isto é, ela deveria ter autonomia para decidir, opinar ou se integrar ao sistema de saúde. Faz parte de muitos profissionais de saúde a ideia de que são detentores do saber que praticam e de que o usuário é meramente o “paciente” que sofre a ação” (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017, p. 1103).

Estes dados reforçam a importância da atuação de uma equipe multiprofissional para que estejam sensíveis e atentos às necessidades individuais do paciente, de forma a minimizar os aspectos negativos e evidenciar os positivos, sempre visando melhorar a qualidade da assistência (GUIARDELLO et al., 2010).

Devemos considerar a questão do tempo interno do paciente, respeitando a individualidade de cada um. O tempo interno é o estado interior em que se encontra o indivíduo, que vivencia esse estado de acordo com sua experiência, sua personalidade e ritmo pessoal. Uma das responsabilidades dos profissionais que prestam assistência a esses pacientes é situá-los com relação à passagem do tempo, espaço físico e rotina dessas unidades (FRIZON; NASCIMENTO; BERTONCELLO; MARTINS, 2011).

5.2.3 Categoria III

Na categoria III, sobre a percepção das vídeo chamadas na UTI, verificado no quadro 08, os pacientes verbalizaram o conforto emocional e a importância que essa ferramenta vem trazendo para melhoria do quadro clínico, conforto, segurança, tranquilidade, na aproximação com a família, em conseguir receber notícias da sua rede de apoio, fazendo a diferença e ajudando na sua reabilitação, conforme demonstrado nas falas:

Fiquei feliz com a chamada de vídeo, de terem falado comigo, me senti segura, porque eu tava muito sozinha ali, não sabia o que tava acontecendo, ninguém me passava nada sabe (paciente 03, feminino).

Mas depois que foi feita a chamada de vídeo aí tudo tranquiliza a gente, porque a chamada de vídeo dentro de uma UTI é tudo hoje, uma maravilha pro paciente (paciente 04, masculino).

Eu falei um pouquinho com a minha menininha, ela já estava perdendo a fala de nervosa, depois que eu conversei com minha família que eu consegui lembrar das coisas, eu não lembrava de nada do que aconteceu, então foi uma sensação de conforto (paciente 02, masculino).

Queria chorar na hora, sabe? Me senti assim abraçada naquela hora. Me senti como se estivesse junto deles (paciente 03, feminino).

Foi de alívio, em saber que eles estavam ali me esperando, que tava todo mundo ali me esperando, isso foi um alívio, porque se não fosse uma chamada de vídeo já não seria legal, porque a chamada de vídeo você pode ver mais de uma pessoa também né, é chamada de vídeo foi tudo (paciente 04, masculino).

Quadro 08 – Categoria III (Pacientes de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

CATEGORIA III Percepção sobre as chamadas de vídeo na UTI	Conforto emocional	Conforto
		Segurança
		Tranquilidade
		Notícias da família
		Alívio da angústia, dos medos e preocupações
		Melhoria do quadro clínico
		Aproximação com a família
		Alívio em saber que estavam me esperando
	Importância	Faz a diferença
		Ajuda na recuperação
		Saber notícias da família

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

As chamadas de vídeo, neste período de pandemia, passaram a ser utilizadas como tecnologias leves para aproximar pacientes de UTI de seus familiares, como uma alternativa para manutenção de vínculos sociais, proporcionando apoio emocional e acolhimento aos pacientes, favorecem tanto a comunicação efetiva com a equipe como o acesso de familiares distantes (CRISPIM; SILVA; CEDOTTI; CÂMARA, GOMES, 2020), conforme as falas dos entrevistados abaixo:

Uma chamada de vídeo faz muito bem numa UTI. Teve muita diferença. Todo dia deveria ter uma chamada de vídeo dentro da UTI. (paciente 04, masculino)

As chamadas de vídeo foram uma boa ideia, ajuda muito as pessoas, principalmente quem mora longe, gostei muito dessa experiência. (paciente 02, feminino)

Você fica muito melhor dentro de uma UTI com a chamada de vídeo. Faz bastante diferença só de você saber que vai poder ver sua amiga, conversar com sua família, saber o que está acontecendo com eles, você já fica na expectativa, fica até melhor, fica na expectativa que vai conversar com eles. Porque a UTI é um lugar muito triste né? (paciente 04, masculino)

Segundo a percepção dos pacientes participantes da pesquisa, as chamadas de vídeo foram de suma importância para a manutenção do vínculo com a família, para aliviar desconfortos físicos e emocionais vivenciados, como também contribui significativamente para melhora na recuperação, participando de processos decisórios durante o internamento em conjunto com a equipe de saúde (KENNEDY; STEINBERG; ARNOLD; DOSHI; WHITE; DELAIR; NIGRA; ELMER, 2021).

5.2.4 Categoria IV

Quadro 09 – Categoria IV (Pacientes de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

CATEGORIA IV A humanização da assistência ao paciente de UTI	Atendimento às necessidades humanas	<i>Atendimento integral</i>
		<i>Atendimento das necessidades</i>
		<i>Valorização do cuidado</i>
		<i>Cuidado centrado no médico</i>
	Cuidado integral	<i>Integralidade no cuidado, totalidade</i>
	Melhorias	<i>Permanência de materiais para distração</i>
		<i>Liberação de equipamentos para entretenimento</i>
		<i>Ter material de distração para pacientes conscientes</i>

Fonte: Organizado pela autora (2022).

Na categoria IV, a humanização da assistência na UTI na perspectiva dos pacientes (conforme apresentado no quadro 09), significa atender as necessidades humanas através de um cuidado integral de toda a equipe de saúde, principalmente

na figura do médico, atendendo suas necessidades, valorizando o cuidado em sua totalidade, presentes nas falas a seguir:

Tudo que a gente pede pra eles, nos atendem, sempre dão um jeito de resolver. (paciente 01)

A equipe foi muito boa, eles fazem o que é necessário, mas eles dependem do médico, então existem algumas coisas que o médico precisa autorizar para poder fazer como um remédio para dor, (paciente 04)

Não tenho o que reclamar, eles dão o melhor deles, é o trabalho deles, cuidaram bem de mim, (paciente 03)

Acho que eles precisam estudar o paciente que tá ali, vê se ele tem mais doença, ver o que tá precisando, se tá faltando alguma coisa. Acho que eles devem tratar tudo o que a pessoa tem, não tratar uma coisa e deixar falhar outra. (paciente 04)

Nesse sentido, o paciente precisa ser respeitado e ter atendidas suas necessidades e direitos. Para isso é necessária a manutenção de sua individualidade e privacidade, a presença da família e de profissionais que o acolham e o façam sentir-se o mais confortável possível, assim como o respeito a suas crenças, culturas, dúvidas e opiniões acerca de seu tratamento (SOUZA, 2017).

Segundo Proença e Dell Agnollo (2011), na área da saúde, humanizar é ir além da competência tecnocientífica dos profissionais, deve ser individualizada, além de compreender também o desenvolvimento da competência das relações interpessoais que precisam estar presentes no respeito humano, no respeito à vida, na solidariedade e na percepção das necessidades dos sujeitos envolvidos, de sua realidade social, educacional, cultural, de religiosidade, crenças e valores.

Outra percepção verbalizada pelos pacientes entrevistados, na categoria IV, foi a questão de melhorias para o atendimento humanizado dentro da UTI, onde expressam a necessidade de ter materiais de distração para os pacientes acordados, como a liberação e a permanência de equipamentos e materiais de entretenimento aos pacientes.

Única coisa que faço de sugestão é ter uma televisão ou alguma coisa para a gente se distrair, passar o tempo, as horas não passam e não tem nada para fazer a não ser ficar deitado esperando, é uma sensação muito ruim (paciente 01, masculino).

Só mesmo de não ter nada para fazer ou assistir, se pudesse ter uma televisão ou deixar o celular com a gente tinha alguma coisa

para fazer, não é fácil estar dentro de uma UTI e ver tanta gente mal, sofrendo, eu queria sair logo daquele lugar (paciente 02, masculino).

O que posso sugerir é ter um jeito de nós que estamos acordados ter uma televisão, uma distração ou até mesmo nosso celular pra poder passar o tempo mais rápido, é muito difícil ficar dentro da UTI e não ter nada para fazer, precisavam pensar em alguma coisa (paciente 03, feminino).

Como podemos observar o atendimento humanizado também perpassa por questões de ambiência e espaço físico, como também pela importância de informar aos pacientes sobre seu tratamento, a comunicação eficaz, controle efetivo da dor, televisão para entretenimento, música para promover relaxamento, diminuição da sensação de isolamento e fotografias de familiares são contribuições possíveis para minimizar os impactos sofridos em uma UTI (PROENÇA; DELL AGNOLO, 2011).

A percepção elaborada pelos pacientes hospitalizados sobre a humanização, correspondem tanto às questões de caráter objetivo, como de caráter subjetivo, o que indica que a humanização tem uma dimensão ampla, no que se diz respeito a forma geral dos grupos sociais, e uma amostra mais restrita, quando corresponde aos contextos situacionais das vivências cotidianas dos sujeitos (CHERNICHARO et al., 2013).

5.2.5 Categoria V

A percepção dos pacientes entrevistado observados nas falas, na categoria V, conforme o quadro 10, sobre a importância da comunicação em saúde na UTI, refere-se contraditoriamente a falta dessa comunicação, onde expressam seu descontentamento em ninguém conversar, não explicar o que vão fazer, a entrada rápida no quarto sem conversar, ou seja, a ênfase da equipe de saúde nos procedimentos técnicos sem interação com os pacientes.

Eu me sentia muito sozinha pelo fato de que não tinha ninguém pra conversar porque a gente gosta de conversar para passar a hora. (paciente 03, feminino)

Sempre quando iam me atender entravam no quarto e não ficavam conversando muito comigo, saem rápido do quarto então nunca sabia quem era e o que ia fazer lá, (paciente 01, masculino)

Única coisa que me senti muito sozinho, porque eles quase não conversam com a gente, entram no quarto fazem a medicação, o curativo e já saem, (paciente 04, masculino)

Quadro 10 – Categoria V (Pacientes de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

CATEGORIA V A importância da comunicação em saúde na UTI	Falta de comunicação	<i>Ninguém para conversar</i>
		<i>Não explicavam o que vão fazer</i>
		<i>Entravam rápido sem conversar</i>
		<i>Procedimento técnico sem interação</i>

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Segundo Stefanelli (1993), a comunicação verbal e não verbal está intimamente ligada à humanização, compreendendo o paciente em sua percepção de mundo, seu modo de agir, pensar e sentir. Portanto, a comunicação com qualidade gera segurança e ajuda o paciente a conscientizar-se da real situação e da necessidade de tratamento ou hospitalização na UTI (SOUZA, 2014).

A comunicação deve ir além das palavras e das informações, porque aquele que está internado perde sua privacidade, expõe seu corpo, restrito e suscetível no leito, e, neste momento, a comunicação se dá pelo seu corpo. Inclusive, conhecer os elementos que compõem o processo de comunicação entre os interlocutores, bem como o que interfere negativa e positivamente para que haja uma relação concreta e firme, é requisito-chave para a prestação de uma assistência humanizada (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

Contudo, é evidenciado que a ausência da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes acarreta negativamente na segurança e confiança do tratamento, bem como na conscientização do paciente de sua real situação e consequentemente na sua cura ou reabilitação. O vínculo e a relação de confiança são necessários para o paciente diminuir o medo, a ansiedade e permitir, à pessoa fragilizada pela doença, lutar por seu restabelecimento com dignidade (PROENÇA; DEL AGNOLLO, 2015).

5.3 PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA

Foram entrevistados quatro familiares de referência dos pacientes da UTI depois que os pacientes receberam alta através de um roteiro semiestruturado contendo cinco questões abertas (Anexo III), após ler todas as transcrições foram identificadas as unidades de registro que se repetiam, destacando as categorias e subcategorias temáticas, separando-as para análise, apresentadas conforme os quadros 11, 12, 13, 14 e 15 e examinadas através dos objetivos da pesquisa e articuladas com o referencial teórico estudado.

5.3.1 Categoria I

Quadro 11 – Categoria I (Familiares de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

CATEGORIA I A UTI na perspectiva dos participantes da pesquisa	Fatores psicológicos	<i>Tristeza</i>
		<i>Angustia e dor</i>
		<i>Aceitação da doença</i>
		<i>Estressante por estar longe</i>
		<i>Estressante por não ter notícias</i>
		<i>Medo do desconhecido</i>
	Isolamento da família	<i>Sem poder visitar</i>
		<i>Sem saber o que está acontecendo</i>
		<i>Sem poder cuidar</i>
		<i>Sem estar perto</i>

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Na categoria I, a percepção dos familiares de pacientes internados que participantes da pesquisa sobre a UTI, conforme identificado no quadro 11, evidenciam o estresse por estar longe e não ter notícias do seu familiar internado em um ambiente hospitalar, a dificuldade de aceitação da doença, a angústia, a dor, o medo e a tristeza em não poder visitá-lo, não saber o que está acontecendo, sem estar perto ou poder cuidar do seu ente querido, registrado nas falas a seguir:

O que foi mais difícil nesse período foi a aceitação, aceitar que ele estava doente, aceitar que ele não ia mais andar, aceitar ver ele lá do

jeito que eu vi, e ficar longe também porque mais que a gente não se via todos os dias eu sabia que ele estava em casa, trabalhando, estava bem, mas no hospital é difícil, muito triste. (familiar 01, filha)

Para mim foi bem triste, doloroso, eu nunca tinha ninguém internado na UTI, nunca tinha visto ninguém dentro da UTI, entubado, bem doloroso, angustiante, bem triste. (familiar 03, mãe)

Não foi uma experiência muito boa, ficar sem saber dele, se está bem, não é fácil, ficava angustiada o dia todo, só depois que ligavam e nos contava como ele estava. (familiar 02, filha)

É angustiante pensar que ela estava internada na UTI e a gente sem ter notícias, sem poder visitar, sem saber o que está acontecendo, se dormiu bem, se está sentindo dor, que estava sozinha sem ninguém conhecido por perto. A vontade era estar junto por perto, estar cuidando dela. (familiar 03, mãe)

A necessidade de internação de um familiar em uma Unidade de Terapia Intensiva ocasiona um elevado nível de estresse, provoca insegurança, medo, e desequilíbrio emocional tanto para o paciente quanto para o familiar. Esta condição é vivenciada como uma crise real pela família, isto se deve às condições de incerteza e insegurança que vivenciam durante o processo de internação do paciente, diante de prognósticos difíceis e complexos, que caracterizam as situações da maior gravidade. Além de repercutir significativamente no cotidiano familiar, pois essa mudança geralmente ocorre de forma repentina e inesperada (FARIAS et al., 2018).

Os familiares de pacientes hospitalizados em UTI não somente precisam de informações, como também de caminhos destas, de forma que a absorção possa ser garantida, reduzindo-se assim os efeitos que a ansiedade pode interferir no entendimento das informações e, como consequência, na comunicação ajustada com a equipe (TERRA; GOMES, 2015).

5.3.2 Categoria II

Na categoria II, sobre as mudanças sentidas pela pandemia, os familiares entrevistados, observado no quadro 12, reforçam a dificuldade em não poder ir ao hospital, sem poder visitar seu ente hospitalizado, apenas conversar por telefone com o médico e a assistente social, sem saber como estavam sendo cuidados e sem contato com o restante da equipe de saúde, aumentando a insegurança e instabilidade emocional pelo desconhecido, evidenciados nas falas dos familiares:

Foi muito triste quando soube que não podia mais visitar ele pela pandemia, eu chorei bastante, porque eu ia todos os dias ver ele, ainda tinha a visita estendida eu ficava a tarde toda com ele, então quanto não deixaram mais, foi ruim, porque a gente quer estar junto, quer estar perto, quer conversar, foi muito ruim (familiar 01, filha).

Tudo foi muito difícil nesse período, em casa somos só nós três, eu, ele e a mãe, daí parece que estava um buraco na casa sem ele. É bem complicado, por nós morarmos longe, agora na pandemia sem poder visitar era complicado (familiar 02, filha).

É uma coisa assim que a gente não vive, sem poder visitar, esse tempo sem receber notícias a gente não vive. Ficamos 24 horas pensando no pior porque a gente não tinha como saber. E quanto mais demora ter notícias, mais angustiante fica (familiar 03, mãe).

Bem complicado, agora que ele ficou internado em Ponta Grossa não podemos ir no hospital, não tem visitas, só por telefone, sempre falava com ele pelas chamadas de vídeo (familiar 04, esposa).

Quadro 12 - Categoria II (Familiares de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

CATEGORIA II As Mudanças sentidas durante a pandemia	Restrição de visitas	<i>Sem poder visitar</i>
		<i>Antes tinham as vistas estendidas</i>
		<i>Sem poder ir ao hospital, apenas por telefone</i>
		<i>Difícil sem poder ir visitar</i>
		<i>Sem saber como estavam cuidando</i>
	Distanciamento da equipe	<i>Sem contato com a equipe</i>
		<i>Contato por telefone apenas com o médico e com a assistente social</i>

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Evidencia-se que para suportar a difícil situação vivenciada o familiar necessita de orientações, informações a respeito do quadro clínico do paciente e a visita é o momento propício para que a equipe de saúde multidisciplinar (médico, fisioterapeuta, equipe de enfermagem, psicólogos, dentre outros) estabeleça contato com a família do doente preparando-a, como também, acompanhando-a durante a visita identificando suas necessidades, expectativas e esclarecendo suas dúvidas, mas sobretudo tendo a sensibilidade de observar as reações e compreender seus sentimentos (FARIAS et al., 2018).

