

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO
PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO CÁRDIO-TORÁCICA
(URCT) EM UM HOSPITAL PRIVADO DE REFERÊNCIA
EM PERNAMBUCO**

CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR

**RECIFE
2021**

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO
PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO CÁRDIO-TORÁCICA
(URCT) EM UM HOSPITAL PRIVADO DE REFERÊNCIA
EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensus*
do Mestrado Profissional em
Psicologia da Saúde da Faculdade
Pernambucana de Saúde como parte
dos requisitos para a obtenção do
grau de mestre.

Mestrando: Celestino Maciel Pedrosa Junior

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Monteiro Costa

Linha de Pesquisa: Processos Clínicos e os Ciclos da Vida

**RECIFE
2021**

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

P372v Pedrosa Junior, Celestino Maciel

Vivências dos profissionais de saúde na unidade de recuperação cardíotorácica (URCT) em um hospital privado de referência em Pernambuco. / Celestino Maciel Pedrosa Junior; Orientadora Juliana Monteiro Costa. – Recife: Do Autor, 2021.

104 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, 2021.

1. UTI. 2. Cirurgia cardíaca. 3. Profissionais de saúde. 4. Cuidado. 5. Humanização. I. Costa, Juliana Monteiro, orientadora. II. Título.

CDU 159:61

Celestino Maciel Pedrosa Junior

**VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA UNIDADE DE
RECUPERAÇÃO CÁRDIO-TORÁCICA (URCT) EM UM
HOSPITAL PRIVADO DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO**

Dissertação de Mestrado apresentada em:

Membros da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Juliana Monteiro Costa (Orientadora – FPS)

Profa. Dra. Isabelle Diniz Cerqueira Leite (Membro Interno – FPS)

Profa. Dra. Ananda Kenney da Cunha Nascimento (Membro Externo – Uel)

Recife, 21 de junho de 2021.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Léo (meu irmão) e à Iara (minha esposa), porque se não fossem eles essa conquista não seria realizada. O meu muito obrigado a vocês dois que me impulsionaram, incentivaram, ajudaram e me apoiaram em todos os aspectos necessários para mais essa realização. Deus vos abençoe e vos retribua em dobro!

Ofereço também a conquista de ter realizado esse mestrado a minha mãe, Luiza Cordeiro Pedrosa, que na sua simplicidade e dedicação, mesmo sem “eu querer sua ajuda”, sempre organizou a minha dormida e a minha alimentação nos dias das aulas presenciais na Faculdade. Mãe, muito obrigado a senhora por tudo! Que Deus e Nossa Senhora possam esta contigo nesse momento. Bença Mãe! (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus pelo dom da vida e aos Meus Pais, Celestino e Luiza, que na sua simplicidade me oportunizaram a busca pelo estudo!

De modo especial à Léo, Meu Irmão! (Meu filho! Risos). Sem o seu apoio e estímulo, talvez eu não tivesse iniciado essa conquista.

À Iara, Minha Esposa, por sua compreensão, incentivo e cuidado comigo. Suas palavras foram extremamente determinantes pra que eu continuasse nessa caminhada.

À Lívia, Minha Filha, por ter me ajudado a escolher os nomes para os participantes do estudo, mesmo pensando que fosse para um irmãozinho seu que estivesse chegando. Risos!

À Juliana Monteiro, Minha Orientadora e Amiga. O seu acreditar em mim me impulsionou a entender que eu era capaz de realizar mais essa etapa profissional.

Aos professores do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde - FPS, vocês são instrumentos do cuidado e do saber. Obrigado pelo carinho e incentivo durante todos os módulos acadêmicos em que podemos vivenciar juntos.

Ao Real Hospital Português de Beneficência em PE, nas pessoas do Diretor Médico, Dr. Cristiano Hecksher, e da Diretora de Ensino e Pesquisa, Dra. Maria do Carmo Lencastre, pela confiança na realização desta pesquisa no hospital.

À Coordenação Médica da URCT Adulto, Dr. Pedro Casé e à Coordenação da URCT Pediátrica, Dra. Monica Fiore, por ter concedido também a autorização para que este estudo fosse realizado no setor.

À Ione Marinho, Supervisora de Psicologia e Minha Amiga, meu muito obrigado por sua compreensão e vontade em sempre querer me ajudar, facilitando várias coisas.

Aos Profissionais de Saúde da URCT que colaboraram com essa pesquisa. Suas falas serão validadas e ecoarão para que todos possam compreender ainda mais esse universo de trabalho.

Aos Meus Colegas e Amigos do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS, Turma 2018-2020. Vocês são demais. Os vínculos construídos permanecerão sempre em nossos corações.

EPIGRAFE

**“E a vida, e a vida o que é?
Diga lá, meu irmão.
Ela é a batida de um coração
Ela é uma doce ilusão
Êh! Ôh!**

**E a vida,
Ela é maravida ou é sofrimento?
Ela é alegria ou lamento?
O que é? O que é? Meu irmão.**

Há quem fale que a vida da gente, é um nada no mundo.

[...] há quem fale que é um divino, mistério profundo.

[...] você diz que é luta e prazer.

Ele diz que a vida é viver

Ela diz que melhor é morrer

[...] somos nós que fazemos a vida,

Como der, ou puder, ou quiser...”

(Compositor: Gonzaguinha)

RESUMO

Cenário: A Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica é um tipo de Unidade de Terapia Intensiva que recebe pacientes no período de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Por tratar-se de uma UTI, esse local convive diariamente com rotinas muitas vezes desgastantes, estressantes e limites, seja pelos pacientes e seus familiares, seja pelos profissionais que ali trabalham. Isso leva à importância de compreender as vivências desses profissionais de saúde dentro desse contexto a fim de promover-lhes atitudes que envolvam um cuidado humanizado. **Objetivo:** Compreender as vivências dos profissionais de saúde inseridos na Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica (URCT). **Método:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas e os seus dados foram analisados a partir da técnica de Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo. Também foram coletados os dados sócio-demográficos dos participantes. As entrevistas foram realizadas individualmente na instituição de saúde, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram preservados os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco com o CAAE 23380719.9.0000.9030 e parecer consubstanciado de número 3.663.502. O período integral do estudo foi de novembro de 2018 a maio de 2021 com os profissionais de saúde de um hospital privado de referência em Pernambuco. **Resultados:** Os resultados desta dissertação foram apresentados em formato de dois produtos: o primeiro refere-se a um artigo científico intitulado “Vivências da equipe de saúde em uma Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica”. O segundo produto diz respeito a uma guia prática que será direcionado aos

profissionais de saúde que trabalham em contexto de UTI com o objetivo de propor e oferecer a eles momentos de escuta e de trocas de experiências, mediado pelo psicólogo, para que os mesmos possam trabalhar e refletir acerca de aspectos inerentes às suas vivências no contexto da Unidade de recuperação cardíaco-torácica. **Discussão:** A presente pesquisa, analisou primeiramente os dados sócio-demográficos da população pesquisada, sendo os mesmos compostos de nove participantes, sendo seis mulheres e três homens. Foram declaradas quatro pessoas casadas, duas solteiras e três em união estável. A faixa etária variou de 30 a 42 anos, com uma média de idade de 35,7 anos. Quanto à religião, cinco consideraram-se católicos, três evangélicos e um cristão. Sete dos entrevistados referiram ter curso de pós-graduação, um possuía ensino superior completo e outro de curso técnico em enfermagem. O tempo de formação variou de 6 a 16 anos, com uma média de 10,6 anos de tempo de formado. Quanto à profissão dos profissionais dois eram médicos, dois fisioterapeutas, dois enfermeiros, um psicólogo, um fonoaudiólogo e um técnico de enfermagem. Em relação ao tipo de vínculo, todos se enquadravam na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A carga horária variou entre 24h a 40h, tendo dois participantes com regime de plantão 12x36h. Verificou-se, ainda, que três participantes eram plantonistas em outros serviços hospitalares com uma carga horária de 24 a 30 horas, e seis não executavam outros plantões. Acerca de outros vínculos empregatícios, seis participantes afirmaram trabalhar em outros serviços hospitalares, em consultórios particulares, e como consultor comercial. Também foram considerados e analisados neste estudo, os achados das entrevistas no qual resultaram em quatro categorias. A primeira categoria diz respeito às *vivências dos profissionais de saúde na Unidade de Recuperação Cardíaco-Torácica (URCT)*, nas quais os mesmos puderam expressar seus sentimentos acerca de suas vivências e convivência nesse tipo de ambiente hospitalar. A segunda categoria trata do *silêncio na URCT na perspectiva*

dos profissionais de saúde. Nela, os profissionais de saúde refletem sobre a possibilidade da existência do silêncio dentro da UTI, bem como apresentam suas considerações acerca das manifestações do silêncio nesse tipo de ambiente. Na terceira categoria, fala-se sobre *a compreensão dos profissionais de saúde acerca do cuidado e suas repercussões nas atitudes humanizadas.* Nessa categoria, os profissionais comentam como eles tem lidado no dia a dia com suas relações de cuidado e como eles compreendem essa temática do cuidado. Por fim, na quarta e última categoria é discorrido sobre *os recursos de enfrentamento vivenciadas pelos profissionais de saúde inseridos na Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica (URCT).* Nesta categoria, os profissionais de saúde falam sobre quais recursos de enfrentamento eles têm utilizado para vivenciar e lidar no seu dia a dia com situações pertinentes a esse tipo de ambiente hospitalar. **Considerações finais:** Compreender as vivências dos profissionais de saúde em uma Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica tornou-se bastante significativa, já que esse tipo de ambiente instiga aos mesmos vivenciar inúmeras situações em que podem gerar vários sentimentos e ações. Também se faz oportuno proporcionar um ambiente acolhedor, humano e menos desgastante é um grande desafio pra todos os envolvidos no processo de saúde nos dias atuais. Cada vez mais é exigido um cuidado humanizado neste tipo de ambiente, em detrimento a um tipo de tecnologia em que apenas é considerado os aparatos tecnológicos (tecnologia dura). Se faz pertinente olharmos para os processos de trabalho em conjunto com as intervenções assistenciais de atos de saúde (tecnologia leve dura e tecnologia leve).

Palavras Chaves: UTI; Cirurgia Cardíaca; Profissionais de Saúde; Cuidado; Humanização.

ABSTRACT

Scenario: The Cardio-Thoracic Recovery Unit is a type of Intensive Care Unit that receives patients in the postoperative period of cardiac surgery. Because it is an ICU, this place lives daily with routines that are often stressful, stressful and limits, either by patients and their families, or by the professionals who work there. This leads to the importance of understanding the experiences of these health professionals within this context in order to promote attitudes that involve humanized care. **Objective:** To understand the experiences of health professionals inserted in the Cardio-Thoracic Recovery Unit (URCT). **Method:** This is a qualitative study. Data collection was performed through semi-structured interviews and their data were analyzed using the Thematic Content Analysis technique proposed by Minayo. Participants' socio-demographic data were also collected. The interviews were conducted individually at the health institution, after signing the Free and Informed Consent Form. The ethical precepts established by Resolution 466/12 of the National Health Council were preserved. The research was approved by the Ethics Committee in Research with Human Beings of the Real Hospital Português de Beneficência in Pernambuco with CAAE 23380719.9.0000.9030 and a substantiated opinion number 3,663 .502. The entire study period was from November 2018 to May 2021 with health professionals from a private reference hospital in Pernambuco. **Results:** The results of this dissertation were presented in the form of two products: the first refers to a scientific article entitled “Experiences of the health team in a Cardio-Thoracic Recovery Unit”. The second product concerns a practical guide that will be directed to health professionals who work in the context of the ICU in order to propose and offer them moments of listening and exchanging experiences, mediated by the psychologist, so that

they can work and reflect on aspects inherent to their experiences in the context of the Cardio-Thoracic Recovery Unit. **Discussion:** The present research, first analyzed the socio-demographic data of the researched population, being the same composed of nine participants, being six women and three men. Four married people were declared, two unmarried and three in a stable relationship. The age range ranged from 30 to 42 years, with an average age of 35.7 years. As for religion, five considered themselves Catholic, three evangelicals and one Christian. Seven of the interviewees reported having a postgraduate course, one had completed higher education and the other had a technical nursing course. The training time ranged from 6 to 16 years, with an average of 10.6 years since graduation. As for the profession of the professionals, two were doctors, two physiotherapists, two nurses, a psychologist, a speech therapist and a nursing technician. Regarding the type of employment, all of them were included in the Consolidation of Labor Laws (CLT). The workload varied between 24h and 40h, with two participants on a 12x36h shift. It was also found that three participants were on duty in other hospital services with a workload of 24 to 30 hours, and six did not perform other shifts. Regarding other employment relationships, six participants stated that they work in other hospital services, in private offices, and as a commercial consultant. The findings of the interviews were also considered and analyzed in this study, which resulted in four categories. The first category concerns the experiences of health professionals in the Cardio-Thoracic Recovery Unit (URCT), in which they were able to express their feelings about their experiences and living in this type of hospital environment. The second category deals with silence at URCT from the perspective of health professionals. In it, health professionals reflect on the possibility of the existence of silence within the ICU, as well as presenting their considerations about the manifestations of silence in this type of environment. In the third category, there is talk

about the understanding of health professionals about care and its repercussions on humanized attitudes. In this category, professionals comment on how they have dealt with their care relationships on a daily basis and how they understand this care theme. Finally, in the fourth and last category, the coping resources experienced by health professionals inserted in the Cardio-Thoracic Recovery Unit (URCT) are discussed. In this category, health professionals talk about what coping resources they have used to experience and deal with situations relevant to this type of hospital environment on a daily basis. **Final considerations:** Understanding the experiences of health professionals in a Cardio-Thoracic Recovery Unit has become quite significant, since this type of environment encourages them to experience countless situations in which they can generate various feelings and actions. It is also opportune providing a welcoming, humane and less stressful environment is a major challenge for everyone involved in the health process today. Humanized care is increasingly required in this type of environment, to the detriment of a type of technology in which only technological devices are considered (hard technology). It makes sense to look at work processes in conjunction with health care assistance interventions (light hard and light technology).

Key Words: ICU; Cardiac Surgery; Health Professionals; Care; Humanization.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	16
II. OBJETIVOS	28
2.1. Objetivo Geral:	28
2.2. Objetivos Específicos:	28
III. MÉTODOS	29
3.1. Desenho do Estudo	29
3.2. Local do Estudo	29
3.3. Período do Estudo	30
3.4. População do estudo	30
3.5. Amostra do estudo	30
3.6. Critérios de elegibilidade	31
3.6.1 Critérios de Inclusão	31
3.6.2 Critérios de Exclusão	31
3.7. Coleta de Dados	31
3.8. Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes.....	32
3.9. Instrumentos para a coleta de dados	33
3.10. Processamento e análise dos dados	34
3.11. Aspectos Éticos	35
3.12. Riscos e Benefícios.....	35
3.13. Conflitos de interesses.....	36
IV. RESULTADOS	37
4.1. Artigo.....	38
4.2. Guia Prático.....	71
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
VI. REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	84
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e esclarecido - TCLE.....	84
APÊNDICE B – Termo de Sigilo e Confidencialidade.....	88
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista individual semi-estruturado.....	89
APÊNDICE D – Formulário dos Dados Sociodemográficos.....	91
APÊNDICE E – Quadro dos Dados Sociodemográficos.....	93
APÊNDICE F – Carta de Anuência.....	94
ANEXOS	95
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de ética.....	95
ANEXO 2 – Normas e orientações para submissão do artigo.....	99

LISTA DE SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CTI – Centro de Terapia Intensiva

dB – Decibéis

FPS - Faculdade Pernambucana de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar

RHP – Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

URCT – Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos participantes do estudo. Unidade de Recuperação cardíaco-torácica (URCT-UTI), 2020. (vide Apêndice E)

I. INTRODUÇÃO

O campo da saúde é bastante complexo e rico pela diversidade de conceitos que o envolve. O processo saúde-doença está presente constantemente para os profissionais de saúde e tem na sua relação a vivência que cada um traz, seja pela habilidade técnica ou pela experiência acumulada ao longo do tempo.¹

Somada a toda complexidade subjacente ao processo saúde-doença há a fragilidade humana que, de tantas vezes presente no adoecimento, provoca angústia e sofrimento ao ser humano. Sendo assim, considera-se que haja um novo olhar sobre a objetividade do corpo introduzindo a pessoa na sua singularidade e subjetividade. Diante de conflitos e receios que comportam o ser humano em qualquer momento de sua vida, principalmente no processo do adoecimento, deve-se haver uma postura de compreensão. A compreensão dos aspectos psicodinâmicos do adoecer, entre a ansiedade, depressão, sentimentos de baixa auto-estima, e dificuldade de adaptação ao tratamento, em sua relação com o indivíduo doente, auxiliou na instrumentalização da melhoria da qualidade de vida na hospitalização e no tratamento, tornando a equipe de saúde sensível à diminuição da cisão entre corpo e mente, à comunicação que se estabelece com o paciente e ao trabalho interdisciplinar.¹

Ter essa compreensão a partir da temática do cuidado em saúde é essencial, pois se verifica que uma das considerações acerca dessa questão é a partir de um termo polissêmico que remete a ações que lidam com a vida, com a ecologia e com a condição humana a partir da dimensão técnico-científica, expressiva e ética.^{2,3,4}

Afirma-se que o homem apenas constitui-se homem a partir do cuidado, cuidado esse essencial a sua condição humana. É apontado uma nova ternura para com a vida e

um sentimento (pathos) autêntico de pertença à Mãe-Terra no modo de ser essencial por meio do "cuidado essencial".⁵

O cuidado é inerente à condição/constituição humana, sendo essência da humanidade. Não se trata de pensar e falar sobre cuidado como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar a partir do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. *Não temos cuidado. Somos cuidado.* Isso significa que o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. O cuidado ainda é considerado como uma atitude de desvelo, solicitude para com uma outra pessoa, que deve acima de tudo ser amada. Pois o cuidado verdadeiro só acontece quando existe uma pré-ocupação genuína para com o outro.⁵

O cuidado na concepção heideggeriana tem um papel fundamental na estruturação ontológica do ser humano, bem como na maneira de que este enquanto Ser-no-Mundo se relaciona com as coisas, com os outros e consigo mesmo.⁶

Nesta concepção são abordadas três dimensões/significados de cuidado, que são elas: cuidado como ocupação (cuidado com as coisas do mundo - *Besorgen*), como preocupação (cuidado antecipado com os outros - *Fürsorge*); e como cuidado de si (*Sorge um Sich*). Os dois primeiros situam-se na dimensão ôntica do cuidado, enquanto o terceiro está na dimensão ontológica.⁶

Já que o Ser-no-Mundo é, ao mesmo tempo, ôntico e ontológico, essas três formas de cuidado coexistem: ocupar-se e preocupar-se também é cuidado de si, mas um cuidado impróprio posto que aliena o ser-aí (*Dasein*) nas coisas do mundo. O cuidado reveste a forma de um ocupar-se/ocupação (*Besorgen*), onde o ser humano cuida na medida em que deles se ocupa. No *Dasein*, o ser humano constrói o seu modo de ser, a sua existência, a sua história.⁶

Apenas o cuidado de si, enquanto dimensão ontológica (*Sorge um Sich*) é considerado um cuidado próprio pois permite, a partir da angústia, a abertura de si para outras possibilidades de ser. A angustia é um elemento constituinte da existência do *Dasein* como Ser-no-Mundo. Só o ser humano se angustia; pois esta angustia dar-se pelo fato de estar no mundo, ou seja, pelo fato de ter sido colocado na existência. É na angustia que o homem encontra a possibilidade de sair da inautenticidade em que se vive, para poder assumir sua autenticidade.⁷

Nesse sentido, poderíamos pensar que ao cuidar de si de forma própria (em sua dimensão ontológica, como abertura a outras possibilidades de ser) o ser-no-mundo estaria mais preparado para cuidar do outro também de forma própria. Mas ao cuidar do outro de forma pre-ocupada, acaba-se cuidando do outro (e de si mesmo) de forma descuidada.⁷

Nesse aspecto o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser; é a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de *Ser-no-Mundo* que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas.⁷

Também de certo modo, o importante não é se o cuidado é considerado numa concepção macro ou micro, mas sim, que o mesmo possa ser percebido como imbuído de responsabilização e de envolvimento afetivo com a pessoa humana.⁸

As práticas do cuidado ao ser humano, seja ele paciente, família ou profissional de saúde, devem ser compreendidas em sua integralidade, quanto à relação da subjetividade e autonomia acerca da vida, do tratamento e das relações profissionais no contexto hospitalar. Por isso também tais práticas não podem ser dissociadas das políticas de humanização.

