



**CENTRO UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO BRASIL
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

GISLENE DE SA SANTOS

**A HUMANIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA**

Barreiras

2021

GISLENE DE SA SANTOS

**A HUMANIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de enfermagem, Centro Universitário Regional do Brasil, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof Msc. Jefferson Dias Silva Almeida

Barreiras

2021

GISLENE DE SA SANTOS

**A HUMANIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem, Centro Universitário Regional do Brasil.

Aprovado em _____ de _____ de 2021

Banca Examinadora

Prof. M.Sc. Jefferson Dias Silva Almeida (UNIRB)
Orientador e Presidente da Banca
Mestre em Educação
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Esp. Alzira Maria Santos Prado Araújo
Membra da banca

Esp. em Xxxx Xxxx, pela Universidade Xxxxxxxx

Dedico esse trabalho aos meus pais, as
pessoas mais importantes da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, que sempre me conduziu com as devidas lições de amor, humildade e tolerância hoje e sempre. Por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais Ildene Ferreira de Sá dos Santos e Antônio Dionísio dos Santos que sempre estiveram ao meu lado nas horas difíceis e felizes da minha vida.

Ao meu prezado e querido orientador Jefferson, pela dedicação compreensão e amizade.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

A vida é feita de momentos, momentos pelos quais temos que passar, sendo bons ou não, para o nosso aprendizado. Nada é por acaso. Precisamos fazer a nossa parte, desempenhar o nosso papel no palco da vida, lembrando de que a vida nem sempre segue o nosso querer, mas ela é perfeita naquilo que tem que ser.

Chico Xavier

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer o significado da assistência prestada à pacientes na UTI, com ênfase no cuidado humanizado, em como, conceituar as formas de humanização e cuidados na UTI; analisar as formas de cuidar realizadas pelos profissionais inseridos na UTI; evidenciar melhorias para o cuidado ao paciente crítico de uma forma humanizada. A metodologia adotada nesta pesquisa trata-se de uma pesquisa bibliográfica, para consultas sobre o tema foi utilizado trabalhos acadêmicos em leituras para aprofundamento no assunto. A partir da análise de dados foi possível perceber a importância humanização dentro da Unidade de Terapia Intensiva torna-se cada vez mais necessária para que os pacientes, familiares e equipe tenham mais conforto e comodidade ao realizarem procedimentos que muitas vezes podem levar o paciente a morte. Enfim, por meio de todo o estudo realizado foi possível confirmar que o atendimento humanizado deve ser vivido com maior praticidade ética, onde o paciente seja ouvido e respeitado nos cuidados realizados com amor e ternura, caracterizados pelo olhar holístico, reflexivo e respeitoso.

Palavras Chaves: Humanização; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This study aimed to understand the meaning of care provided to patients in the ICU, with an emphasis on humanized care, how to conceptualize the forms of humanization and care in the ICU; analyze the forms of care performed by professionals working in the ICU; show improvements for the care of critical patients in a humanized way. The methodology adopted in this research is a bibliographic research, for queries on the subject, academic works were used in readings to deepen the subject. From the data analysis, it was possible to see the importance of humanization within the Intensive Care Unit, which becomes increasingly necessary for patients, family members and staff to have more comfort and convenience when performing procedures that can often lead to the patient's death . Finally, through the entire study, it was possible to confirm that humanized care should be experienced with greater ethical practicality, where the patient is heard and respected in care provided with love and tenderness, characterized by a holistic, reflective and respectful look.

Key Words: Humanization; Nursing; Intensive care unit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

PNH – Política Nacional de Humanização

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

QUALISUS – Qualificação na Atenção à Saúde

SCIELO – Scientific Electronic Library on Line Scielo

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização das Nações Unidas

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS	13
2.1	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI).....	13
2.2	AMBIENTE DE UMA UTI	16
3	POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	18
4	O ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	23
4.1	A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO EM UTI	27
4.2	HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO.....	28
4.3	DESAFIOS E DIFICULDADES ENCONTRADAS POR ENFERMEIROS AO PROGRAMAR A HUMANIZAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	30
5	METODOLOGIA	32
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	39
7	CONCLUSÃO	43
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

1 INTRODUÇÃO

O trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é complexo e, como tal, comporta inúmeras necessidades para o desenvolvimento do cuidado. A dinâmica entre os profissionais, a condição crítica dos pacientes e a utilização de inúmeras tecnologias demandam da enfermagem conhecimentos de ordens diversas, potencializando a assistência prestada e maximizando processos efetivos de trabalho e cuidado.

Situando-se a UTI no nível mais complexo da hierarquia dos serviços hospitalares, apresenta a necessidade de organização e estruturação da assistência de enfermagem, de maneira a contribuir positivamente para a qualidade das ações e segurança do paciente e da equipe multiprofissional. Sabe-se que humanizar é um processo de conscientização dos profissionais assim como uma relação aprimorada entre os profissionais de saúde, a comunidade, a família e o paciente. Diante desse contexto, surge o interesse maior relacionado ao tema, numa estimativa de se evidenciar quais os cuidados e a sua finalidade, e questionar sobre as melhorias e vantagens dessa abordagem de trabalho.

O interesse pelo estudo foi devido à minha experiência enquanto profissional de saúde, quando percebi que os familiares acompanhantes não são atendidos e compreendidos em suas necessidades e angústias. Muitos deles, não possuem a experiência de acompanhamento a pacientes e desenvolvem um processo de consternação que pode até mesmo desencadear doenças psíquicas e emocionais. Desta maneira, percebo que a atenção humanizada a familiares acompanhantes de pacientes críticos na UTI é essencialmente importante, uma vez que já é notório as repercussões desse processo para a família, onde está presente a frustração. Também, pelo fato dos familiares associarem a UTI com a questão da morte e apresentar desesperança, fato este que repercute de forma desagradável na família alterando todo o seu cotidiano.

Nesse íterim, a pesquisa contemplou como questão norteadora: Como se dá o cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva?

Para responder o questionamento traçaram-se como objetivo geral conhecer o significado da assistência prestada à pacientes na UTI, com ênfase no cuidado humanizado. E de forma mais específicas: conceituar as formas de humanização e

cuidados na UTI; analisar as formas de cuidar realizadas pelos profissionais inseridos na UTI; evidenciar melhorias para o cuidado ao paciente crítico de uma forma humanizada.

Sabe-se que humanizar é um processo de conscientização dos profissionais assim como uma relação aprimorada entre os profissionais de saúde, a comunidade, a família e o paciente. Diante desse contexto, surge o interesse maior relacionado ao tema, numa estimativa de se evidenciar quais os cuidados e a sua finalidade, e questionar sobre as melhorias e vantagens dessa abordagem de trabalho.

É interessante perceber que durante a fase acadêmica, assim como a fase profissional de nossas vidas, a humanização se faz presente a todo tempo pois o cuidar do outro necessita de uma atenção especial e direcionada à suas necessidades. Quando voltamos esse tema ao ambiente da UTI, fica claro que os pacientes que estão à mercê dos cuidados desses profissionais merecem uma atenção diferenciada, já que o ambiente hospitalar proporciona um estado de fragilidade tanto do paciente e família, quanto do profissional ali inserido.

A metodologia adotada nesta pesquisa trata-se de uma pesquisa bibliográfica, para consultas sobre o tema foi utilizado trabalhos acadêmicos em leituras para aprofundamento no assunto. Segundo Pádua (2004), a pesquisa bibliográfica é fundamental nos conhecimentos de biblioteconomia, documentação e bibliografia; sua finalidade é colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu a respeito do seu tema de pesquisa (PADUA, 2004).

2 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

A unidade de terapia intensiva (UTI) é idealizada com base nas ações de Florence Nightingale. Em 1854 ocorreu a guerra da Criméia no qual Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia, os soldados vinham à óbito pelas condições precárias, porém a taxa de mortalidade reduziu com intervenções de cuidados mais complexos e especializados, ou seja, foram classificados de acordo com o grau de gravidade, onde os mais graves ficassem próximos à enfermagem com monitorização contínua. Sendo assim o objetivo básico da unidade de terapia intensiva é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes em um ambiente físico e psicológico adequado.