Contudo, percebe-se pela fala dos familiares entrevistados que a restrição de visitas, não conseguindo ficar perto para cuidar do seu paciente e a falta de informações sobre o mesmo foi o que mais foi sentida por eles durante a pandemia no processo de hospitalização, acarretando em situações de estresse e inseguranças, gerando mudanças no cotidiano das famílias, sem um membro presente, esperando por notícias o dia todo.

Observa-se também nas falas expressas pelos familiares a questão do cuidado e da importância a ela utilizada, entendendo que essa dimensão para o ser humano é fundamental para sua natureza como valor empregado nas relações sociais, vínculos e interação com o outro.

Outra questão levantada pelos familiares na categoria II, é o distanciamento da equipe de saúde durante a pandemia, sem poder ir até o hospital e não poder visitar, só tinham informações sobre o seu familiar internado quando o médico ou o assistente social entrava em contato por telefone, a angústia pela espera, não sabendo o que estava acontecendo com ele, como também não saber como estavam cuidando do paciente e sem poder cuidar do mesmo.

Na realidade não tive contato com a equipe da UTI na pandemia, não podíamos ir ao hospital, era só por telefone, não sabia como estavam cuidando dele, conversávamos com o médico e a assistente social só. Então é muito tenso pra gente, pra gente mãe, pra família não poder saber como está (familiar 03, mãe).

É angustiante a gente estar sem ter notícias, sem poder ir ao hospital, sem saber o que está acontecendo, se está sentindo dor, que estava sozinho sem ninguém conhecido por perto, tinha que esperar a assistente social ou o médico ligar, só tive contato com eles. A vontade era estar junto cuidando dele (familiar 04, esposa).

Entendendo assim que a equipe de saúde e o atendimento humanizado podem contribuir para amenizar os sentimentos de angústia dos familiares do paciente em estado crítico, oferecendo apoio e suporte emocional necessários ao enfrentamento do processo vivido, sendo crucial para a redução do sentimento de medo e incertezas desse período (PROENÇA; DELL AGNOLO, 2011).

5.3.3 Categoria III

Quadro 13 – Categoria III (Famíliares de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

CATEGORIA III Percepção sobre as chamadas de vídeo na UTI	Conforto emocional	<i>Sentir mais perto, mesmo estando longe</i>
		<i>Felicidade em conversar</i>
		<i>Alívio das angústias, ansiedades e preocupações</i>
		<i>Mesmo o médico ligando, não era igual a ver e ouvir</i>
		<i>Alívio em receber notícias</i>
		<i>Melhora emocional</i>
		<i>Conforto</i>
	Aproximação com a família	<i>Mesmo longe, podemos estar próximo</i>
		<i>Ver como estava, o que estava passando</i>
		<i>Poder ver, ouvir e conversar</i>
	Importância no conhecimento do desfecho clínico	<i>Conhecer como é a evolução clínica</i>
		<i>Ver a melhora clínica da saúde</i>

Fonte: Organizada pela autora, 2022.

Na percepção dos familiares dos paciente internados sobre as chamadas de vídeos na UTI, na categoria III apresentado no quadro 13, ficou destacado o conforto emocional e o sentimento de alívio das angústias, ansiedades e preocupações, pois mesmo os médicos realizando contato telefônico para informar sobre o quadro clínico do paciente, não era igual poder ver, ouvir e conversar com a pessoa, mesmo longe poder estar próximo e ver a melhora clínica da saúde do paciente foi de grande valia.

Fiquei bem feliz, como falei só de ver ele, conversar, perguntar como nós estamos, é muito bom, porque o médico liga por duas horas em diante, antes disso a gente fica ansioso, preocupado, não sabe como ele está, se passou bem a noite, porque cada dia é um dia, então quanto é feita a chamada de vídeo e a gente vê ele é um alívio muito grande. (familiar 01, filha)

Ouvir a voz dele confortou a família e ele mesmo, por isso eu acho bem importante a vídeo chamada na UTI, mesmo longe a gente estava perto, entende. (familiar 02, filha)

Pra nós a chamada de vídeo é muito importante, não só pra mim como para todos. Isso conforta a família e o paciente. (familiar 04, esposa)

Na verdade é um tanto de uma sensação de alívio, porque é difícil ficar sem saber, as noites são longas, até eles darem notícias né? (familiar 03, mãe)

O distanciamento físico causado pela COVID-19 trouxe ainda mais estresse e sofrimento aos familiares dos pacientes internados, principalmente no contexto de UTIs, onde estar perto e presente, poder cuidar são consideradas entre outras, uma das necessidades mais importantes das famílias, tanto para confortar seus entes, como para melhorar a comunicação com a equipe de saúde e o entendimento da condição clínica dos pacientes (NING; SLATYER, 2021).

Então as chamadas de vídeo se configuram como a única estratégia para aproximar as famílias do paciente, garante o vínculo social, aliados a inclusão da família no cotidiano de atendimento e o diálogo com a equipe de saúde é fundamental para a construção da clínica ampliada, onde o cuidado é centrado na pessoa, incentivando a autonomia e colocando o paciente como protagonista no seu tratamento e reabilitação, preconizado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2005).

Eu achei que foi a melhor coisa que colocaram nessa época porque como a gente não pode estar lá com o paciente a gente mesmo de longe está podendo saber como ele está, isso foi uma ideia muito boa (familiar 02, filha).

Na verdade, a única maneira de ver e falar com ela era essa, com as chamadas de vídeo, ver como ela estava, como estava passando lá dentro, porque a gente estava longe. A gente via através da chamada de vídeo a melhora dela, essa foi a importância da chamada de vídeo na UTI (familiar 03, mãe).

Para nós aquilo foi muito importante porque conseguimos ver ele, conversar com ele e a gente sabe assim: principalmente na UTI, onde fica só o paciente, ele fica carente (familiar 04, esposa).

Ainda bem que teve essa possibilidade das chamadas de vídeo, já pensou ficar dois meses, três meses, sem ver a pessoa, sem conversar, por mais que o médico liga e que diga que ele está bem, a gente quer ver, quer conversar com ele, foi um alívio (familiar 01, filha).

Cabe salientar que a família é de suma importância no processo saúde doença do seu ente hospitalizado, são eles que conhecem os hábitos e as reações e podem contribuir significativamente com a equipe de saúde participando das decisões durante o tratamento do paciente, além de poder aliviar desconfortos físicos e

emocionais vivenciados pelos pacientes (KHALEGHPARAST; JOOLAEI; GHANBARI; MALEKI; PEYROVI; BAHRANI, 2015).

5.3.4 Categoria IV

Quadro 14 - Categoria IV (Famíliares de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

CATEGORIA IV A humanização na assistência ao paciente na UTI	Atendimento às necessidades humanas	Atendimento integral
		Atenção às necessidades individuais
		Atendimento às necessidades melhor possível
		Percepção do atendimento com atenção e carinho
		Profissionalismo, ética e respeito
		Tratamento com atenção melhora humor
		Atendimento por toda a equipe
	Melhorias no atendimento	Visitas presenciais
		Ficar mais próximo do paciente por mais tempo

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Na categoria IV, a percepção dos familiares sobre a humanização da assistência no ambiente de UTI, demonstrado conforme o quadro 14, como atendimento integral às necessidades da melhor forma possível, com profissionalismo, ética e respeito por toda a equipe de saúde de forma individualizada com atenção e respeito.

Sempre toda a equipe nota dez, sempre estão dispostos a ajudar, sempre que eu estava lá, sempre fazendo de tudo pelo pai, agora neste período da pandemia sempre que eu pedia que queria falar com o pai e pedia para uma das assistentes sociais, sempre toda a equipe me deram muita atenção então nota dez para todos (familiar 01, filha).

Na medida do possível o que eles conseguem fazer eles fazem o melhor possível. A gente sente que o hospital é muito grande, acontece muita coisa, é muito movimento, uma loucura, mas que eles realmente fazem a parte deles melhor do que eles conseguem, a gente percebe a atenção e o carinho com que tratam ela e nós também, mesmo longe conseguimos sentir quando ligam pra gente (familiar 03, mãe).

Eu acho que para mim, na minha visão pelo que eu vi são todos muito atenciosos, exercem o trabalho com muito profissionalismo, amor e respeito, atenção e carinho, no momento que meu pai está lá, eles dão muito carinho, não é só a parte da medicação, tem algumas enfermeiras que chegam brincando com ele, puxando a atenção dele, isso ajuda muito o paciente a melhorar o humor, o tratamento e tudo mais (familiar 02, filha).

As necessidades de familiares de pacientes internados na UTI, caracterizam-se por situações de caráter físico e emocional. Essas necessidades podem ser exemplificadas por situações ou eventos como: saber quem pode dar as informações sobre o paciente, saber quais profissionais estão cuidando do paciente, sentir que há esperança de melhora e ter orientações sobre a rotina da unidade (MOERSCHBERGER; ZIMATH, 2017).

Desta forma, explicar para os familiares as normas e rotinas da unidade, ajudar na familiarização com o ambiente físico da UTI e orientar sobre os procedimentos realizados favorece o acolhimento e auxilia na construção do vínculo. Moerschberger; Zimath (2017), destacam que relações bem estabelecidas entre a equipe de saúde, pacientes e familiares são estratégias que diminuem as angústias, promovem alívio e bem-estar.

Assim, para que ocorra a humanização do cuidado é necessário que se atenda o paciente e seus familiares em seus aspectos biopsicossocial e biopsicoespiritual, compreendendo que a internação em cuidados críticos traz consigo a ruptura dos ciclos do indivíduo e, portanto, precisando assim considerar práticas de cuidado que amenizam o estresse causado ao paciente e ao familiar durante o período de internação (RIBEIRO; GOMES-BRUNO, 2019).

Outra situação levantada pelos familiares entrevistado, na categoria IV, foram as melhorias no atendimento humanizado durante o período da pandemia, enfatizando a importância em ficar mais próximo do paciente por mais tempo e a volta das visitas presenciais, expressam sua necessidade de proximidade com o paciente para poder cuidar do mesmo.

O pai ficou internado já na época da pandemia, então eu não sei como era o atendimento antes, mas nesta época foi bom, fizeram tudo o necessário para cuidar dele, mas sentimos falta da visita presenciais, de poder estar perto dele, cuidar dele, se elas voltassem seria melhor, o que ajudou muito foram as chamadas de vídeo mesmo (familiar 02, filha).

As necessidades foram atendidas, o pai nunca reclamou de nada sobre a equipe nessa época. Mesmo estando longe percebemos a atenção que davam para ele, o que sentimos falta foi de ficar mais próximo dele, se fosse possível poderiam pensar em alguma forma da gente ficar mais tempo com ele (familiar 04, esposa).

Essa prática de humanização abordada pelos familiares em ficar perto do paciente para poder cuidar dele, remete a vista aberta recomendada pela Política Nacional de Humanização, onde tem por objetivo promover o familiar como parte integrante do projeto terapêutico, favorecendo a continuidade entre o contexto da vida em família, comunidade e o ambiente hospitalar, reconhecendo a pessoa em sua expressão subjetiva e sociocultural (BRASIL, 2010).

Contudo, o atendimento humanizado se dá por meio de gestos simples, tendo uma melhora significativa no quadro clínico dos pacientes, diminuindo assim o tempo de internação, a adoção dessas medidas tem como proposta valorizar, sobretudo a qualidade de vida dos internados e profissionais da saúde, se fazendo necessário extrapolar ações individuais para a busca da construção de processos coletivos onde ocorra o envolvimento de todos que participam da assistência (OLIVEIRA; FONSECA, 2018).

5.3.5 Categoria V

Na categoria V, sobre a comunicação em saúde na UTI, os familiares participantes da pesquisa, conforme identificado no quadro 15, enfatizam a importância da informação para conhecer o quadro clínico do paciente, o esclarecimento de dúvidas, principalmente os familiares distantes, o contato médico ou da assistente social prestando alguma orientação ou explicação sobre o paciente.

Como não podia ir ao hospital os médicos ligavam todos os dias pra gente, contavam como o pai estava, se tinha melhorado ou piorado, tirava nossas dúvidas, as assistentes sociais sempre me ligavam para orientar como eu ia fazer para conseguir os equipamentos que o pai ia precisar para ganhar alta, sempre atenciosas, quando eu pedia para elas que eu queria falar com o pai sempre davam um jeito de fazer uma chamada de vídeo para mim, (familiar 01, filha).

Sempre falamos com os médicos e com as assistentes sociais, eles quem nos contavam como o pai estava e nos tirava as dúvidas, as assistentes sempre muito atenciosas sempre nos informaram o que a gente precisava fazer quando o pai fosse sair da UTI e do hospital. (familiar 02, filha).

Não podíamos ir ao hospital então era apenas por telefone, o médico que sempre esteve em contato, ele sempre ligava falando notícias, então eu só tive contato com o médico e com a assistente social e sempre foram muito atenciosos com a nossa família, sempre explicando, tirando dúvidas, não tenho a reclamar sobre o atendimento da equipe na UTI. (familiar 04, esposa).

Quadro 15 - Categoria V (Familiares de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

CATEGORIA V A importância da comunicação em saúde na UTI	Confiança e segurança	<i>Médicos ligavam todos os dias e explicavam tudo</i>
		<i>Assistentes sociais ligavam para orientar sempre atenciosas</i>
		<i>Esclarecem as dúvidas</i>
		<i>Informam sobre o que precisava</i>
		<i>Mesmo longe sempre estiveram em contato</i>
		<i>Sempre ligavam falando notícias</i>
	Falta de comunicação	<i>Não atende o telefone, ficamos sem notícias</i>
		<i>Só consigo falar quando alguém liga para nós</i>
		<i>Na admissão não vieram conversar e explicar o que tinha acontecido</i>
		<i>Faltou comunicação quando chegou ao hospital</i>

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

No que se refere à comunicação em saúde, ela envolve formas verbais e não verbais. Para que haja uma boa interação entre profissionais e usuários de saúde é fundamental desenvolver habilidades de modo a aplicar bem o processo de comunicação em todas as práticas assistenciais e gerenciais (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2016).

A comunicação e o estabelecimento de vínculo podem ser os instrumentos facilitadores da humanização do cuidado. A comunicação terapêutica realizada pelos profissionais de saúde tem a finalidade de identificar e atender as necessidades do paciente e contribuir para melhorar a prática profissional (PROENÇA; DELL AGNOLLO, 2015).

No entanto, os familiares entrevistados, salientaram em suas falas que mesmo os profissionais da UTI ligando e conversando todos os dias, houve falhas na comunicação, na admissão quando chegaram ao hospital, onde ninguém foi conversar com eles e ficaram sem informação sobre o paciente, como também

ninguém atendia o telefone quando ligavam, tinham que esperar o dia inteiro pelo contato do profissional, gerando estresses, angústia e ansiedade.

Uma coisa que ficou complicado é que eles não atendem o telefone, você liga o dia inteiro e eles não atendem, foi bem complicado, acaba causando angústia e nervosismo, só conseguia falar quando alguém ligava para nós, geralmente o médico ou uma assistente social. Mas o tratamento deles foi muito bom, ela se recuperou bem, cuidaram bem dela. (familiar 03, mãe)

Com a pandemia não pudemos entrar, ele ficou sozinho e não vieram conversar com a gente e explicar como ele estava o que tinha acontecido, faltou comunicação quanto ele chegou no hospital. Depois quando foi para a UTI o médico ligava todos os dias e falávamos com ele pelas chamadas de vídeo. (familiar 04, esposa)

Podemos observar a importância da comunicação para os familiares dos pacientes, sendo essencial para o tratamento e recuperação. Incluir os familiares na tomada de decisão, nos procedimentos clínicos, cuidados diários e informá-los sobre as normas e rotinas do setor, assegura-lhes confiança e segurança perante a equipe de saúde e ao tratamento do seu familiar hospitalizado.

5.4 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Foram entrevistados 12 profissionais de saúde (psicólogos, assistentes sociais, médicos e enfermeiros) que prestam atendimento na UTI e participaram das chamadas de vídeo aos pacientes através de um roteiro semiestruturado contendo sete questões abertas (Anexo IV), após ler as transcrições minuciosamente foram identificados as unidades de registro que se repetiam consideradas importantes e assim destacando as categorias e subcategorias para análise, conforme os quadros 16, 17, 18, 19, foram apresentadas através dos objetivos do estudo e articuladas com o referencial teórico estudado.