De certo modo, a iniciativa do cuidar, principalmente no contexto da saúde, tem

sido refletida, e nesse sentido é válido destacar a necessidade de formulação de políticas públicas específicas para humanizar o atendimento às pessoas que necessitem da assistência à saúde.⁵ Tomar a saúde como valor de uso, é ter por padrão o vínculo com os seus usuários, garantindo direitos a eles e aos seus familiares; é também estimular que os mesmos se coloquem como protagonistas do sistema de saúde; além de propor que os profissionais tenham melhores condições de realizar seu trabalho de modo digno e criador de novas ações, a fim de possibilitá-los participar como co-gestores de seu processo de trabalho.^{9,10}

Em 2001, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional da Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o objetivo de humanizar a assistência nos hospitais. Em 2003, esse programa tornou-se uma Política Nacional de Humanização (PNH) ou Humaniza-SUS. Segundo essa Política, a humanização supõe troca de saberes, incluindo os dos usuários e sua rede social, bem como diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe.⁹

Neste aspecto, a humanização é um pacto, uma construção coletiva que propõe acontecer a partir da construção e troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, além do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, assim como da criação de redes solidárias e interativas, participativas no processo de saúde.¹⁰

A PNH tem como alguns de seus objetivos: a) valorização da dimensão subjetiva e social dos diferentes sujeitos: usuários, profissionais de saúde e gestores; b) mudança na cultura do atendimento e gestão vigente no hospital, buscando melhorar a qualidade e eficácia; c) capacitar os profissionais de saúde dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde, no intuito de valorizar a vida humana e cidadania; d)

estabelecimento de vínculos solidários, respeito e a ética na relação entre os profissionais de saúde; e) identificação das necessidades sociais da saúde; f) melhoria das condições de trabalho para os profissionais e de atendimento aos usuários.^{9,10,11}

A partir desses objetivos, a humanização na PNH teria como proposta focar no atendimento com qualidade, vínculos solidários; trabalho em equipe dos profissionais de saúde; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; melhoria das condições de trabalho e valorização do profissional de saúde; além da ampliação do processo de comunicação e diálogo, buscando produzir uma nova cultura de atendimento.¹¹

Destacando, particularmente, a dimensão da relação entre profissional de saúde e usuário do serviço, a humanização na saúde pode ser considerada como uma busca da relação entre o conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, da família e do convívio com a equipe de profissionais de saúde.⁹

A Humanização na PNH representa também um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde, com o intuito de conciliar a mais alta tecnologia disponível com a proposta de promoção de acolhimento, respeito, ética do paciente ao bom exercício técnico e satisfação dos profissionais de saúde, e com isso percebe-se então que a tecnologia e a temática do cuidado estão correlacionadas.⁹

O atendimento de qualidade é um direito de cada pessoa. Para tanto, durante os últimos anos tem-se desenvolvido cada vez mais técnicas e dispositivos que facilitem e melhorem as condições de atendimento ao cliente, buscando diminuir sua internação e agilidade no tratamento. Algumas das características peculiares de uma UTI em situações iminentes de emergência, diz respeito a ambientes permeados de tecnologia e necessidades de agilidade, habilidade no atendimento as pessoas que ali encontram-se. Estas unidades são organizadas de maneira a prestar assistência especializada no

momento crítico, com risco de vida, exigindo controle e assistência especializada. Em virtude desses fatos, justifica-se a introdução de tecnologias cada vez mais aprimoradas que buscam, por meio de aparelhos, preservar e manter a vida do paciente em estado grave, através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exige profissionais de saúde inseridos nesse contexto, alta capacitação e habilidade.⁹

Diante dessa questão, a tecnologia pode ser compreendida e classificada a partir de algumas considerações, que são: a tecnologia dura, onde essa é representada por máquinas e aparelhos; a tecnologia leve dura, na qual engloba o saber profissional que pode ser estruturado e protocolizado; e por fim a tecnologia leve, que refere-se à cumplicidade, à responsabilização e ao vínculo manifestados na relação entre usuário e trabalhador de saúde, ou seja, voltada na proposta de produção de processos relacionais como alternativas para atos de saúde. Neste sentido, o profissional de saúde além de ser o produtor do ato de saúde, torna-se também um executor do cuidado, exercendo no campo das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos dentro de um projeto terapêutico específico.^{9, 12, 13}

Refletir acerca do cuidado humanizado, na perspectiva das tecnologias hospitalares modernas, leva a repensar a inerente habilidade do ser humano em tentar buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, a fim de possibilitar uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal, adequando esses dois campos.¹⁴ Com efeito, verifica-se que o cuidado apresenta várias transversalidades, as quais estão também em consonância com saberes e práticas, além das emoções e implicações psicoafetivas.¹⁴

Trazendo a discussão ainda mais para dentro do contexto hospitalar, verifica-se que, com o passar do tempo, as UTI's modernizaram-se em termos tecnológicos de maneira importante, principalmente nos últimos anos, tanto no que diz respeito aos recursos medicamentosos quanto aos equipamentos e técnicas de intervenção. Dessa

maneira, a humanização da saúde passa a ser um desafio, já que a tecnologia cada vez se supera.⁹

Nas UTI's, a rotina de trabalho mais acelerada, o clima constante de apreensão e as situações de morte iminente acabam por tornar ainda mais possíveis e extremadas as interferências emocionais da hospitalização no paciente e em seus familiares, assim como, nos profissionais de saúde envolvidos.¹⁵ Quando o paciente é admitido nesse contexto, o mesmo fica exposto a diversos agentes estressores, como confinamento, restrição ao leito, cirurgias, uso de aparelhos, ruídos e iluminação constantes, frequente realização de exames, além das alterações na sua rotina, afastamento do trabalho, dos amigos, dificuldade em conciliar o sono e mudanças alimentares repentinas.¹⁶

Esses agentes estressores podem ocasionar reações emocionais variadas como ansiedade, medo, conflitos, insegurança, irritabilidade, dentre outras comumente relacionadas ao contexto de internação.¹⁷ As reações emocionais disruptivas podem, inclusive, chegar a acompanhar diversas doenças, quer como causa, quer como agravantes ou como consequência das mesmas.¹

Numa pesquisa qualitativa realizada em uma UTI Adulto de um hospital referência regional do sul do País, as autoras trazem um recorte dos aspectos emocionais que os pacientes vivenciam durante o período de internação. As mesmas apontam os estressores relacionados ao ambiente, à equipe e aos fatores físicos geradores de estresse, cuja maioria poderia ser controlada pela equipe de saúde. A UTI, por si só, é um tipo de ambiente que pode contribuir para elevar o nível de estresse nos pacientes; associada a isso, percebe-se que a ausência da informação sobre o que está acontecendo consigo pode gerar neles sentimentos de angústia e insegurança.¹⁸

Os pacientes sentem-se “presos” pelos equipamentos, perdendo também a noção do tempo devido à alteração no nível de orientação, e ficam excluídos das discussões

sobre seu tratamento. Os mesmos ainda referem medo real da morte, que provoca ansiedade diante desse momento da hospitalização.¹⁸

Paralelo a essa questão, no estudo realizado na UTI Adulto de um Hospital Público do Município de Aracajú-SE, com uma população de 24 familiares, verificou-se que os sentimentos expressos pelos mesmos diziam respeito à ansiedade, à preocupação, à angústia, à tristeza, à impotência, à mágoa, ao pânico, à perda, à confiança, à segurança, à fé, à esperança, entre outros. Por sua vez, os autores sinalizam nos resultados que a ansiedade se mostrou muito mais freqüente do que os outros sentimentos.¹⁹

Percebe-se que a própria dinâmica da UTI, seja ela a movimentação da equipe nesse setor, a luminosidade excessiva, os gemidos, entre outros, influencia para que haja vários estímulos sonoros, e com isso, gere uma gama de situações estressoras ao paciente.¹⁸

Por meio da mensuração dos sons no ambiente de UTI, percebe-se que o ruído, som contínuo dos equipamentos e aqueles que são provocados pela própria equipe de saúde, que é excessivo e superior a 85 decibéis (dB), favorece o aumento da sensibilidade dos pacientes à dor, à irritação, ao estresse pós-traumático, podendo provocar agitação psicomotora, *delirium*, alterações do ritmo cardíaco e do sono.^{20,21}

O nível elevado dos ruídos e sons também pode causar nos pacientes efeitos comportamentais, fisiológicos e psicológicos, tais como: hipertensão arterial, cefaléia, confusão mental, perda de concentração, estresse e irritabilidade. Sabe-se, ainda, que esses acontecimentos podem prejudicar as defesas e o restabelecimento do organismo doente.^{20,21,22} A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, reconheceu que o ruído pode prejudicar a audição e causar reações psicológicas, fisiológicas e patológicas nas pessoas expostas a ele por muito tempo.²³

Por outro lado, ao paciente debilitado sempre é recomendada a manutenção de seu repouso, a fim de que onde haja preservação de um ambiente menos ruidoso e com o silêncio preservado a recuperação tende a tornar-se mais rápida e melhor. Um ambiente tranquilo pode trazer inúmeros benefícios para o restabelecimento da saúde dos pacientes, assim como é possível também a redução do estresse dos profissionais.²¹

Compreender a temática do “silêncio” no ambiente de terapia intensiva, de um modo geral, mas principalmente nos que prestam serviço de cuidado no pós-operatório de cirurgia cardíaca, parece de inteira importância, visto que o ambiente por si só já se apresenta como ruidoso, barulhento, levando a ter uma condição em que pode exacerbar vários sentimentos e comportamentos dos profissionais de saúde. Entre eles, cita-se a ansiedade, o estresse, a necessidade de tomada de decisões rápidas e sem “erros”, já que, caso isso aconteça, pode levar à situação de extremo limite da relação de vida e morte do paciente, podendo provocar nesses profissionais algum tipo de sofrimento.

Ao falar da importância da preservação do silêncio nesse tipo de ambiente hospitalar, reforça-se a necessidade de criar estratégias de cuidado humanizado não só aos pacientes e familiares que ali se encontram, mas oferecer aos profissionais inseridos nesse contexto meios de como lidar e conviver diariamente com situações que podem provocar situações das mais variadas.

Pode-se pensar de que os profissionais de saúde ocupam-se de protocolos, equipamentos e procedimentos; além da preocupação com os pacientes internados. No entanto, se não cuidam de si de forma apropriada, pode comprometer os dois outros tipos de cuidado, e o que se tornariam de certo modo um tipo de cuidado descuidado.²⁴

Fazendo um paralelo com a concepção heideggeriana do cuidado, o silêncio na UTI poderia ser concebido como uma possibilidade (um espaço-tempo) para o cuidar-de-si dos profissionais de saúde, no qual seria representado o contato mais íntimo de

consigo mesmo, e no qual poderia proporcionar mudanças ontológicas, resultantes em outras possibilidades de Ser-no-Mundo a partir de maneiras mais humanizadas do cuidar do outro.²⁴

Assim tratar da humanização, de cuidado humanizado na UTI, direciona também a repensar sobre a temática do silêncio, e de quanto se requer estudos que abordem esse tipo de temática.

Por sua vez, no estudo: “O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, que envolveu 39 participantes, sendo eles profissionais de saúde, gestores, pacientes e familiares, no período de 2009 a 2010 em três UTIs, reafirma-se a necessidade de compreender a UTI como um ambiente dinâmico e complexo, além meramente da dicotomia do saber e do foco centrado na doença, e sem dicotomizar o ser humano que se encontra aos cuidados nesse ambiente. Este estudo aponta acerca da importância que se deve ter em compreender o paciente a partir da visão do todo integrado.²⁵

Um estudo realizado na cidade de João Pessoa-PB, em 2006, sobre o Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar, traz uma reflexão sobre o papel do profissional de saúde nos atendimentos realizados no ambiente hospitalar, visando propor uma melhoria na qualidade dos mesmos. Neste estudo é comentado ainda que é de extrema significância fazer a reflexão sobre como as posturas profissionais estão diante dessa relação de cuidado acerca dessa temática, provocando e reforçando os profissionais sobre como agir diante da importância do processo de humanização dentro do contexto hospitalar.¹⁰

A preocupação generalizada dos profissionais da área de saúde em prestar uma assistência mais humanizada reforça a necessidade de manejar de forma mais adequada os aspectos emocionais frente ao adoecer. Dessa forma, os profissionais de saúde estão

sendo impelidos a se aperfeiçoarem e complementarem seus conhecimentos para que possam atender aos pacientes a partir de uma perspectiva biopsicossocial e espiritual.¹⁰

O contexto hospitalar é onde se coloca à disposição na prestação de cuidados assistenciais às pessoas hospitalizadas, especialmente numa Unidade de Terapia Intensiva de Recuperação Cardio-Torácica, uma das maiores concentrações de tecnologias diagnósticas e terapêuticas. Esse tipo de Unidade se diferencia das demais unidades de um hospital geral, por oferecer tratamento especializado e intensivo para o paciente em estado de pós-operatório de cirurgia cardíaca.¹⁵

Numa revisão sistemática da literatura, sobre cirurgia cardíaca e as manifestações psicológicas do paciente no Pré e Pós-operatório, realizada entre os anos de 1985 a 2009, indicaram que os seus resultados permitiram visualizar que o interesse da ciência pelo procedimento cirúrgico cardíaco, com pouco estudo no âmbito mundial, demonstra ser o Brasil o país que mais pesquisas e publicações realizam sobre esse assunto. Também foi observado que as manifestações apresentadas pelo paciente, apontadas pelo estudo, foram ansiedade, depressão, medo, padrões de sexualidade alterados e distúrbio no padrão do sono. Neste estudo citado, ainda é sinalizado que a atenção da equipe multiprofissional diante desses aspectos é importante para que o procedimento cirúrgico venha a ter eficácia. Identificar como o paciente enfrenta e lida com a temática da cirurgia cardíaca, torna-se um aspecto importante para os profissionais de saúde que o assistem.²⁶

O início do século XIX foi considerado o marco inicial dos estudos da cirurgia cardíaca e, a partir daí, muitos estudos e pesquisas vieram se desenvolvendo sobre esse assunto. O Brasil realiza aproximadamente 350 cirurgias cardíacas/1.000.000 habitante/ano, enquanto que os Estados Unidos realizam 2.000 cirurgias

cardíacas/1.000.000 habitante/ano. Esse tipo de cirurgia tem a capacidade de mudar a história natural da doença em evolução.^{27,28}

Com isso, percebe-se que a intervenção cirúrgica é uma vivência que carrega consigo diferenciados aspectos emocionais, e que paradoxalmente, é vivenciada como ameaça à vida. Apesar de trazer benefício ao paciente, do ponto vista clínico, suscita nele sentimentos relacionados com a possibilidade da morte, já que há toda uma simbologia e representação que é envolvida quando se trata do ‘consertar’ o coração.²⁹

Sendo assim, será então na cardiologia que a simbologia da vida pulsa com maior riqueza? Em tantas outras sociedades e culturas, o coração é percebido como vital à existência humana. Misturam-se conceitos científicos com os afetivos que valorizam e é peculiar à vida. As vivências relacionadas ao coração podem também propiciar grandes expectativas junto ao tratamento e às percepções sobre a existência humana, principalmente pelos profissionais de saúde.¹

Diante disso, se fez pertinente buscar por meio desse Mestrado Profissional alternativas para que fosse instigada uma reflexão acerca dessa questão: “como se dá as vivências dos profissionais de saúde inseridos na UTI especializada na recuperação dos pacientes de pós-operatório de cirurgia cardíaco-torácica?”

II. OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral

Compreender as vivências dos profissionais de saúde inseridos na UTI especializada na recuperação dos pacientes de pós-cirurgia cardíaco-torácica (URCT).

2.2 – Objetivos Específicos

- Descrever os dados sociodemográficos dos Profissionais de Saúde;
- Conhecer as vivências dos Profissionais de Saúde inseridos na URCT;
- Investigar, na perspectiva dos Profissionais de Saúde da URCT, a compreensão do silêncio nesse cenário;
- Compreender o cuidado humanizado na dimensão da relação entre Profissionais de Saúde e pacientes hospitalizados;
- Descrever os recursos de enfrentamento utilizados pelos Profissionais de Saúde para a sua atuação na URCT;
- Elaborar um guia prático de roda de conversa para os Profissionais de Saúde como orientação para um momento de escuta e de trocas de experiências inerentes às suas vivências no contexto da URCT, com a mediação do profissional de Psicologia.

III. MÉTODO

3.1 – Desenho do Estudo

Estudo de natureza qualitativa com profissionais da saúde, centrado na compreensão das vivências dos participantes. Nesse tipo de contexto, a metodologia qualitativa aplicada à saúde emprega a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, conhecendo a fundo suas vivências, e que representações têm dessas experiências de vida.³⁰

3.2 – Local do Estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Recuperação Córdio-Torácica (URCT) do Real Hospital Português de Beneficência em PE (RHP), localizado na região metropolitana de Recife – PE. A história da URCT iniciou-se a partir de 1980 a 1990 com os esforços, na época, de alguns profissionais, entre eles o Dr. Carlos Moraes, o Dr. Mauro Arruda e o Dr. Mozart Escobar que, juntamente com a direção do hospital na época, deram andamento ao sonho de ter uma Unidade de Cirurgia de referência no Estado de Pernambuco.³¹

Essa Unidade atualmente tem um total de 25 leitos adultos e 08 pediátricos, a qual recebe diariamente pacientes com cirurgia cardíaca proveniente de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por convênio médico e por internação particular.

Esse local comporta um número de aproximadamente 162 profissionais, sendo um total de 22 médicos (incluindo o Coordenador Médico do setor) na parte dos adultos, 14 médicos na parte da pediatria (incluindo a Coordenadora Médica do setor), 17 enfermeiros (incluindo a Supervisora de Enfermagem do setor), 88 técnicos de enfermagem, 15 fisioterapeutas, 02 nutricionistas (as profissionais não são fixas do

setor), 02 psicólogos, 01 fonoaudióloga (a profissional não é fixa do setor), 01 assistente social (a profissional apenas dá o suporte no setor quando solicitada pela equipe), 01 técnico de laboratório por plantão, 01 pessoa do administrativo, 02 recepcionistas, além do pessoal da higienização. Também há alguns profissionais que circulam pelo setor como, por exemplo, o pessoal da radiologia e da manutenção geral do hospital.

3.3 – Período do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco (RHP), conforme parecer substanciado do CEP no ANEXO 1, e a coleta foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. O período integral do estudo ocorreu entre os meses de novembro de 2018 a maio de 2021.

3.4 – População do Estudo

Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeutas, nutricionista e técnicos de enfermagem) que trabalham na Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica (URCT) do Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco (RHP).

3.5 – Amostra do Estudo

A amostra foi intencional por conveniência, escolhendo-se pelo menos um profissional de cada área da URCT para compor o grupo de participantes. Nesse tipo de amostragem intencional o pesquisador pode escolher os participantes que deverão fazer parte do estudo de acordo com os objetivos apresentados. A amostra teve seu fechamento definido pelo critério de saturação, no qual o pesquisador fecha o grupo quando as

informações coletadas passam a apresentar, em novas entrevistas, repetições em seu conteúdo. Afirma-se que não há um esgotamento da compreensão do objeto pela saturação, mas sim uma aproximação do objeto a fim de tentar compreendê-lo. Saturação é um termo para se referir a um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimento para o objeto estudado.³²

3.6 – Critérios de Elegibilidade

3.6.1 – Critérios de Inclusão:

- profissionais de saúde de ambos os sexos;
- profissionais que possuíssem no mínimo seis meses de atuação na URCT, por considerar um tempo de vivência considerável do trabalho nesse tipo de ambiente;
- profissionais de saúde que atuassem na URCT Adulto e na URCT Pediátrica.

3.6.2 – Critérios de Exclusão:

- profissionais de saúde da equipe multiprofissional da URCT que estivessem de férias ou aqueles que estavam de licença médica por qualquer motivo de saúde.

3.7 – Coleta de dados

O pesquisador responsável convidou individualmente os profissionais de saúde da URCT a participarem da pesquisa.

Os dados foram coletados em dia, horário e local de acordo com a disponibilidade de cada profissional. A presente pesquisa somente foi iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

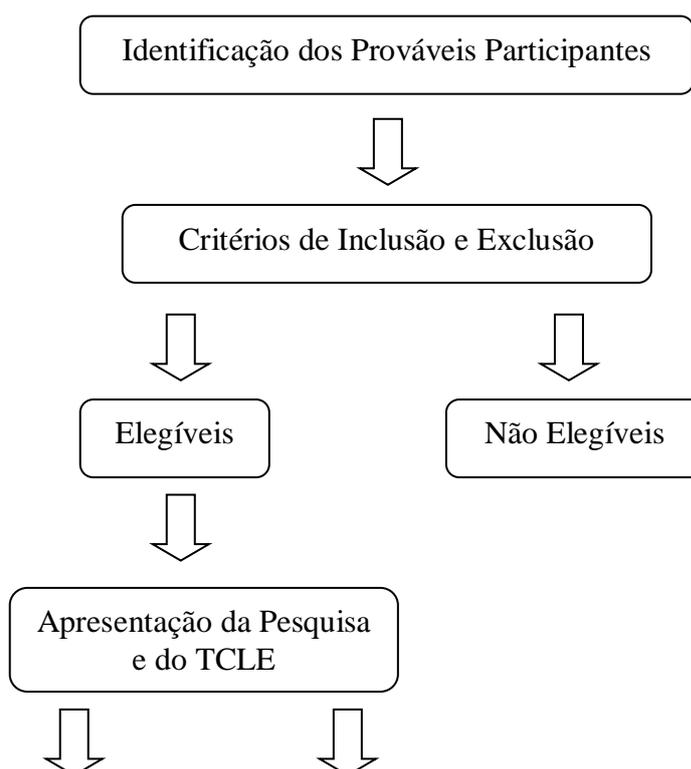
Nesse estudo também foi garantido o caráter sigiloso e confidencial do mesmo (Apêndice B).

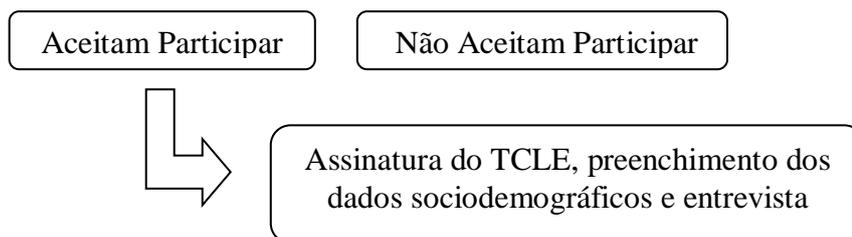
Como instrumentos para coleta de dados foi realizada entrevista individual semi-estruturada com os profissionais de saúde. Este tipo de entrevista segue um roteiro pré definido, mas que ao longo do seu desenvolvimento, podem seguir um outro direcionamento, mas sem necessariamente perder o “foco” dos seus objetivos a serem alcançados. Muitas das vezes pode até parecer com uma “conversa informal”.³³ (Apêndice C).

Para caracterizar o perfil da população foram coletados também os dados sociodemográficos dos participantes. (Apêndice D).

Os dados sociodemográficos coletados foram inseridos e condensados em quadro para uma melhor visualização dos seus conteúdos (Apêndice E).

3.8 – Fluxograma de captação dos participantes





3.9 – Instrumentos para coletas de dados

O momento de preparação da entrevista é uma das etapas importantes da pesquisa, o qual requer tempo e exige alguns cuidados para aplicá-la. Entre eles podem ser destacados: o planejamento da entrevista, que deve ter em vista o objetivo a ser alcançado; a escolha do entrevistado, que deve ser alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado; a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista que deverá ser marcada com antecedência para que o pesquisador se assegure de que será recebido; as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado o segredo de suas confidências e de sua identidade e, por fim, a preparação específica que consiste em organizar o roteiro ou formulário com as questões importantes.³³

Com isso, foi utilizada a entrevista individual semi-estruturada, no tempo aproximado de 30 minutos, durante o qual a mesma foi áudio-gravada, depois transcrita e guardada junto com o TCLE por um período de 5 anos. Esse tipo de entrevista combina perguntas abertas e fechadas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto.

O pesquisador, por sua vez, seguiu um conjunto de questões previamente definidas, feitas em um contexto muito semelhante ao de uma conversa “informal”. O entrevistador colocou-se de forma atenta para dirigir, no momento que achasse

oportuno, a discussão para o assunto que o interessava fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou para ajudar a recompor o contexto da entrevista. Esse tipo de entrevista é muito utilizado para obter um direcionamento que possibilite uma amplitude a mais para o tema, a fim de que os objetivos sejam alcançados.³⁴

3.10 – Processamento e análise dos dados

Para o processamento e análise dos dados da pesquisa foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática de Minayo, que tem como objetivo permitir ao pesquisador estudar os discursos/narrativas dos participantes da pesquisa de forma indireta através de uma análise de suas comunicações. Buscou-se com isso uma melhor compreensão dos discursos, dos sentidos das informações, dos conteúdos sejam eles manifestos e/ou latentes, das significações implícitas e explícitas, atribuídas pelas pessoas envolvidas na pesquisa, na qual se foca a busca de extrair os seus aspectos relevantes. Partiu-se de uma pré-análise, com a leitura flutuante do material e a identificação do significado conjunto das informações. O referencial teórico da pesquisa subsidiou a escolha das informações, assim como a exaustividade, a representatividade e a homogeneidade dos dados. Após essa etapa, o material foi organizado em categorias pelos principais temas, codificando seus dados em recortes que pudessem alcançar a representação do conteúdo, formando unidades de registro. Tais unidades foram reunidas em categorias e, assim, os dados se tornaram significativos para a discussão do tema de estudo.^{30,32}

Foram utilizados nomes fictícios para a análise dos entrevistados, sendo os mesmos escolhidos como homenagem às pessoas que foram importantes para a existência e construção desta pesquisa.

3.11 – Aspectos Éticos

O estudo atendeu às normas da Resolução 466 de abril de 2012 do Conselho Nacional de Saúde³⁵, porém o mesmo só teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Real Hospital Português de Beneficência em PE (RHP), com o parecer consubstanciado de número 3.663.502 e com o CAAE de número 23380719.9.0000.9030, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) por parte dos participantes, assim como da Carta de Anuência autorizando a realização do local do estudo (Apêndice F).

Houve a seleção dos profissionais que preencheram todos os critérios de inclusão. Os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e da não obrigatoriedade de participar do mesmo. A participação deles foi anônima e voluntária. Foi garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados no estudo e o direito a desistência em participar da pesquisa a qualquer momento, sem que possa trazer prejuízos para o participante. (vide Apêndice B).

O pesquisador armazenou todos os dados coletados nesta pesquisa, sejam as entrevistas e os TCLEs, em arquivos do seu computador pessoal, sob sua responsabilidade, pelo período de 5 anos e após esse período o material será descartado.

3.12 – Riscos e Benefícios

A pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes do estudo, tais como constrangimento e/ou desconforto em relação a alguma pergunta durante a entrevista, além de ter de oferecer disponibilidade de tempo para respondê-la. Por sua vez, os pesquisadores responsáveis ficaram atentos e, caso acontecesse algum desconforto, um dos pesquisadores que também é da equipe de profissionais desse estudo, poderia

oferecer acolhimento psicológico; e, se necessário, encaminhamento para suporte psicológico extra-hospital sem ônus para o participante. Em relação à possibilidade do tempo despendido por parte dos participantes para coleta de dados, os pesquisadores ficaram atentos para que não interferisse na rotina de trabalho dos profissionais de saúde.

Como benefícios, os resultados desta pesquisa estão ligados a permitir uma compreensão da vivência dos profissionais de saúde durante o período de pós-operatório de cirurgia cardíaca, bem como favorecer na criação de estratégias que auxiliem na melhor relação da ação de cuidados aos profissionais de saúde dentro desse contexto hospitalar. Também será fornecido à comunidade científica conhecimento acerca da temática pesquisada por meio da construção de um artigo a ser publicado em uma revista indexada intitulada Contextos Clínicos, com Qualis/CAPES B1.

3.13 – Conflitos de Interesses

Não houve conflitos de interesse nesse estudo, mesmo sendo realizado no próprio ambiente de trabalho de um dos pesquisadores, haja vista que não houve promoção nem benefício ao pesquisador responsável.

IV. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação serão apresentados em formato de dois produtos: o primeiro refere-se a um artigo científico intitulado **“Vivência da equipe de saúde em uma Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica”** que será submetido à revista indexada Contextos Clínicos, Qualis/CAPES B1, seguindo as normas disponíveis no ANEXO 2. O segundo produto diz respeito a um guia prático intitulado: **“Guia prático de Roda de Conversa com os Profissionais de Saúde: compartilhando experiências”**, que será direcionado aos profissionais de saúde que trabalham em contexto de UTI com o objetivo de propor e oferecer momentos de escuta e de trocas de experiências aos profissionais de saúde, mediado por um profissional de Psicologia, para que os mesmos possam trabalhar e refletir acerca de aspectos inerentes às suas vivências no contexto da Unidade de recuperação cárdio-torácica.

Vivências da equipe de saúde em uma Unidade de Recuperação Córdio-
Torácica

Experience of the health team in a Cardio-Thoracic Recovery Unit

Celestino Maciel Pedrosa Junior
Profa. Dra. Juliana Monteiro Costa
Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo compreender as vivências dos Profissionais de Saúde inseridos na Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica (URCT). Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com profissionais de saúde de um hospital privado de referência em Pernambuco, cujo período do estudo foi de novembro de 2018 a maio de 2021. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas individuais semiestruturadas, assim como os dados sociodemográficos e acadêmicos dos participantes. Os dados foram analisados por meio da Técnica de Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo. Os resultados apontaram para a importância dos profissionais de saúde estarem atentos aos modos de lidar com diversas situações que um ambiente de terapia intensiva de pós-operatório apresenta, dentre elas, a vivência, a repercussão do silêncio, o cuidado acolhedor e humanizado, e as estratégias de enfrentamento. O estudo concluiu, ainda, que compreender as vivências dos profissionais de saúde pode proporcionar um ambiente mais acolhedor e menos desgastante.

Palavras Chaves: UTI, Cirurgia Cardíaca, Profissionais de Saúde, Cuidado, Humanização.

ABSTRACT: This article aims to understand how the experience of Health Professionals inserted in the Cardio-Thoracic Recovery Unit (URCT) takes place. It is a qualitative research, with health professionals from a private reference hospital in Pernambuco, whose study period was from November 2018 to May 2021. For data collection, semi-structured individual interviews were used, as well as the socio-demographic and academic data of the participants. The data were analyzed using the Thematic Content Analysis Technique proposed by Minayo. The results pointed to the importance of health professionals being attentive to the way of dealing with various situations that a post-operative intensive care environment presents, among them, the experience; the repercussion of silence; warm and humanized care and coping strategies. The study also concluded that understanding the experiences of health professionals can provide a more welcoming and less stressful environment.

Keywords: ICU, Cardiac Surgery, Health Professionals, Care, Humanization.

Introdução

Apesar dos avanços tecnológicos, a doença e/ou o tratamento impõe aos pacientes, mas também aos profissionais de saúde inseridos no contexto hospitalar, constantes mudanças de ordem física, social e psicológica no sentido de utilizar estratégias para o lidar com as mais diversas vivências e situações no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Compreender essa relação parece ser o primeiro passo para o desenvolvimento de uma assistência mais humanizada, e de uma vivência

menos desgastante para os profissionais de saúde (Umann et al, 2010).

Percebe-se que o campo da saúde é bastante complexo e rico pela diversidade de conceitos que o envolve. O processo saúde-doença está presente constantemente para os profissionais de saúde e tem na sua relação a vivência que cada um traz, seja pela habilidade técnica ou pela experiência acumulada ao longo do tempo (Fongaro & Sebastiani, 2001).

Diante dessa questão, a tecnologia pode ser compreendida e classificada a partir de algumas considerações, que são: a tecnologia dura, onde essa é representada por máquinas e aparelhos; a tecnologia leve-dura, na qual engloba o saber profissional que pode ser estruturado e protocolizado; e por fim a tecnologia leve, que refere-se à cumplicidade, à responsabilização e ao vínculo manifestados na relação entre usuário e trabalhador de saúde, ou seja, voltada na proposta de produção de processos relacionais como alternativas para atos de saúde. Neste sentido, o profissional de saúde além de ser o produtor do ato de saúde, torna-se também um executor do cuidado, exercendo no campo das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos dentro de um projeto terapêutico específico (Marques & Souza, 2010; Lima et al., 2018; Merhy, 2002).

Refletir acerca do cuidado humanizado, na perspectiva das tecnologias hospitalares modernas, leva a repensar a inerente habilidade do ser humano em tentar buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, a fim de possibilitar uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal, adequando esses dois campos.

Nesse aspecto o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser; é a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de *Ser-no-Mundo* que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (Rocha, 2011).

O cuidado na concepção heideggeriana tem um papel fundamental na estruturação ontológica do ser humano, bem como na maneira de que este enquanto Ser-no-Mundo se relaciona com as coisas, com os outros e consigo mesmo (Rocha, 2013).