No Brasil, as primeiras UTIs tiveram início na década de 70, com a determinação de concentrar pacientes com alto grau de complexidade em uma área hospitalar adaptada, com infraestrutura própria, equipamentos e materiais adequados, além de capacitação de profissionais para ampliar a qualidade do trabalho nela desenvolvido (ABRAHÃO, 2011). O autor se reporta ao cuidado ao paciente crítico, o qual teve início em 1854, mediante o trabalho de Florence Nightingale, na Guerra da Crimeia. Naquela época, a mortalidade entre os feridos era de 40% e, quando Florence seguiu para Scutari, um subúrbio asiático de Constantinopla, com um grupo de 38 mulheres, entre religiosas e leigas vindas de diferentes hospitais, a mortalidade diminuiu para 2%.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada pela dependência hospitalar destinada a cuidados diretos e intensivos a pacientes com quadros graves ou que apresentem riscos que comprometem sua saúde, podendo inclusive levar ao óbito.

As Unidades de Terapia Intensivas (UTIs) são destinadas a pacientes com maior gravidade e complexidade, e que possuem risco iminente de morte (BRASIL, 2004). Em consequência da complexidade dos pacientes internados nesse setor, esse ambiente necessita de um grande número de equipamentos e profissionais de saúde, o que contribuem para um ambiente menos familiar e mais hostil.

Esta unidade visa uma recuperação hábil do paciente, acompanhado de uma assistência multiprofissional capacitada e preparada para agir sobre a complexidade, o estresse e a sobrecarga de trabalho que este tipo de serviço proporciona.

Pacientes internados em unidades de terapia intensiva apresentam necessidades especiais e básicas, as quais, na maioria das vezes exigem assistência sistematizada, além de uma série de cuidados objetivando evitar complicações.

De acordo com a resolução nº170 do Conselho de Medicina do Estado de São Paulo-Cremesp, essas unidades são constituídas de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que exijam assistência médica ininterrupta, com apoio de equipe de saúde multiprofissional, e demais recursos humanos especializados, além de equipamentos. Os serviços de tratamento intensivo dividem-se de acordo com a faixa etária dos pacientes atendidos, nas seguintes modalidades:

- a) Neonatal - destinado ao atendimento de paciente com idade de 0 a 28 dias.
- b) Pediátrico - destinado ao atendimento de pacientes com idade de 29 dias a 18 anos incompletos.
- c) Adulto - destinado ao atendimento de pacientes com idade acima de 14 anos.
- d) Pacientes na faixa etária de 14 a 18 anos incompletos, podem ser atendidos nos Serviços de Tratamento Intensivo Adulto ou Pediátrico, de acordo com o manual de rotinas do Serviço.

Nesse sentido a UTI é um local de grande especialização e tecnologia, além de atuar como espaço laboral destinado a profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros. Assim, entende-se que os profissionais que atuam nessas unidades necessitam de muito preparo, pois inevitavelmente, podem se deparar com situações que definem o limite entre a vida e a morte dos pacientes (INOUE; MATSUDA, 2009).

O paciente que se encontra nesse contexto vivencia um momento de extrema vulnerabilidade e frequentemente se sente desamparado devido à situação de saúde instável, a falta de informação sobre o seu estado de saúde e o sofrimento gerado pelo afastamento temporário da família. A internação nesse setor pode provocar sentimento de insegurança e temor não apenas no paciente, mas também nos familiares, que se sentem desamparados e tentam elaborar estratégias para enfrentar essa situação (REIS; GABARRA; MORE, 2016).

O ambiente da UTI é desconhecido para os pacientes, um lugar diferente, agitado, com muitas máquinas, alarmes, onde os mesmos sofrem uma seqüência de privações. A internação nesta unidade provoca desconforto físico e emocional, torna intensa a ansiedade e o medo, sentimentos esses que podem contribuir para o estresse e interferir negativamente na recuperação do paciente (REIS et al, 2009).

O processo de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizado por atividades assistenciais complexas que exigem alta competência técnica e científica - afinal, a tomada de decisões imediatas e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida e à morte de pessoas. Nesse contexto, é de suma importância prover e manter pessoal de enfermagem qualificado e adequadamente dimensionado para desenvolver a assistência de enfermagem com qualidade e segurança.

Entende-se como dimensionamento de pessoal, um processo sistemático que tem por finalidade a previsão da quantidade e qualidade por categoria (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) necessária para atender, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela. Em UTI, o dimensionamento do pessoal de enfermagem, além de suprir à demanda de cuidados requerida pelos pacientes, contribui para que sejam mantidas condições favoráveis de trabalho e, conseqüentemente, a saúde dos trabalhadores de enfermagem que lidam diariamente com situações estressantes - o sofrimento e a morte.

O dimensionamento do pessoal de enfermagem, portanto, fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal para prover cuidados de enfermagem que garantam a qualidade, previamente estabelecida, a um grupo de pacientes, de acordo com a filosofia, a estrutura da instituição e, também, com a singularidade de cada serviço.

O provimento do pessoal de enfermagem, sob o enfoque quantitativo e qualitativo, capaz de atender às necessidades de assistência dos pacientes, deve ser estimado pelo enfermeiro (com base nas normas técnicas mínimas estabelecidas pela Resolução COFEN n.º 293/2004). Esta Resolução preconiza que o dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem basear-se em características relativas à instituição/empresa, ao serviço de enfermagem e à clientela.

No dia a dia da UTI, o enfermeiro depara-se constantemente com a criticidade do estado de saúde dos pacientes que se encontram no limiar entre a vida e a morte, sendo necessário o frequente desenvolvimento de procedimentos técnicos de alta complexidade, para manter a vida do paciente que está sob seus cuidados.

O enfermeiro dentro da UTI tem diversas funções, que permeiam a coordenação clínica e funcional da unidade, a educação junto à equipe de enfermagem e também voltada para o paciente e seu familiar. Destaca-se, ainda, a função de articular os diversos profissionais envolvidos na assistência a um paciente e, também, articular as informações acerca deste, englobando nesse processo inclusive os setores administrativos do hospital que se preocupam com a conta hospitalar e com os fins financeiros da instituição.

Com base no exposto, é importante considerar que, em UTI, geralmente, estão alocados pacientes extremamente debilitados e com maior dependência de cuidados do que em outras unidades hospitalares, e por esta razão, o dimensionamento do pessoal de enfermagem deve ser estimado mediante o uso de instrumentos mais completos e de fácil aplicação que considerem as diversas atividades desenvolvidas especificamente neste setor e auxiliem na real quantificação da carga de trabalho da enfermagem e na determinação do número de trabalhadores para compor a equipe.

Dentre as funções que os enfermeiros desenvolvem com maior frequência, despendendo mais tempo de trabalho, sobressaem a supervisão, a coordenação e o cuidado técnico especializado, que converge com os sentimentos apontados pelos participantes desta pesquisa ao se sentirem mais valorizados e reconhecidos pelos demais membros da equipe quando desempenham funções e atividades que demonstram o seu domínio sobre o funcionamento geral da unidade e do cuidado e, também, sobre os procedimentos de técnicas complexas e especializadas, incluindo o domínio da tecnologia envolvida.

2.2 AMBIENTE DE UMA UTI

Cheregatti e Amorim (2010) apontam que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é reservada, complexa, com espaço de inúmeras monitorizações sucessivas, e que acolhe doentes em estado grave ou com comprometimentos de um ou mais sistemas orgânicos. Este espaço proporciona também suporte e tratamento

intensivo, exigindo da equipe profissional monitorização consecutiva, vigilância nas 24 horas, atenção continuada, sendo que os pacientes, de certo modo, não estão preparados para internação nesse ambiente complexo e estranho.

De acordo aos arcabouços literários em todo mundo o ambiente da UTI é um local que causa bastante estresse e desgaste, isto porque, os pacientes que convivem neste espaço vivenciam desconfortos físicos e psicológicos relacionados às características do ambiente, que estão relacionados aos diversos equipamentos que estes se inserem, a rotina profissional e dos inúmeros procedimentos causando prejuízo do sono e do bem-estar dos pacientes (LUSK; LASH, 2005). A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente que requer bastante cuidado e que abriga pacientes em situações bastante críticas levando aos acompanhantes ou familiares a ficarem angustiados e aflitos, os tornando mais sensíveis e vulneráveis a situações conflituosas.