5.4.1 Categoria 1

Quadro 16 – Categoria I (Profissionais da UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

CATEGORIA I A UTI na perspectiva dos participantes da pesquisa	Fatores psicológicos do paciente	Medo da morte
		Lugar de morte
		Fragilizados
		Ansiedade
		Medo
		Estressante
		Angústia
		Nervosismo
		Preocupação
		Assustados
	Isolamento social	Lugar fechado
		Sem contato com a família
		Sem noção de temporalidade
		Totalmente isolado
		Sem notícias da família e do mundo

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Na categoria I, sobre a percepção do paciente internados em UTI, conforme visualizado no quadro 16, os profissionais de saúde entrevistados identificaram fatores estressantes ligados ao ambiente de terapia intensiva como medo da morte, ansiedade, angústia, nervosismo, preocupação, caracterizando este ambiente hospitalar como um lugar fechado, totalmente isolado, sem contato com a família, sem noção de temporalidade, notícias dos familiares e do mundo, observado nas falas:

*A UTI já tem o estigma de lugar para morrer. Então a maioria dos pacientes quando ficam sabendo que vão para a UTI já ficam apavorados, bastante deles vem, trazem esse discurso para nós, de **medo da morte** (profissional 01 - psicólogo, grifo nosso).*

Principalmente numa UTI que eles tem visão do outro paciente e às vezes pode ficar pensando do outro paciente, será que isso vai acontecer comigo? Ou será que vai acontecer? Eu acho que deve

*ser bem **estressante** e bem **assustador** para eles (profissional 02 - enfermeiro, grifo nosso).*

*A maioria deles imagina que está indo para UTI para **morrer**. Então eles ficam muito **nervosos**, abalados, porque pra eles, eles sabem que a UTI é lugar de gente grave, então eles sentem que piorou muito, então o que eles imaginam é que eles vão morrer (profissional 09 - médico, grifo nosso).*

*A UTI não é um lugar onde a pessoa entra com frequência fazer visita, ou tem acesso, então muita das pessoas que estão internadas no hospital é a primeira vez que vem numa UTI, então estar lúcido em uma uti é uma coisa **angustiante**, a luz está acesa o tempo todo, 24 horas, ouve-se barulhos dos aparelhos de suporte de vida, estar lúcido dentro de uma UTI deve ser uma questão bem complexa (profissional 03 - assistente social, grifo nosso).*

A admissão em uma UTI onde se encontram diversas tecnologias de alta complexidade que são usadas para a manutenção da vida, por resultado de uma doença ou trauma, os pacientes dependem exclusivamente de cuidados de outros e, mediante a falta de controle de si mesmos, sentem-se impotentes, bem como o medo da morte ou de ser diagnosticado com uma doença grave se somam a separação da família, vivenciam uma situação de crise, frequentemente causando instabilidade emocional e fatores estressantes nos mesmos como em seus familiares (CAETANO et al., 2007).

*Primeiro que a UTI é um espaço onde o paciente fica perdido, ele não tem noção de tempo, não tem noção de horário ali dentro, eles ficam muito preocupados porque a UTI é um lugar onde ficam os pacientes críticos e a gente percebe a **preocupação** deles quando eles tem nível de consciência com o mundo lá fora (profissional 07 – assistente social, grifo nosso).*

*Eu tenho a impressão, quando eu recebo eles na UTI é que eles chegam muito **assustados**, a maioria porque eles não sabem o que vai acontecer nos próximos dias, eles têm muito **medo** de precisar ser entubados e a maioria tem a sensação de que ser entubado é igual a morrer, infelizmente eles não veem como um tratamento com período de melhora (profissional 10 - médico, grifo nosso).*

*Os pacientes acordados estão muito mais **ansiosos**, por não estar vendo a família, por não estar tendo contato com a família, estão demandando mais da equipe, uma questão de atenção, eles chamam mais os enfermeiros, estão mais chorosos, estão mais manhosos, mais infantilizados, mais regressivos, eu vejo isso na UTI (profissional 01 – psicólogo, grifo nosso).*

Percebe-se nas falas dos profissionais entrevistados a preocupação dos pacientes internados em UTI por não ter contato com a família e não saber o que

está acontecendo fora do hospital, ficando muito mais ansiosos demandando muito mais atenção das equipes assistenciais por ficar totalmente isolados sem contato com o mundo externo.

A perda do próprio controle coloca o paciente em situação de extremo constrangimento. De forma súbita, é internado em uma UTI, com risco de vida e com toda a ansiedade que daí provém, além de ficar submetido a pessoas estranhas, responsáveis pela retirada de suas vestes e para os procedimentos de higienização. O paciente internado na UTI perde dois dos maiores valores da sua individualidade – a autonomia e a privacidade – e ainda corre o risco de ser tratado como um paciente qualquer, ou, por exemplo, como o “leito X” (TERRA; GOMES, 2015).

Quando os profissionais da equipe de saúde elegem trabalhar dentro de uma UTI, imagina-se que o façam com os mais elevados sentimentos, com todo o desejo do bem servir. Entretanto, esses profissionais são confrontados diariamente com questões relativas ao viver e ao morrer, com situações variadas de conflito, com sobrecarga de trabalho, por meio de plantões sucessivos, saindo de uma UTI para outra, em hospitais diferentes, além de não ter, muitas vezes, reconhecimento e uma boa remuneração (DIAS et al., 2022).

Então para se humanizar o atendimento aos pacientes na UTI que precisam de mais atenção, para que consiga ter a saúde física estabelecida, diminuindo as sequelas psíquicas e emocionais acarretadas por problemas decorridos da experiência muitas vezes prolongadas na unidade de terapia intensiva, além de proporcionar uma maior chance de sobrevivência é importante que essa prática vá além dos cuidados a todos os pacientes, precisa também que ocorra entre a própria equipe multidisciplinar. Assim, é necessário que gestores e coordenadores provoquem mudanças, estímulos e treinamentos que sejam implementados de maneira permanente e continuada (TERRA; GOMES, 2015).

5.4.2 Categoria II

Na categoria II, sobre as mudanças sentidas pela pandemia, conforme o quadro 17, os profissionais participantes da pesquisa, elencaram várias questões relacionadas a fatores psicológicos dos próprios profissionais como o medo do contágio da doença, medo de contaminar a família, o cansaço físico e emocional, estresse e sofrimento da equipe multiprofissional.

Quadro 17 – Categoria II (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

(continua)

CATEGORIA II As Mudanças sentidas durante a pandemia	Fatores psicológicos do profissional	<i>Medo do contágio</i>
		<i>Medo de contaminar a família</i>
		<i>Preocupação em excesso</i>
		<i>Cansaço físico e emocional</i>
		<i>Estresse</i>
		<i>Sofrimento</i>
	Isolamento social	<i>Sentimento de abandono do paciente no hospital</i>
		<i>Distância do convívio com familiares e amigos</i>
		<i>Isolamento da família</i>
		<i>Falta de contato presencial</i>
		<i>Preocupação financeira e emocional com a família</i>
		<i>Dificuldade em perceber a situação real do paciente</i>
		<i>Solidão dentro do hospital</i>
		<i>Vazios emocionais pelo isolamento</i>
	Maior consciência dos procedimentos e dos cuidados	<i>Maior organização dos procedimentos e assistência ao paciente</i>
	Distanciamento da equipe	<i>Sem fortalecimento de vínculos do profissional com a família</i>
		<i>Menor recorrência na entrada nos leitos da equipe</i>
		<i>Pacientes não conseguem identificar a equipe</i>
		<i>Sem contato presencial com a família</i>
	Sobrecarga de trabalho	<i>Equipe sobrecarregada</i>
		<i>Excesso de trabalho</i>
		<i>Aumento da demanda</i>
	Restrição de visitas aos pacientes	<i>Falta significativa das visitas</i>
		<i>Momento esperado para paciente e família</i>
		<i>Quebra na humanização</i>

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Quadro 17 – Categoria II (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

(conclusão)

	Cuidado técnico científico	<i>Perda no cuidado centrado na pessoa</i>
		<i>Cuidar da doença</i>
		<i>Perda da identidade de pessoa</i>
		<i>Perda da totalidade do paciente</i>
		<i>Perda da emoção</i>
		<i>Mecanização dos procedimentos</i>
		<i>Ênfase nos procedimentos técnicos</i>

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Mudou muita coisa primeiro o medo, antes a gente ia trabalhar, claro que já existia outras doenças mas, assim o COVID foi mais assustador, porque quando chegou aqui para nós, por aquela ideia da Itália, quando a gente via aquela imagem, então quando a gente estava preparando para receber os pacientes a gente ficava imaginando como que vai ser o que vai acontecer, como que esse paciente vai chegar, será que vai chegar um ou será que vai chegar 10 de uma vez (profissional 2 - enfermeiro).

A assistência ao paciente ficou diferente, no começo da pandemia tínhamos medo pelo desconhecido, de nos contaminar, de contaminar nossa família, ficamos isolados, os pacientes ficaram isolados, a equipe ficou muito estressada, cansada, os procedimentos, as técnicas eram realizados com muito mais cuidado e atenção, não que não fazíamos antes, mas agora a atenção é redobrada, muito colegas acabam adoecendo, tanto com a COVID como no emocional, não está sendo fácil trabalhar em um hospital de referência para COVID parece que não tem fim esse sofrimento, não vemos a hora de tudo voltar ao normal (profissional 08 - enfermeiro).

Pacientes muito graves, equipes cansadas e esgotadas, então toda aquela paciência que tinha na UTI acabou se perdendo, então infelizmente a gente acabou perdendo toda a humanização na UTI (profissional 09 - médico).

Relatam também uma sobrecarga de trabalho devido ao aumento da demanda e a falta de profissionais para atender os pacientes no período da pandemia, ocasionando um distanciamento da equipe, perdendo-se as práticas ligadas à humanização:

Então acho que o que mudou com a pandemia é que a gente acabou ficando um pouco sobrecarregado, pelo aumento da demanda no atendimento, causando um distanciamento maior com o paciente, então pelo menos no setor em que eu estou (profissional 10 - médico).

Eu não posso generalizar mas pelo excesso de trabalho, pela demanda de trabalho, como a gente não estava preparado para aumentar de 20 leitos para 56 leitos de UTI, veio muita gente que já estava trabalhando em outro lugar então todos os funcionários sobrecarregados e pela demanda acabou havendo uma falta de humanização, acabou se tornando normal muitas coisas que não eram (profissional 12 – enfermeiro).

É relevante se preocupar também com o profissional de saúde para se pensar em humanização, sua jornada de trabalho extenuante e a falta de tempo são tidos como desafios. Isso ocorre, pois essa exaustiva carga horária pode resultar em ações mecânicas do dia a dia, estresse, frieza por parte da equipe multiprofissional, além do desequilíbrio entre a técnica e o fator humano (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

Pode-se observar que as jornadas de trabalho extenuantes, nas quais, em sua maioria, sobrecarregam os profissionais em função do reduzido número de funcionários em cada período, resultam na não efetivação dos princípios do cuidado humanizado. Sendo assim, são esquecidas a identidade e os sentimentos do paciente, acarretando no direcionamento do foco somente na doença (MONGIOV et al., 2014).

Destacaram também uma maior consciência dos procedimentos técnicos, mas com maior ênfase nos cuidados técnico-científicos e menos centrado no paciente:

Se perdeu um pouco essa visão que o paciente é o bem de alguém, porque você está ali cuidando do paciente, você não vê a família dele presente, então ele acaba se tornando um número, ah o 26, o 27, o pessoal trata muito como número, até mesmo o pessoal da enfermagem está vendo mais o paciente como a doença do que o próprio paciente, eu achei que agora teve uma acentuação assim, agora na pandemia, de se perder a identidade de pessoa, de virar realmente uma doença (profissional 12 - enfermeiro).

A gente tinha mais tempo de olhar pro doente como um todo, e hoje em dia com a correria, no tempo da pandemia, a gente acabou perdendo isso, então e a gente acabava não vendo o paciente como um todo, os pacientes com COVID a gente tinha que salvar a qualquer custo então acabava por deixar essa parte sentimental um pouco mais de lado, então acho que a gente ficou mais mecânico, nosso coração ficou mais frio depois da pandemia (profissional 09 - médico).

Com a pandemia, os profissionais de saúde acabaram dando ênfase nos procedimentos técnicos-científicos para salvar a vida dos pacientes e perdeu-se a preocupação com as subjetividades e particularidades de cada indivíduo. É

inquestionável a importância da tecnologia dura para a manutenção da vida em UTI, na medida em que favorece o atendimento imediato, o diagnóstico mais preciso, fornece mais segurança a toda equipe e proporciona melhor qualidade de vida ao paciente grave. Porém, em contrapartida, podem contribuir para tornar as relações humanas mais distantes (PROENÇA; DELL AGNOLLO, 2015).

Os entrevistados também enfatizaram o distanciamento da equipe de saúde com os pacientes devido às restrições pela COVID-19, ocasionando uma menor recorrência da entrada dos profissionais no leito, não conseguindo identificar a equipe e dificultando a relação interpessoal:

A entrada nos leitos de pacientes com COVID ela é muito menos recorrente, então isso ficou diferente, os pacientes às vezes se queixam disso que as pessoas não entram lá para conversar com eles, diferente de quando acontece numa UTI geral que quando se tem um paciente acordado, os técnicos estão ali, eles conversam, o fisioterapeuta entrar e conversar, conversa por mais tempo, na UTI COVID eles referem menos esse contato com a equipe assistencial. Então foi uma mudança bem importante (profissional 06 - psicólogo).

Os doentes na maioria das vezes, principalmente da COVID, não conhecem nossos rostos, a gente entra vestido parecendo um robô todo cheio de EPI, porque é claro que é necessário, então o máximo que eles enxergam é nossos olhos, eles não sabem quem é a gente, então não conseguem nem nos identificar, ao máximo a nossa voz, então é tudo muito mecânico (profissional 09 – médico).

Com paciente em si mudou muitas vezes por causa de toda paramentação a gente se sentia isolado do paciente, quando eu fiquei internado eu percebia isso, que a gente não conhecia as pessoas porque todo mundo tinha a mesma cara então fica bem difícil ter uma relação pessoal (profissional 11 – médico).

Houve também uma ruptura no fortalecimento dos vínculos do profissional com os familiares do paciente devido à falta de contato presencial no hospital:

Mudou tudo infelizmente, a gente ficou sem o contato, sem o fortalecimento de vínculos, sem uma criação de vínculos muitas vezes, todos os atendimentos neste momento de pandemia é realizado em sua grande maioria via telefone, então nós não estabelecemos muitas vezes o vínculo com a família, o qual a gente era acostumado (profissional 05 - assistente social).

Também evidenciaram questões envolvendo o atendimento aos pacientes e seus familiares como o sentimento de abandono e solidão e o distanciamento de seu convívio com suas famílias e amigos e com a equipe de saúde no hospital:

Então a gente sempre tem que ficar falando que eles não foram abandonados que é por causa da pandemia que não tem visita, sempre estar explicando para eles esse porquê não estão indo visitar, e tem também o lado, não sei se é ruim assim, tem o paciente que não está em condições de falar e a família não está vendo (profissional 02 - enfermeiro).

A gente sempre explica para eles, sabem de toda a condição da pandemia, mas eles se sentem mais sozinhos no internamento da UTI por ser um ambiente fechado restrito, então mudou tudo, as famílias também se sentem muito distante da família e dos amigos (profissional 05 - assistente social).

O contato com o paciente ficou diferente, estamos todos paramentados, o paciente nem nós enxerga direito, a família está distante do paciente, porque não tem mais visita, o paciente acaba ficando muito sozinho e acaba querendo muito mais nossa atenção (profissional 08 - enfermeiro).

Adaptar-se à experiência de estar internado em uma UTI exige do paciente e de seus familiares grande esforço emocional. Neste momento, os recursos cognitivos e emocionais são desafiados diante do desconhecido (TERRA; GOMES, 2015). Essas mudanças sofridas pelos pacientes e consequentemente seus familiares geram aos mesmos situações que demandam muito mais atenção das equipes de assistência das unidades de terapias intensivas.

Identificaram também a restrição das visitas, a falta de contato presencial com os familiares dos pacientes devido a pandemia, gerando uma dificuldade em perceber a situação real do paciente pela família como uma mudança significativa:

Então com a pandemia a gente perdeu essa parte da visita, acho que é uma coisa que faz muita falta, tanto pra equipe especialmente pro paciente mesmo e na verdade, pra família dos pacientes graves também, então passamos tudo por telefone, seja notícia boa, seja notícia ruim, seja notícia de óbito. Então causou um distanciamento muito grande e dificultou o entendimento do quadro clínico geral do paciente (profissional 10 - médico).

Principal mudança com a pandemia foi a falta de contato presencial com os familiares dos pacientes e mesmo com os pacientes, se falarmos de pacientes que estão em UTI COVID, nós perdemos esse contato presencial que tem uma representação muito grande para a profissão do serviço social (profissional 03 - assistente social).

O aumento das solicitações dos pacientes aos profissionais por precisar de mais atenção, a preocupação financeira e emocional com os familiares e os vazios emocionais deixados pelo isolamento na pandemia:

Então agora eles solicitam muito mais o serviço social, principalmente para falar com os familiares, a preocupação que eles deixam lá fora, de quem vai pagar as contas, sobre os filhos, até os animaizinhos deles assim então eles sabem que vão ficar totalmente isolados do mundo sem contato (profissional 07 - assistente social).

Abre este distanciamento mas ao mesmo tempo traz essa consciência, mas no meio disso fica um buraco que a gente ainda, com tantos meses de pandemia, ainda não conseguimos preencher, acho que é extremamente novo, radical, que ninguém estava preparado para isso e não está tendo uma formula para ver esses buracos que vão ficando (profissional 04 – psicólogo).