Ter essa compreensão a partir também da temática do cuidado em saúde é colocá-lo como sendo essencial, pois lidar com a vida e com a condição humana remete à correlação da dimensão técnico-científica com a ética no ato do cuidar (Zaher, 2008). Assim, percebe-se que a tecnologia e a temática do cuidado podem ser de certo modo correlacionadas (Marques & Souza, 2010). O cuidado estar vinculado com o lidar com a assistência aos pacientes e as atitudes práticas exercidas pelos profissionais, as quais estão também em consonância com saberes e práticas, emoções e implicações psicoafetivas existentes nessa vivência (Lima & Teixeira, 2007).

Um estudo realizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, apontou para uma reflexão sobre o papel do profissional de saúde nos atendimentos realizados no ambiente hospitalar como possibilidade de melhoria na qualidade dos mesmos. A pesquisa ressaltou que se faz necessário avaliar como as posturas profissionais estão diante da relação de cuidado frente a essa temática, repercutindo no processo de humanização dentro do contexto hospitalar (Mota et al., 2006).

Por outro lado, é preciso abordar também a importância da preservação do silêncio no ambiente hospitalar, de modo particular, na UTI. Com isso, reforça-se a necessidade de criar estratégias de cuidado humanizado não só para os pacientes, mas também para os profissionais de saúde inseridos nesse contexto, tendo em vista que eles tendem a lidar e conviver diariamente com situações diversificadas que podem provocar situações de estresse (Christofel et al., 2016; Backes et al., 2015).

Um estudo realizado em três UTI's Adulto do estado de Santa Catarina, buscou compreender o significado do ambiente de cuidados em UTI's Adulto a partir da

vivência dos profissionais, gestores, pacientes e familiares, chegou à conclusão de que o ambiente de cuidados em UTI é percebido por eles como sendo um ambiente vivo, dinâmico e complexo (Backes et al., 2015). Nesse sentido, verifica-se a correlação desse tipo de ambiente com o ritmo dinâmico e complexo que a UTI oferece. A UTI, por sua vez, exige uma atenção redobrada e um aceleração na execução de suas atividades a fim de que possa auxiliar na compensação do bem-estar da recuperação dos pacientes hospitalizados nessa área.

Diante do exposto, o presente artigo buscou compreender as vivências dos profissionais de saúde inseridos na UTI especializada na recuperação dos pacientes de pós-cirurgia cardíaco-torácica (URCT).

Método

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa realizada com profissionais da saúde em uma Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica (URCT) de um hospital privado de referência em Pernambuco. A coleta foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020, fazendo uso de entrevistas individuais com os profissionais de saúde a partir de um roteiro semi-estruturado. Foram coletados os dados sócio-demográficos dos participantes. Os mesmos foram convidados individualmente pelo pesquisador para participarem da pesquisa, e os dados foram coletados em dia, horário e local de acordo com a disponibilidade de cada profissional, após os participantes tomarem conhecimento dos objetivos da pesquisa e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados coletados foram tratados com base no conjunto de instrumentos metodológicos da Técnica de Análise de Conteúdo Temática de Minayo. Partiu-se de uma pré-análise, com a leitura flutuante do material e a identificação do significado

conjunto das informações. O referencial teórico da pesquisa subsidiou a escolha das informações, assim como a exaustividade, a representatividade e a homogeneidade dos dados. Após essa etapa, o material foi organizado em categorias pelos principais temas, codificando seus dados em recortes que pudessem alcançar a representação do conteúdo, formando unidades de registro. Tais unidades foram reunidas em categorias e, assim, os dados se tornaram significativos para a discussão do tema de estudo (Turato, 2005; Minayo, 2017).

Utilizou-se nomes fictícios para a análise dos entrevistados, sendo estes escolhidos como homenagem às pessoas que foram importantes para a existência e construção desta pesquisa. O sigilo e anonimato dos profissionais foram resguardados. Ressalta-se que a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 23380719.9.0000.9030.

Resultados

O estudo analisou primeiramente os dados sócio-demográficos da população pesquisada, sendo os mesmos compostos de nove participantes, sendo seis mulheres e três homens. Foram declaradas quatro pessoas casadas, duas solteiras e três em união estável. A faixa etária variou de 30 a 42 anos, com uma média de idade de 35,7 anos. Quanto à religião, cinco consideraram-se católicos, três evangélicos e um cristão. Sete dos entrevistados referiram ter curso de pós-graduação, um possuía ensino superior completo e outro de curso técnico em enfermagem. O tempo de formação variou de 6 a 16 anos, com uma média de 10,6 anos de tempo de formado. Quanto à profissão dos profissionais dois eram médicos, dois fisioterapeutas, dois enfermeiros, um psicólogo, um fonoaudiólogo e um técnico de enfermagem. Em relação ao tipo de vínculo, todos se enquadravam na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A carga horária variou

entre 24h a 40h, tendo dois participantes com regime de plantão 12x36h. Verificou-se, ainda, que três participantes eram plantonistas em outros serviços hospitalares com uma carga horária de 24 a 30 horas, e seis não executavam outros plantões. Acerca de outros vínculos empregatícios, seis participantes afirmaram trabalhar em outros serviços hospitalares, em consultórios particulares, e como consultor comercial. Também foram analisados neste estudo os achados das entrevistas no qual resultou em quatro categorias que serão discutidas logo a seguir.

Discussão

Os achados das entrevistas desta pesquisa resultaram em quatro categorias que serão apresentadas e discutidas, utilizando da articulação com a literatura científica consultada. São elas:

Vivências dos profissionais de saúde na URCT

Na primeira categoria, os profissionais ressaltaram que o contexto de URCT também é considerado como sendo uma UTI e, portanto, um ambiente complexo e ativo; que requer certa vigilância, uma vez que diversos procedimentos acontecem ao mesmo tempo. Segundo o relato de alguns dos entrevistados, entre eles o da psicóloga e o da técnica de enfermagem, o mesmo também é dinâmico, intenso e com ritmo próprio, conforme descrito nas falas a seguir:

[...] “O ambiente, ele é um ambiente intenso..., acho que é um ambiente, que é de uma vigilância constante né, sempre, realizando muitas atividades, são muitos procedimentos, muitas coisas ao mesmo tempo, acontecendo”. (Julia Juliana, Psicóloga, 30 anos).

[...] “Que é um ambiente muito complexo. Onde a gente tem casos de alegrias,

casos de tristezas, casos inesperados, mas que a gente tem que tá de mãos dadas enquanto equipe”. (Lavínia, Técnica de Enfermagem, 39 anos).

Tal percepção corrobora o estudo realizado em três UTI’s Adulto de Santa Catarina, no qual constata que o ambiente de cuidados em UTI é percebido pelos profissionais de saúde, gestores, pacientes e familiares dessa unidade, como sendo um ambiente vivo, dinâmico e complexo, em que se sustenta a vida dos pacientes que ali se internam (Backes et al., 2015).

Nesse sentido, os profissionais de saúde inseridos nessa dinâmica exercem intensa rotina de cuidado ao ponto de perceber que qualquer desatenção aos pacientes hospitalizados pode acarretar uma situação de agravamento e às vezes de fatalidade. Na fala da psicóloga Julia Juliana, reforça-se ainda a ideia de que a UTI é um ambiente intenso e requer uma vigilância constante por parte da equipe de profissionais na URCT.

O trabalho em equipe como unidade foi outro ponto sinalizado, sendo compreendido como um trabalho participativo, integrado e coeso da equipe multiprofissional no contexto da UTI em que promove segurança, felicidade, harmonia, tranquilidade para os mesmos, garantindo um ambiente bom e familiar, tal como pode-se verificar:

[...] “É tudo muito amarradinho né. Todo mundo tem sua, tem sua particularidade, mas todo mundo anda muito em unidade, assim”. [...] “É a questão da segurança da unidade, da equipe, assim, encaixou bem comigo”. (Eduarda, Fisioterapeuta, 31 anos).

[...] “O ambiente eu vejo, assim, um setor de uma certa harmonia, tranquilidade, um ambiente, meio que, de certa forma, assim, familiar, até porque a gente aqui tem um, a maioria dos profissionais, a gente, assim, trabalham juntos a um, um bom tempo...”

(Léo, Médico, 40 anos).

Evangelista et al. (2016), desenvolveram uma pesquisa em duas UTI's em que mostraram a importância de haver dentro de um ambiente de UTI uma relação de interação entre os diversos profissionais. Neste sentido, o estudo vem corroborar com o que fora dito anteriormente nas falas dos profissionais de saúde quando afirmaram que a articulação entre as ações dos diferentes profissionais e suas interações constitui-se como fator primordial inerente à dinamicidade do trabalho em equipe.

Eduarda, evidencia que, apesar de se ter uma particularidade, há também certa unidade entre seus integrantes, a qual gera nela um sentimento de segurança ao trabalhar na URCT. Percebe-se nos discursos uma dimensão de relação coesa ao ponto de despertar o sentimento de segurança e de prazer em trabalhar nesse ambiente. O médico Léo reforça ainda mais a percepção de que a URCT é vista como um ambiente harmonioso, e o associa ao tempo em que os demais profissionais estão trabalhando juntos nesse setor. Nessa fala ainda se verifica o sentimento de que a equipe é vista como uma família; e, por conta disso, torna-se um ambiente agradável e bom para trabalhar.

Não obstante, os participantes Gabriel, Carol, Iara e Camilla, destacaram a URCT como um ambiente sobrecarregado, pesado, puxado, desgastante, estressante, atenção redobrada, com várias demandas e exigências das funções, muitas vezes com foco em atividades burocráticas. Ademais os pacientes requerem por parte da equipe muito cuidado quando chegam nesse setor. Os relatos a seguir exemplificam o que foi mencionado:

[...] “É um trabalho bem puxado, desgastante, estressante e que a gente tenta as vezes com brincadeira, ter alguma descontração porque pra diminuir o ambiente pesado” [...] Ultimamente tão fazendo muitas cobranças burocráticas, que tá deixando,

ao meu ver, um pouco cuidado, que é gostoso, do lado”. (Gabriel, Médico, 42 anos).

[...] “Eu acho o ambiente sobrecarregado de funções, de exigências que a gente tem está com a atenção bem redobrada pelo paciente que é de alta complexidade”. (Carol, Enfermeira, 39 anos).

[...] “É mais voltada pra burocracia, pra parte da burocracia mesmo...” (Iara, Enfermeira, 32 anos).

[...] “...a UTI tem paciente que tá bem, num quadro agudo, assim, né, pós-cirurgia, e aí é um momento muito que necessita de muito cuidado...” (Camilla, Fonoaudióloga, 31 anos).

Um estudo sobre a humanização em UTI's destacou as dificuldades inerentes à implementação do cuidado humanizado e com poucas estratégias viáveis para tal existência, bem como, a enfermagem poderia estar atrelada a mais na tarefa a ser executada do que na atenção voltada ao paciente (Bolela & Jericó, 2006; Rodrigues, 2012). Corroborando com este estudo, as falas dos entrevistados Gabriel, Carol e Iara sinalizam que as atividades da enfermagem na URCT estão pautadas nas atribuições muito mais de tarefas burocráticas, o que dificulta o exercício de um trabalho mais humanizado e direcionado aos pacientes.

Um aspecto salientado por Kaio, fisioterapeuta, refere-se à UTI como um ambiente hostil, uma vez que o paciente se depara com uma gama de profissionais após um momento de cirurgia delicado. Além disso, o entrevistado expõe sua frustração em não poder dar continuidade ao tratamento do paciente, já que ele trabalha como plantonista e no dia seguinte o mesmo paciente já será visto por outro fisioterapeuta; cada um com um modo peculiar de atender, embora com a existência de um protocolo estabelecido previamente:

[...] “Querendo ou não é um ambiente hostil né!”. [...] “Aqui ele chega, entra de

encontro com uma multidisciplinaridade de profissionais gigante, e outros pacientes de pós-operatório, então, é um ambiente hostil”. [...] “você o plantonista do setor, é as vezes você pode se sentir culpado...” [...] “então o se sentir culpado é mais nesse aspecto de não dar uma continuidade de atendimento seu, não é você que vai atender amanhã, é outra pessoa”. (Kaio, Fisioterapeuta, 38 anos).

Um estudo que pretendeu conhecer, a partir da perspectiva do paciente adulto, a experiência de se vivenciar uma internação em uma UTI, de modo a contribuir para melhoria na qualidade da assistência e facilitar a adaptação em um ambiente tão estigmatizado, conseguiu perceber que inicialmente a UTI relacionava-se com a terminalidade e, depois, passaram a retratar o setor como local para o tratamento e recuperação, passando a ter uma visão positiva do ambiente de terapia intensiva (Proença & Agnolo, 2011).

A hostilidade a qual se refere Kaio, relaciona-se à rotina de procedimentos inerentes ao período de pós-operatório, que deixa o paciente sem saber das rotinas e procedimentos que terá de passar durante o período da sua hospitalização. Um outro ponto abordado por esse profissional é que se sente culpado por não conseguir dar continuidade ao seu atendimento, já que somente encontrará o paciente no próximo plantão.

O silêncio na URCT na perspectiva dos profissionais de saúde

Nesta segunda categoria de análise, verifica-se que a maioria dos profissionais de saúde não percebe tanto a existência do silêncio na URCT. As falas dos entrevistados sinalizaram o quanto é difícil ter silêncio nesse setor, seja pelos equipamentos, seja pela conversa entre os profissionais:

[...] “É bem difícil ter silêncio na UTI né. Porque é muita coisa. É muita coisa

acontecendo, é muita gente, é muito equipamento que faz barulho, é muito difícil ter silêncio, conversa, que querendo ou não ninguém trabalha calado”. (Camilla, Fonoaudióloga, 31 anos).

[...] “...Então assim, no geral em relação ao silêncio, eu acho que a UTI é muito barulhenta, por N questões né”. [...] “...Aqui na URCT não tem silêncio não”. (Lavínia, Técnica de Enfermagem, 39 anos).

A inexistência do silêncio pode estar associada a diferentes situações conforme ilustrado nas falas dos profissionais, a saber: a atividade de rotina do setor que são executadas automaticamente; ao ambiente agitado em que vários procedimentos acontecem ao mesmo tempo; aos equipamentos, alarmes, televisões, cama, lixo; às conversas paralelas e brincadeiras dentro da própria equipe; bem como ainda da complexidade e gravidade em que os pacientes se encontram:

[...] “Porque aqui, é, UTI em geral, é um setor que tem muito e equipamentos”. (Lavínia, Técnica de Enfermagem, 39 anos).

[...] “São muitas televisões ligadas numa altura muitas vezes acima da ideal, e as próprias conversas, muita gente também, dificulta manter esse silêncio”. (Léo, Médico, 40 anos).

Um estudo em três UTI's (Gerais e Unidades Coronarianas) sobre a mensuração dos níveis de pressão sonora, identificou que o ruído gerado, apesar de estarem acima da recomendação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em nenhuma delas apresentou níveis maiores que 85 decibéis (dB) e risco ocupacional para as equipes. Foi sinalizado ainda, a importância de existirem medidas para que os ruídos não se tornassem tão intensos, tais como: evitar o diálogo em voz alta, controlar campainhas, alarmes, televisores, entre outros (Macedo et al., 2009; Tsunemi et al., 2012).

Outro estudo que falava sobre os estressores na UTI constatou que o barulho decorrente das conversas é pior do que o barulho dos equipamentos. Um outro fator importante referido no mesmo estudo, acerca da geração do estresse na UTI, diz respeito aos ruídos provocados pelos aparelhos. Contudo esse aspecto de “perturbação auditiva” gera irritação e dificuldade de entendimento entre os profissionais, que automaticamente precisam aumentar a voz para que possam falar e ser ouvidos entre eles. Os pesquisadores do estudo sugeriram que fossem criadas três mudanças na Unidade de Terapia Intensiva, dentre as quais pode-se citar: humanizar o atendimento, a criação de uma campanha do silêncio, e orientações acerca de locais apropriados para que os profissionais pudessem conversar (Brochado & Ribas, 2019; Stumm et al., 2008).

Os estudos relatados corroboram os achados da presente pesquisa, quando os profissionais sinalizaram que não há silêncio na UTI por diversos motivos. Os entrevistados salientam que o barulho é algo que incomoda, e os outros profissionais expressaram o desejo de que pudesse ter mais silêncio no setor.

A equipe multiprofissional realçou também que a existência do barulho está associada à sobrecarga de trabalho de alguns profissionais e das burocracias executadas e solicitadas a eles, bem como ao fluxo grande de pacientes e de cirurgias diárias. Um outro aspecto que também é salientado por eles, diz respeito a um ambiente que requer muita ação, vigilância, entre outros:

[...] “Eu acho que aqui, o profissional da enfermagem fica sobrecarregado, aí existe muito barulho por conta disso, porque tem uma parte burocrática e ao mesmo tempo tem a parte assistencial”. (Kaio, Fisioterapeuta, 38 anos).

[...] “Então a demanda é grande, e o fluxo de pacientes da gente também é grande. Então é muito difícil a gente conseguir manter o silêncio na URCT”. (Lavínia,

Técnica de Enfermagem, 39 anos).

[...] “Então é um ambiente com muita fala, muita, muito processo, muita ação, às vezes isso acaba tornando o ambiente um pouco agitado e às vezes um pouco barulhento, porque é uma correria, uma ação e uma vigilância muito intensa”. (Julia Juliana, Psicóloga, 30 anos).

[...] “É muito difícil aqui. Todo mundo fala alto mesmo, não respeita. Apesar de ter tido muitos trabalhos feito pelo psicólogo pra que a gente respeitasse o silêncio”. (Carol, Enfermeira, 39 anos).

Um estudo em uma UTI Adulto em que aferiram os níveis sonoros, apontou que os respiradores de ventilação mecânica, o carrinho do banho, computadores, telefones, sistema de monitorização, a gravidade da doença e as fases de tratamento do paciente influenciavam para a existência do ruído no setor. Outro aspecto apontado refere-se à percepção que os profissionais de saúde tinham em relação ao ruído no setor: a equipe não percebe que ela também pode estar colaborando para a existência dos ruídos (Christofel et al., 2016).

Tais fatos frisados nesse estudo são corroborados por algumas das falas, dentre elas a de Julia Juliana quando diz que, a depender da gravidade do paciente, o barulho da URCT se intensifica; como também da enfermeira Carol no momento em que é frisado por ela que é muito difícil ter silêncio no setor apesar de já ter tido várias ações desenvolvidas a esse respeito.