De acordo com Salício e Gaiva (2006) o espaço da UTI é projetado de maneira a proporcionar assistência especializada aos clientes em estado crítico, que estejam correndo risco de vida, neste sentido, é preciso ressaltar que o uso de aparelhos cada vez mais aprimorados e atualizados que busquem resguardar manter a vida do paciente em estado crítico. O Uso desses equipamentos 16 proporciona atendimentos imediatos, e também pode fortalecer no distanciamento das relações humanas, fazendo com que o paciente/cliente sinta-se abandonado (NASCIMENTO; ERDMANN, 2006).

3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

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

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

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

A grande conquista foi o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado legalmente pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 2º garante que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (NEVES, 2009).

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

precarização das relações de trabalho e a escassa participação na gestão dos serviços (MS, 2003).

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

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

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

Para que o PNHAH se efetive é necessário que haja vontade política dos dirigentes em participar de ações efetivas e permanentes para transformação da realidade hospitalar, reconhecendo o caráter processual destas transformações (MS, 2001a). Neste sentido, diversos aspectos estão envolvidos nesta situação, alguns facilmente reconhecíveis, enquanto outros mais complexos precisam ser observados e sistematizados. Entre eles, estão questões tais como: contratação de quantitativo profissional adequado à demanda da população; revisão da formação dos profissionais, com reformulação curricular dos cursos da área de saúde; melhoria do relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário, independentemente da dimensão subjetiva inerente a todo e qualquer contato humano, existente em toda prestação de serviço em saúde (MS, 2001a).

Para que se possa oferecer atendimento de saúde com qualidade à população é preciso pensar em um conjunto de ações capaz de atender a três dimensões: humanizar o atendimento ao usuário; humanizar as condições de trabalho do profissional de saúde, e atender as necessidades básicas administrativas, físicas e humanas da instituição hospitalar (MS, 2001a). Em 2003, após inúmeros debates a respeito da noção de humanização nas instituições públicas de saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), também denominada Humaniza SUS, com o intuito de englobar as várias iniciativas já existentes constituindo-se numa política transversal de assistência e não mais em um programa específico (MS, 2004).

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

Essa política também teve impacto no campo do atendimento em terapia intensiva. Em julho de 2005 o MS, considerando que a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico exige a conformação de uma rede assistencial organizada que incorpore a linha de cuidado integral e a humanização assistencial, submeteu à consulta pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Esta visa estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários do SUS, que deve ser ofertada de forma sistêmica e globalizante, integral e universal, hierarquizada e referenciada, pactuada e regulada de acordo com o princípio da equidade assistencial (MS, 2005).

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

A preocupação com a humanização do ambiente físico da unidade é justificada, por este ter influência direta sobre o bem-estar de todos aqueles que

vivenciam a UTI (VILA; ROSSI, 2002), podendo gerar distúrbios psicológicos, desorientação no tempo e espaço, além de privação de sono. Assim, todos os esforços que visem diminuir esses efeitos negativos devem ser valorizados (KNOBEL, 1999).

Porém, também merece realce a recomendação da referida Portaria sobre a garantia de visitas diárias dos familiares ao paciente. Nesse sentido, já é possível observar alguns avanços, pois no Estado de São Paulo, por meio da Lei nº 10.689 de 30 de novembro de 2000, “é permitida a permanência de um acompanhante junto à pessoa que se encontre internada em unidades de saúde sob-responsabilidade do Estado, inclusive nas dependências de tratamento intensivo ou outras equivalentes” (URIZZI et al., 2008, p. 374).

Sendo assim, humanizar é oferecer atendimento de qualidade articulado aos avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (MS, 2004). Como política transversal, a humanização supõe “que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (MS, 2004, p. 07).

Humanizar é aceitar a necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. É adotar uma prática em que tanto profissionais quanto usuários consideram o conjunto de todos esses aspectos que compõem o atendimento à saúde. Ou seja, humanizar refere-se à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites (MS, 2001a).

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

É primordial que o trabalho de humanização fortaleça o comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, já construído conhecido e dominado, com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Deste modo, humanizar se traduz em um agir inspirado em disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno. Portanto, torna-se necessário repensar as práticas das instituições de saúde,

buscando opções de diferentes formas de atendimento e de trabalho que preservem este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais (MS, 2001a).

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

Como política transversal, a PNH compreende que, em seu desempenho articulador, ela deve se conduzir, por um lado, à facilitação e à coerência dos processos e das ações das de outras áreas, criando o campo onde a Política de Humanização se dará; por outro lado, deve também colocar se como centro de competências e saber. Suas funções de núcleo de humanização resguardam por aprovar, estrategicamente, especifica da PNH e, nesse sentido, traz ofertas de conteúdos e de métodos a serem trabalhados sobre processos e prioridades considerados importantes para cada área da atenção como, por exemplo, a hospitalar, em específico em Unidade de Terapia Intensiva (BRASIL, 2006).

O Tratamento Intensivo (UTI) tem por desígnio prestar atendimento a pacientes críticos e de risco que determinem assistência médica e de enfermagem contínuas, além de equipamento e recursos humanos especializados na área. Para um bom funcionamento da UTI devemos atender alguns parâmetros de qualidade que garanta a cada paciente: direito à sobrevivência dentro dos recursos ofertados, da manutenção do equilíbrio de seus sinais vitais; direito a uma assistência humanizada; a mínima exposição aos riscos decorrentes dos métodos propedêuticos e do próprio tratamento em analogia aos benefícios obtidos (BRASIL, 2010). Trentini (2004) afirma que o cuidar na UTI é tecnicista e mecânico, desprovido, muitas vezes, dos sentimentos reais do doente e seus familiares.

A vivência em UTI permitiu afirmar que essas unidades possuem algumas características próprias, como: a convivência diária dos profissionais e dos sujeitos doentes com as situações de risco; a ansiedade aumentada, tanto pelos pacientes hospitalizados quanto dos familiares e profissionais de saúde; as rotinas, muitas vezes, rígidas e inflexíveis; e a rapidez de ação no atendimento.

4 O ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nos tempos pós-modernos, a Enfermagem tem se deparado com um grande desafio: acompanhar com presteza e espírito inovador a evolução contínua da tecnologia e, ao mesmo tempo, saber ouvir os sofrimentos, angústias e frustrações das pessoas que estão sob seus cuidados. (CAVALHEIRO; MOURA; LOPES,2008).

O enfermeiro de UTI trabalha em um ambiente onde vida e morte, humanas e tecnológicas encontram-se em luta constante. Apesar de existirem vários profissionais que atuam na UTI o enfermeiro é o responsável pelo acompanhamento constante, conseqüentemente possui o compromisso dentre outros de manter a homeostasia do paciente e o bom funcionamento da unidade.

Para desempenhar um cuidado humanizado ao paciente além dos procedimentos técnicos, atividades administrativas, gerenciais e burocráticas, o enfermeiro deve focalizar seu olhar nos aspectos psíquicos, espirituais e emocionais do ser humano. Obter conhecimentos e utilizá-los em intervenções corretas é parte de sua responsabilidade, que deve manter-se sempre atualizada para que haja uma atuação mais eficaz no cuidado do paciente, visando a diminuição dos riscos, complicações e morte.

Ao se respeitar e atender as necessidades e direitos do paciente, a equipe que com ele se relaciona terá sucesso em seu trabalho, já que é de responsabilidade principalmente do enfermeiro fazer com que esses direitos sejam cumpridos. Salientam MENDES et al (2000, p.217) a respeito do profissional enfermeiro:

(...) mais do que qualquer outro profissional de saúde, o enfermeiro tem frequentemente tempo, oportunidade e acima de tudo preparo para demonstrar seu conhecimento pelo direito do paciente, ser assistido com dignidade e ainda mais, de promover estes direitos, através de suas ações.

De acordo com Hudak e Gallo (1997), o papel do enfermeiro na unidade de tratamento intensivo consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas.

O enfermeiro de uma unidade de terapia intensiva deve possuir conhecimento, habilidade e atitude, compete a ele sistematizar e decidir sobre o uso de recursos humanos, físicos, materiais e de informação na assistência prestada.