A política de humanização tem como objetivo principal identificar as necessidades de saúde para que ocorra um atendimento específico de modo adequado, com ética e empatia. É importante que a prática de humanização no cuidado ocorra além dos cuidados com o paciente, precisa também que ocorra dentro da equipe multidisciplinar atuante (DIAS et al., 2022).

Sua aplicabilidade é árdua em função da falta de apoio dos administradores aos profissionais, das deficiências estruturais do sistema de saúde, pela grande rotatividade dos profissionais, pelo uso da tecnologia como ferramenta primordial para a melhoria do prognóstico e principalmente, pela ausência de filosofias de trabalho e de ensino voltadas para a humanização da assistência em saúde (FARIAS et al., 2013).

Aliado às dificuldades na sua aplicação, com a pandemia houve uma mudança na estrutura e organização dos hospitais para adequar à demanda e as exigências legais, no entanto, percebe-se na fala dos sujeitos da pesquisa que mesmo com todas as mudanças necessárias e as dificuldades apresentadas nesse período houve um empenho dos profissionais em conseguir se adaptar e implementar novas estratégias para dar continuidade às práticas de humanização possíveis diante dessa situação.

5.4.3 Categoria III

Na categoria III, conforme o quadro 18, a percepção sobre as chamadas de vídeo aos pacientes da UTI, os profissionais de saúde caracterizam-se como a única estratégia, essencial para um ato de humanização extremo, abrindo uma nova demanda de atendimento, mudando toda uma lógica de rotina dos pacientes como dos profissionais no período da pandemia:

Quadro 18 – Categoria III (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

(continua)

CATEGORIA III Percepção sobre as chamadas de vídeo na UTI	Estratégia de humanização	<i>Ato de humanização extrema</i>
		<i>Efeito terapêutico</i>
		<i>Experiência emocionante</i>
		<i>Única estratégia</i>
		<i>Ferramenta essencial</i>
		<i>Melhora a adesão ao tratamento</i>
		<i>Abertura de uma nova demanda</i>
		<i>Forma de interagir com a família</i>
	Aproximação com a família	<i>Não é o ideal, mas o possível para aproximar a família</i>
		<i>Importância para a família entender o que está acontecendo</i>
		<i>Única tentativa de estabelecer vínculos e interação com a família</i>
		<i>Romper com o distanciamento</i>
		<i>Momento para trazer tranquilidade</i>
		<i>Estabelecer vínculos com quem está longe</i>
		<i>Estratégia para trazer ao mundo externo ao hospital</i>
		<i>Única estratégia de aproximação</i>
		<i>Fortalecimento e manutenção dos vínculos</i>
		<i>Último contato com a família</i>
		<i>Despedida do paciente com a família</i>
	Aproximação da equipe com a família	<i>Estratégia para se aproximar do paciente</i>
		<i>Estabelecimento de vínculo com a família</i>
		<i>Aproximação com a equipe de saúde</i>
		<i>Estratégia para conhecer e entender melhor o paciente</i>
	Fatores psicológicos do paciente	<i>Aliviar a ansiedade e o medo</i>
		<i>Contato com o mundo externo</i>
		<i>Aliviar as angústias, tensões e preocupações</i>
		<i>Melhora na condição psicológica</i>

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Quadro 18 – Categoria III (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

(conclusão)

	Fatores psicológicos da família	<i>Diminuir o estresse dos familiares</i>
		<i>Fortalecimento dos vínculos com o paciente</i>
		<i>Alívio do medo, angústia e preocupações dos familiares</i>
	Limitações	<i>Pouco tempo de duração das chamadas</i>
		<i>Cansaço físico e mental do profissional</i>
		<i>Poucos profissionais para realização das chamadas</i>
		<i>Sobrecarga de serviço</i>
		<i>Poucos profissionais para quantidade de demanda</i>
	Melhorias	<i>Permanência do celular com o paciente</i>
		<i>Sem limite de tempo ou horário para as chamadas</i>
	Continuidade pós-pandemia	<i>Permanência das chamadas para familiares distantes que não estejam presentes</i>
		<i>Permanência das chamadas para famílias que não possuem condições de ir até o hospital</i>
		<i>Permanência das chamadas aos pacientes que moram em outros municípios</i>

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Então na verdade, a chamada de vídeo foi a única coisa que restou da humanização na uti com a pandemia (profissional 09 - médico).

Eu avalio como um ato de humanização importantíssimo, com as pessoas que estão internadas não só na COVID como em qualquer setor do hospital, que esteja restrita aquela visita do familiar, porque ele está há dois três quatro mais dias enfim longe do familiar sem ter contato (profissional 08 – enfermeiro).

As chamadas de vídeo são muito importante agora, a gente consegue ver o quanto que muda assim, a gente costuma dizer que as vezes as chamadas de vídeo faz mais efeito do que um remédio para dor para o paciente, e é uma experiência que é emocionante não só para o paciente e para a família, é para nós também, quantas vezes a gente acaba ver eles chorarem, alguns pacientes ainda conseguem segurar o celular e outros nem isso, então assim é lindo, realmente é um ato de humanização (profissional 07 - assistente social).

Sobre as chamadas de vídeo, eu acho que a gente entra numa questão de humanização extrema, assim, que muda toda uma lógica, a gente sabe que a rotina de um hospital é extremamente corrida, então se abre uma nova demanda e gera um tempo dos profissionais

das equipes, de organização, e tudo mais, para se adequar (profissional 04 - psicólogo).

As chamadas de vídeo também foram caracterizadas como uma ferramenta essencial para a família entender a real situação do paciente e de seu quadro clínico:

Foi uma ferramenta essencial porque muitos pacientes só conseguem se acalmar ou seguir o tratamento ou a família entender através da chamada de vídeo o ideal era estar todo mundo junto presencialmente mas dentro das nossas possibilidades foi a melhor solução que a gente encontrou para que a família tivesse uma visão do paciente tivesse uma interação, muitas vezes era uma situação que era traumática era muito difícil acalmar a família, fazer a família entender e se acalmar, era uma ferramenta a mais que auxiliou para a família ver o quadro do paciente e entender a situação (profissional 11 - médico).

A chamada de vídeo foi a única tentativa de estabelecer vínculos com a família, tanto nós com a família, quanto o paciente com a família, porque a família lá fora também entende isso, porque ela não tem noção de como o paciente está, então a chamada de vídeo também seja para mostrar de como o paciente está intubado, para eles entenderem o que é intubação, o que é ventilação mecânica, até mesmo pro paciente ouvir uma voz familiar (profissional 09 – médico).

Também identificaram as chamadas de vídeo como a única estratégia para facilitar a aproximação com as famílias e sua rede de apoio, para o fortalecimento e manutenção dos vínculos afetivos e interação com os familiares dos pacientes internados na UTI:

Eu acho que tem sido muito positivo para eles (pacientes), eles criam uma expectativa no primeiro dia que você passa e faz no segundo dia quando você vai passar eles já estão te esperando, que eles sabem que aquele é o único momento que eles vão ver a família, para conversar com a família, para expor o que eles estão sentindo também, tanto para quem está fora do hospital como do paciente que está internado é importante esse momento porque eles estão no escuro do que está acontecendo (profissional 6 – psicólogo).

A vídeo chamada é o momento que eles podem estar fazendo esse link, esse contato, essa interação com quem está lá fora, então eu avalio e digo é importantíssimo é um ato de humanização imprescindível nesse momento de solidão que eles estão vivendo que é estar sozinho obrigado, então é a única maneira deles estarem tendo esse contato com o familiar é importantíssimo eu acho que melhora e muito o quadro psicológico deles (profissional 08 - enfermeiro).

Então acho que a vídeo chamada foi uma maneira de aproximar a família e o paciente para não deixar perder os vínculos para deixar os vínculos fortalecidos e para eles não perderem o contato, tem

paciente que estão na UTI uma semana, alguns a 10, 15, 30, 40 dias e a família nunca mais pode ter acesso a eles por meio de visita, então a vídeo chamada é uma maneira de dar um pouco de consolo para essas pessoas (profissional 05 - assistente social).

Como uma forma de aliviar o sentimento de solidão e abandono do paciente, quebrando o distanciamento causado pela pandemia, principalmente para os mais idosos:

Eu acho muito, muito importante porque é uma maneira de tentar quebrar esse gelo e esse distanciamento que a gente causou de não poder ter presencial, é algo que faz muito bem pro paciente porque é quando ele pode ver o familiar, matar a saudade e sentir que não está sozinho (profissional 10 - médico).

Nossa é muito importante no sentido do paciente saber que a família está ali, principalmente mais os idosos que ficam sem a visita, que às vezes não conseguem entender o porquê, eu acho que quando vê o familiar pelo celular eles ficam mais aliviados, porque eu acho que eles tem a sensação de abandono pela família (profissional 02 - enfermeiro).

Como a única tentativa de estabelecer e conservar os vínculos com a família, mas entendendo que não é o ideal, e sim uma medida viável, que o ideal seriam as visitas presenciais aos pacientes:

Eu acho que é de grande valia, é uma tentativa de conservar esse vínculo familiar, ela é ideal, não, o ideal é que se tenha o contato presencial com a família, mas na impossibilidade do contato presencial é uma forma da família olhar, ver esse paciente mesmo que seja pela tela, ouvir, ele relatar como ele está e ter esse momento de contato com o paciente, mas não é o ideal, isso que seria ideal que o paciente pudesse ter esses vínculos mais fortalecidos (profissional 03 - assistente social).

Acho que é uma saída, eu entendo nesse momento como a única saída para fazer essa aproximação, a manutenção desses vínculos, esse suporte, pois mesmo quando a gente da psicologia dá esse suporte ao paciente não é a mesma coisa que a família, é outro tipo de suporte, mas acredito que pela percepção funciona e ajuda muito, não é o ideal, é uma medida realmente que é a viável para esse momento mas é fundamental para que a gente mantenha esse fluxo (profissional 04 - psicólogo).

Uma estratégia de aproximação da equipe multiprofissional com a família para se criar um vínculo maior e conhecer o paciente:

Eu sempre busco ficar bem atenta no que a família fala para o paciente, no que o paciente repassa para a família, para que as vezes neste momento da vídeo chamada, na observação que

estamos fazendo com o paciente você descobre muitas coisas que o paciente não te trouxe durante o internamento, neste momento da chamada de vídeo como você começa a conhecer ele e ele se "obriga em termos" em estar com você e ele ter que falar o que ele quer com a família a gente começa a criar um vínculo maior (profissional 05 - assistente social).

Como melhoria da condição psicológica e emocional do paciente, aliviando a ansiedade, o medo, as angústias, as tensões e preocupações:

Pensando na questão psicológica do paciente, ajuda a aliviar as ansiedades, os medos, ajuda a saber como o pessoal está lá fora, o que o pessoal que está lá fora está entendendo, então para o paciente psicologicamente é muito importante, a fragilidade emocional dele sem o contato com a família é muito maior, Então é muito importante para o paciente eu acho que isso ajuda muito também em aliviar as tensões as preocupações deles, as angústias deles, acho que as chamadas são bem importantes (profissional 06 - psicólogo).

As chamadas de vídeo são muito importantes principalmente agora nesse momento de isolamento que as visitas estão restritas parece que é um alívio assim tanto para a família quanto para o paciente, que só de ver de entender que a gente acaba fazendo para aqueles pacientes que estão lúcidos e orientados (profissional 07 - assistente social).

Para proporcionar momentos de emoção, de luta e celebração pela vida tanto para os pacientes e seus familiares como para a equipe que acompanhou:

Acho que foi uma coisa incrível que foi idealizada, eu participei das chamadas de vídeo, eu fiz uma das primeiras chamadas de vídeo na UTI onde foi a nossa primeira UTI COVID no terceiro andar, com o primeiro paciente positivo que a gente teve, ele foi extubado pela manhã, ele ainda estava com um pouquinho de dificuldade de falar e tal, bastante confuso, ele já estava recuperando sua consciência aí eu fiz uma chamada de vídeo para a família, foi emocionante, a família toda se reuniu, todo mundo chorou, eu fiquei bem emocionado pela situação (profissional 12 – enfermeiro).

Foi necessário e imprescindível em momentos muito triste de despedidas entre mães, pais e filhos como também foi um momento especial entre os pacientes e seus familiares para esse período:

Muito triste a chamada de vídeo, principalmente, aquelas chamadas de vídeo na correria pra entubar paciente, então isso teve muita coisa da mídia assim, então a gente ligava e eles se despediam, isso é muito triste, porque muitos deles foram entubados e acabaram falecendo, então paciente que deu senha de banco, se despediram dos filhos então, era uma tentativa de humanização, mas nesse contexto ficou muito triste e sofrido (profissional 09 - médico).

É muito difícil, eu sou muito emotiva, as vídeo chamadas que eu acompanhei a maioria foi pré intubação então é um momento muito triste, porque eles se despedem, porque eles não sabem se eles vão voltar ou não então eles se despedem, a gente vê mãe se despedindo de nenezinho, um pai se despedindo, e toda a família em si, esposa, recém-nascido, avós, às vezes entra toda a família na chamada de vídeo, então é um momento muito especial. Eu acho que é preciso ter, porque toda vez que entra um paciente eu não sei se vou vê-lo de novo, então, é muito importante essa despedida (profissional 10 - médico).

Os profissionais evidenciam durante as entrevistas, as limitações vivenciadas para a realização das chamadas de vídeo aos pacientes como pouco tempo de duração das chamadas, poucos profissionais e aparelhos para quantidade de demanda, o cansaço físico e a sobrecarga de serviço:

As chamadas em si precisam, como a gente só tem um celular, a gente não tem tempo de deixar o paciente falando, a gente tem que ser rápido, tem que ser naquela hora porque daí a família não atende, daí a gente já está em outro andar, e a família aí que responde, está sendo bem, bem difícil, assim, mas é a única forma de contato (profissional 01 - psicólogo)

A gente está fazendo diretamente essas chamadas de vídeo na clínica com pacientes com COVID, então pessoalmente falando é um preço alto que a gente paga, que são, hoje mesmo acho que eu passei umas quase quatro horas paramentado direto, sem sentar, sem ir ao banheiro, sem beber água, e tudo mais, para proporcionar esse momento que para o paciente às vezes são 10/15 minutos de chamada de vídeo, mas para gente acaba se tornando 4 horas, porque são muitos pacientes, acho que isso abre a necessidade de organização (profissional 04 - psicólogo).

É emocionante, é uma coisa tão simples, claro que às vezes a família ou o paciente quer na mesma hora, quer que a gente faça na hora, mas a gente tem muito mais demanda para fazer, para atender, então sobrecarrega, porque a chamada de vídeo acabou que o serviço social faz mas qualquer profissional poderia fazer, mas é gratificante (profissional 07 - assistente social).

Também os profissionais de saúde enfatizaram a necessidade de melhorias para a realização das chamadas de vídeo aos pacientes neste período, permanecendo o dispositivo móvel com o próprio paciente para que ele mesmo faça as chamadas de vídeo de forma livre e a hora e quantas vezes eles quisessem utilizá-la para garantir seu direito e manter sua privacidade e autonomia:

Então de forma geral a questão das vídeo chamadas para mim eu acredito que é a única forma para o paciente mas que poderia melhorar se eles (pacientes) conseguissem fazer isso de forma livre,

na hora que eles querem, quantas vezes eles quiserem, não tão limitado quanto está sendo agora para garantir seu direito e autonomia (profissional 01 – psicólogo).

A questão do dispositivo muitos dos pacientes que não estão sob sedação sob a intubação poderiam utilizar o celular para ter o contato com a família, mantendo a sua privacidade, tendo um momento só deles, sem a nossa mediação, mas na verdade não pode ser isso, ficar com o dispositivo móvel dentro da UTI, o celular para eles (profissional 08 - enfermeiro).

Outra questão levantada pelos profissionais é a continuidade das chamadas de vídeo pós-pandemia, para pacientes que moram em outros municípios e familiares distantes ou que não estejam presentes e para aqueles familiares de pacientes que não possuem condições de se deslocar até o hospital:

Eu acho que quando eu penso a respeito das vídeo chamadas quanto as coisas voltarem ao normal e as famílias consigam vir fazer as visitas, eu penso que a vídeo chamada na minha opinião poderia permanecer para pacientes que não tem familiares presentes, aqueles pacientes que vêm de municípios distantes que a família depende de um transporte de município para vir e não consegue ter acesso aquele paciente, eu na minha opinião era uma maneira de ter um vínculo com aquela família que tem interesse em saber do paciente (profissional 05 - assistente social).

Eu acho que para aqueles familiares que são distantes que moram em outra cidade as chamadas de vídeo depois da pandemia podem continuar porque eles não conseguem vir ver o paciente com a mesma frequência então quem mora na cidade quem pode fazer a visita, é ótimo, muito melhor ter a presença ali, mas para quem está distante do paciente acho que ajuda muito, quem aí assim a gente pode fornecer para o paciente o contato com a família mesmo de que de modo virtual (profissional 06 - psicólogo).

Talvez seja uma prática que pudesse continuar depois da pandemia para alguns familiares que não conseguem ou não tem condições de vir até o hospital seria uma prática para a gente poder repensar para continuar pós pandemia (profissional 07 - assistente social).