Não obstante, alguns dos profissionais da URCT relataram que reconhecem a importância de se ter silêncio nesse setor, mesmo tendo em alguns momentos a percepção da sua diminuição ou quase inexistência. Eles ainda associam a importância do silêncio, quando se é possível, ao momento em que eles se colocam no lugar do

outro para perceber este tipo de necessidade. Um outro aspecto salientado em suas falas acerca da existência do silêncio nesse ambiente direciona-se para quando a UTI está com os pacientes estáveis clinicamente, ou seja, sem tantas intercorrências de saúde entre eles. Quando se chega nessa situação passa-se a ter inclusive um ambiente de descontração entre os profissionais durante o expediente:

[...] “Realmente o silêncio é uma coisa que a gente melhora, mas depois a gente dar uma caidinha [...] São sons dos monitores que é inevitável, é alguns barulhos que a gente não consegue evitar e ainda mais os profissionais também com conversas paralelas” (Iara, Enfermeira, 32 anos).

Um estudo que propôs relacionar os ruídos produzidos na UTI com o desconforto por parte dos pacientes e a implementação de medidas e cuidados propostas por enfermeiro para reduzir os estressores do ambiente, obteve como resultado a evidência de que o diagnóstico de conforto prejudicado pode se manifestar de diversas formas, principalmente quando se refere aos efeitos indesejáveis. Por outro lado, reforça ainda a proposta de ser implementada medidas junto à equipe multidisciplinar que visem à conscientização sobre a importância das causas que geram sons, ruídos estressantes em uma UTI (Barbosa & Cruz, 2019).

O estudo relatado no parágrafo anterior vem corroborar também as falas dos profissionais que participaram da presente pesquisa, quando salientam a maneira de como eles podem minimizar através de suas atitudes o modo de agir dentro das rotinas inerentes ao setor. Na fala da Enfermeira Iara reconhece-se a importância do silêncio no setor e pontua-se que a postura entre os profissionais poderia melhorar, evitando assim tanto barulho no setor.

Um aspecto apontado pela Psicóloga Julia Juliana refere-se à dificuldade que a equipe tem de manter o silêncio no ambiente da UTI. No entanto, essa maneira

encontrada pelos profissionais foi uma forma de lidar com os sofrimentos e demandas inerentes a esse tipo de setor. Julia Juliana também percebe que apesar dos profissionais terem encontrado essa alternativa, os mesmos apresentam um sentimento de culpa por dificultar o silêncio de modo que não seja vivenciado de maneira plena e adequada:

[...] “Outra coisa que eu às vezes penso, assim como uma reflexão com relação ao silêncio, é de que às vezes, é, a equipe, como a gente lida com um sofrimento muito grande dos pacientes, a equipe ela sente necessidade às vezes de, de falar, conversar sobre outras coisas da vida, de conseguir sair um pouco dessa rotina” [...] “Existe também às vezes uma culpa da equipe quando a gente percebe que tá falando muita coisa que não caberia naquele espaço...” (Julia Juliana, Psicóloga, 30 anos).

Uma pesquisa realizada em dois hospitais gerais traz a abordagem do silêncio como forma de expressão no ambiente hospitalar, com suas várias facetas e presentificações. Nele foi apontado que o silêncio aparece como proteção para o familiar, para o paciente e para a equipe, assim como é apresentado por uma forma de expressão que faz barulho, seja ele como uma escolha, seja como uma imposição (Volles et al., 2012).

A partir desse estudo, percebe-se as diferentes formas de comunicação, seja de forma “mascarada”, seja de forma silenciosa. Apesar do estudo, ora salientar que o silêncio dentro do contexto hospitalar se faz necessário pra poder lidar com as diversas dores; paradoxalmente, verifica-se que a psicóloga Julia Juliana traz, a partir de sua observação em relação à equipe da URCT, que o conversar na UTI, “o barulho”, pode estar associado a uma maneira que a equipe encontrou para não lidar com o sofrimento, apresentando comportamento de inquietude quando ocorre muito silêncio no setor. Isso a fez refletir que a equipe possa não está suportando o silêncio devido ao ambiente ter um cunho de muito sofrimento.

Portanto, Julia Juliana associa a conversa entre os profissionais de saúde como algo que pudesse minimizar o sofrimento do setor. De certo modo, é como se as pessoas quisessem fazer do setor algo familiar, sem meramente associá-lo a um ambiente de trabalho propriamente dito.

A compreensão dos profissionais de saúde acerca do cuidado

Na terceira categoria, compreende-se o modo como os profissionais concebem o cuidado nas suas relações com os pacientes. A maioria dos entrevistados mencionou que o cuidado está para além da especialidade e do diagnóstico, uma vez que esse envolve o olhar, a escuta, o conforto, o ambiente, o silêncio, a medicação e a alimentação. Nas falas dos participantes, fica claro que para a existência do cuidado é preciso olhar as pessoas, os pacientes de uma maneira total, global, procurando promover sempre o bem-estar:

[...] “Cuidado é desde a parte clínica, a parte médica, a parte medicamentosa, até a conversa, até a alimentação, até o conforto, o ambiente, o silêncio... eu acho que o cuidado seria o conjunto de todos esses fatores”. [...] “A minha rotina assim, a minha vivência, eu tenho um protocolo que sigo pra manter o cuidado do paciente”. (Léo, Médico, 40 anos).

[...] “Eu acho que o cuidado tá além do que eu faço né...” [...] “Tem que ver a pessoa como um todo” [...] “O cuidado está além da profissão”. (Eduarda, Fisioterapeuta, 31 anos).

Um estudo com profissionais de saúde que atuam na UTI Adulto apontou o quanto se faz difícil definir o conceito de humanização, bem como, considerar uma definição para as ações de um cuidado mais acolhedor e humanizado. Nesse sentido, a complexidade do cuidado na UTI tem exigido cada vez mais da equipe de saúde não só

o conhecimento técnico, mas, de modo particular, os aspectos psíquicos e o modo como é correlacionado na prestação de um cuidado mais acolhedor (Sanches et al., 2016).

O estudo descrito acima corrobora os achados da presente pesquisa, quando se percebe nas falas dos profissionais da URCT o quanto se faz evidente a necessidade de compreender o paciente em sua totalidade, proporcionando-lhe um cuidado mais acolhedor e humanizado. Para o médico Léo, esse tipo de cuidado estaria vinculado àquilo que é necessário para a recuperação do paciente, a partir de um conjunto de ações pautadas num protocolo a ser seguido.

A técnica de enfermagem Lavínia define o cuidado como sendo o ato de cuidar. Ela percebe que antes mesmo de estar no trabalho, já pensa no seu modo de cuidar diante da assistência ao paciente. A enfermeira Carol, por sua vez, define o cuidado como um prestar de ações ao paciente, ressaltando que a ação do cuidar é percebida e vivenciada de maneira diferente entre as especialidades:

[...] “Cuidado, é o cuidar né”. [...] “É eu sair da minha casa com a mente e o coração voltado pra cuidar de uma pessoa que está precisando ser cuidada”. (Lavínia, Técnica de Enfermagem, 39 anos).

[...] “Cuidado é o que a gente presta a uma pessoa que não está se conseguindo fazer por ela própria” [...] “O cuidado da enfermeira é um cuidado diferente de um técnico de enfermagem”. (Carol, Enfermeira, 39 anos).

Por outro lado, os profissionais da URCT também percebem os cuidados humanizados no setor. Tal percepção é dada por eles mesmos, ou por algum *feedback* sinalizado pelos pacientes. Embora a URCT não seja totalmente humanizada, os profissionais tentam atender de uma maneira mais cuidadosa os pacientes internados no setor. Na fala de Lavínia percebe-se que esse modo de cuidar torna-se um desafio para eles:

[...] “Acho que muitos profissionais da URCT tratam um paciente com, com cuidado, com carinho”. (Camilla, Fonoaudióloga, 31 anos).

[...] “Acho que o pessoal é muito bem preparado, e até o *feedback* dos pacientes assim de serem muito agradecidos, de serem bem tratados”. (Eduarda, Fisioterapeuta, 31 anos).

[...] “Então aqui na URCT eu vejo humanização sim” [...] “Mas eu acho que todo dia é um desafio, no cuidar, né”. (Lavínia, Técnica de Enfermagem, 39 anos).

Um estudo que buscou abordar aspectos referentes à visão do paciente sobre a UTI, destacou em relação à equipe de enfermagem, que a mesma precisaria rever e refazer sua prática profissional pautada numa maneira em que se preserva o cuidado humano. Quanto mais profissionais e humanos forem, mais o cuidar sobressai e os pacientes passarão a sentir que nas atitudes profissionais tem o respeito, companheirismo e sabedoria (Ribeiro et al., 2005).

O estudo descrito acima corrobora os achados na fala da fisioterapeuta Eduarda quando salienta que a atitude humanizada no setor se faz através do retorno/*feedback* positivo dado pelos pacientes. Apesar de Lavínia achar que a URCT é um ambiente humanizado, essas atitudes são apresentadas como um desafio a ser conquistado.

Faz-se importante destacar também que uma parte da equipe parece não perceber tanto a humanização na URCT; salientam também que é preciso melhorar algumas ações, atitudes humanizadas no setor, para que pudesse ser oferecido um cuidado mais acolhedor. A fala da psicóloga sinaliza que apesar da URCT não ser humanizada, ela busca ser mais “humana”. Essa profissional também reforça que é preciso ter mais a participação da família no setor, assim como oferecer atitudes acolhedoras frente aos cuidados no momento do pós-óbito:

[...] “Confesso que as vezes eu mesmo percebo que eu to tendo não, não tanto

cuidado como eu gostaria com o doente, e eu acho que é o ambiente estressante que, que deixa assim”. (Gabriel, Médico, 42 anos).

[...] “Eu acho que ainda tem muito pra melhorar na humanização dentro da URCT. Essa questão da flexibilidade, né, dos acompanhantes, é, tá mais perto, e acho que isso também, é uma forma de eles conseguirem ser vistos mais facilmente...” (Camilla, Fonoaudióloga, 31 anos).

[...] “E, de certa forma, a família também em participar na, do processo da recuperação aqui dentro da unidade, eu acho que a gente precisaria, é, trazer mais a família...” (Léo, Médico, 40 anos).

[...] “...acho que a gente não é uma UTI humanizada, mas a gente busca ser, eu acho que a equipe ela tem uma disponibilidade pra, pra querer melhorar...” [...] “...acho que talvez, há algumas coisas também que, que eu me incomodo tem a ver com esse cuidado pós óbito do paciente...” (Julia Juliana, Psicóloga, 30 anos).

Um estudo realizado em que pretendeu conhecer as percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização da assistência em UTI, revelou que os profissionais percebem a importância da assistência qualificada embasada numa prática acolhedora e humanizada. Esse estudo provocou nos profissionais de saúde uma intensa reflexão do modo como agir frente aos pacientes, o que poderia ser oferecido como alternativa para uma melhor assistência (Castro et al., 2019).

Os participantes do presente estudo mencionaram ainda que a humanização no contexto da URCT é algo bem difícil de falar, e que até ações “mínimas” teriam sua dificuldade em ser executadas, como por exemplo: um escovar de dentes. Alguns profissionais pontuaram que a dificuldade em exercer uma assistência mais acolhedora tem a ver com o excesso de burocracias e cobranças, assim como a complexidade dos

pacientes e o estresse inerente a esse tipo de ambiente hospitalar, apesar de haver intenções de querer melhorar essas ações.

[...] “Bom, a humanização, é, difícil falar”. [...] “Então, mas assim, outros profissionais, não todos, existem as exceções logicamente...” (Iara, Enfermeira, 32 anos)

[...] “... mas um simples ato de escovar o dente não existe dentro dessa Unidade, entendeu!” [...] “...no contexto geral seria 60% de humanização...” (Kaio, Fisioterapeuta, 38 anos).

[...] “...tenho muita atribuição e as vezes eu não consigo parar nem pra ouvir o paciente de muita coisa que a gente tem aqui pra fazer” [...] “Acho que por ser, é, pacientes de alta complexidade como a gente tem muitas atribuições, essa humanização acho um pouco deficiente”. [...] “...dependendo de como esteja a Unidade né, se ela tiver tranquila, com poucas cirurgias dá até pra acolher bem esse paciente, mas se ele tiver com muito cheia, a quantidade de funcionários não é suficiente pra ter uma boa, bom acolhimento...” [...] “Eu só queria que os estudos chegassem à conclusão de que a enfermeira, a equipe de enfermagem ficasse mais próxima ao paciente...” (Carol, Enfermeira, 39 anos).

Um estudo realizado em duas UTI's que teve o intuito de investigar o estresse vivenciado pela equipe de enfermagem que atua nesse tipo de ambiente, apontou entre outras coisas, que as principais causas de estresse estariam associadas ao relacionamento interpessoal, à falta de recursos humanos e materiais, além da sobrecarga de trabalho para alguns dos profissionais da equipe. A qualidade dos cuidados não está somente relacionada à habilidade técnica que os profissionais apresentam, mas também ao seu bem estar psicológico (Coronetti et al., 2006).

O estudo referido acima vem corroborar o que alguns dos profissionais da URCT expressam em suas falas, ao sinalizarem que gostariam de estar mais perto do

paciente, sem tanta correria e atividades burocráticas. Ademais, salientaram que devido ao ambiente estressante e às cobranças diárias há um certo distanciamento das relações de cuidado. As muitas atribuições e burocracias dificultariam o acolhimento para com o paciente. A enfermeira Carol pontuou que não vê as atitudes humanizadas na URCT em sua totalidade, e associa isso à alta complexidade dos pacientes, à quantidade de pacientes e de cirurgias, bem como às diversas atribuições e ao reduzido número de funcionários no setor. A mesma ainda chama a atenção para que os futuros estudos possam salientar o quanto seria importante preservar um tipo de assistência mais próxima ao paciente, ao invés da atenção à parte meramente burocrática.

Recursos de enfrentamento dos profissionais de saúde

Na quarta categoria foram relatadas algumas das estratégias que os profissionais de saúde utilizam para lidar com as situações difíceis, intercorrências clínicas, procedimentos, paradas cardiorrespiratória, o lidar com sucessos nas cirurgias e insucessos durante o período de recuperação, entre outras questões dentro do ambiente da Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica (URCT), sejam elas referentes aos pacientes, sejam elas à maneira de vivenciar várias experiências e sentimentos consigo mesmo. Dentre elas, foram ressaltadas possuir um bom estado emocional, mantendo-se focado e concentrado naquilo que é necessário para o bom desempenho das atividades. Além disso, é importante buscar fazer uma separação entre o que é demanda do paciente e o que é demanda do profissional, conforme ilustrado nas falas de Eduarda e Carol:

“...eu acho que você tem que ter um, um bom emocional, é, saber diferenciar as histórias de cada um também, as demandas de cada um, principalmente com o paciente né...” (Eduarda, Fisioterapeuta, 31 anos).

“Eu tento ter, ficar mais centrada possível né, até pra essa situação não me

atingir né, porque as vezes pelo o ambiente que a gente trabalha a gente pode até se desestruturar né”. [...] “...tento prestar atenção nas coisas pra que eu consiga administrar da melhor forma possível”. (Carol, Enfermeira, 39 anos).

Um estudo realizado com os profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) de um Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTI), com o intuito de identificar as estratégias de enfrentamento (*coping*) desses profissionais, concluiu que eles buscam estratégias que antecedem as dificuldades inerentes à sua prática diária, a fim de permitir uma melhor percepção do seu trabalho e o sentimento de realização pessoal (Colossi et al., 2011).

Nesse sentido, o estudo mencionado corrobora os achados desta pesquisa quando se percebe nas falas dos profissionais da URCT que eles buscam nas suas práticas profissionais utilizar recursos psicológicos e estratégias de enfrentamento a fim de poder lidar com as vivências inerentes às demandas do setor. Segundo Eduarda e Carol, faz-se necessário ter um emocional bom pra poder lidar com as demandas de cada um, além da importância em manter-se centrada durante as atividades do setor.

Um outro estudo, que propôs identificar as estratégias de enfrentamento do estresse ocupacional dos trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar, apontou como resultados que elas eram consideradas a partir de três recursos para o enfrentamento dos problemas no ambiente de trabalho: controle, esquivas e manejo de sintomas. Nesse sentido, as estratégias de enfrentamento de um modo geral podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde como meios de tentar controlar situações de estresse a fim de poder manter a integridade mental e física (Souza et al., 2018).

Outro aspecto que também foi mencionado pelos profissionais da URCT é o fato de precisar manter também um distanciamento dos pacientes, não deixando, ou não permitindo que algo da dinâmica deles interfira na execução de suas atividades e

vivências pessoais, além de utilizar o recurso do humor como sendo, também, um dos tipos de estratégias para lidar com as rotinas diárias:

“Rapaz, tento me desligar”. [...] “...eu, inicialmente, ficava muito mais abalada, eu acho que com o tempo você vai criando um recurso de você não se envolver tanto na vida dos pacientes, nas histórias...” [...] “...eu crio um distanciamento, por isso que é difícil você ter a empatia e ao mesmo tempo a distância que, pra você não ficar sofrendo muito...” [...] “Você tem que sentir a dor do outro pra você poder cuidar, mas você também não pode se envolver tanto, porque senão você acaba sofrendo muito”. (Camilla, Fonoaudióloga, 31 anos).

[...] “Na hora que entrar, você liga de novo seu botãozinho que você vai atender o doente, então você não vai trazer, não pode, não deveria trazer problema de casa, que aí vai prejudicar na humanização do seu atendimento...” [...] “Logo de cara que eu disse do botão *on-off*...” [...] “...se, você ficar levando e trazendo, levando e trazendo, aí se você tem uma vida é em comum né com dos pacientes e com a sua em casa, e aí eu acho que isso não é viável...” (Kaio, Fisioterapeuta, 38 anos).