As funções do enfermeiro são desempenhadas para atender as necessidades de saúde de pessoas ou de comunidades. No ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), estas funções estão ligadas ao cuidado com o doente crítico que envolve um arsenal tecnológico específico, exigindo dos enfermeiros conhecimentos e habilidades relacionados ao manuseio de máquinas e às necessidades dos pacientes que dependem delas. (SCHWONKEET al., 2012). A comunicação eficaz com o paciente dentro da UTI é um dos desafios da equipe, particularmente quando o paciente encontrasse intubado. O esforço e o bom senso são ainda as melhores ferramentas. Chamar o paciente sempre pelo nome, com tom de voz calmo e volume normal, olhar para o seu rosto e estabelecer contato cortês e respeitoso, dirigir-lhe a palavra sempre que se aproximar do leito para algum procedimento e examiná-lo de maneira atenciosa, com toques cuidadosos é algumas atitudes facilmente adotadas, que resgatam a dignidade do ser humano, muitas vezes abalada pela situação de internação. (KNOBEL; NOVAES; KARAM, 1999).

A família é um elemento importante nesse contexto, assim como o paciente ela também está com seus medos, anseios e incertezas diante do quadro. O enfermeiro com toda sua destreza tem o dever de confortar o familiar, dando-lhes as devidas orientações sobre o estado do paciente, normas e rotinas da unidade, assim a família sente-se acolhida colaborando com o profissional. O enfermeiro deve apoiar e orientar tanto paciente quanto a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação, assim é mais fácil para a família ficar segura de que a pessoa internada receberá toda a assistência de que necessita.

Qualquer indivíduo que vivencia um processo de hospitalização está sujeito a encarar situações estressantes e muitas vezes de sofrimento. Por isso, deve-se considerar fundamental a manutenção do vínculo familiar e o diálogo do profissional-paciente, tendo o cuidado como essência da Enfermagem. (MARTINS, 2010).

Os recursos tecnológicos presentes na UTI para garantir a estabilidade do paciente, em especial àqueles invasivos, como drenos, sondas, cateteres e tubos, são percebidos pelos familiares como causadores de desconforto ao paciente, gerando ansiedade e medo em relação ao diagnóstico, tratamento e prognóstico. Os familiares sentem necessidade de receber informações junto aos enfermeiros que os ajudem a entender o que se passa com o doente para obter tranquilidade e segurança. (SAIOTE; MENDES, 2011).

Para o enfermeiro agir de forma coerente e humanizada respeitando o paciente de maneira holística com singularidade, pode ponderar-se dos princípios da biótica. A Bioética possui como uma de suas características principais a de ser uma ciência na qual o Homem é sujeito e não somente objeto. Funda-se em quatro princípios: autonomia, beneficência, justiça e não maleficência.

Beneficência: trata-se do critério mais antigo da ética médica. Resume-se em fazer o bem ao paciente.

Autonomia: um dos norteadores da Bioética. Trata-se da capacidade de decisão do paciente. Decidir em não aceitar determinado tratamento ou mesmo medicação. Também pode decidir o melhor horário para o seu banho no leito. A autonomia dá ao ser humano a capacidade para agir de acordo com sua vontade por meio de escolhas que estão ao seu alcance e diante de objetivos por ele estabelecidos.

Justiça: todo ser humano merece atenção e cuidado e deve ser tratado com igualdade e com imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios perante toda atenção à saúde. Precisa-se de muita cautela para que não haja injustiça social. Assim, torna-se importante o diálogo multidisciplinar, assim como com toda a sociedade a fim de decidir sobre alocação de recursos em Saúde Pública.

Não maleficência: ou a obrigação de não causar danos, e beneficência ou a obrigação de prevenir danos, retirar danos e promover o bem.

Baseado nos princípios da biótica o enfermeiro tem em mãos uma ferramenta do qual o norteia para o cuidado ao paciente em sua integralidade e subjetividade. Utilizando o princípio da autonomia, estimular o paciente no autocuidado capacitando-o a ser independente, deixando-o expressar suas vontades, decidir sobre o tratamento médico, ele tem todo o direito de fazer escolhas. O princípio da justiça consiste de que agir com justiça pressupõe a assistência equitativa a todos os pacientes, levando em consideração sua condição biopsicoespiritual. Os princípios da não maleficência e beneficência requer que não cause danos e promova o bem, ou seja, assistência prestada sempre em prol do bem-estar do paciente eximindo de complicações recorrentes a internação.

O enfermeiro sendo direcionado pelos princípios da bioética se isentando de toda uma problemática que possa vir a ocorrer como: imperícia, negligência e imprudência, sendo assim, toda a equipe presta assistência para o paciente com segurança e qualidade. No mundo atual o enfermeiro se depara com pessoas de

vários tipos tais como: excluídos, vulneráveis, violentos e com diferentes opções sexuais, onde a bioética e humanização são ferramentas que contribuem para um cuidado adequado.

Constatou-se que a enfermagem, maior provedora dos cuidados assistenciais especializados na UTI, tem um papel imprescindível para que a assistência seja realizada de forma holística com identificação das necessidades e expectativas em relação ao cuidado. A humanização é algo característico e inerente à enfermagem. Assim, é importante que o cuidar do enfermeiro veja a pessoa humana em sua complexidade e não apenas o cuidar tecnológico, levando em consideração os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais vivenciados pelo paciente, ou seja, seus valores, crenças e experiências.

O enfermeiro pode atender as necessidades dos clientes, ajudando-os a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que essa nova situação impõe a vida em família. A empatia é ressaltada como fator importante na assistência, pois, ao se colocar no lugar do outro, o enfermeiro pode se identificar com os sentimentos da pessoa doente e reconhecer que além da dimensão biológica, outras dimensões são afetadas.

O cuidado do enfermeiro envolve verdadeiramente uma ação interativa, entre a pessoa que cuida e a que é cuidada. Assim o ato de cuidar e de assistir, implica afeto, sensibilidade, solidariedade, compaixão, doação, entre outras características pertinentes ao humanizar em saúde.

O enfermeiro deve realizar um adequado manuseio da sedação e analgesia na UTI, visto que dor e ansiedade são estressores importantes neste meio. É fundamental assegurar analgesia suficiente aos pacientes e um dos aspectos mais importantes, nestes casos, é a determinação individual da dor. A intensidade, à qual a dor parece insuportável, varia não somente de paciente para paciente, mas também de acordo com o grau de ansiedade e com a sua cultura.

Com relação à estrutura física do CTI, o enfermeiro pode criar um ambiente mais agradável por meio de iluminação natural, escolha de cores tranquilizantes, diminuição de barulhos e leitos que respeitem a privacidade, incluindo espaço para objetos pessoais.

A estrutura física do CTI é descrita como importante na humanização, através de iluminação natural, divisória entre os leitos, climatização, privacidade aos pacientes e familiares e posto de enfermagem centralizado. Além disso, destaca a

importância da garantia de visita diária dos familiares, flexibilidade no horário de visitas, treinamentos, educação continuada, número suficiente de profissionais; reuniões da equipe com profissional da psicologia, maior envolvimento com familiares do paciente; número suficiente de funcionários para trabalhar, harmonia entre a equipe de enfermagem.

Constata-se que o enfermeiro tem papel imprescindível na promoção da humanização da assistência ao paciente na UTI, pois é profissional que mais se relaciona com o paciente tanto objetivamente através do cuidado como subjetivamente através de espaços relacionais, onde estão mais presentes as questões sociopsicoculturais e espirituais, que são pouco valorizadas no modelo biomédico vigente.

4.1 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO EM UTI

Ao se analisar a importância da humanização na assistência ao paciente na UTI, verifica-se nas produções em consonância com a própria definição de humanização que sua importância está intimamente ligada à mudança no modelo de prestação do cuidado, na transformação das ações profissionais e na promoção de assistência de qualidade ao paciente. As ações de humanização são descritas como importantes à medida que há mudança de atitude dos profissionais tanto no cuidado direto ao paciente, nos aspectos interacionais e humanos do cuidado, como na atenção, na cortesia, na delicadeza, na prontidão, nas solicitações e na comunicação efetiva.

Quanto à manutenção de uma estrutura física e ambiental, que promova o conforto e diminua os riscos, elas acabam por promover qualidade na assistência prestada, assim como, o bem estar, objetivo maior do cuidado de enfermagem.