Em relação a utilização das tecnologias pelos profissionais se faz necessária ser harmoniosa, visto que esses recursos não podem inviabilizar o atendimento interativo ao paciente, mesmo em estado de inconsciência, proporcionando um ambiente de cuidados tendo como essência o paciente, sendo este um ser singular e socialmente construído, dependendo diretamente da capacidade do profissional em compreendê-lo como tal, principalmente se tratando de ambientes de cuidados intensivos, sendo assim entende-se que o cuidado é um ideal ético, que confere a condição de humanidade às pessoas (SANCHES et al., 2016).

A utilização da tecnologia é fundamental, desde que o enfoque principal seja o paciente, de modo que ela se torne apenas um aliado ao cuidado humanizado e não o principal objeto para a sua realização (SANTOS et al., 2018). Portanto, as chamadas de vídeo utilizadas na UTI como tecnologia leve devem se apresentar como uma ferramenta de humanização no cuidado com o paciente e seus familiares.

5.4.4 Categoria IV

Na categoria IV, conforme o quadro 19, sobre a humanização da assistência ao paciente internado na UTI, os profissionais de saúde, sujeitos da pesquisa, compreendem como uma prática primordial de empatia ao paciente e seus familiares, de se colocar no lugar do outro, de atender o paciente como você gostaria de ser tratado, imaginando se fosse você ou alguém da sua família, de entender como o paciente está se sentindo, verificar quais são as suas dificuldades e tentar amenizar o desconforto do paciente e sua família:

Acho que a empatia é um dos pontos centrais onde a gente precisa não esquecer, não perder a importância da informação, as necessidades que as famílias apresentam eu não vejo que mudou muita coisa, assim sabe nos sentidos das necessidades institucionais, acho que eu volto na questão da presença dos familiares dentro da UTI (profissional 04 - psicólogo).

A humanização para mim principalmente é ter empatia, você se colocar no lugar do doente, que está ali na cama, sem poder se mexer, se fosse você como você gostaria de ser tratado (profissional 02 - enfermeiro).

Se colocar no lugar dele, exercer a empatia mesmo, para ver quais são as dificuldades dele, o que ele pode estar sentindo naquele momento, o que ele pode estar percebendo naquele momento, mas a questão maior da humanização é a empatia, é tentar entender, tentar se colocar no lugar dele daquele doente, para tentar fazer como você gostaria de receber uma assistência (profissional 08 - enfermeiro).

Na humanização a primeira coisa que eu acho é que tem que ter empatia você tem que olhar o paciente e se colocar no lugar colocar um familiar teu no lugar tentar imaginar que amanhã poderia ser ele ali e como ele se sentiria com aquele atendimento (profissional 12 - enfermeiro).

Pra mim humanização da assistência é você tornar o seu atendimento mais humano mesmo, então você saber, ter empatia pelo paciente, como ele está se sentindo e tentar amenizar o máximo

possível todo aquele desconforto que aquela situação está causando para o paciente (profissional 10 - médico).

Quadro 19 - Categoria IV (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

(continua)

CATEGORIA IV A humanização na assistência ao paciente na UTI	Empatia	Cuidado com o outro
		Como você gostaria de ser tratado
		Verificar quais são as dificuldades dos pacientes e sua família
		Verificar o sentimento e a percepção do paciente
		Se colocar no lugar do outro
		Relações de respeito, empatia e compreensão
		Entender como o paciente está se sentindo
		Tentar amenizar o desconforto e sofrimento do paciente
		Imaginar se fosse você ou alguém da sua família
	Acolhimento	Forma de atendimento acolhedor
		Escutar o que tem a dizer
		Acolhimento de toda a equipe
		Ouvir seus medos, anseios e esclarecer dúvidas
		Torna mais confortável
		Perpassa por todas as relações interpessoais
		Espaço físico agradável e ambiência
		Perguntar o nome, sentar ao lado
		Internamento digno
		Atendimento na recepção e outros setores
	Escuta qualificada	Lugar de escuta
		Percepção do não verbal
		Escuta de toda a equipe
		Entender suas particularidades e subjetividades
	Resolutividade	Resolver o problema da pessoa

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Quadro 19 – Categoria IV (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

(conclusão)

	Cuidado centrado na pessoa	Respeito enquanto pessoa
		Explicar os processos e procedimentos
		Único objetivo centrado na pessoa
		Entender o paciente na sua totalidade e na sua singularidade
		Entender os condicionantes e determinantes da situação
		Cuidado centralizado na pessoa e não na doença
	Aproximação da família	Famíliares mais tempo com o paciente
		Visitas estendidas em internamentos longos
		Explicar a família sobre a situação do paciente
		Família entender melhor a situação do paciente
		Contato com o mundo externo
		Paciente saber o que está acontecendo com a família fora do hospital
		Trazer a família pra dentro do caso clínico
		Presença da família dentro da UTI
	Relações dos profissionais de saúde entre si	Relações dos profissionais vão interferir no tratamento do paciente
		Tratar o paciente como sujeito
		Criação de vínculo com ao paciente

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

A empatia é, provavelmente, a característica mais marcante do processo de humanização, visto que se baseia na tentativa de se colocar no lugar do outro, enaltecendo suas ideias, valores, crenças e percepções de mundo, com a finalidade maior de usar isso tudo como ferramenta na busca do melhor tipo de tratamento, que seja capaz de abranger a forma como o paciente gostaria de ser zelado: menos agressivo, mais íntimo e voltado não só para o problema físico, mas também para o estado psicossocial do doente (MONGIOV et al., 2014).

A assistência humanizada dos profissionais de saúde é descrita como se colocar no lugar do paciente, entendendo seu sofrimento com ética e responsabilidade, conhecer as especificações de cada um e não apenas sua

patologia, avaliando com um olhar holístico e integral, assim, essa prática tem que ser implementada desde a administração de medicamentos até os cuidados íntimos (RODRIGUES et al., 2019).

Outra questão crucial levantada pelos profissionais quanto a humanização na UTI foi a necessidade de acolhimento, de perguntar o nome, sentar ao lado, de escutar o que tem a dizer, de tornar o ambiente mais confortável e menos hostil, onde perpassa por todas as relações em todos os setores, da recepção a equipe multiprofissional.

A questão do acolhimento é muito importante, tentar tornar o ambiente menos hostil possível pro paciente, a gente ter... saber como conversar, é acolher, ouvir os medos, os anseios, tirar as dúvidas (profissional 10 - médico).

Humanizar esse atendimento é fazer com que a pessoa consiga se sentir presente naquele momento, pelo acolhimento, como fazer isso, eu acho que vai desde a recepção do hospital, então humanizar não é uma coisa do serviço social e da psicologia, então a humanização vai desde o acolhimento, a ambiência que o hospital tem que ter para receber essa pessoa, desde a sinalização que vai fazer ela conseguir se encontrar dentro do hospital (profissional 03 - assistente social).

A humanização para mim ela já começa desde a porta de entrada do hospital, desde que o familiar entra na recepção, a forma que ele é atendido, é o espaço físico também, nós temos uma sala de acolhimento ali na UTI, então a nossa prática principal aqui dentro é o acolhimento, e desde você perguntar o nome daquele familiar, de você sentar do lado dele, olhar no olho dele e escutar o que ele tem para dizer, tanto do paciente como da família já é uma questão de humanização e a nossa prática dentro da uti é isso é tentar tornar aquele momento tão difícil para o paciente e para o familiar de uma forma humanizada e digna, que a passagem dele aqui no hospital seja digna, seja de uma forma humanizada (profissional 07 - assistente social).

Eu acho que humanização é do ponto de vista da atuação é o acolhimento sempre dar voz e lugar de escuta para esse paciente, e não falo nem daquela escuta terapêutica, falo mais daquela escuta que todos os profissionais conseguem fazer que é reconhecer aquele paciente, é saber que ele tem as suas particularidades, a sua subjetividade (profissional 04 - psicólogo).

Entender o acolhimento como um dos caminhos para a humanização implica garantia de acesso a todos a partir do respeito, escuta qualificada dos usuários, visando fornecer sempre uma resposta positiva aos seus problemas de saúde e responsabilizando-se pela resolução das suas demandas. A proposta do acolhimento, articulada a outras propostas de mudanças no processo de trabalho,

como a ambiência, a formação do trabalhador e a clínica ampliada são recursos importantes para a humanização nos serviços de saúde (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2016).

Ainda segundo Luiz, Caregnato e Costa (2016), em relação ao acolhimento, este é tratado como a recepção do usuário pelos profissionais de saúde, desde sua chegada aos serviços, responsabilizando-se integralmente por ele, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Outro ponto essencial levantado pela equipe de saúde entrevistada, na categoria IV, foi o cuidado centrado na pessoa e não na doença, entender as particularidades e subjetividades da pessoa, seus condicionantes e determinantes que levaram o paciente até ao hospital.

Eu acredito que um tratamento humanizado é quando toda a equipe está com único objetivo, um objetivo centrado sempre no cuidado e na assistência ao paciente, no nosso caso a família também, não só no nosso caso mas na equipe também de dar uma atenção ao paciente e a família, entender o paciente na sua totalidade, na sua singularidade, entender o que levou ele naquele internamento, seus condicionantes, os determinantes que o levaram ele chegar até ali para ser atendido (profissional 05 - assistente social).

Primeiro de tudo é respeitar o doente como pessoa, como histórias, a gente acaba ficando muito mecanizado na UTI, como se fosse só um corpo, focar no paciente e não na sua doença. Então tem que pedir licença pro doente, mesmo sedado, explicar o que vai fazer, seus sentimentos, suas necessidades, ver ele como todo (profissional 09 – médico).

Acho que nos remete um pouco da humanização, é o olho no olho, é a escuta qualificada, é a percepção do que não é verbal, o corpo fala, de como o corpo está falando com você, de reconhecer o paciente e entender suas particularidades e subjetividades e não só na sua doença (profissional 04 - psicólogo).

De acordo com Farias et al. (2013), o cuidado humanizado é tratar o paciente de forma integral como um todo, envolvendo tanto o contexto familiar quanto social, incluindo na análise de necessidades da família e na equipe de saúde, focando principalmente, em ações de prestação da assistência e proporcionar um bem-estar, através da empatia, respeito, dedicação, sensibilidade e solidariedade.

Também foi identificado pelo profissionais entrevistados a necessidade de aproximação da família como fator fundamental no atendimento humanizado, trazer

a família para dentro da UTI e do caso clínico do paciente, explicando e fazendo os familiares entender qual a situação real do paciente, desenvolver ações para que o paciente consiga estar mais próximo e por mais tempo dos seus entes, como as visitas estendidas.

Sinto assim que a UTI precisa desenvolver essa questão da humanização dentro desde contexto de presença da família dentro da UTI, isso que sinto que ainda não tem, muito forte, para o restante da equipe a presença ou não da família ainda não tem muita diferença (profissional 03 - assistente social).

Além disso, a parte das visitas é muito importante para a humanização, ele ter contato com o mundo exterior, saber o que tá acontecendo, ter notícias da família, saber que tá todo mundo bem, isso é muito importante. Quando a gente fazia parte das visitas estendidas isso acalmava muito o paciente (profissional 09 - médico).

Com as famílias antes da pandemia tinha visita diária, todo o dia eu conversava com o familiar, eu ia no leito, eles viam o paciente, a gente conseguiu trazer a família para dentro do caso clínico e a gente fazia eles entenderem a situação, é um fator muito importante (profissional 11 - médico).

Porque antes nós tínhamos uma visita diária que o familiar podia ir lá ver e entender melhor como estava o paciente, ele podia ver o monitor, a gente podia explicar o que era aquele ventilador, o que eram aqueles aparelhos e era mais fácil do familiar entender o que estava passando com o paciente, vejo como uma questão bem importante para a humanização (profissional 10 - médico).

Outra situação levantada pelos profissionais com relação a humanização são as relações que a equipe multiprofissional desempenha junto aos pacientes, seus familiares e entre si, enfatizam a importância da interação entre todos os sujeitos envolvidos.

Então a humanização perpassa por muita coisa, pelas relações pessoais dos próprios profissionais que vão interferir no tratamento do paciente, então o ambiente humanizado ele tem que contemplar não só o paciente, ele tem que contemplar a equipe multiprofissional também (profissional 03 - assistente social).

Eu vejo que muitos profissionais melhoraram bastante nesse acolhimento, nesse atendimento humanizado do paciente, mais muitos ainda não criam o vínculo com o paciente, que alguns ainda tratam os pacientes como objeto, mas na maioria não, a maioria superou e já trata o sujeito na condição de sujeito, no tratamento humanizado (profissional 05 - assistente social).

A humanização engloba o ambiente físico, a atenção dos pacientes e sua família e as relações entre os profissionais de saúde. A intenção, contudo, é tornar-

se de fato a assistência ao paciente, considerando-o como um todo biopsicossocial e espiritual. Os princípios básicos da humanização voltam-se ao entendimento de que cada indivíduo é único e possui necessidades e valores individuais; que o paciente e sua família são nossos melhores informantes; que sua autonomia e intimidade devem ser garantidas e que todas as ações não devem, por outro lado, comprometer a segurança dos mesmos (TERRA; GOMES, 2015).

5.4.5 Categoria V

Na categoria V, sobre a importância da comunicação no atendimento humanizado, conforme quadro 20, os profissionais participantes da pesquisa destacam a necessidade de uma comunicação efetiva com o paciente, através de uma escuta qualificada no sentido de informação, ouvir e informar o paciente como uma prática habitual e esclarecer as dúvidas dos mesmos.

Com relação às práticas eu acho que a escuta no sentido da informação acho que é muito importante do profissional que vai até o paciente falar o que está fazendo, eu vejo que a gente pode fazer é informar, é ter isso enquanto um hábito, são essas pequenas coisas que assim ao nosso entendimento, acho que é fundamental ele ter essa informação, enquanto uma prática habitual das nossas intervenções, procedimentos (profissional 04 - psicólogo).

Acho que é importante ouvir o paciente isso dentro de um contexto geral de todos os profissionais, ouvir e informá-lo porque naquele momento ele já está lidando com várias perdas, que é a perda da convivência com a família, a perda da autonomia, porque ele não pode mais tomar as decisões por ele mesmo, são pessoas que estão decidindo por ele, quando a gente ouve as dúvidas que ele tem e esclarece, acho que isso é fundamental na humanização, porque ele vai ter mais tranquilidade e confiança para acreditar no nosso trabalho para acreditar e se dedicar no tratamento dele também (profissional 06 - psicólogo).

Acho que a primeira prática é a informação quando se fala em humanização da assistência, sempre que possível explicar tudo o máximo para o paciente, algumas vezes ele não vai compreender pelo nervosismo, pela ansiedade e pela angústia ele não consegue compreender, mas é você no primeiro momento olhar o paciente nos olhos, explicar realmente a situação fazer que ele compreenda o que está acontecendo, e que ele não está sozinho, mesmo com toda a gravidade do quadro que ele pode contar com a equipe nesse momento (profissional 11 - médico).

Quadro 20 - Categoria V (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

(continua)

CATEGORIA V A importância da comunicação em saúde na UTI	Comunicação efetiva com o paciente	Escuta qualificada no sentido de informação
		Informar sobre os processos e procedimentos
		Ouvir e informar o paciente como prática habitual
		Esclarecer as dúvidas
		Manter a tranquilidade e confiança do paciente para que acredite no trabalho da equipe
		Cuidado na discriminação de pacientes
		Olhar a necessidade do paciente
		Entender o nível de informação disponível
		Verificar as condições de entendimento
		Explicar os processos e procedimentos
		Explicar o que está acontecendo
	Comunicação efetiva com a família	Contato da equipe com a família ajuda no processo de socialização do paciente
		Comunicar a família sobre a situação do paciente melhora relação com a equipe
		Dar retorno as famílias ajuda no conforto e confiança
	Dificuldades na comunicação	Carência nas informações repassadas a família
		Informar melhor sobre o quadro clínico do pacientes
		Carência de informação nas enfermarias das clínicas
		Famílias fragilizadas com vínculos rompidos não repassam informação entre si
		Dificuldade em repassar informação difíceis por telefone sem conhecer a família
		Distanciamento com a família do paciente
		Dificuldades de entendimento das famílias com menos instrução

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

Quadro 20 - Categoria V (Profissionais de UTI) do HU-UEPG no ano de 2022

(conclusão)

	Falha na comunicação	Extrema dificuldade da equipe multiprofissional em falar com a família
		Falta de jeito para conversar com a família
		Falta de uma comunicação ativa com a família
		Falta de informação sobre o quadro clínico do paciente
	Melhorias	Comunicação bem elaborada para tranquilizar
		Entender o paciente como sujeito na sua individualidade e sua totalidade
		Cadastramento de um familiar para repassar as informações aos outros membros
		Momento presencial com a família
		Treinamento e preparo psicológico a equipe
		Elaboração de um plano terapêutico multiprofissional

Fonte: Organizado pela autora, 2022.

A informação como prática de humanização é identificada como uma ferramenta fundamental para transmitir tranquilidade e confiança ao paciente e acreditar no trabalho da equipe. O conversar e ao ouvir suas queixas, a equipe de saúde poderá buscar por soluções que atendam a real necessidade daquele usuário, de modo a tratá-lo como um ser humano único e singular como é, oferecendo a ele um cuidado amplo e especializado para o seu quadro clínico (LUIZ, CAREGNATO, COSTA. 2017).