[...] “...então procuro sempre chegar, é, bem, bem humorada, apesar dos problemas pessoais que todo mundo tem...” [...] “...quando saio da URCT já é um outro mundo, parece que é mundo aqui e um mundo lá fora...” [...] “...tem que tem tentar saber separar esse lado do pessoal do trabalho”. (Iara, Enfermeira, 32 anos).

[...] “Uma das estratégias primordiais aqui dentro eu acho que é se colocar no lugar do doente”. [...] “Outra estratégia que eu acho, a, apesar de eu ser uma pessoa mais, mais quieta, mais na minha, mas eu procuro sempre brincar com todo mundo, porque eu acho que isso torna o ambiente mais suave, e o ambiente, o trabalho mais suave”. (Gabriel, Médico, 42 anos).

Um estudo que buscou conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas por

profissionais de enfermagem, apontou como resultado que as trabalhadoras de enfermagem enfrentam situações danosas à saúde. Nesse sentido, usam estratégias coletivas de defesa frente à morte, bem como o afastamento que adotam diante da superlotação da sala de atendimento, ou como a despersonalização que se constata pela frieza ou pelo humor em suas atitudes durante o período do trabalho. É apontado ainda que a proximidade com a morte e com os diversos sofrimentos inerentes ao ambiente hospitalar gera nos profissionais a necessidade de distanciar-se a fim de manter uma forma de proteção contra os possíveis sofrimentos (Dal Pai & Lautert, 2009).

A pesquisa acima referida corrobora achados das falas de alguns dos profissionais, em que, segundo Camilla, é preciso tentar desligar-se ao sair do setor. Para ela é pertinente também sentir a dor do outro pra poder cuidar, porém com cautela a fim de que não venha a sofrer tanto por isso. Ela ainda diz usar o recurso do distanciamento para não se envolver ou sofrer muito, já que no início de sua profissão se envolvia bastante com os pacientes.

Para o fisioterapeuta Kaio, o mesmo diz utilizar um botão “*on-off*” para que nada da “concepção” do pessoal seja trazido para o paciente, como também nada do que é do paciente seja levado para o profissional. Ele também reforça que busca não misturar sua vida pessoal com a vida profissional, afirmando que é preciso olhar para o paciente apenas quando ele estiver no setor.

Com isso, percebe-se que a maioria da equipe multiprofissional da URCT tenta criar dois “mundos” separados, onde um seja voltado para o pessoal e outro voltado para o profissional, a fim de que possam conseguir lidar e executar suas atividades adequadamente no setor.

Já o médico Gabriel utiliza, como uma das estratégias, o fato de colocar-se no lugar do outro, assim como de procurar sempre brincar com todo mundo da URCT a

fim de tornar o ambiente de trabalho mais agradável. Há uma das estratégias de enfrentamento que diz respeito ao *Humor*, na qual se afirma que esse tipo de recurso seria utilizado como alternativa para vir fazer “graça” diante de uma situação estressora (Folkman & Lazarus, 1980). Nesse sentido, percebe-se na fala anterior de Gabriel que o uso das brincadeiras como um dos recursos de enfrentamento é utilizado por ele a fim de poder tornar o ambiente da URCT um pouco mais descontraído, menos sério e desgastante. Esse profissional também diz recorrer ao fato de colocar-se no lugar do paciente para poder melhor compreendê-lo. Essas ações o auxiliariam a vivenciar de maneira adequada e descontraída sua rotina no setor.

Percebe-se ainda como alternativa de enfrentamento a possibilidade de discussão de casos com a equipe de saúde e o desejo de querer cuidar do outro de maneira adequada. Por outro lado, há a “necessidade” de privação da assistência ao paciente a fim de poder dar conta das demandas do setor:

[...] “É, eu acho que, é pra mim, umas das principais coisas que me ajudam aqui é a discussão de caso com a equipe...” [...] “...então quando a gente discute essas dificuldades dessa rotina em conjunto, tentando escutar também o que é que aquele outro pode contribuir, eu acho que isso me ajuda muito a diminuir as minhas angústias...” (Julia Juliana, Psicóloga, 30 anos).

[...] “...rapaz a estratégia é de vir trabalhar bem feliz sabendo que eu tenho condições de cuidar de alguém que tá precisando de mim”. [...] “Deixar em casa os problemas de casa, né”. [...] “...e vim aqui com o objetivo de cuidar, pra não os problemas do dia-a-dia de casa não interferir no seu cuidado”. (Lavínia, Técnica de Enfermagem, 39 anos).

[...] “Eu sacrifico algumas coisas, tipo, horário de almoço, pra que eu consiga dar conta do meu trabalho, as vezes eu não tiro nem horário do almoço, as vezes a gente

tá querendo ir no banheiro e fica adiando aquilo”. [...] “Sacrifico até a ida próxima ao paciente de ficar mais com ele pra poder dar conta do serviço”. (Carol, Enfermeira, 39 anos).

Um estudo realizado em um hospital do ensino, com o objetivo de identificar as estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência, mostrou que essas estratégias podem ser auxiliadas por acompanhamento de escuta, programas educacionais e um espaço para discussão das dificuldades relacionadas ao trabalho (Ribeiro et al., 2015).

Nesse sentido, o referido estudo vem corroborar os achados da presente pesquisa quando reforça que deve haver um espaço para a escuta e para discussões relacionadas às dificuldades inerentes ao ambiente de trabalho. Percebe-se, nas falas das profissionais da URCT, o quanto é importante essas atitudes, que as mesmas tem utilizado como meio de lidar com as situações de sofrimento acerca da vivência no ambiente de UTI. A psicóloga Julia Juliana refere que utiliza como estratégia a discussão de casos na equipe, enquanto Lavínia pontua que é preciso vir trabalhar bem feliz, com sentimento de querer cuidar do paciente. Porém, a enfermeira Carol diz que tem sacrificado suas necessidades pessoais durante o expediente do trabalho para poder dar conta do serviço, limitando até sua ida e assistência ao paciente.

Considerações finais

Os resultados apontados neste estudo provocam várias reflexões. Dentre elas pode-se verificar o quanto se faz pertinente compreender as variadas vivências em que cada profissional de saúde na URCT está inserido.

Nesse sentido, lidar com um ambiente em que se tem uma dinâmica muitas vezes estressoras instiga os profissionais a tentarem buscar alternativas e estratégias de

enfrentamento para que possam executar suas atividades com uma atitude de cuidado mais humanizado aos pacientes hospitalizados, sem tanto comprometer sua assistência.

Foi observado ainda que a temática do silêncio, em paralelo à exacerbação de alguns ruídos produzidos nesse tipo de ambiente hospitalar, aponta para uma significância em suas existências. Embora se perceba a necessidade e o desejo, por parte dos profissionais, para que o silêncio possa existir, os mesmos utilizam a rotina acelerada e movimentada para não se deparar com os diversos tipos de sofrimentos que a UTI apresenta.

Proporcionar e validar os relatos trazidos neste estudo torna-se um desafio para todos que pretendem compreender esse universo de sentimentos e experiências. No entanto, sabe-se que esta pesquisa é limitada e que tais dados não podem ser considerados de modo único e generalizado. É preciso replicar tal temática para outros lugares e setores, visando estimular ainda mais para que as diversas experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde, sejam percebidas e valorizadas. Sugere-se, com isso, que outros estudos acerca dessa temática, possam vir a ser apontados como alternativa para a possível compreensão das vivências dos profissionais de saúde inseridos de modo especial, no contexto de pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Referências

- Backes, M.T.S., Erdmann, A.L., & Büscher, A. (2015). O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 411–418. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>
- Barbosa, R., & Cruz, I. (2019). Nursing evidence-based interprofessional practice guidelines for impaired comfort related noise in ICU – Systematic Literature

- Review. *Journal of Specialized Nursing Care*, 11(1). Retrieved from <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/3137/793>
- Bolela, F., & Jericó, M. de C. (2006). Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. *Escola Anna Nery*, 10(2), 301-309. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200019>
- Brochado, C. & Ribas, J.L.C. (2019). Estresse da Equipe de Enfermagem na UTI. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 12(13), 44-57. <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/998>
- Castro, A.D.S., Arboit, É.L., Ely, G.Z., Motta Dias, C.A., Arboit, J., & Camponogara, S. (2019). Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 32, 1–10. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8668>
- Christofel, H.K., Madeiras, J.G., Bertolini, S.M.M.G., & Oliveira, J.M.de. (2016). Análise do nível de ruído em unidade de terapia intensiva adulto. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(4), 553. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400016>
- Colossi, E.G., Calesso-Moreira, M., & Pizzinato, A. (2011). Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem de um CTI adulto perante situações de estresse. *Ciência & Saúde*, 4(1), 14–21. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/7167>
- Coronetti, A., Nascimento, E.R.P. do, Barra, D.C.C., & Martins, J. de J. (2006). O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: O enfermeiro

como mediador. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 36–43.

<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/394.pdf>

Dal Pai, D., & Lautert, L. (2009). Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 60-65. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100010>

Evangelista, V.C., Domingos, T. da S., Siqueira, F.P.C., & Braga, E.M. (2016). Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1099-1107. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21(3), 219–239.

Fongaro, M.L. & Sebastiani, R.W. (2001). Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. **In** V. A. Angerami-Camon (Org.), *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 5-64). Pioneira Thomson.

Lima A.A., Jesus D.S. de & Silva T.L. (2018). Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 28(03) [Acessado 11 Maio 2021], e280320. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>>. Epub 20 Dez 2018. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>.

Lima R.M.T. & Teixeira E.R. (2007). A vivência de quem Cuida em Terapia Intensiva e suas Implicações Psicoafetivas. *Rev. Enfermagem*, 15(3), 381-386.
<https://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

- Macedo, I.S.C., Mateus, D.C., Costa, E. de M.G.C, Asprino, A.C.L., & Lourenço, E.A. (2009). Avaliação do ruído em Unidades de Terapia Intensiva. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 75(6), 844-846. <https://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942009000600012>
- Marques, I.R., & Souza, A.R.de. (2010). Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 141-144. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100024>
- Merhy E.E. (2002). A cartografia do trabalho vivo. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, (Saúde em Debate, 145). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800023.
- Minayo. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 01–12.
- Mota, R.A., Martins, C.G.de M., & Vêras, R.M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200011>
- Proença, M.de O., & Agnolo, C.M.D. (2011). Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 279-286. <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200010>
- Ribeiro, G.C., Soares Silva, C.V.N. e Miranda, M.M. (2005). O paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. *REME – Rev. Min. Enf.* 9(4), 371-377. <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v9n4a14.pdf>

- Ribeiro, R.M., Pompeo, D.A., Pinto, M.H., & Ribeiro, R.de C. H.M. (2015). Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 216-223. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500037>
- Rocha, Z. (2011). A ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas. [Internet]; 38 (120), 71-90. Disponível em: <https://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1037>.
- Rocha Z. (2013). Para uma clínica psicanalítica do cuidado. Tempo psicanal. [Internet]. Dez [citado 2021 Maio 09]; 45 (2), 453-471. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000200013&lng=pt.
- Rodrigues, T.D.F. (2012). Fatores estressantes para a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Mini Enferm* 16(3), 454-462. <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n3a18.pdf>
- Sanches, R.de C.N., Gerhardt, P.C., Rêgo, A.da S., Carreira, L., Pupulim, J.S.L., & Radovanovic, C.A.T. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*, 20(1), 48-54. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160007>
- Souza, R.C., Silva, S.M., & De Sousa Costa, M.L.A. (2018). Estresse ocupacional no ambiente hospitalar: revisão das estratégias de enfrentamento dos trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 16(4), 493–502. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520180279>

- Stumm, E.M.F., Kuhn, D.T., Hildebrandt, L.M., & Kirchner, R.M. (2008). Estressores Vivenciados Por Pacientes Em Uma Uti. *Cogitare Enfermagem*, 13(4), 499–506. <https://doi.org/10.5380/ce.v13i4.13108>
- Tsunemi, M.H., Kakehashi, T.Y., & Pinheiro, E.M. (2012). O ruído da unidade de terapia intensiva neonatal após a implementação de programa educativo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 775-782. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400007>
- Turato, E.R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507–514. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000300025>
- Umann, J., Guido, L.de A., & Linch, G.F. da C. (2010). Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca - doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i1.10531. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 9(1), 67-73. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i1.10531>
- Volles, C.C., Bussoletto, G. M., & Rodacoski, G. (2012). A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. *Revista da SBPH*, 15(1), 212-231. Recuperado em 24 de fevereiro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100012&lng=pt&tlng=pt.
- Zaher, V.L. (2008). Ética em psicologia aplicada à cardiologia. **In** Almeida, C.P. & Ribeiro, A.A. (Org.), *Psicologia em cardiologia: novas tendências* (pp. 23-32). Alínea.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

GUIA PRÁTICO DE RODA DE CONVERSA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: "COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS"



CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR
JULIANA MONTEIRO COSTA

MAIO
2021

AUTORES

❖ Psic. Celestino Maciel Pedrosa Junior



Mestrando do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Especialização em Psicologia Clínica-Hospitalar pela Faculdade Frassinetti do Recife - FAFIRE, Brasil (2016). Psicólogo do Real Hospital Português e do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Membro e parecerista do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IMIP.

E-mail: cmpjuniorpsicologia@gmail.com
Fone: (81) 99617.3210

❖ Dra. Psic. Juliana Monteiro Costa



Doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Coordenadora de Tutor do quinto período de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Docente Permanente do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS e Docente Permanente do Mestrado Profissional em Educação para ensino na área de saúde da FPS.

E-mail: jullymc@hotmail.com
Fone: (81) 988264456

GUIA PRÁTICO DE RODA DE CONVERSA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

“COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS”

APRESENTAÇÃO

Diante de tantas situações vivenciadas pelos profissionais de saúde no contexto de Unidade de Terapia Intensiva: tomadas de decisões rápidas, incertezas na recuperação dos pacientes, sensações de ansiedade, estresse, entre outros, pensou-se em ofertar a esses profissionais um “espaço/momento” em que suas vivências pudessem ser abordadas no intuito de auxiliar a minimização de possíveis dificuldades relacionadas a esse tipo de ambiente.



ILUSTRAÇÕES:
Google imagens

*Ei, você! É você mesmo!
Você sabe o que é um guia
prático de roda de conversa
com os profissionais de saúde?*



❖ Pois é, este guia da “Roda de Conversa” surgiu como uma proposta de intervenção psicológica para que os profissionais pudessem compreender suas vivências no ambiente de terapia intensiva de pós-operatório de cirurgia cardíaca.

❖ Nele serão utilizados os recursos da psicoeducação com o intuito de possibilitar a reflexão acerca de estratégias de enfrentamento e de fortalecimento diante da instabilidade emocional nesse tipo de ambiente hospitalar. Nesse sentido essa prática psico-educativa buscará oferecer meios, para que possam ser promovidas compreensões diante das diversas situações vividas.¹

Mas essa roda de conversa, o que ela seria mesmo?

❖ Pois bem, a Roda de Conversa tem como característica criar um espaço de diálogo e de escuta das diferentes 'vozes' que ali se manifestam, constituindo-se em um instrumento de compreensão de processos de construção de uma dada realidade por um grupo específico.²

❖ A experiência dessa vivência em grupo possibilita a vocês manifestarem seus pontos de vistas e percepções, suscitando um debate aberto e acessível em torno de um tema peculiar e importante para esse momento do encontro.³



E como vai funcionar essa roda de conversa?

❖ A roda de conversa poderá ser realizada de duas maneiras:



MODO
PRESENCIAL



MODO
VIRTUAL

❖ A primeira maneira será realizada no próprio ambiente de trabalho de maneira presencial.

A outra possibilidade será realizada por meio da reunião virtual, tendo em vista que estamos vivenciando um momento de pandemia pela Covid-19, e não se pode fazer aglomerações de pessoas nos setores.

Então, será utilizada uma das plataformas (Google Meet ou Zoom) em que um link será disponibilizado no dia da reunião para que vocês possam ter acesso a sala virtual.

❖ Tanto em modo presencial, quanto no modo virtual, será ofertado nos setores o convite para reunião, informando sobre o dia e hora da roda de conversa. Essa reunião será conduzida (mediada) pelo profissional de psicologia e terá uma duração máxima de 1 hora.



❖ Esse momento da Roda de Conversa poderá auxiliar o fortalecimento da estabilidade emocional e interação de todos nós profissionais de saúde do hospital. Essa vivência também pode estimular a manutenção dos recursos psicológicos de enfrentamento das diversas situações vividas no ambiente.⁴



**Como posso participar dessa
roda de Conversa?
E quais
as pessoas que podem?**



❖ Poderão participar todos os profissionais de saúde das diversas especialidades e área, bem como os profissionais administrativos, auxiliares de laboratório, pessoal da higienização e recepcionistas do setor.

❖ Caso você queira participar, procure a sua chefia imediata do setor ou o profissional de psicologia e informe sobre o seu desejo em querer fazer parte dessa vivência.

Esperamos por você lá!!!



Tem dias que a gente se sente
Como quem partiu ou morreu
A gente estancou de repente
Ou foi o mundo então que cresceu
A gente quer ter voz ativa
No nosso destino mandar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega o destino pra lá

Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração

A gente vai contra a corrente
Até não poder resistir
Na volta do barco é que sente
O quanto deixou de cumprir
Faz tempo que a gente cultiva
A mais linda roseira que há
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a roseira pra lá

Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração

A roda da saia, a mulata
Não quer mais rodar, não senhor
Não posso fazer serenata
A roda de samba acabou
A gente toma a iniciativa
Viola na rua, a cantar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a viola pra lá

Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração

O samba, a viola, a roseira
Um dia a fogueira queimou
Foi tudo ilusão passageira
Que a brisa primeira levou
No peito a saudade cativa
Faz força pro tempo parar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a saudade pra lá

Roda mundo, roda-gigante
Rodamoinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração

(Música: Roda Viva,
Compositor: Chico Buarque de Holanda)

REFERÊNCIAS

1. Freire S. Grupo de cuidadores: um olhar na integralidade das relações familiares. 2012. p. 1-24.
2. Gaskel G. Entrevistas individuais e grupais. In: Gaskel, G, Bäuër MW, organizadores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. 2002. Petrópolis: Vozes. 2002. p. 64 -89.
3. Kitzinger J. Focus Groups with users and providers of health care. Quality research health care. 2000. p. 20-29.
4. Saúde & Suporte [Internet]. 21 de Maio de 2020. Acessado em 04/01/2021. Disponível em: <https://saudeesuporte.com.br/roda-de-conversa-como-anda-a-saude-emocional-do-colaborador-durante-a-pandemia/>

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentar compreender a vivência dos profissionais de saúde inseridos numa Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica (URCT), em suas variadas concepções, tornou-se significativo para todos que pretendem estudar esse tipo de ambiente. A UTI, ou melhor, a URCT, por ser um ambiente dinâmico e complexo, e com tecnologias sofisticadas e de alto nível de complexidade, tem requerido desses profissionais uma atenção bastante focada, bem como um aceleração na execução de suas atividades e tomadas de decisões, a fim de promover uma atenção de cuidado mais especializado.