Estudos apontam a importância da humanização na produção de transformações no processo de trabalho, uma vez que a reflexão dos profissionais e a transformação das práticas em direção às questões humanísticas conduzem ao desenvolvimento de novas tecnologias leves como acolhimento que contribuem para minimizar o estresse vivido pela família e o paciente na UTI. A humanização na UTI transforma o cuidado em um sentido multidimensional, não apenas “assistir” no sentido confinado ao ato de olhar, de ver, mas tornando-o uma atividade provida de

sentimentos, responsabilidade, sensibilidade, ou seja, o cuidado pressupõe uma relação à pessoa e não a individualidade.

Na UTI, a humanização é importante, já que se deve considerar o paciente como um todo, pois seu estado emocional pode estar tão comprometido quanto seu físico. A equipe de saúde deve estar preparada para uma assistência humanizada, estimulando o autocuidado, na medida em que o tipo de atendimento recebido dos profissionais de saúde também influencia os sentimentos das pessoas internadas.

Verifica-se que o processo de humanização da assistência em UTI é uma importante estratégia que contribui para a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da assistência prestada ao paciente, pois promove transformações que propiciam uma assistência segura e eficaz ao paciente e o desenvolvimento e valorização do profissional de enfermagem.

4.2 HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO

O documento oficial do Ministério da Saúde quanto à realização da humanização, teve início com uma grande discussão sobre o tema, que surgiu a partir de uma insatisfação dos usuários, sobretudo relacionado aos profissionais de saúde. Foram muitas queixas referentes aos maus tratos no hospital e à falta de habilidades de profissionais quanto à compreensão de demandas e cuidados assistenciais (BRASIL, 2000).

Nessa conjugação, o Programa intitulado pelo Ministério da Saúde como Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), destaca a importância do que seria a junção de tecnologias e o fator humano/relacionamento.

Pelo documento do PNHAH, tanto a tecnologia quanto o fator humano constitui a qualidade do sistema, por mais que o fator humano seja considerado ainda como o mais estratégico dessa política (DESLANDES, 2004).

O programa ainda define expectativas para o processo de humanização configurando que a humanização se traduz como “uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde”. Ainda refere que para desempenhar essa tarefa é necessário cuidar dos próprios profissionais da área de saúde, constituído equipes de trabalho saudáveis (BRASIL, 2000).

Para Cembranelli (2003) esse projeto de humanização se traduz como uma nova ética a partir da qual a comunicação não verbal vem a transmitir uma expressão do ser humano e a busca para ser compreendido. Dessa forma, ainda segundo o PNHAH, caracteriza como humanizar a garantia da palavra à sua dignidade ética, em que a dor e o prazer são expressos pelas pessoas em palavras que possam ser claramente reconhecidas pelo outro (BRASIL, 2000a).

O atendimento em saúde destaca no contexto atual a temática sobre humanização uma vez que o SUS incorpora os princípios de integralidade, equidade, participação social, dentre outros, que valorizam ainda mais a dignidade do trabalhador e do usuário. Buscar formas efetivas para humanizar em saúde, implica conhecer e compreender os componentes técnicos e as dimensões político-filosóficas que imprimem um sentido real (CASATE; CORREA, 2005). Para Casate e Correa (2005, p.105) a “compreensão da humanização está relacionada a um modo de perceber o paciente no contexto dos serviços de saúde”, ou até mesmo enfoca um discurso em que a situação do paciente e vulnerabilidade vivida por ele deve ser respeitada e mantida um elo em seu meio familiar e social, enfocando-o como um todo.

Fortes e Martins (2000, p. 9) afirmam que humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos (...), é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia (...).

A humanização, portanto está intrinsecamente relacionada à como se organiza os serviços de saúde, tanto em referencia à estrutura física quanto nos métodos administrativos desse lugar; implica de uma forma geral em saber investir no trabalhador para que ele possa desempenhar seu trabalho com condições favoráveis no intuito de prestar o atendimento humanizado (CASATE; CORREA, 2005).

Para uma assistência adequada e de qualidade do tipo humanizada prestada aos usuários, se faz necessário que os profissionais tenham sua dignidade e condição humana respeitada; receber um salário justo e condições adequadas para o trabalho se torna um prestígio com o qual o profissional vai sentir-se reconhecido e valorizado (BACKES et al., 2006).

Os desafios do processo de humanização da assistência e das relações de trabalho a serem enfrentados pela profissão implicam em superação da relevância dada à competência técnico-científica em detrimento da humanização; a superação do corporativismo das diferentes categorias profissionais em prol da interdependência e complementaridade nas ações em saúde; a construção da utopia da humanização como um processo coletivo possível de ser alcançado e implementado (COLLET & ROZENDO, 2003; apud SALICIO; GAIVA, 2006, p.89).

Diante do exposto, humanizar é uma forma holística de evidenciar, diagnosticar e intervir no contexto saúde x doença, numa perspectiva a partir da qual o ser humano deve ser reconhecido e o profissional deve ser valorizado. O engajamento desses fatores faz com que a prestação de serviços no âmbito da saúde seja ofertada com eficiência e satisfação.

4.3 DESAFIOS E DIFICULDADES ENCONTRADAS POR ENFERMEIROS AO PROGRAMAR A HUMANIZAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

A revolução tecnológica impactou a abordagem ao paciente crítico. Ao mesmo tempo em que os enfermeiros passaram a ter um aperfeiçoamento técnico, houve um afastamento, já que o contato entre enfermeiro e paciente diminuiu em consequência da utilização do aparato tecnológico. Contudo, esse afastamento não pode representar relações frias e distantes. É fundamental o uso da tecnologia no cuidado ao paciente crítico para proporcionar uma qualidade em sua assistência, todavia, o aparato tecnológico não deve se sobrepor à dimensão humana do cuidar.

Santos et al corroboram com este posicionamento ao reconhecerem que no cenário da UTI é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento técnico e científico para realizar intervenções e procedimentos inerentes ao seu processo de trabalho. Entretanto, reitera que não pode haver uma supervalorização do aparato tecnológico, para que o cuidar, o saber se colocar no lugar do outro, o saber ouvir não sejam esquecidos, sendo crucial que se alie o uso da tecnologia ao cuidado ofertado. Comumente os enfermeiros incorporam as atividades de rotina em seu dia a dia, o reconhecimento da importância daquele paciente para a sua família, são menos valorizadas e praticadas com menor frequência.

A humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI pode proporcionar ao enfermeiro repensar sua atuação profissional, mostrando-lhe a necessidade de criação de um espaço dialógico, interativo e relacional para a convivência e a formação de vínculo afetivo entre usuário, família e equipe. Outras

dificuldades apontadas por enfermeiros dizem respeito ao reduzido quadro profissional, que gera uma sobrecarga de trabalho e consequente “falta de tempo” para o atendimento humanizado.

Além disso, a ausência do reconhecimento profissional e o individualismo poderão provocar insatisfação profissional, desânimo, sofrimento e outros agravos à saúde do enfermeiro. Além de se constituir em um aspecto que pode influenciar negativamente a humanização na UTI, a sobrecarga de trabalho de enfermagem pode aumentar o número de dias de internação dos pacientes, como também pode estar associada a um aumento de risco de mortalidade dos pacientes na UTI, o que aponta para a necessidade de um maior número de enfermeiros nesses ambientes com vistas a promoção da segurança do paciente e da qualidade da assistência.

A principal consequência de um ambiente com despersonalização do enfermeiro, com sobrecarga de trabalho, baixos salários, duplas jornadas, ambientes sem estrutura física ou más condições ambientais, bem como com ausência de materiais e insumos é a mecanização do trabalho, que pode ocasionar na desumanização na prestação da assistência.

A falta de autonomia por parte dos enfermeiros frente a equipe multiprofissional, que muitas vezes é vista como o médico ocupando o espaço de líder e a enfermagem considerada como mera cumpridora de tarefas, acaba por resultar em uma ineficaz relação interpessoal entre a equipe, impactando diretamente na assistência prestada ao paciente da UTI.

Do mesmo modo, estudo realizado por Wisniewski et al apontou que condições laborais inapropriadas e inadequadas relações no trabalho estão associadas à insatisfação laboral de enfermeiros que atuam em unidades críticas como a UTI. Além disso, evidenciou-se insatisfação com a distribuição das tarefas, estímulo profissional, valorização laboral e motivação.