Outra questão relevante sobre a comunicação apresentada pelos profissionais foi a necessidade de informação efetiva aos familiares dos pacientes, segundo eles, o contato da equipe com a família ajuda no processo de socialização do paciente, melhora a relação com a equipe e ajuda no conforto e na confiança para a equipe realizar o tratamento de saúde ao paciente.

As informações repassadas para as famílias são bastante importantes neste momento e ter mais esse contato da equipe e a família até para ajudar nesse processo de socialização do paciente, na carência do paciente, ter alguém ali para conversar, isso é bem importante no processo de humanização (profissional 06 - psicólogo).

A comunicação com a família tem melhorado bastante a relação com a equipe porque quando a família liga e fala que eu não recebi informação precisa verificar com quem o médico falou, dar um retorno para aquela família, então dá mais um conforto para aquelas pessoas, ajuda a família sentir confiança no que a equipe está fazendo (profissional 05 - assistente social).

Sendo assim, para que seja ofertado uma assistência humanizada, os profissionais devem fortalecer a comunicação com os pacientes e seus familiares, buscando acolhê-los, escutá-los e valorizá-los, respeitando seus conhecimentos, medos, crenças, sentimentos e angústias (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

Também foram apontados pelos profissionais as dificuldades e falhas existentes na comunicação dentro do ambiente hospitalar, um dos grandes entraves para o atendimento de qualidade de humanizado.

A reclamação sempre maior é a falta de informação sobre o quadro clínico do paciente, houve muitas mudanças e nós tentamos nos adequar aos protocolos e fazer a mediação e o atendimento da melhor forma possível (profissional 05 - assistente social).

A comunicação está sendo a questão mais difícil ali dentro, por não ter a visita, a comunicação tinha que estar muito mais ativa do que realmente está (profissional 01 - psicólogo).

Olha eu acho que o atendimento da nossa equipe multiprofissional é atendimento de excelência, eles têm uma dedicação, uma técnica muito grande, porém, eles tem uma extrema dificuldade em falar com a família, então é bastante difícil do profissional de medicina acostumar com essa questão das ligações a gente teve bastante resistência para eles ligarem porque é complexo (profissional 03 - assistente social).

Tem que ter jeito para falar, tem que ter jeito de conversar, tem que ter jeito de saber se comunicar, o funcionário não tem esse preparo de se comunicar com o paciente, muitas vezes o paciente acaba ficando pior por comentários (profissional 12 – enfermeiro).

Eu acho que a informação é um dos pontos mais importantes, e que a família traz isso para nós, que eles gostariam de ser mais informados, hoje eu sei que a gente passa informação para a família, da maneira que a gente consegue, o boletim médico, as coisas que são repassadas eu acho que isso é que as informações para família é uma coisa que eles têm muita carência que eles sentem muita falta (profissional 06 - psicólogo).

Sinalizaram também a dificuldade de entendimento das famílias sobre a informação repassada pelo profissional e dos conflitos familiares onde os membros

da família não se conversam e não repassam informações entre si sobre o seu ente hospitalizado.

A dificuldade de entendimento muitas vezes famílias muito simples, não conseguem entender o que o médico está falando então não conseguem repassar para o restante da família, então essa falta de comunicação tem sido bem complexa, isso a gente precisa melhorar muito, dentro de um dia a dia de uti eu não vejo como fazer diferente agora (profissional 03 - assistente social).

Existem famílias fragilizadas, com vínculos rompidos, daí é filho que não conversa com outro filho, que não conversa com o tio, e um não passa informação para o outro, então essas questões familiares mais fragilizadas são complexas e dificultam a informação (profissional 05 – assistente social).

E por fim, os profissionais entrevistados indicaram práticas que podem facilitar e melhorar a comunicação da equipe com o paciente e seus familiares, sendo elas: uma comunicação bem efetiva, bem elaborada para tranquilizar o paciente; atendimentos presenciais para fortalecer os vínculos com as famílias; a elaboração de um plano terapêutico multiprofissional ao paciente e a realização de treinamentos para a equipe aprender a se comunicar de forma efetiva com o paciente, expressas nas falas a seguir:

Uma comunicação bem efetiva, uma comunicação bem elaborada, que é o que tranquiliza, eu acredito que para melhorar, a equipe muitas vezes não entende o sujeito na sua individualidade, na sua totalidade (profissional 05 - assistente social).

A maior dificuldade é a comunicação, conseguir entender esse processo, como melhorar? Eu acho que se você não tem um momento presencial com essa família, a gente está tentando fazer o que é possível, acho que melhorar mesmo, só depois que a pandemia passar e a gente puder retomar os atendimentos presenciais, por telefone tudo fica muito vago (profissional 03 – assistente social).

O profissional precisa saber a forma de falar, forma de explicar ao paciente, entender, então é necessário treinamento e preparo psicológico para os funcionários, o enfermeiro aprende fazer injeção, aprende a fazer inalação, aprende a fazer curativo, mas ele não aprende a se relacionar com o paciente (profissional 12 - enfermeiro).

A comunicação que para mim é o ponto forte da UTI, se todo mundo se comunica, se toda a equipe tiver atenta a condição do paciente a elaborar um plano terapêutico, trabalhar com a equipe multiprofissional que está na UTI os planos terapêuticos, que os pacientes saiam da UTI já com as ideias, as condutas ali já formadas, ir para o andar, para clínica com tudo mais encaminhado (profissional 07 - assistente social).

Os profissionais de saúde entrevistados destacaram a importância da comunicação em entender o paciente em sua subjetividade e sua totalidade para melhorar o atendimento humanizado e as relações entre a equipe multiprofissional, pacientes e familiares para a qualidade dos serviços prestados.

5.5 DISCUSSÃO

A humanização é um conjunto de medidas que engloba o ambiente físico, o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde, uma vez que, para que o cuidado humanizado seja realizado com eficácia e eficiência, ele não deve envolver somente o paciente, mas sim englobar todo o contexto familiar e social, o ambiente de trabalho e a equipe multiprofissional, visto que são pontos-chaves para que esse plano seja possível (AMIB, 2004).

Os profissionais de saúde caracterizam a humanização como a busca para se obter o maior conforto possível para o paciente e sua família, valorizando o ser humano independente de qualquer situação. Assim a implementação de estratégias ajuda nesse cuidado, tais como: disponibilização de horários para visitas, conversar com a família no intuito de tranquilizá-los, tirar todas as dúvidas, esclarecer sobre o atual estado de saúde do paciente e a respeito do tratamento realizado (BRILL et al., 2020).

Fica evidente que a prática de humanização no cuidado enfrenta algumas dificuldades durante a sua implementação, onde a falta de comunicação e ambiente desfavorável se tornam as principais dificuldades. Apesar disso, através dos estudos mostrou-se os enormes benefícios que a prática de humanização traz para o paciente, dentre eles a diminuição do sofrimento (DIAS et al., 2022).

Com o passar do tempo, a UTI tornou-se um local em que a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionais de cuidado, uma vez que os profissionais que ali desenvolvem suas ações estão sobremaneira envolvidos com máquinas e monitores e tendem a esquecer que, velados pelos problemas de doença, existem um paciente e sua família (TERRA; GOMES, 2015).

A tecnologia é fundamental para atender pacientes críticos em UTIs, desde que o enfoque principal seja o paciente, de modo que ela se torne apenas um aliado ao cuidado humanizado e não o principal objeto para a sua realização (SANTOS et al., 2018). As tecnologias leves, voltadas para o acolhimento em saúde, por ser uma

tecnologia baseada em um processo de relações, entendidas como tecnologias do cuidado demonstram a necessidade de desenvolver estratégias para o bem estar dos pacientes, a comunicação efetiva e aproximação dos pacientes com seus familiares (KOZUB; SCHELER; NECOECHEA; O'BYRNE, 2017).

Assim, as boas práticas de humanização na saúde incluem, na sua formulação e desenvolvimento, os fundamentos teóricos (evidências científicas), a compreensão do ambiente, de todo o contexto dos pacientes e seus familiares, das crenças, valores e princípios éticos daqueles que constroem e dos que são alvo das ações e serviços (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2016).

Para humanizar-se o atendimento aos pacientes, é necessário que o profissional procure humanizar a si mesmo, por mudanças, estímulos e treinamentos que sejam implementados de maneira permanente e continuada (TERRA; GOMES, 2015).

Faz-se necessário que a equipe coloque-se no lugar do outro (paciente/familiar), valorize suas experiências, reconheça que cada pessoa possui ferramentas de enfrentamento diferentes, e proporcione uma relação de confiança e empatia (FARIAS et al., 2018).

A prática da empatia também deve se estender para a família dos pacientes, uma vez que ela também se encontra em sofrimento e fragilizada pela situação vivida, também através da presença de um profissional da saúde com a família que possibilite a troca de informações, identificando as necessidades dos parentes do paciente e oferecendo o apoio necessário (RODRIGUES; CALEGARI, 2016). Porém, muitas vezes a presença da família nas UTIs é vista como um entrave pelos profissionais de saúde, uma vez que interfere na manutenção desse ambiente (MACHADO; SOARES, 2016).

A compreensão de que o ser humano é um ser capaz de se preocupar com o outro em todas as suas formas e situações e que isso é algo inerente a sua existência, leva a reconstrução de realidades até mesmo no ambiente hospitalar. Assim, a humanização na área da saúde é um instrumento fundamental para transformar o modo de trabalho e a vida das pessoas (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

Entender o acolhimento como um dos caminhos para a humanização implica garantia de acesso a todos a partir do respeito, escuta qualificada dos usuários, visando fornecer sempre uma resposta positiva aos seus problemas de saúde e

responsabilizando-se pela resolução das suas demandas (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2016)

A prática de humanização está ligada às atividades realizadas no cotidiano da assistência prestada à saúde do indivíduo, de acordo com os estudos, proporcionar a comunicação efetiva diariamente aos pacientes, familiares e equipe de saúde dando a oportunidade de se expressar ou até mesmo entre aqueles que estão inconscientes é um importante instrumento de humanização e pode-se trazer conforto, diminuição de angústias e segurança aos pacientes e seus familiares (EVANGELISTA et al., 2016).

Diante disso, a Política Nacional de Humanização deve ser estendida a todas as áreas do cuidado, especialmente para as unidades de terapia intensiva, que são áreas de alta complexidade. A concretização desse projeto, no entanto, está associada a múltiplos fatores, tais como: as condições de trabalho da equipe de saúde; o tratamento voltado, não só para o paciente, mas também para seus familiares; e a necessidade do cuidado do paciente a partir de uma visão holística do mesmo, considerando-o como um ser biopsicossocial e biopsicoespiritual (MACHADO; SOARES, 2016).

Cada membro da equipe multiprofissional que atua nas unidades de terapia intensiva apresenta suas percepções de mundo e suas especificidades dentro da profissão, mas congregam pensamentos e ações voltadas para práticas no cuidado humanizado. Essas práticas perpassam pela empatia, o acolhimento e a comunicação voltadas ao atendimento do paciente como um ser humano único, singular e socialmente construído, com suas vivências e percepções.

Desse modo, a saúde como integridade não permite a fragmentação em saúde física, mental e social e, portanto, parte-se de uma visão holística que pressupõe entendê-la na interface com a grande diversidade de disciplinas. Essa diversidade torna-se mais complexa quando a realidade da saúde ultrapassa a dimensão individual e passa para a esfera coletiva (FARIAS et al., 2018).

Assim, cada classe profissional participante da pesquisa apresentou em suas falas particularidades de sua percepção no atendimento, mas também apresentaram convergências sobre o atendimento humanizado e intervenções assistenciais que executam na sua prática profissional, elencadas a seguir.

As intervenções assistenciais do psicólogo a pacientes críticos em UTI, o uso de manejo assistencial centrado na equipe, diagnóstico diferencial, atendimento

psicológico de apoio, manejo ambiental, técnicas complementares e intervenção familiar são fortemente recomendadas. Para que as ações terapêuticas sejam implementadas, a flexibilidade e a criatividade nas soluções da situação de crise são condições fundamentais para a percepção das necessidades que cada paciente apresenta (TERRA; GOMES, 2015).

A psicologia desempenha um papel fundamental neste contexto, ao aproximar a família do ambiente da UTI e promover uma melhor interação entre esta, o paciente e os demais integrantes da equipe (médicos, fisioterapeutas, equipe de enfermagem, dentre outros) (FARIAS et al., 2018).

O psicólogo, observado através deste estudo, volta sua prática profissional no atendimento humanizado aos pacientes críticos de UTI, na escuta terapêutica, na empatia e no acolhimento para aproximar o paciente, seus familiares e a equipe de saúde e nas habilidades de uma comunicação efetiva para ouvir e esclarecer as dúvidas dos pacientes, trazendo tranquilidade e confiança no trabalho da equipe para poder se dedicar no tratamento.

As intervenções assistenciais do enfermeiro são diretamente ligadas ao paciente, eles estão 24 horas junto com o doente, realizados procedimentos técnicos e cuidando das necessidades dos mesmos, profissão de suma relevância dentro do ambiente hospitalar. Cabe ao enfermeiro e a sua equipe ouvir as necessidades e a opinião da família para incluir no plano de cuidados. Porém, nota-se que apesar da equipe de enfermagem considerar importante a tarefa de orientar as famílias, poucas vezes assume essa tarefa, que fica a cargo do psicólogo e do assistente social em sua maioria das vezes (FARIAS et al., 2018).

No entanto, no estudo realizado, observamos nas falas dos sujeitos da pesquisa, a consciência da importância do atendimento humanizado dentro do ambiente de UTI, também é possível identificar essas práticas desse profissional no acolhimento e na comunicação com o paciente, explicando ao paciente sobre a situação vivenciada e esclarecendo as dúvidas dos mesmo, no entendimento da importância da proximidade da família para o tratamento do paciente e na percepção do cuidado centrado na pessoa e não na doença.

A intervenções assistenciais do médico a pacientes críticos na UTI estão voltadas principalmente a procedimentos técnicos, a prescrição de medicamentos e condutas e definição de diagnósticos, no entanto, também observamos no estudo através das falas dos sujeitos da pesquisa, as práticas do atendimento humanizado

por meio da empatia em tentar amenizar ao máximo o sofrimento e desconforto do paciente, no acolhimento em ouvir os seus medos e seus anseios, esclarecendo as dúvidas e na comunicação em explicar ao paciente qual a sua real situação e fazer ele compreender o que está acontecendo, fazendo ele participar das decisões sobre seu tratamento e informando os familiares sobre o quadro clínico do paciente participando do processo saúde e doença.

As intervenções na prática profissional do assistente social em ambiente de UTI, especificamente, visam possibilitar aos pacientes internados e familiares orientações e encaminhamentos quanto aos seus direitos sociais, previdenciários e assistenciais, com o objetivo de contribuir em relação às questões sociais que interferem em seu processo saúde e doença (SANTOS; ELEUTÉRIO; LIMA, 2015).

O assistente social como profissional de saúde no ambiente de terapia intensiva, desempenha papel central na humanização e no acolhimento aos usuários, justamente no fortalecimento de vínculos e na comunicação eficiente.

A comunicação em saúde, com desdobramentos no acesso à informação e em processos educativos, estão relacionadas com as habilidades e competências deste campo profissional no contexto hospitalar, apresentando as ações socioeducativas e as ações socioassistenciais como as principais estratégias realizadas pelo profissional de serviço social.

No âmbito da unidade de terapia intensiva, o assistente social intervém junto ao usuário no acolhimento de pacientes e familiares, para fortalecer sua autonomia e informá-lo sobre seus direitos como cidadão. A atuação do profissional no âmbito hospitalar realiza-se de forma educativa, para democratização das informações, voltada à promoção da emancipação do usuário, para que possa ser agente no processo de mudança de sua própria realidade (CFESS, 2010).

No trabalho profissional dos assistentes sociais, a pandemia pela COVID-19 acabou acelerando o processo de entrada de novas tecnologias da informação e comunicação, algo que já estava sendo gradualmente incorporado e vinha desafiando, diante das metamorfoses do mundo do trabalho (CFESS, 2020).

Pode-se compreender que o assistente social, bem como a equipe multiprofissional de saúde, neste contexto, utiliza essas novas tecnologias de comunicação como instrumental técnico e passa pela produção de respostas qualificadas de seus profissionais que necessariamente se reinventa para atender a

demanda que ora se apresenta com todas as particularidades desafiadoras inerentes ao período de pandemia vivenciado.

Com este princípio, Bertachini (2012), traz a comunicação terapêutica como fator de humanização na atenção à saúde por favorecer o entendimento e a reciprocidade dos conteúdos que envolvem o significado da doença e as atitudes coerentes perante o tratamento e a promoção da saúde e da vida.

A comunicação, eficiente, de forma humanizada depende da capacidade do profissional de saúde em saber falar de forma clara e sincera, de uma escuta qualificada, de um diálogo intencional, para criação de vínculo entre o profissional e o usuário, buscando a confiança e o sentimento de segurança do paciente para com a equipe multiprofissional de saúde.

Cabe ressaltar que o profissional de serviço social deve utilizar da comunicação como instrumental dentro do âmbito da saúde para potencializar as ações socioeducativas com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais e exercício da cidadania e não como funções de tratamento à saúde ou terapêutico, uma vez que essas ações fogem do âmbito de competências do assistente social (CFESS, 2010).