Lidar com a correlação dos diversos tipos de tecnologias, sejam elas, dura, leve dura ou leve, nesse universo hospitalar, bem como da ação de um cuidado acolhedor, favoreceu a um desafio ainda maior na prestação de uma assistência humanizada. Isso se dá, não só do ponto de vista do paciente que ali encontra-se hospitalizado, mas, e principalmente, do ponto de vista dos profissionais de saúde, requerendo uma atitude de zelo e de compreensão frente as suas necessidades e demandas profissionais e pessoais.

Paralelo a essa questão, pôde-se verificar que nessa rotina, muitas vezes consideradas desgastantes pelos profissionais, instiga eles lançarem mão de recursos e estratégias de enfrentamento para conseguirem vivenciar de modo satisfatório as demandas apresentadas e “exigidas” nesse tipo de ambiente, sejam elas de cunho das rotinas e atividades burocráticas do setor, sejam elas também de cunho psicológico, já que eles tentam utilizar desses recursos a fim de poderem conseguir vivenciá-las adequadamente, e sem se deixarem afetar física e psicologicamente. É tentando compreender como se dar o papel da estruturação do ser humano enquanto Ser-no-Mundo, que podemos perceber como cada pessoa se relaciona com as coisas, com os outros e consigo mesmo.

Um outro aspecto observado e percebido neste estudo, através dos achados nas

entrevistas com os participantes, foi a correlação entre silêncio e ruído na UTI. Ora pela movimentação e inquietude dos profissionais, ora com as conversas paralelas e rotinas barulhentas do setor, onde tais situações mostram-se ativas em suas execuções. E esse tipo de ação vivenciada pelos profissionais de saúde da URCT, acontece no sentido de ser utilizados como meio de lidar e minimizar os possíveis sofrimentos acerca desse tipo de ambiente.

Pode-se ainda perceber nesta pesquisa o quanto se faz pertinente dá voz aos que fora trazido nos discursos desses profissionais acerca dos desejos e vontades em querer um ambiente mais ameno e acolhedor para com eles também.

Por outro lado, proporcionar e validar os relatos trazidos nesse estudo torna-se um desafio para todos que pretendem compreender esse universo de sentimentos e experiências. Nesse sentido, esta pesquisa trouxe como um dos resultados, a proposta da criação de um espaço de troca de experiências, através de um momento de “roda de conversa com os profissionais”, com o intuito de que os mesmos possam se sentir acolhidos por uma ação de cuidado mais humanizado para com eles.

Sabe-se ainda que essa pesquisa é limitada e que tais dados não podem ser considerados de modo único e generalizado, e por conta disso sugere-se que outros estudos acerca dessa temática, possam vir a ser apontados como alternativa para a possível compreensão das vivências dos profissionais de saúde inseridos no contexto de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Com isso, se faz pertinente replicar tal temática para outros lugares e setor no intuito de estimular ainda mais para que as diversas experiências vivenciadas pelos profissionais sejam percebidas e valorizadas.

VI. REFERÊNCIAS

1. Fongaro ML, Sebastiani RW. Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In Angerami-Camon VA. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson. 2001. p. 5-64.
2. Zaher VL. Ética em psicologia aplicada à cardiologia. In Psicologia em cardiologia: novas tendências. Almeida CP, RibeiroAA, organizadores. Campinas-SP: Ed. Alínea, 2008.
3. Ferreira AB. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. São Paulo, 2007.
4. Dicionário do Aurélio. Significado de Cuidado. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/cuidado>. Acesso em: 19 de maio de 2019.
5. BOFF L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 89-99.
6. Rocha Zeferino. Para uma clínica psicanalítica do cuidado. Tempo psicanal. [Internet]. 2013 Dez [citado 2021 Maio 09]; 45 (2): 453-471. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000200013&lng=pt.
7. Rocha Zeferino. A ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas. [Internet]. 2011 ABRIL; 38 (120): 71-90. Disponível em: <https://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1037>.
8. Silva Luzia Wilma Santana da, Francioni Fabiane Ferreira, Sena Edite Lago da Silva, Carraro Telma Elisa, Randünz Vera. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2005 Aug [cited 2021 Feb 25]; 58(4): 471-475. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

- 71672005000400018&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018>.
9. Marques Isaac Rosa, Souza Agnaldo Rodrigues de. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2010 Feb [cited 2021 Feb 25]; 63(1): 141-144. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100024&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100024>.
10. Mota RA, Martins CG de M, Vêras RM. Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar. *Psicol em Estud.* 2006;11(2):323–30.
11. Souza Kátia Ovídia José de, Pegoraro Renata Fabiana. Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica. *Aletheia* [Internet]. 2009 Jun [citado 2021 Maio 09]; (29):73-87. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000100007&lng=pt.
12. Lima AA, Jesus DS de e Silva TL. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 28, n. 03 [Acessado 11 Maio 2021], e280320. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>>. Epub 20 Dez 2018. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>.
13. Merhy EE. *A cartografia do trabalho vivo*. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

[311X2008000800023](#).

14. Lima RMT e Teixeira ER. A vivência de quem Cuida em Terapia Intensiva e suas Implicações Psicoafetivas. *Rev. Enfermagem*. 2007; 15(3):381-386.
15. Nunes Santos Samantha, Lima Santos Lene Silvany Rodrigues, Ungaretti Rossi Adriana Suzart, Araújo Lélis Jaqueline de, Vasconcellos Sheyna Cruz. Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. *Rev. SBPH [Internet]*. 2011 Dez [citado 2021 Fev 25]; 14(2): 50-66. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200005&lng=pt.
16. Silva AL, Andreoli PB. O trabalho do psicólogo em UTI e UCO. In: Ismael SM. *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.
17. Pregnotatto AP, Agostinho VB.. O psicólogo na unidade de terapia intensiva - Adulto. In Batista MN e Dias RR, editores. *Psicologia hospitalar: Teoria, aplicação e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003. p.93-107.
18. Stumm EMF, Kuhn DT, Hildebrandt LM, Kirchner RM. Estressores Vivenciados Por Pacientes Em Uma Uti. *Cogitare Enferm*. 2008;13(4):499–506.
19. Almeida Andreza Santos, Aragão Neylor Rodrigo Oliveira, Moura Elaine, Lima Gabriela de Carvalho, Hora Edilene Curvelo, Silva Lausimary Araújo São Mateus. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. enferm. [Internet]*. 2009 Dec [cited 2021 Feb 25]; 62(6): 844-849. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600007&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600007>.

20. Pattison N. Psychological implications of admission to critical care. *Br J Nurs*, vol. 14, nº 13, 2005, pp. 708-714.
21. Christofel HK, Madeiras JG, Bertolini SMMG, Oliveira JM de. Noise level analysis in adult intensive care unit. *Rev da Rede Enferm do Nord*. 2016;17(4):553.
22. Romano BW. Potencialidades dos locais físicos do hospital em desencadear reações psíquicas. In *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo-SP: Casa do Psicólogo. 1999. p. 65.
23. Duarte Silvana Triló, Matos Maiara, Tozo Tatiane Cristina, Toso Luis Carlos, Tomiasi Aline Aparecida, Duarte Péricles Almeida Delfino. Praticando o silêncio: intervenção educativa para a redução do ruído em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2012 Apr [cited 2021 Feb 25]; 65(2): 285-290. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200013&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200013>.
24. Almeida Prado RA de, Caldas MT. Atitude fenomenológica existencial e cuidado na ação clínica. In *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica*. p. 95-105.
25. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(3):411–418.
26. Quintana JF. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicol hosp (São Paulo)*. 2012;10(2):17–32.
27. Farias RC e Cruz ICF. Nursing care to patients submitted to cardiac surgery. In: Quintana, JF e Kalil RAK. *Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do*

- paciente no pré e pós-operatório. *Rev. Psicologia hospitalar*. 2012;10(2):16-32.
28. Gomes Walter J., Mendonça José Teles de, Braile Domingo M.. Resultados em cirurgia cardiovascular oportunidade para discutir o atendimento médico e cardiológico no sistema público de saúde do país. *Rev Bras Cir Cardiovasc* [Internet]. 2007 Dec [cited 2021 Feb 25]; 22(4): III-VI. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382007000400002&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-76382007000400002>.
 29. Grisa Gabrielle Hennig, Monteiro Janine Kieling. Aspectos emocionais do paciente cardíaco cirúrgico no período pré-operatório. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* [Internet]. 2015 Jun [citado 2021 Fev 25]; 8(1): 111-130. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000100009&lng=pt.
 30. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):507–514.
 31. Moraes CRR. Breve história da cirurgia cardíaca: o que aconteceu em Pernambuco, especialmente no Hospital Português. Recife: Ed. do Autor. 2002. p. 89-104.
 32. Minayo. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias *sampling and saturation in qualitative research: sampling and saturation in qualitative research: 1 Introdução conceito de saturação no âmbito da pesquisa qualitativa. Para isso.* *Rev Pesqui Qual*. 2017;5(7):01–12.
 33. Lakatos EM, Marconi MA. *Técnicas de pesquisa*. 3a edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.
 34. Boni V, Quaresma J. *Aprendendo a entrevistar como fazer entrevistas em*

Ciências Sociais. Em Tese. 2005;2(1):68–80.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

PROJETO DE PESQUISA

VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO CÁRDIO-TORÁCICA (URCT) EM UM HOSPITAL PRIVADO DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO

O Senhor (a) está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa que consiste em compreender como se dar a vivência dos Profissionais de Saúde inseridos na Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica (URCT).

O estudo será realizado na própria URCT do Real Hospital Português de Beneficência em PE com o tempo de duração de 30 minutos para aplicação da entrevista individual.

Os resultados do estudo poderão ser apresentados através da publicação de um artigo, mas que terá total sigilo e anonimato dos participantes.

Poderá também com esse estudo ser elaborada uma oficina para os Profissionais de Saúde da URCT com a possibilidade de oferecer aos mesmos ações psico-educativas que auxiliem na compreensão de suas vivências dentro desse tipo de ambiente hospitalar.

Para que possamos iniciar essa pesquisa se faz necessário sua autorização neste termo de consentimento.

Você (participante) tem a garantia do sigilo das informações e a de poder desistir ou se recusar a participar do projeto a qualquer tempo. E que este fato não

comprometerá nas suas atividades profissionais. Em caso de algum evento adverso o(s) que possa existir durante a realização da entrevista o(s) pesquisador(es) responsáveis pelo estudo irá(ão) prover o seu cuidado.

A sua participação no Projeto implica em responder a um a entrevista individual com duração de 30 minutos em um local apropriado, isto é, em um recinto privado do próprio hospital reservado para essa situação. Serão realizadas algumas perguntas disparadoras a fim de que você possa responder a partir do que foi perguntado. A entrevista será audiogravada a partir da sua autorização no TCLE.

Potenciais Benefícios do participante:

Como benefício, os resultados desta pesquisa poderão nos permitir uma compreensão da vivência dos profissionais de saúde durante o período de pós-operatório de cirurgia cardíaca, bem como favorecer na possibilidade da criação de estratégias que auxiliem numa melhor relação da ação de Cuidados dos profissionais de saúde para com os pacientes e familiares. Também poderá ser fornecido à comunidade científica conhecimento acerca da temática pesquisada através da construção de um artigo a ser publicado em uma revista indexada com Qualis/CAPES B1.

Potenciais Riscos do participante:

A pesquisa poderá oferecer riscos mínimos aos participantes do estudo, tais como constrangimento e/ou desconforto em relação a alguma pergunta durante a entrevista, além da disponibilidade do tempo que haverá para respondê-la. Por sua vez, os pesquisadores responsáveis ficarão atentos e, caso aconteça algum desconforto, um dos pesquisadores que também é psicólogo da equipe desse estudo, oferecerá acolhimento psicológico e se necessário encaminhar para atendimento sem ônus para o

participante. Em relação à possibilidade do tempo despendido por parte dos participantes para coleta de dados, os pesquisadores ficarão atentos para que não interfira na rotina de trabalho dos profissionais de saúde.

Declaração de conflitos de interesse.

Não há conflitos de interesse nesse estudo, haja vista que não haverá promoção e ou benefício ao pesquisador por está realizando este tipo de pesquisa no seu próprio ambiente de trabalho.

Contato do(s) responsável(eis) que ficaram disponíveis para tirar suas dúvidas:

Nome: Celestino Maciel Pedrosa Junior - Mestrando

Telefone: (81) 99617.3210

E-mail: cmpjuniorpsicologia@gmail.com

Endereço: Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco – Setor URCT.

Nos dias de segunda à sexta-feira, das 12h às 18h.

Nome: Juliana Monteiro Costa - Orientadora

Telefone: (81) 988264456

E-mail: jullymc@hotmail.com

Endereço: Faculdade Pernambuca de Saúde – FPS. Nos dias de Segunda, Terça e

Sexta-feiras, das 7h às 12h.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo recebido estas informações, e compreendendo de forma clara o projeto e procedimento.

Eu, _____ autorizo a minha inclusão no projeto acima descrito.

Assinatura do Profissional de saúde _____

Data:/...../.....

Assinatura do Profissional/pesquisador responsável

Data:/...../.....

APÊNDICE B

TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE PARA PESQUISA E INOVAÇÃO

PROJETO DE PESQUISA VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO CÁRDIO-TORÁCICA (URCT) EM UM HOSPITAL PRIVADO DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO

Pelo presente termo (nome) Celestino Maciel Pedrosa Junior, (profissão) Psicólogo
inscrito no conselho nº CA 02/11769 CPF 021.275.534-03, (se colaborador especificar o setor)
URCT, obriga-se a manter o mais absoluto sigilo e confidencialidade de toda e qualquer
informação do prontuário médico, de projetos de pesquisa e conteúdos a que tiver acesso nas
dependências do Real Hospital de Beneficência de Pernambuco / Instituto de Ensino e Pesquisa Alberto
Ferreira Costa¹.

Para o desenvolvimento de qualquer projeto de pesquisa, é necessário a prévia submissão ao
Comitê de Análise de Projetos, autorização formal da Diretoria Médica Técnica, assim como do Comitê
de Ética em Pesquisa quando se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos conforme dita a
legislação^{2,3}.

O sigilo e confidencialidade referem-se a não revelar, reproduzir ou dar conhecimento a terceiros
de dados coletados com o paciente, em prontuários, bases de dados, informações científicas ou
matérias obtidos com sua participação através cópia, foto, gravação, filmagem ou qualquer outro meio
de divulgação, sem a autorização previa dos envolvidos e da instituição. Estas informações
confidenciais devem ser utilizadas apenas para a atividade acadêmica, pesquisa científica, e divulgação
em veículos de informação especializada^{4,5}.

Não é permitido tomar, sem autorização previa institucional, qualquer medida com vistas a obter
direitos de propriedade intelectual ou benefícios para si ou para terceiros, relativos a informações
sigilosas a que tenham acesso.

O presente Termo tem natureza irrevogável e irretroatável, e o seu não cumprimento acarretará
todos os efeitos de ordem penal, civil e administrativa contra seus transgressores.

Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Termo, fica eleito o foro da Comarca de
Recife/PE, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Recife, 02 de Outubro de 2019

Ass. Celestino Maciel Pedrosa Jr.
Nome do Pesquisador(a) Responsável

Juni
Celestino Maciel P. Junior
Psicólogo
Hospital
CPF 0211769

¹Art. 5º inciso X, da Constituição Federal:

Art. 5º "São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação"

²Art. 154 do Código Penal Brasileiro:

Art. 154 "Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa."

³ Resolução CNS 466/12: "O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, ...no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos" ...

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMI-ESTRUTURADO **PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

PROJETO DE PESQUISA

VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO CÁRDIO-TORÁCICA (URCT) EM UM HOSPITAL PRIVADO DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO

NOME: (Iniciais) _____

FUNÇÃO: _____

TURNO: _____

SETOR: _____

1. Como você vivencia a sua prática na Unidade de Recuperação Córdio-Torácica?
2. Como você percebe o ambiente (contexto geral) da Unidade de Recuperação Córdio-Torácica?
3. Como você percebe o silêncio no contexto da Unidade de Recuperação Córdio-Torácica? Você poderia me falar um pouco sobre isso?
4. O que você entende sobre cuidado?
5. Como você poderia me descrever a sua relação de cuidado com os pacientes da Unidade de Recuperação Córdio-Torácica?
6. Como você percebe a humanização do cuidado na Unidade de Recuperação Córdio-Torácica?
7. Quais são as estratégias de enfrentamento (que recursos você utiliza) para vivenciar com seu cotidiano dentro desse tipo de contexto hospitalar?

8. Como você avalia a relação interprofissional da equipe de saúde na Unidade de Recuperação Córdio-Torácica?
9. Existem desafios para trabalhar na Unidade de Recuperação Córdio-Torácica? Você poderia falar um pouco sobre isso?
10. Durante sua formação no curso de graduação houve discussões e/ou reflexões acerca de como lidar com questões relacionadas à vida e morte, cirurgia e coração? Você poderia falar um pouco sobre isso?
11. Já havia pensado em trabalhar no contexto de UTI? E em UTI direcionada ao pós-operatório de cirurgia cardíaca?
12. Você gostaria de falar sobre mais algum aspecto que não foi abordado na entrevista?