Tais resultados demonstram a necessidade de promoção de condições de trabalho satisfatórias para que os enfermeiros possam ser estimulados na promoção de uma assistência humanizada, integral e de qualidade.

Observa-se que apesar da existência da PNH ainda há entraves que dificultam a prestação da assistência de modo humanizado na UTI. Cabe ao profissional reconhecer que apesar destes empecilhos e do uso da tecnologia, a humanização é imprescindível para a prestação do cuidado com excelência.

5 METODOLOGIA

Segundo Gil (2009, p 17), “Se não houver informações suficientes para responder à questão, ou se a informação disponível estiver neste estado, não é possível contatar a questão corretamente, então é necessário realizar pesquisas.” Para Merlot (2006, p. 14): “Pesquisa requer organização, comprometimento, arranjo, disciplina, tempo e aprendizado”.

Pesquisar significa saber algo, que está implícito, falar com as pessoas, muitas vezes se deslocar de um lugar para outra cidade ou mesmo de uma cidade para outra, sem falar nas inúmeras medições que procuram em bibliotecas, sites especiais Vale a pena. Nossa investigação foi concluída com sucesso.

Pesquisa nada mais é do que nossa curiosidade sobre um determinado assunto, seja ele qual for. Essa curiosidade geralmente é estabelecida por nossa compreensão de nossa própria experiência e experiência de trabalho. Quando exploramos, descobrimos que aprendemos e construiremos nosso conhecimento por meio do aprendizado, que proporciona pesquisa.

Segundo Appolinário (2011, p. 146), a pesquisa básica tem como objetivo principal “o avanço do conhecimento científico, sem nenhuma preocupação com a aplicabilidade imediata dos resultados a serem colhidos”. A pesquisa básica objetiva gerar conhecimentos novos para avanço da ciência sem alguma aplicação prática prevista. É uma pesquisa puramente teórica, que requer obrigatoriamente uma revisão bibliográfica.

A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses (Cervo e Silva, 2006).

Conforme leciona Gil (1991), pesquisas exploratórias objetivam facilitar familiaridade do pesquisador com o problema objeto da pesquisa, para permitir a construção de hipóteses ou tornar a questão mais clara.

Este estudo baseou-se em uma estratégia qualitativa de pesquisa, de caráter descritivo, por meio de uma pesquisa bibliográfica. O estudo descritivo correlaciona fatos ou fenômenos sem alterá-los. Procura então descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (COSTA, 2006).

A metodologia utilizada neste presente estudo é a revisão bibliográfica. A pesquisa bibliográfica caracteriza-se pela busca na literatura de diversos aspectos de um tema a ser estudado e analisado, o que pode contribuir para uma pesquisa futura mais ampla e estruturada. (DYNIEWICZ, 2009).

Trata-se de um estudo qualitativo de pesquisa bibliográfica, com o objetivo de humanizar a temática do cuidado em unidades de terapia intensiva adulto (UTI), realizado no período de 2015 a 2020 com o objetivo de explicar o problema e descrevê-lo. Método que expressa a importância da humanização da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva adulto.

Gil (1996) revelou que a pesquisa bibliográfica é baseada em materiais cuidadosamente compilados, os quais são compostos principalmente por livros e artigos científicos. Portanto, a pesquisa bibliográfica visa buscar o conhecimento do uso das informações primárias e secundárias para a solução do problema.

O estudo de revisão bibliográfica de acordo com Gil (1999) é uma revisão rigorosa da literatura de matérias já publicados, como artigos científicos e livros, este tipo de pesquisa, permite uma cobertura mais ampla do fenômeno a ser estudado.

A pesquisa bibliográfica compreende a identificação, localização, compilação e fichamento das informações e ideias mais importantes de um texto. Atualmente é de grande importância termos conhecimento do desenvolvimento da tecnologia da informação, por meio da Internet, mesmo considerando seus pontos fortes e pontos fracos. A Internet, realmente, é de grande utilidade e agilidade na pesquisa. É fundamental, porém, que se tenha atenção quanto ao critério de seleção das fontes, pesquisando em sites confiáveis.

O presente estudo é do tipo descritivo, exploratório com análise qualitativa, pois esse tipo de pesquisa busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, proporcionando maior familiaridade com a temática abordada. Assim, utiliza recursos como registro, análise e o correlacionamento de fenômenos sem manipulá-los, mantendo sua natureza e características.

A pesquisa qualitativa surgiu na antropologia de maneira mais ou menos naturalística, e na sua tradição antropológica ficou conhecida como investigação etnográfica. Alguns a definem como sendo “o estudo da cultura”. A metodologia qualitativa pressupõe uma análise e interpretação de aspectos mais profundos da complexidade do comportamento humano. “[...] fornece análise mais detalhada

sobre investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamentos.”(MARCONI; LAKATOS, 2005, p. 269).

Devido o uso de uma revisão de literatura com base em fichamento de livros, será utilizado a abordagem qualitativa para tratamento dos dados devido a interpretação que se fará acerca das fontes bibliográficas exploradas. Nesse sentido, devido a base da pesquisa ser um problema, tem-se o tipo de raciocínio hipotético-dedutivo para que a partir de uma hipótese possa chegar a uma base de solução viável para o problema.

O presente trabalho é caracterizado por julgamentos teóricos e pesquisa bibliográfica. Pesquisei e leu intencionalmente tópicos relacionados para obter o máximo de informações possível. As pesquisas incluem livros, artigos científicos, conferências anuais e revistas profissionais sobre o assunto. O objetivo dos levantamentos bibliográficos é manter os cientistas em contato com o que é produzido sobre temas específicos, incluindo conferências (Lakatos e Marconi, 1996).

Para se ter uma compreensão mais profunda do tema em discussão, é necessário buscar diversos recursos. Portanto, acredita-se que tais recursos foram utilizados e o objetivo foi alcançado: obter uma compreensão mais abrangente do objeto de pesquisa.

Para Gil (1994, 71), "a principal vantagem da pesquisa bibliográfica é que ela permite aos pesquisadores cobrir uma gama mais ampla de fenômenos do que os pesquisadores diretos".

Dessa forma, Marconi e Lakatos (2010) explicam que um método qualitativo é uma pesquisa posicional que pode analisar e explicar aspectos mais profundos, descrever a complexidade do comportamento humano e ainda fornecer uma análise mais detalhada de pesquisas, atitudes e tendências comportamentais. Portanto, percebemos que o foco da pesquisa qualitativa é o processo e o significado.

De acordo com Mendes et al (2008) tem como principal objetivo a realização de uma síntese de múltiplos estudos publicados acerca de uma determinada temática, o que possibilita fazer considerações e tomar conhecimento a respeito de uma particular área de estudo. Esse método tem apresentado notável penetração na área da enfermagem, estando associada à tendência de compreender o cuidado em saúde, nos âmbitos individuais e coletivos, como um trabalho complexo que requer colaboração e integração de diversas áreas do conhecimento (SOARES et al 2014).

Como instrumento para coleta de dados utilizou-se resumos através de fichamentos. Tendo como base os livros de maior relevância sobre o assunto, a fim de se obter uma melhor apreciação do conteúdo apresentado no trabalho. Com esse tipo de resumo é possível levantar as informações mais importantes sobre o tema que servirá como fonte de dados para a revisão de literatura.

Rampazzo (2005, p. 51), assim conceitua:

Toda pesquisa implica o levantamento de dados de variadas fontes. Quando o levantamento ocorre no próprio local onde os fenômenos acontecem, temos uma documentação direta (por exemplo, na entrevista). E, quando o pesquisador procura o levantamento que outros já fizeram temos a documentação indireta. A documentação indireta, por sua vez, pode ser encontrada nas fontes primárias, ou na bibliografia (livros e artigos). No primeiro caso, a pesquisa é documental; no segundo, bibliográfica.

O presente estudo tem como objetivo identificar as concepções dos profissionais da saúde que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva sobre os sentidos e significados da humanização e as possíveis estratégias utilizadas para humanizar o cuidado nesse ambiente.

No Brasil, inúmeros problemas no cotidiano das instituições de saúde persistem enraizados ao sistema e dificultam a concretização da Universalidade, Integralidade e Equidade, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa situação impõe a necessidade de reorganização dos serviços e aperfeiçoamento do sistema de maneira quase que emergencial, priorizando o binômio resolutividade e qualidade na assistência.