Como estratégia do assistente social para uma comunicação eficiente em saúde, através de ações socioeducativas, deve ser uma prática fundamentada nos direitos e responsabilidades do paciente, promovendo a sua autonomia, a potencialização de suas capacidades, promovendo o seu protagonismo e o exercício de sua cidadania, permeada pela ética e sigilo profissional.

Ainda segundo o Conselho Federal de Serviço Social (2010), o assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão.

A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão. Nesta direção, cabe aos profissionais construir um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença (CFESS, 2010).

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a compreensão sobre clínica ampliada, auxilia a equipe multiprofissional, compreendendo que o

diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, pressupõe uma certa regularidade e produz uma igualdade, mas para que se amplie a clínica do paciente há necessidade de ir além do que o sujeito apresenta de igual, o que apresenta de diferente, de singular, sabendo que certas situações e sintomas são exclusivas de determinado paciente (BRASIL, 2012).

A proposta de Clínica Ampliada da PNH compreende cinco eixos fundamentais que permitem uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, que vai além da discussão da doença e/ou do núcleo profissional que se configura no atendimento. Sendo eles:

- 1) Compreensão ampliada do processo saúde-doença, que permite refletir sobre todos os aspectos desse processo sem preferências para uma determinada disciplina ou instrumento de trabalho, e assim pode incluir novos instrumentos para abordar determinada patologia.
- 2) Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas – pressupõe a complexidade, que pode levar a um reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este caminho percorre não só a equipe de saúde, como os usuários do serviço.
- 3) Ampliação do “objeto de trabalho” – neste conceito o objeto de trabalho extrapola qualquer objeto de trabalho de profissionais de saúde e/ou de especialidade, portanto, o objeto de trabalho é a pessoa, ou grupo de pessoas, portanto, responsabilizando-se por pessoas em interação com seu meio.
- 4) A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho – são necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiam uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial), técnicas relacionais, A capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade.
- 5) Suporte para os profissionais de saúde. É necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação (BRASIL, 2012, p. 12 -18).

Neste contexto, o profissional de Serviço Social ganha destaque com suas práticas humanizadas e conhecimento amplo do processo saúde e doença. Para Martinelli (2011), este compromisso profissional é somente alcançado por meio de práticas interdisciplinares, pautadas em um horizonte ético de humanização e respeito à vida. Exigindo um processo contínuo de construção de conhecimentos, pela via da pesquisa e da intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política de Saúde e do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

O exercício profissional do assistente social num ambiente hospitalar, precisa estar alicerçado em um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, no compromisso pelo projeto ético-político da profissão, com domínio da legislação vigente e dos instrumentais técnicos, para conseguir realizar uma comunicação eficiente, objetiva, empática e acolhedora, com o intuito de garantia de direitos e qualidade nos serviços prestados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização das chamadas de vídeo no processo de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na circunstância do afastamento social devido ao COVID-19, se apresentou como uma ferramenta essencial para aprimorar a humanização e mesmo com todas as dificuldades apresentadas, conseguiu melhorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários neste momento de pandemia.

Com o estudo foi possível confirmar que a empatia, o acolhimento e a comunicação em saúde são fundamentais para um atendimento mais humanizado dentro dos ambientes de UTI mesmo com estratégias diferenciadas no período de pandemia pela COVID-19, através das chamadas de vídeo, as chamadas visitas virtuais.

Foi constatado pelo estudo que as vídeos chamadas ou visitas virtuais atuaram como instrumentos importantes para aproximar os pacientes de UTI, seus familiares e a equipe de saúde, com vistas a melhoria na comunicação em saúde tão fundamental para a efetividade do atendimento e qualidade dos serviços, foi identificado que mesmo no pós-pandemia esse instrumento poderá continuar a ser utilizado para facilitar o acesso de familiares distantes, aos paciente e os profissionais de saúde, proporcionando apoio emocional e acolhimento aos usuários do serviço.

O desenvolvimento deste estudo envolveu vários desafios durante o percurso, principalmente pela descoberta de uma nova doença e as consequências causadas pela mesma, existindo poucos estudos científicos publicados sobre a temática, a fim de proporcionar melhorias em um momento que envolveu medo e incertezas nos profissionais que atuam na linha de frente na área da saúde.

Além disso, enquanto pesquisadora foi necessário modificar o modelo de pesquisa proposto inicialmente em 2020, o qual trabalharia a visita ampliada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com o avanço da pandemia o curso desta pesquisa foi alterado, mas não a essência de seu tema, pois mesmo diante das adversidades sempre o objetivo foi de estudar o cuidado humanizado em UTI, e a as chamadas de vídeo foram de grande valia para muitos pacientes e seus familiares, principalmente quando a situação se agrava, esta tecnologia permitiu momentos de despedida, bem como momentos felizes de grande emoção.

Como limitação desta pesquisa, visa-se a necessidade de atualização constante do instrumento (chamadas de vídeo), uma vez que a COVID-19 é uma doença em estudo e a pandemia se tornou um momento desafiador, e que a presença da família em UTI e o cuidado centrado no paciente ainda não é uma realidade em muitos hospitais, mesmo já constando os benefícios da mesma ao paciente.

Por fim, entende-se que este estudo alcançou os objetivos propostos. A utilização das chamadas de vídeo para o desenvolvimento da humanização na assistência, também servirá como instrumento de educação permanente e para o desenvolvimento de práticas de acolhimento e comunicação terapêutica em benefício ao paciente e seus familiares.

Desta forma, aprimorar a abordagem dos assistentes sociais e demais profissionais atuantes em UTIs em práticas interdisciplinares e a tecnologia do cuidado, neste sentido poderá garantir ainda mais a humanização do atendimento, preconizada no SUS, mas e, principalmente, fortalecerá a população usuária do serviço à informação, conhecimento, respeito e dignidade que “todos” têm direito.

A responsabilidade ética vinculada às demandas da população usuária e qualidade dos serviços prestados, perpassa pela autonomia profissional e pela capacidade propositiva e crítica diante desse novo contexto. Para tanto, destaca-se a importância da pesquisa, do estudo e atualização constante, reforçando a construção coletiva de planos de trabalho, formação continuada e reflexiva sobre nossas ações, finalidades e instrumentais.

REFERÊNCIAS

AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Humanização em cuidados intensivos**. Livraria e Editora Revinter Ltda., 2004.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, p. 2423-2446, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, V. C; MONTESCHIO, L. V. C.; GODOY, F. J. de; GÓES, H. L. de F; MATSUDA, L. M; MARCON, S. S. Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 540-546, 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/download/7110/pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta aos Usuários da Saúde**. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Cartilha Humaniza SUS**: visita aberta e direito a acompanhante. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**. Portaria 3.390 de 30 de dezembro de 2013. Acesso em 27/10/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. **Revista Saúde Pública**; v. 45, n. 4, 2011, p. 808-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde, cadernos Humaniza SUS, v.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-2-atenc%CC%A7a%CC%83o-basica/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1820**, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União. 14 de agosto de 2009; Seção 1, n. 155. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus**, 2020. <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia->

[sanitaria/2020/02/brasilconfirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus](#). Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a Covid-19?** 08 de abr. 2021. <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.198, de 02** de setembro de 2021. Dispõe sobre vídeo chamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília, DF, 02 set. 2021c. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2014.198-2021?OpenDocument Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 24 abr. 2023.

BONSERE, W. C. P., ALCIDES, M. A. R., PAETZOLD, M. G., MARTINEZ, A. de C., FLEMING, A. G., SILVA, L.W. F. da. (2021). COVID -19: um histórico inicial de casos no município de Cascavel PR. **Rev. Saúde Pública Paraná**, v. 4, n. 1, 65-76. <https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n1p65>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BETTINELLI, L. A; LORENZINI ERDMANN, A. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. **Avances en enfermería**, v. 27, n. 1, p. 15-21, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002009000100002&script=sci_abstract&tlng=en. Acesso em: 23 out. 2020.

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total**: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10052004-112625/en.php> Acesso em: 21 jul. 2021.

BRILL, N. G. L.; RANGEL, R. F.; ZAMBERLAN, C., ILHA, S. Humanização do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva: potencialidades, desafios e estratégias. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 21, n. 2, p. 113-125, 2020.

CAETANO, J.A; et al. **Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva**: Um estudo reflexivo. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 325-30, 2007.

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020.

CARVALHO SILVA, G. N; et al. A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS E A RESSIGNIFICAÇÃO DO FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE. **Revista Interfaces**. v. 8, n. 3, 2020.

CERVO, A.L; BERVIAN, P.A; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política da Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, 2010.

CFM. **Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 14/2017**, de 27 de abril de 2017, Brasília. 2017. Disponível em: <https://www.sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/14>. Acesso em: 24 abr. 2023.

CHERNICHARO, I. D. M.; FREITAS, F. D. D. S. D.; FERREIRA, M. D. A. Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. **Saúde e Sociedade**, 22, 830-839, 2013.

CHUPEL, C.P; MIOTO, R.C.T. Acolhimento e serviço social: contribuição para discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP. Campinas, v. IX, n. 10, 2010.

CRISPIM, D; et al. **Comunicação difícil e COVID-19**: Dicas para adaptação de condutas para diferentes cenários na pandemia. Disponível em: http://www.sbph.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=905:comunicacao-dificil-e-covid-19&catid=181:dstaques-slider&Itemid=854. Acesso em: 24 abr. 2023.

CORADASSI, C.E; et al (Org). **SARS-COV-2 & COVID-19**: aspectos fundamentais. [livro eletrônico]. Ponta Grossa: UEPG/PROEX, 2020. 40f.; E-book PDF. Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510/2016. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702017000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2023.

COSTA. L. C. A PANDEMIA E A NECESSIDADE DE SOLIDARIEDADE: COMO PENSAR NO BRASIL? In: CASTRO, D; SENO. D. D; POCHMANN, M. (orgs.) **Capitalismo e a Covid-19**: um debate urgente. [livro eletrônico].São Paulo: 2020. 1 v. E-book PDF.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. v.9, n.17, p.401-3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

DIAS, D. M et al. Humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa da literatura. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S.l.], v. 11, n. 4. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27852>. Acesso em: 27 nov. 2022.

EUGÊNIO, C. S; SOUZA, E. N. de. Visita aberta em uti adulto: utopia ou realidade? **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 539-549, 17 out. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-34364>. Acesso em: 20 set. 2021.

EVANGELISTA, V. C., DOMINGOS, T. D. S., SIQUEIRA, F. P. C., BRAGA, E. M. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 1099-1107, 2016.

FARIAS, F. B. B. D. VIDAL, L.L FARIAS, R. A. R JESUS, A. C. P. D. Cuidado humanizado na UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 5, n. 4, p. 635-642, 2013.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; SILVA, C., C. R. L. da; SILVA, R.C, L. da. **UTI: Atuação, Intervenção e Cuidados de Enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul Sp: Yendis Editora Ltda, 2009.

FREEMAN-SANDERSON, A; ROSE, L; BRODSKY, M. B. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) corta laços com o mundo exterior dos pacientes. **Australian Critical Care**, v. 33, n. 5, p. 397-398, 2020. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(20\)30284-8/abstract](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(20)30284-8/abstract). Acesso em: 04 abr. 2021.

FRIZON, G; NASCIMENTO, E. R. P. do; BERTONCELLO, K. C. G; MARTINS, J. de J. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 72-78, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FBVtz9h8SyZqfhLVYYw6PRQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1 ed. 1984.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANÇA, N. M. de A.; PINHEIRO, G. S; BARBOSA, L. A. O.; AVENA, K. de M. Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19: Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil. **The Brazilian Journal Of Infectious Diseases**, Salvador, v. 25, n. 1, p. 35-36, mar. 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867020302749?via%3db>. Acesso em: 22 nov. 2021.

GIBAUT, M. de A. M; HORI, L. M. R; FREITAS, K. S; MUSSI, F. C. Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 47, n. 5, p. 1114-1121, out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9Gb9DtflQ9YprVgbTmxBcvN/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 20 abr.2020.

GUIRARDELLO, E. de B. et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 33, n. 2, p. 123-129, 1999.

GOLDFARB, Michael; BIBAS, Lior; BURNS, Karen. Family Engagement in the Cardiovascular Intensive Care Unit in the COVID-19 Era. **Canadian Journal Of Cardiology**, [S.L.], v. 36, n. 8, p. 1327-1327, ago. 2020. Disponível em: [https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(20\)30506-7/abstract](https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(20)30506-7/abstract). Acesso em: 24 abr. 2021.

GONÇALO, C. da S; BARROS, N. F. de. Entrevistas telefônicas na pesquisa qualitativa em saúde. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 22-26, 2014.

HADDAD, J. G. V; et al. A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 145-155, 2011.

JUNIOR, S. V. S. et al.. Humanizando a assistência intensiva de enfermagem a pessoas com COVID-19. **Rev Rene**, v. 22, 2021. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/58305>. Acesso em: 24 abr. 2022.

KHALEGHPARAST, S; JOOLAE, S; MALEKI, M; PEYROVI, H; GHANBARI, B; BAHRAANI, N. New visiting policy: a step toward nursing ethics. **Nursing Ethics**, v. 26, n. 1, p. 293-306, 2017.

KOZUB, E; SCHELER, S; NECOECHEA, G; OHBYRNE, N. Improving Nurse Satisfaction With Open Visitation in an Adult Intensive Care Unit. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 40, n. 2, p.144-154, 2017. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/cnq/2017/00000040/00000002/art00008>. Acesso em: 20 abr. 2021.

LUIZ, FF; CAREGNATO, RCA; COSTA, MR. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Rev Bras Enferm.** [Thematic Edition "Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society"], v. 70, n. 5, p.1040-7, 2017.

MACHADO, E.R.; SOARES, N.V. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, p. 2342-2348, 2016.

MARQUES, I.R; SOUZA, A.R. de. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev Bras Enferm.** v.63, n.1, p.141-144, 2010.

MARTINELLI, M. L. Serviço Social no contexto hospitalar. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 107, p. 497- 508, 2011.

MATTOS, Biblioteca Professor Paulo de Carvalho (org.). **Tipos de revisão de literatura**. São Paulo: Faculdade de Ciências Agrônômicas Unesp - Campus de

Botucatu, 2015. 9 p. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

MATOS, M. C. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2023.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERHY Emerson E, CHAKKOUR Maurício, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial; 2002.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: Uma visão popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**. 4. ed. Rio de Janeiro, p. 363 - 381, out/dez, 1988.

MOERSCHBERGER, M. S; ZIMATH, S. C. Necessidades e estressores vivenciados por familiares de pacientes politraumatizados internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 122-142, jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2021.

MORAES, J.C.; GARCIA, V. da G.L.; FONSECA, A. da S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. **Revista Nursing**. v. 79, n.7, 2004.

MOTA, G. P. **Judicialização do acesso a leitos de UTI no distrito federal**: Dimensões clínica, ética e legal. 2017. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MONGIOV, V.G. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 306-311, 2014.

NEGRO, A. et al. Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemic. **Intensive And Critical Care Nursing**, [S.L.], v. 60, p. 102893-2, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247985/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

NING, Jing; SLATYER, Susan. When 'open visitation in intensive care units' meets the Covid-19 pandemic. **Intensive And Critical Care Nursing**, v. 62, 2021. Disponível em: <https://researchrepository.murdoch.edu.au/id/eprint/58977/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educativas, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-352, 2005.

OLIVEIRA, T. T., & FONSECA, J. P. S. Cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva: Uma Revisão de Literatura. **Unicor**, Vale do Rio Verde, v. 15, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doença causada pelo coronavírus (COVID-19): **Relatórios de Situação da OMS**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus/doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-covid-19>. Acesso em: 20 out. 2020.

PROENÇA, M.O.; DELL AGNOLO, C.M. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2011; jun; v. 32, n. 2, p. 279-86.

REIS, C.C.A., Sena, E.L.D.S., & FERNANDES, M.H. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **J Res: Fundam Care** [internet], 8 (2), 4212-22, 2016.

RIBEIRO, J. D. S.; GOMES-BRUNO, K. R. **A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**, 2019.

ROCHA, P. K; PRADO, M. L.; CABRAL, P. F. A.; SOUZA, A. I. J.; ANDERS, J. C. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. **Index de Enfermería**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.156-160, 2013. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext%20&%20pid=S1132-12962013000200009. Acesso em: 20 abr. 2021.

RODRIGUEZ, A.C. CALEGARI T. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, e. 933, p.1-8, 2016.

RODRIGUES, Y. S. R. S., SANTANA, R. P. S. PINHEIRO, C. P. O. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Adulta. **CORPVS**, 1(01), 09-24, 2019.

ROSA, R. G.; SILVA, D. B. da; TEIXEIRA, C. Projeto UTI Visitas: Implementação e avaliação da visita familiar ampliada em UTIs brasileiras. **Top Cidadania: Associação Brasileira de Recursos Humanos**, Porto Alegre, p.1-31. 2017.

Disponívelem:

https://www.abrhrs.org.br/sites/default/files/artigos/case_hospital_moinhos_de_vento.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

RUBIM, A. A. C. Entre a PANDEMIA E O PANDEMÔNIO. IN: CASTRO, D; SENO. D. D; POCHMANN, M. (orgs.) **Capitalismo e a Covid-19**: um debate urgente. [livro eletrônico].São Paulo: 2020. 1 v. E-book PDF.