APÊNDICE D

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

PROJETO DE PESQUISA
VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA UNIDADE DE
RECUPERAÇÃO CÁRDIO-TORÁCICA (URCT) EM UM HOSPITAL
PRIVADO DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO

NOME (Iniciais): _____

1. Sexo: Masculino () Feminino ()
2. Idade: _____
3. Estado civil: Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Separado ()
Outros (): _____
4. Religião: Católico () Evangélico () Espírita () Ateu ()
Outros (): _____
5. Escolaridade: Ensino Fundamental I () Ensino Fundamental II () Ensino
Médio () Ensino Técnico () Ensino Superior Completo () Ensino Superior
Incompleto () Pós graduação () Outros (): _____
6. Tempo de formação: _____
7. Profissão: _____
8. Tempo de serviço na URCT: _____
9. Tipo de vínculo empregatício: _____
10. Carga horária de trabalho: _____

11. Plantonista em outro serviço: Sim () Não () - Qual (is) lugar
(es)? _____ Em que carga horária? _____

12. Outros vínculos trabalhistas: Sim () Não () - Qual (is) lugar
(es)? _____ Em que carga horária? _____

APÊNDICE E

Quadro referente aos Dados sócio-demográficos dos participantes. Unidade de Recuperação cardíaco-torácica (URCT), 2020.

Participante	Sexo	Idade (em anos)	Est. Civil	Religião	Esc.	Tempo de Formação	Profissão	Tempo de URCT (em anos)	Tipo de Vínculo	C.H.	Plantão em outro	Outros Vínculos	Onde e C.H.
Eduarda	F	31 anos	Solteira	Evangélica	Pós-Grad	8 anos e 6 meses	Fisio	1 ano	CLT	30h	Sim	Não	-
Camilla	F	31 anos	Casada	Católica	Pós-Grad	10 anos	Fono	6 anos	CLT	25h	Não	Sim	Hospital 30h
Iara	F	32 anos	União Estável	Católica	Pós-Grad	6 anos	Enf	6 anos e 4 meses	CLT	40h	Não	Não	-
Kaio	M	38 anos	Solteiro	Católico	Ens. Sup.	12 anos	Fisio	8 anos	CLT	30h	Não	Sim	Consultor comercial 30h
Julia Juliana	F	30 anos	União Estável	Católica	Pós-Grad	7 anos e 6 meses	Psic	4 anos	CLT	30h	Não	Sim	Consultório 20h
Léo	M	40 anos	Casado	Cristão	Pós-Grad	16 anos	Méd	15 anos	CLT	20h	Não	Sim	Hospital 20h; Consultório 5 turnos
Gabriel	M	42 anos	Casado	Católico	Pós-Grad	15 anos	Méd	8 anos	CLT	24h	Sim	Sim	Hospital 24h
Lavínia	F	39 anos	União Estável	Evangélica	Téc de Enf	13 anos	Téc de Enf	12 anos	CLT	12x36h	Não	Não	-
Carol	F	38 anos	Casada	Evangélica	Pós-Grad	8 anos	Enf	8 anos	CLT	12x36h	Sim	Sim	Hospital 24h

Fonte: Elaboração do próprio autor, 2020.



APÊNDICE F



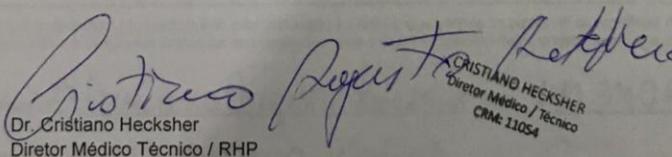
CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitamos o pesquisador Celestino Maciel Pedrosa Junior, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "**Vivência dos Profissionais de Saúde na Unidade de Recuperação Cardio-Torácico (URCT) em um Hospital Privado de Referência em Pernambuco**". Cujo objetivo é Compreender como se dá a vivência dos Profissionais de Saúde inseridos na UTI especializada na recuperação dos pacientes de pós-cirurgia cardiotorácica (URCT).

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, e as diretrizes do Instituto de Ensino e Pesquisa Alberto Ferreira Costa, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 26 de setembro de 2019.


Dr. Cristiano Hecksher
Diretor Médico Técnico / RHP

CRISTIANO HECKSHER
Diretor Médico / Técnico
CRM: 11054

ANEXOS

Anexo 1: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

REAL HOSPITAL PORTUGUES DE BENEFICENCIA EM PERNAMBUCO – RHP PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Título da Pesquisa: VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO CÁRDIO-TORÁCICA (URCT) EM UM HOSPITAL PRIVADO DE REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO

Pesquisador: CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR

Versão: 1

Área Temática:

CAAE: 23380719.9.0000.9030

Instituição Proponente: REAL HOSPITAL PORTUGUES DE BENEFICENCIA EM PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 3.663.502

DADOS DO PARECER

Apresentação do Projeto: Projeto qualitativo em ambiente de terapia intensiva com o fim maior de Compreender a vivência dos Profissionais de Saúde e seus significados pessoais ou coletivos em ambiente de terapia intensiva.

Objetivo principal: Compreender como se dá a vivência dos Profissionais de Saúde

inseridos numa Unidade de Recuperação Cárdio-Torácica (URCT).

Objetivo Secundário:

- 1) Descrever os dados sócio-demográficos dos Profissionais de Saúde (sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, formação profissional, especialização, profissão, tempo de serviço na URCT, tipo de vínculo empregatício; carga horária de trabalho; plantonista em outro serviço; outros vínculos);
- 2) Conhecer a vivência dos Profissionais de Saúde inseridos na URCT;
- 3) Identificar na perspectiva dos Profissionais de Saúde da URCT a percepção do silêncio nesse cenário; -Compreender a relação de cuidado humanizado dos Profissionais de saúde com os pacientes hospitalizados; - Descrever os recursos utilizados de enfrentamento pelos Profissionais de Saúde para a sua atuação na URCT;
- 4) Elaborar uma oficina para os Profissionais de Saúde a fim de promover ações psico-educativas para a melhoria de suas vivências no contexto da URCT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa poderá oferecer riscos mínimos aos participantes do estudo, tais como constrangimento e/ou desconforto em relação a alguma pergunta durante a entrevista, além de ter de oferecer disponibilidade de tempo para respondê-la. Por sua vez, os pesquisadores responsáveis ficarão atentos e, caso aconteça algum desconforto, um dos pesquisadores que também é da equipe desse estudo, oferecerá acolhimento psicológico, e se necessário, encaminhamento para suporte psicológico extra-hospital sem ônus para o participante. Em relação à possibilidade do tempo despendido por parte dos participantes para coleta de dados, os pesquisadores ficarão atentos para que não interfira na rotina de trabalho dos profissionais de saúde. que valorizam e é peculiar à vida. As vivências relacionadas ao coração podem também propiciar grandes expectativas junto ao tratamento e às percepções sobre a existência humana. Assim, se fez pertinente buscar através do Mestrado alternativas para provocar uma reflexão acerca do seguinte questionamento: “como se dá a vivência dos profissionais de saúde inseridos na UTI especializada na recuperação dos pacientes de pós cirurgia cardíaca?”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevante valor no ambiente hospitalar por valorizar a percepção dos profissionais em um ambiente de vivências de tantos sentimentos intensos. Grandes alegrias, grandes tristezas, frustrações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Satisfatório

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apesar do cronograma discretamente atrasado, não considerei 1 mês suficiente para atrapalhar o andamento da pesquisa. Projeto aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1436941.pdf	08/10/2019 08:22:40	Aceito	
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetomestradocomitedeetica.doc	07/10/2019 21:32:08	CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	07/10/2019 21:31:41	CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR	Aceito
Outros	termodesigiloeconfidencialidadejuliana.pdf	03/10/2019 17:13:13	CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR	Aceito
Outros	termodesigiloeconfidencialidadecelestino.pdf	03/10/2019 17:12:55	CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocelestino.pdf	01/10/2019 09:48:50	CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR	Aceito
Outros	curriculoslattesCelestinoMacielPedrosaJunior.pdf	01/10/2019 09:48:26	CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR	Aceito
Outros	curriculoslattesJulianaMonteiroCosta.pdf	01/10/2019 09:47:54	CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR	Aceito
Outros	cartadeanuenciahospitalportugues.pdf	01/10/2019 09:46:56	CELESTINO MACIEL PEDROSA	Aceito

			JUNIOR	
Orçamento	ORCAMENTO.doc	17/09/2019 11:03:02	CELESTINO MACIEL PEDROSA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência				

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

RECIFE, 25 de Outubro de 2019

Assinado por:

**Wildberg Alencar Lima
(Coordenador(a))**

Anexo 2: Normas e Orientações para submissão do artigo

Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à revista Contextos Clínicos?

[ACESSO](#)

Não tem login/senha?

[ACESSE A PÁGINA DE CADASTRO](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

A revista Contextos Clínicos está permanentemente aberta a submissões e não cobra taxa de editoração (*Article Processing Charges - APC*) ou taxa de submissão de artigos. Publica artigos sobre investigações empíricas e revisões sistemáticas e integrativas da literatura que abordem a Psicologia Clínica em diferentes contextos.

São aceitos para a publicação somente trabalhos originais inéditos e que não estejam sendo avaliados para publicação em outra revista. Os manuscritos devem ser enviados pelo site da revista e os textos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol.

Os manuscritos submetidos, quando derivados de estudos que envolvam seres humanos, devem obrigatoriamente ter sido aprovados por Comitê de Ética em Pesquisa. Portanto, os autores deverão inserir a cópia digitalizada da declaração de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição como documento suplementar.

A publicação dos artigos está sujeita à aprovação prévia da Comissão Editorial da Revista e, após, serão submetidos à avaliação do tipo *peer review* feita por, pelo menos, dois pareceristas externos.

A aceitação final dos artigos depende dos seguintes critérios:

- Recomendação dos pareceristas;

- Efetivação dos ajustes necessários pelo(s) autor(es);

- Aprovação da Comissão Editorial, cuja resolução contemplará cinco diferentes avaliações:

1. Aceitar;
2. Correções obrigatórias;
3. Submeter novamente para avaliação;
4. Enviar para outra revista;
5. Rejeitar

Importante:

A Contextos Clínicos não se responsabiliza por conceitos e opiniões emitidos pelos autores. O envio espontâneo de qualquer submissão implica automaticamente a cessão integral dos direitos autorais a Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Apresentação e encaminhamento dos manuscritos

Os manuscritos deverão ser encaminhados por meio de submissão eletrônica no site da Revista Contextos Clínicos (www.revistas.unisinos.br/contextosclinicos). O conteúdo dos originais, sem a identificação dos autores em nenhuma parte do texto, deve conter:

- Título no idioma do artigo e em inglês. Caso o artigo for redigido em inglês deve apresentar também o título em português. Os títulos devem conter, no máximo, 240 caracteres com espaço;

- Resumo no idioma do artigo, em um único parágrafo, com até 200 palavras, acompanhado de três palavras-chave, que preferencialmente devem fazer parte do vocabulário de terminologia em psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde/Psicologia (BVS-Psi), disponível em www.bvs-psi.org.br;

- *Abstract* em inglês, acompanhado de pelo menos três *keywords*. Caso o artigo for redigido em inglês, deve apresentar também o resumo em português, acompanhado de três palavras-chave, que preferencialmente devem fazer parte do vocabulário de terminologia em psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde/Psicologia (BVS-Psi), disponível em www.bvs-psi.org.br;

- Texto completo do artigo formatado em Times New Roman, 12 pt, espaçamento duplo, justificado e margens de 2,5 em todos os lados. O texto deve conter subseções (Introdução, Método, Resultados, Discussão e Considerações Finais) apresentadas de forma contínua, sem a necessidade de nova página;

- Lista de referências em ordem alfabética, espaçamento duplo, alinhada à esquerda e não justificada.

Os manuscritos devem estar redigidos em linguagem científica, respeitando as normas da língua portuguesa. Pequenas correções podem ser realizadas pela comissão editorial para garantir adequações linguísticas. Os seguintes parâmetros de formatação devem ser seguidos para a submissão do manuscrito:

Extensão: O texto deverá ter extensão máxima de 25 páginas, incluídas as referências, sem a necessidade de numerá-las.

Fonte: A fonte utilizada em todo o trabalho deve ser a Times New Roman, tamanho 12 para o corpo do texto e 10 para as notas de rodapé, tabelas, gráficos, títulos e legendas de ilustrações e tabelas.

Margens, Espaçamento e Recuo: As margens para todas as folhas do trabalho deverão ser de 2,5 cm na parte superior, inferior, direita e esquerda. Todas as seções do trabalho, com exceção da lista de referências, devem seguir as seguintes formatações:

a) O alinhamento dos parágrafos deve ser justificado, com exceção da lista de referências;

b) O espaçamento entre linhas é duplo – com exceção das notas de rodapé e das tabelas, as quais devem ter espaçamento simples (1,0);

b) O espaçamento entre parágrafos (antes e depois) é zero;

c) Deverá haver um recuo especial na primeira linha de 1,25 cm.

Tabelas, figuras e quadros: Tabelas e quadros também devem ser enviados em formato original (Word ou Excel) e em arquivos separados, postados como documentos suplementares (não inseridos no interior do próprio texto). Se o artigo contiver imagens fotográficas, figuras ou gráficos, esses deverão ser encaminhados em formato original (.jpeg, .png, .tiff) e em arquivos separados, postados como documentos suplementares (não inseridos no interior do próprio texto), com resolução mínima de 300 dpi. No arquivo referente ao texto, deverá ser indicado o local aproximado onde devem ser inseridas as figuras, gráficos, tabelas e/ou quadros.

Estilo de citação: Contextos Clínicos adota o estilo APA (American Psychological Association) para a elaboração de manuscritos submetidos a periódicos científicos. Observe essas normas para citações, lista de referências, tabelas e figuras. Não utilize as expressões *op. cit;* *ibid;* *ibidem;* *id;* *idem*. Também não utilize a expressão *apud*. Se estritamente necessário referenciar uma fonte secundária, dê preferência pelo emprego da expressão “citado por”. Para facilitar a consulta, algumas situações comuns foram elencadas e exemplificadas a seguir.

Uma autoria: (Gil, 2002) ou Gil (2002) afirma que ...

Dois autorias: (Habigzang & Caminha, 2004) ou Segundo Habigzang e Caminha (2004) ,...

Três a cinco autorias: (Celano, Hazzard, Campbell, & Lang, 2002) ou Celano, Hazzard, Campbell e Lang (2002) referem que ...

Seis ou mais autorias: (Fleck et al., 2002) ou Segundo Fleck et al. (2002), ...

Entidade como autoria: (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 1988) ou Conforme o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 1988),

Autores/as com mesmo sobrenome: (E. Dutra, 2002; J. Dutra, 2004).

Dois ou mais trabalhos de mesmo autor dentro dos mesmos parênteses: (Silva, 2013a, 2013b, 2017, 2019, no prelo).

Caso duas referências com seis ou mais autores/as fiquem idênticas quando citadas, faça a chamada para os sobrenomes dos/as primeiros/as e de tantos/as autores/as quanto forem necessários para diferenciar as duas referências, seguidos de vírgula e et al.

Exemplos:

Fleck, Lima, Louzada, Schestatsky, Henriques e Borges (2002)

Fleck, Lima, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (2002)

Essas duas citações seriam diferenciadas no texto da seguinte forma:

Fleck, Lima, Louzada, et al. (2002)

Fleck, Lima, Xavier, et al. (2002)

Lista de Referências

O espaçamento na lista de referências também é duplo, mas o alinhamento dos parágrafos deve ser à esquerda (e não justificado), com deslocamento de 1,25 da segunda linha em diante. Para facilitar, são apresentados alguns exemplos de referências por tipo de material consultado:

Artigo de periódico com doi

Teixeira, M. A. P., Oliveira, A. M., & Wottrich, S. H. (2006). Escalas de práticas parentais (EPP): Avaliando dimensões de práticas parentais em relação a adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 433-441. doi:10.1590/S0102-79722006000300012

Artigo de periódico com URL

Caso não conste um DOI no periódico acessado eletronicamente, inclua o URL da página inicial do periódico. Não é necessário informar a data de acesso. Use o seguinte formato: Retrieved from <http://www.xxxx>

Araujo, R. B., Oliveira, M. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C., & Castro, M. G. T. (2008). Craving e dependência química: Conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 57-63. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a11.pdf>

Livro

Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Young, K. S., & Abreu, C. N. (Eds.). (2011). *Dependência de internet: Manual e guia de avaliação e tratamento*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Capítulo de livro

Breakwell, G. M., & Rose, D. (2010). Teoria, método e delineamento de pesquisa. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds.), *Métodos de pesquisa em psicologia* (pp. 22-41). Porto Alegre, RS: Artmed.

Teses e dissertações

Nogueira, E. E. S. (2000). *Identidade organizacional: Um estudo de caso do sistema aduaneiro brasileiro*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Notas de rodapé

As notas de rodapé devem ser usadas de forma parcimoniosa. Somente são permitidas notas de rodapé explicativas e não são permitidas notas que contenham apenas referências. Estas deverão estar listadas, ao final do texto, no item 'Referências'.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e **inédita**, e **não está sendo avaliada** para publicação **por outra revista**.
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word ou RTF.
3. Os autores respeitaram a autoria dos trabalhos citados, não tendo incorrido em plágio acadêmico.
4. A redação do texto segue à risca os parâmetros descritos em Apresentação e encaminhamento dos manuscritos.

5. Os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados. A cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa foi anexada como documento suplementar, quando for o caso.
6. A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista na avaliação por pares.

Declaração de Direito Autoral

Concedo à revista Contextos Clínicos o direito de primeira publicação da versão revisada do meu artigo, licenciado sob a Licença *Creative Commons Attribution* (que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista). Afirmando que meu artigo não está sendo submetido a outra publicação, ainda não foi publicado na íntegra e assumo total responsabilidade por sua originalidade, podendo incidir sobre mim eventuais encargos decorrentes de reivindicação, por parte de terceiros, em relação à autoria do mesmo. Também aceito submeter o trabalho às normas de publicação da Contextos Clínicos acima explicitadas.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.