Na conjuntura atual, iniciativas de humanização dos serviços de saúde no Brasil emergem como uma possibilidade de transformação, ao mesmo tempo em que estimulam o debate em torno da articulação da qualidade técnica do cuidado com tecnologias de acolhimento e suporte aos pacientes.

No intuito de aliar o processo de humanização da saúde aos desafios de tornar os princípios e diretrizes do SUS operativos na prática, o Ministério da Saúde (MS) elaborou, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde.

A proposta de humanizar o trabalho em saúde surge no cenário das políticas públicas como uma oportunidade de propor, discutir e empreender um processo de mudança na cultura de atendimento vigente em toda a rede do SUS.

Desde a sua apresentação, a PNH ocupa dimensões cada vez maiores nos modelos assistenciais, uma vez que defende estratégias de valorização e crescimento profissional, preconiza a gestão participativa e a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Entretanto, a realidade contrasta com suas estratégias, ao revelar pouca participação profissional nas decisões, escassez da mão de obra qualificada e baixos investimentos na educação continuada e institucionais

O aspecto humano da enfermagem é, sem dúvida, um dos mais difíceis de alcançar. As rotinas diárias e complexas que envolvem o ambiente da unidade de terapia intensiva (UTI) fazem com que os membros da equipe de enfermagem se esqueçam na maioria das vezes de brincar, falar e ouvir as pessoas à sua frente.

Na maioria dos estudos, o ambiente da unidade de terapia intensiva é voltado para pacientes importantes, mas apresenta imagens clínicas recuperáveis. As necessidades do departamento vêm do aprimoramento das ferramentas técnicas e do aprimoramento das habilidades dos profissionais para ajudar pacientes criticamente enfermos com necessidades de cuidados complexas.

A unidade de terapia intensiva (UTI) é considerada um dos setores hospitalares que mais mobilizam sentimentos de angústia e medo, tanto no paciente quanto em seus familiares, por destinar-se ao cuidado de pacientes gravemente enfermos. A gravidade do estado clínico dos pacientes que impõe a realização frequente de procedimentos técnicos de alta complexidade favorece a mecanização e despersonalização do cuidado prestado.

A rotina diária de trabalho nestas unidades contribui para a supervalorização da tecnologia em detrimento do aspecto humano da assistência, a ponto de alguns autores considerarem que os profissionais de saúde que atuam em UTI tendem a ver o paciente mais como um prolongamento do aparato tecnológico do que como um ser humano, deixando de lado sua essência, se desumanizando.

A UTI é considerada um dos ambientes mais agressivos e estressantes do hospital, pois os profissionais estão sempre atentos para qualquer intercorrência, por isso as mortes são constantes. Os problemas incluem: sono insuficiente, ruído excessivo, violação dos direitos de privacidade, grande fluxo de profissionais (não incluindo áreas próximas durante o processo de atenção), comunicação insuficiente e muitos cabos, cabos e monitores.

A UTI possui certas características, como a convivência diária de profissionais e pacientes em risco, atenção aos conhecimentos técnico-científicos e

técnicas de cuidado biológico, ansiedade quanto ao paciente trabalhador e rotinas familiares, rigidez e rigidez, rigidez e rigidez dos casos.

O trabalho na UTI é caracterizado por diversos aspectos, sendo marcado principalmente por: coexistência diária dos profissionais e dos sujeitos doentes com as situações de risco, foco no conhecimento técnico-científico e na tecnologia, com o objetivo de manter a pessoa viva, a constante ameaça da morte, a ansiedade, tanto dos sujeitos hospitalizados, dos familiares e dos próprios trabalhadores de saúde, rotinas muito rígidas e rapidez de ação no atendimento (NASCIMENTO et al, 2004).

Os Enfermeiros que atuam na UTI devem ter preparo para lidar com pacientes graves e instáveis, confusos ou incapazes de se comunicar, com a alta rotatividade de pacientes além do contato com a morte, que frequentemente causa sensações desagradáveis que podem não ser bem suportadas pela equipe (ABRAHÃO, 2015)

Nesse caso, a publicação enfatiza a capacidade dos trabalhadores de possuírem características especiais para poder cuidar deles da melhor forma, apesar das “adversidades” do ambiente de trabalho.

Apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor

Para que se possa conhecer a realidade do cuidado de enfermagem, é necessário compreender como o trabalho acontece nessa UTI, e o significado cultural que os profissionais dessa área atribuem à humanização. Assim, escolhemos a etnografia como referencial metodológico para o presente estudo, tendo em vista que, por ela, o pesquisador entra no mundo dos participantes de uma cultura e explora com eles os símbolos, os rituais e os costumes do seu mundo. Observando, discutindo, questionando e avaliando, o pesquisador amplia o conhecimento daquela cultura, registra o mundo dos outros e investiga como eles o conceituam.

Em diversas situações, principalmente na UTI, a humanização deve fazer parte da filosofia e da prática de enfermagem. Os recursos materiais e instrumentais são muito importantes na UTI, mas não são mais importantes do que a natureza humana. Diante disso, este estudo tem como objetivo compreender que durante a

implantação da UTI, publicações incluindo UTI têm se disseminado na área da enfermagem, o que pode contribuir para a construção do conhecimento e da prática profissional, pois embora tenha sido resolvido o problema da prática profissional, mas ainda sendo difícil de implementar, principalmente em UTI.

Quer se trate de um atendimento humanístico, quer se trate do tratamento direto ou das relações de trabalho, em essência, é falar de um tratamento humanizado. No entanto, é importante enfatizar este ponto, e devido ao peso do trabalho diário, a mecanização e a assistência técnica muitas vezes deixam de refletir e ignorar as preocupações com os humanos (Collet & Rozendo, 2003).

Segundo BOA VENTURA; ANDRUCIOLI, 2009, a humanização envolve o planejamento e a supervisão do atendimento após o entendimento dos quadros-negros e relevos. A dor costuma ser o diário e seu método de controle, que deve ser levado ao conhecimento do enfermeiro. Para obter cuidados de saúde/enfermagem de qualidade e apoio humanizado, se necessário, a sua dignidade e estatuto de pessoa de prestígio, remuneração razoável, condições de trabalho adequadas e o seu trabalho são reconhecidos e apreciados (BACKES et al. 2006)

Ao emitir seu conceito sobre humanização, os enfermeiros enfatizaram basicamente três aspectos. Um deles foi a íntima associação entre humanização da assistência e cuidado holístico, integral, voltado para as várias dimensões subjetivas que compõem o ser humano e que devem ser respeitadas. Outro foi a empatia, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do paciente, que o profissional precisa exercitar para apreender os sentimentos e sensações do outro e, a partir daí, escolher a melhor forma de assisti-lo. O terceiro aspecto refere-se à necessidade de o profissional investir na relação com o paciente e família, oferecendo as informações necessárias e demonstrando paciência, atenção e carinho na interação com eles.

A tarefa de cuidar do paciente em UTI é atividade distribuída entre todos os membros da equipe de saúde e atribuída do enfermeiro. Nessa unidade hospitalar, dois estudos evidenciaram que a assistência é o início das tarefas, pois a natureza do trabalho do enfermeiro exige atender diferentes demandas de atenção que estão ligadas à complexidade da assistência prestada e do ambiente de trabalho. As competências profissionais dos enfermeiros identificadas fornecem subsídios para traçar diretrizes para a construção do perfil do enfermeiro de unidades de terapia intensiva e impulsionar/mobilizar as práticas de cuidado desse profissional.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Pode-se compreender que os profissionais da equipe de enfermagem relacionam a humanização em saúde como uma política que propicia o resgate de características humanas durante o ato de cuidar, como a empatia. A empatia, como um movimento na tentativa de colocar-se no lugar do outro a fim de melhor compreender o que este outro vivencia, experiencia e sente, tem sido uma importante característica destacada pelos profissionais, juntamente com a responsabilidade, a ética e a sensibilidade (Beck et al., 2007; Amestoy, Schwartz, Thofehrn, 2006).