SANCHEZ, R. D. C. N. GERHARDT, P. C., REGO, A. D. S., CARREIRA, LPUPULIM, J. S. L. RADOVANOVIC, C. A. T. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Escola Anna Nery**, 20, 48-54, 2016.

SANTOS, N. C.; ELEUTÉRIO, A. P. S.; LIMA, R. L. O fazer profissional do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva do HUOL: uma análise sob o olhar dos usuários. **Serviço Social em revista**. Londrina, v. 17, n.2, p.146-168, jan./jun. 2015.

SANTOS, KMAB; SILVA MJP. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com familiares de pacientes de UTIs. **Rev Bras Enferm**. Jan-fev; 59(1): 61-6, 2006.

SOUZA, D. O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(Supl.1): 2469-2477, 2020.

SOUZA, R. R. **Análise da satisfação familiar na UTI e a utilização do FS-ICU 24**: O estudo de uma realidade brasileira. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Medicina Intensiva, Setor de Ciências de Saúde, Universidade Federal do Paraná.Curitiba, 2015.

SOUZA JÚNIOR, M. B. M.; MELO, M. S. T.; SANTIAGO, M. E. A ANÁLISE DE CONTEÚDO COMO FORMA DE TRATAMENTO DOS DADOS NUMA PESQUISA QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR. **Movimento**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 29–47, 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/11546>. Acesso em: 26 nov. 2022.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2ª ed. São Paulo: Robe Editorial; 1993.

TERRA, T C do C; GOMES, S R. A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTOS. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 1, n. 1, 17 jun. 2015. Disponível em: <http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/index>. Acesso em: 27 de nov. 2021

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1ed. 21 reimp. São Paulo: Atlas, 2012

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA PESQUISA:
(PARA PACIENTES)

Título do projeto: HUMANIZAÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DE DIFERENTES SUJEITOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS CHAMADAS DE VÍDEO EM TEMPOS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL DECORRENTES DA COVID-19.

Nome: Sexo: M() F() Idade: RG: Telefones: /
Endereço Residencial: Rua: Número: Bairro: Cidade: CEP: Complemento:
Nome de outra pessoa para contato: Grau de parentesco: Telefones: /

Justificativa e os Objetivos da Pesquisa: O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa. A implantação das chamadas de vídeos apresentou-se como uma nova forma de aproximação e acolhimento do paciente com seus familiares e equipe técnica, devido ao distanciamento social causado pela pandemia do coronavírus. O objetivo deste estudo é conhecer a percepção de pacientes, familiares e profissionais de saúde na UTI do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais sobre as chamadas de vídeo com vistas ao aprimoramento da humanização. A pesquisa possui como finalidade identificar aspectos que facilitam a comunicação e que dificultam a interação com o processo de valorização dos sujeitos, para propor alternativas aos entraves destas ações e melhorias na qualidade dos serviços de saúde hospitalar.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. As informações coletadas, serão utilizadas somente para este estudo e depois de organizadas e analisadas, serão divulgadas e publicadas de forma anônima. Essas informações serão mantidas gravadas em arquivos de mp3, e registradas por escrito, por um período de 05 (cinco) anos até o término da pesquisa sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda. Após este período, os dados serão totalmente destruídos.

Descrição dos procedimentos: Para alcançar esses objetivos serão realizadas entrevistas individuais com PACIENTES que ficaram internados na UTI Adulto do HURCG, na qual irão responder a 05 (cinco) questões abertas e fechadas permitindo liberdade para não restringir pensamentos e emoções. Esta entrevista acontecerá em local reservado, garantindo sua privacidade e sigilo.

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com a Instituição (Universidade Estadual de Ponta Grossa). Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o **Pesquisador Responsável:**

Kelly Krezinski Crivoi – Al. Nabuco de Araujo, 601 – Uvaranas Hospital Universitário

TELEFONE: (42) 3311 – 8365 / 99934 – 9488 email: kellykcrivoi@gmail.com

ou com a **Comissão de Ética em Pesquisa:**

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12 - TELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Coordenação) e seccoep@uepg.br (Secretaria)

Pesquisador principal, responsável pelo Projeto:

(Kelly Krezinski Crivoi.)

.....
Concordo/autorizo a participação na pesquisa

Sujeito da pesquisa

Ponta Grossa, _____.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA PESQUISA:

(PARA FAMILIARES)

Título do projeto: **HUMANIZAÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DE DIFERENTES SUJEITOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS CHAMADAS DE VÍDEO EM TEMPOS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL DECORRENTES DA COVID-19.**

Nome: Sexo: M() F() Idade: RG: Telefones: /
Endereço Residencial: Rua: Número: Bairro: Cidade: CEP: Complemento:
Nome de outra pessoa para contato: Grau de parentesco: Telefones: /

Justificativa e os Objetivos da Pesquisa: O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa. A implantação das chamadas de vídeos apresentou-se como uma nova forma de aproximação e acolhimento do paciente com seus familiares e equipe técnica, devido o distanciamento social causado pela pandemia do coronavírus. O objetivo deste estudo é conhecer a percepção de pacientes, familiares e profissionais de saúde na UTI do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais sobre as chamadas de vídeo com vistas ao aprimoramento da humanização. A pesquisa possui como finalidade identificar aspectos que facilitam a comunicação e que dificultam a interação com o processo de valorização dos sujeitos, para propor alternativas aos entraves destas ações e melhorias na qualidade dos serviços de saúde hospitalar.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. As informações coletadas, serão utilizadas somente para este estudo e depois de organizadas e analisadas, serão divulgadas e publicadas de forma anônima. Essas informações serão mantidas gravadas em arquivos de mp3, e registradas por escrito, por um período de 05 (cinco) anos até o término da pesquisa sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda. Após este período, os dados serão totalmente destruídos.

Descrição dos procedimentos: Para alcançar esses objetivos serão realizadas entrevistas individuais com FAMILIARES OU CUIDADORES DE REFERÊNCIA de pacientes que ficaram internados na UTI Adulto do HURCG, na qual irão responder a 05 (cinco) questões abertas e fechadas permitindo liberdade para não restringir pensamentos e emoções. Esta entrevista acontecerá em local reservado, garantindo sua privacidade e sigilo.

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com a Instituição (Universidade Estadual de Ponta Grossa). Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o **Pesquisador Responsável:**

Kelly Krezinski Crivoi – Al. Nabuco de Araujo, 601 – Uvaranas Hospital Universitário

TELEFONE: (42) 3311 – 8256 / 99934 – 9488 email: kellykcrivoi@gmail.com

ou com a **Comissão de Ética em Pesquisa:**

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12 - TELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Coordenação) e seccoep@uepg.br (Secretaria)

Pesquisador principal, responsável pelo Projeto:

(Kelly Krezinski Crivoi.)

.....
Concordo/autorizo a participação na pesquisa

Sujeito da pesquisa

Ponta Grossa, _____.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA PESQUISA:
(PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Título do projeto: **HUMANIZAÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DE DIFERENTES SUJEITOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS CHAMADAS DE VÍDEO EM TEMPOS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL DECORRENTES DA COVID-19.**

Nome: Sexo: M() F()	
Idade: RG: Telefones: /	
Endereço Residencial:	
Rua:	Número:
Bairro:	Cidade:
CEP:	Complemento:
Nome de outra pessoa para contato:	
Grau de parentesco:	
Telefones: /	

Justificativa e os Objetivos da Pesquisa: O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa. A implantação das chamadas de vídeos apresentou-se como uma nova forma de aproximação e acolhimento do paciente com seus familiares e equipe técnica, devido ao distanciamento social causado pela pandemia do coronavírus. O objetivo deste estudo é conhecer a percepção de pacientes, familiares e profissionais de saúde na UTI do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais sobre as chamadas de vídeo com vistas ao aprimoramento da humanização. A pesquisa possui como finalidade identificar aspectos que facilitam a comunicação e que dificultam a interação com o processo de valorização dos sujeitos, para propor alternativas aos entraves destas ações e melhorias na qualidade dos serviços de saúde hospitalar.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. As informações coletadas, serão utilizadas somente para este estudo e depois de organizadas e analisadas, serão divulgadas e publicadas de forma anônima. Essas informações serão mantidas gravadas em arquivos de mp3, e registradas por escrito, por um período de 05 (cinco) anos até o término da pesquisa sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda. Após este período, os dados serão totalmente destruídos.

Descrição dos procedimentos: Para alcançar esses objetivos serão realizadas entrevistas individuais com PROFISSIONAIS DE SAÚDE da UTI Adulto, na qual irão responder a 07 (sete) questões abertas e fechadas permitindo liberdade para não restringir pensamentos e emoções. Esta entrevista acontecerá em local reservado, garantindo sua privacidade e sigilo.

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com a Instituição (Universidade Estadual de Ponta Grossa). Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o **Pesquisador Responsável:**

Kelly Krezinski Crivoi – Al. Nabuco de Araujo, 601 – Uvaranas Hospital Universitário

TELEFONE: (42) 3311 – 8256 / 99934 – 9488 email: kellykcrivoi@gmail.com

ou

com a **Comissão de Ética em Pesquisa:**

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12 - TELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Coordenação) e seccoep@uepg.br (Secretaria)

Pesquisador principal, responsável pelo Projeto:

(Kelly Krezinski Crivoi.)

.....

Concordo/autorizo a participação na pesquisa

Sujeito da pesquisa

Ponta Grossa, _____.

ANEXO B – QUESTIONÁRIO I

QUESTIONÁRIO I (PACIENTE)

I. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:	
SEXO	IDADE
1. Feminino () 2. Masculino ()	_____ anos.
Município de origem:	
NÍVEL EDUCACIONAL	
() analfabeto () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior incompleto () ensino superior completo () pós-graduação	
ESTADO CÍVIL	
() solteiro () união consensual () casado () separado () divorciado () viúvo	
RELIGIÃO	
() católico () evangélico () espírita () nenhuma () outra: _____	
SITUAÇÃO DE TRABALHO	
() empregado () desempregado () autônomo () informal () aposentado () auxílio doença () estudante () dona de casa	
RENDA MENSAL FAMILIAR (em salários-mínimos)	
() Menos de 1 () entre 1 e 2 () entre 3 e 4 () entre 5 e 10 () Superior a 10	
QUESTÕES NORTEADORAS:	
1. Você já ficou internado em uma UTI antes? Se sim, como foi esta experiência para você?	
2. Como foi ficar internado na UTI neste momento de pandemia causada pelo coronavírus e o que você sentiu quando soube/ percebeu que não poderia receber visitas, mas poderia conversar com eles através da chamada de vídeo?	
3. Pode me contar como foi a sua experiência (o que você sentiu) em poder ver e conversar com alguém da sua família ou de confiança por meio das chamadas de vídeo durante esse tempo de internação na UTI com a restrição das visitas devido à pandemia?	
4. Na sua opinião, o atendimento da equipe de saúde da UTI ficou diferente nesse momento de pandemia pelo coronavírus? Pode citar um exemplo?	
5. O que você achou do atendimento da equipe de saúde da UTI em relação a tudo o que você precisou para seu tratamento de saúde e suas necessidades enquanto estava internado na UTI? O que sugere para melhorar?	

Escala de Glasglow (nível de consciência):

A escala de coma de Glasgow (ECG), mundialmente conhecida e elaborada com o propósito de avaliar o nível de consciência dos pacientes de maneira prática e confiável, recebe o nome da universidade onde foi criada em 1974, a Universidade de Glasgow na Escócia. Seus idealizadores foram Granham Taesdale e Bryan Jennett, ambos professores da equipe de neurologia. O objetivo era fornecer uma metodologia de atendimento que apontasse tanto a profundidade do dano neurológico quanto a duração clínica de inconsciência e coma, auxiliando no prognóstico da vítima e na prevenção de eventuais sequelas.

Originalmente, na ECG a gravidade do comprometimento neurológico era analisada por meio de três parâmetros: – abertura ocular, – respostas verbais e, – resposta motora. Recentemente, em abril de 2018, a escala original foi atualizada com a inclusão da avaliação da reatividade pupilar, podendo agora variar de 01 a 15, diferentemente da original, que variava de 03 a 15.

Na prática, inicialmente deve-se identificar se o paciente está em condições para a aplicação da ECG. Por exemplo, pacientes visivelmente alcoolizados, que fizeram uso de drogas ou medicações que possam levar a alteração do nível de consciência, prejudicam sua aplicação.

Se a soma dos resultados ficar entre 13 e 15, a lesão é considerada leve. Entre 9 e 12, é moderada, mas se o resultado pertencer ao intervalo entre 3 e 8, a lesão é grave e necessita de intubação orotraqueal para proteção de via aérea.

Para ilustrar a aplicação do score, abaixo foram relacionadas algumas pontuações com o nível de gravidade do paciente:

- **Pontuação < 3:** Coma. Significa que a pessoa não abre os olhos, não fala nem se mexe ou reage a estímulos.

- **Pontuação = ou > 8:** Considerado um caso crítico nas alterações dos níveis de consciência. Indicada a intubação orotraqueal para proteção da via aérea.

- **Pontuação = ou > 9:** Não há necessidade de proteção da via aérea, porém é necessária avaliação seriada para acompanhamento da evolução do paciente.

- **Pontuação = 15:** É o máximo da escala. Significa que a pessoa abre os olhos espontaneamente, fala coerentemente e obedece a comandos para se movimentar.

REFERÊNCIA:

BIBLIOTECA VIRTUAL DE ENFERMAGEM. Escala de Glasgow: confira o que mudou. 2018. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/escala-de-coma-de-glasgow/>> Acesso em: 19 de agosto de 2020.

OBS: Portanto, serão realizadas entrevistas com os pacientes que foram avaliados pelos profissionais de saúde e estejam na Escala de Glasgow entre 13 a 15.

ANEXO C – QUESTIONÁRIO II

QUESTIONÁRIO II (FAMILIAR)

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:	
SEXO	IDADE
1. Feminino (☐) 2. Masculino (☐)	_____ anos.
Município de origem:	
NÍVEL EDUCACIONAL	
☐ analfabeto ☐ ensino fundamental incompleto ☐ ensino fundamental completo ☐ ensino médio incompleto ☐ ensino médio completo ☐ ensino superior incompleto ☐ ensino superior completo ☐ pós-graduação	
GRAU DE PARENTESCO COM O PACIENTE	
☐ Cônjuge ☐ Filho ☐ Pai/Mãe ☐ Irmão ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____	
Mora com o paciente: (☐) Sim (☐) Não	
Qual a frequência que você visitava o paciente? (antes do internamento no hospital)	
☐ Todos os dias ☐ Mais de uma vez na semana ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente ☐ Anualmente ☐ Esporadicamente	
QUESTÕES NORTEADORAS:	
1. Você já teve algum familiar internado em uma UTI antes? Se sim, como foi essa experiência para você?	
2. Como foi ter um familiar internado na UTI neste momento de pandemia causada pelo coronavírus, e você soube que não poderia visitá-lo, mas poderia ver e conversar com ele através da chamada de vídeo?	
3. Pode me contar como foi a sua experiência (o que você sentiu) em poder ver e conversar com seu familiar/paciente por meio das chamadas de vídeo durante esse tempo de internação na UTI com a restrição das visitas devido à pandemia?	
4. Na sua opinião, o atendimento da equipe de saúde da UTI ficou diferente nesse momento de distanciamento social pelo coronavírus? Pode citar um exemplo?	
5. O que você achou do atendimento da equipe de saúde da UTI em relação a tudo o que seu familiar/paciente precisou para seu tratamento de saúde e suas necessidades enquanto estava internado na UTI? O que sugere para melhorar?	

ANEXO D – QUESTIONÁRIO III

QUESTIONÁRIO III (PROFISSIONAL DE SAÚDE)

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:	
SEXO	IDADE
1. Feminino () 2. Masculino ()	_____ anos.
NÍVEL EDUCACIONAL	
☐ ensino fundamental incompleto ☐ ensino fundamental completo ☐ ensino médio incompleto ☐ ensino médio completo ☐ ensino superior incompleto ☐ ensino superior completo ☐ pós-graduação	
ÁREA DE FORMAÇÃO (Profissão):	
Vínculo empregatício:	
Tempo de formação (anos):	
Tempo de atuação na UTI (anos):	
QUESTÕES NORTEADORAS:	
1. Na sua percepção, quando o paciente sabe/percebe que precisa ser/está internado em uma UTI o que ele imagina?	
2. O que você entende por humanização da assistência e quais práticas você acredita ser importante em um ambiente de UTI?	
3. O que mudou com a pandemia pelo coronavírus no atendimento aos pacientes, os familiares e nas suas práticas profissionais neste ambiente?	
4. Como você avalia as chamadas de vídeo realizadas com os pacientes e suas famílias durante esse período de distanciamento social devido à pandemia pelo coronavírus?	
5. Como foi sua experiência (o que sentiu) em presenciar/acompanhar as chamadas de vídeo com os pacientes e seus familiares (cuidadores) durante a internação na UTI neste período de distanciamento social causado pela COVID19?	
6. Na sua opinião, o atendimento da equipe de saúde da UTI ficou diferente nesse momento de coronavírus? Pode citar um exemplo?	
7. Na sua percepção, a equipe de saúde da UTI consegue proporcionar tudo o que o paciente precisa para seu tratamento de saúde e suas necessidades pessoais enquanto esteve internado? O que sugere para melhorar?	