A humanização como empatia pelo paciente deve ser entendida pelo enfermeiro como a capacidade de se colocar no lugar do outro, sendo assim um instrumento valioso nesse processo, pois é possível reconhecer as limitações perante as convicções do outro, paciente e /ou familiar, na busca por uma atuação de promoção de cuidados diferenciados, visando prioritariamente o cuidado holístico para além do tratamento da patologia, atender o usuário percebendo suas demandas físicas, atreladas ao sofrimento psicológico, social e espiritual existente na condição de adoecimento (Guimarães, et al; 2014). Dessa forma a humanização como empatia e como cuidado holístico devem andar em sintonia, pois a partir daí, é possível escolher a melhor forma de assistir o sujeito em questão.

Compreende-se que os profissionais acreditam que a política de humanização possa oportunizar uma visão mais integral do paciente, ou como referiram, é uma possibilidade de vê-lo “como um todo”. Nas entrelinhas deste discurso, entende-se que a humanização significa um meio para superar o modelo cartesiano hegemônico nos serviços de saúde, a partir do desenvolvimento de um cuidado holístico e humanístico, tanto ao paciente quanto a sua família.

É possível perceber que o conceito de humanização, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, encontra-se extremamente arraigado às questões mais relacionais do ser humano, bem como àquelas que envolvem a sensibilidade, o respeito, a empatia e a responsabilidade do/no ato de cuidar. No entanto, faz-se premente ressaltar e problematizar o fato de que a política de humanização projeta-se para além destes aspectos do humanismo, uma vez que ela considera a necessidade não só de melhorar o acesso, o acolhimento e o cuidado prestado, mas

também o modo de gerir e administrar as práticas de saúde com vistas a qualificar os serviços.

Ainda neste pensamento, Silva (2000) refere que em estudos com pacientes internados em UTI demonstram que o simples toque nas mãos, que é uma demonstração de afeto que ocorre entre os familiares e membros da equipe de saúde com o paciente pode alterar os ritmos cardíacos do mesmo, que diminui quando ocorre essa manifestação de carinho.

Desta forma, corrobora-se com a afirmação de Amestoy, Schwartz e Thofehrn (2006, p.446) de que a “humanização está muito enfatizada na figura pessoa-cliente, e ainda disponibiliza pouca atenção ao cuidado e a humanização do sujeito-trabalhador”. Além disso, é importante aprofundar estudos e pesquisas que envolvam a equipe multidisciplinar visando clarificar os princípios, métodos e diretrizes que fundamentam a PNH. Isso porque ela envolve tanto o cuidar, quanto o gerir dos processos de trabalho em saúde para que se alcancem mudanças individuais e coletivas, assim como pessoais e estruturais nas organizações de saúde.

Neste sentido, é relevante destacar que os profissionais da equipe de enfermagem descreveram alguns fatores que podem influenciar de maneira positiva o processo de humanização de uma UTI. Dentre estes, pode-se mencionar a motivação profissional, o ambiente da unidade, a assistência integral aos clientes e familiares, e a necessidade de educação continuada.

Entende-se que os fatores existentes e que podem dificultar o processo de humanização estão relacionados a três questões: a) ao modo de cuidar, ainda fundamentado no modelo cartesiano de atenção; b) às relações interpessoais entre os membros da equipe de saúde; e c) às normas e rotinas estabelecidas pelos serviços de saúde. Assim, segundo Bolela e Jericó (2006, p.304), "o mecanicismo e robotização das ações da equipe de enfermagem, que por serem rotineiras e, muitas vezes rígidas e inflexíveis, tornam o cuidado ao paciente impessoal, impositivo e fragmentado", dificultando a prática de um cuidado humanizado, e constituem-se nos principais obstáculos à implementação da política de humanização em saúde.

Segundo Oliveira et al (2013) é necessário a integralidade do cuidado e a empatia, para que a relação enfermeiro-paciente-família possa se fazer uma relação mais humana. Em concordância com a autora acima, Souza (2010), acredita que o paciente é um segmento da família e que essa, tem um papel fundamental na sua

recuperação, sendo de extrema importância atender as reais necessidades dos familiares. Embora muitos profissionais vejam a presença da família como um empecilho para o trabalho, relatando que sua presença na UTI fora dos horários de visita pode dificultar o desempenho da equipe de enfermagem, oferecer as informações necessárias e demonstrar paciência, atenção e carinho, incluindo assim a família no processo de recuperação do paciente resulta em um ambiente mais harmônico e humano tanto para os pacientes e familiares como para os profissionais.

Outra questão que merece ser ressaltada é a formação dos profissionais da área da saúde, uma vez que muitas das instituições educacionais ainda privilegiam as metodologias de transmissão de conhecimentos, muitas das quais descontextualizadas da realidade vivida pelos educandos e mais interessadas na parte fisiopatológica e técnica do processo saúde-doença. Acredita-se, então, na necessidade de reorientação e revisão dos currículos que formam tais trabalhadores, pois não basta a existência de uma política transversal como a da humanização se não houver profissionais competentes e comprometidos com as mudanças paradigmática e dos serviços de saúde. A respeito disso, corrobora-se com a seguinte afirmação: "as propostas de humanização em saúde suscitam repensar o processo de formação dos profissionais, pois tal processo ainda está centrado no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas de crítica, criatividade e sensibilidade" (Souza, Moreira, 2008, p.333).

Os enfermeiros são responsáveis pela assistência direta aos pacientes graves com risco de vida e pelas práticas que exijam maior complexidade e conhecimentos científicos. O enfermeiro tem sua atuação juntamente com a equipe multiprofissional através de seu conhecimento científico, do trabalho sincronizado e organizado. No desempenho de suas atribuições, desenvolve uma integração com a equipe médica, objetivando a padronização da prestação da assistência de qualidade, otimizando as condições de recuperação do paciente.

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

Frente a essa situação, o profissional é desafiado para uma ação, formula julgamentos, compromete-se com a resposta e decide. É necessário saber mobilizar os recursos do meio que permitam a esse profissional estabelecer raciocínio,

enfrentar os dilemas e julgar o que é mais adequado, adaptando-se a tais circunstâncias para o exercício da prática humanizada, visto que este cenário faz parte do cotidiano da UTI e não pode ser visto com um empecilho à humanização da assistência (LUCCHESI; BARROS, 2009).

Para implantar e implementar a humanização no cenário hospitalar, os profissionais precisam desenvolver uma consciência de aprimoramento profissional para que possam acompanhar a evolução das novas tecnologias e aliá-las à escuta, ao diálogo e à solidariedade durante o processo de cuidado. A humanização precisa ser sentida e percebida pelos pacientes, familiares e equipe de saúde, sendo que cada processo de humanização é único e singular, dependendo de cada profissional, de cada equipe e de cada instituição (Casate, Corrêa, 2005). Então, não há possibilidade de transformar as relações entre pacientes e equipe de saúde em mais humanas, se os próprios profissionais não se derem conta da sua importância dentro deste processo.

Considerando que a política de humanização configura estratégia recente de reorientação e reorganização dos serviços de saúde, pode-se compreender a média obtida pelos entrevistados. Além disso, representa um processo dinâmico, complexo e contínuo, bem como que está sendo apreendido pelos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que está em fase de implantação/implementação.

Dias, Souza e Barçante (2010) aponta que o cuidado humanizado contribui de maneira significativa para a recuperação do paciente grave, maximizando suas chances de viver mais e com uma assistência de qualidade. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o setor que mais gera distúrbios emocionais e psicológicos nos pacientes, familiares e profissionais, por ser um serviço de cuidado intensivo a pacientes críticos, sendo de fundamental importância à sensibilização da equipe de saúde para o atendimento humanizado.

7 CONCLUSÃO

Após a análise dos textos pode-se notar que, o processo de implementação da humanização na UTI, ainda é um longo caminho a ser percorrido. Os profissionais da equipe de saúde, muitas vezes, encontram-se sobrecarregados, o que gera um acúmulo de tarefas levando o profissional a executá-las mecânica e sistematizadamente, causando um distanciamento entre ele, o paciente e sua família.

Esteve evidente a importância da característica destes profissionais, sempre prestativos, porém limitados pela ampla demanda de trabalho na qual se encontram. Mesmo com o alto fluxo de trabalho, estes profissionais procuram sempre estar melhorando a assistência prestada ao paciente como mostrado anteriormente. A rotina dos profissionais, acaba por dificultar uma constante alta na qualidade, mesmo assim, em sua grande maioria veem a necessidade de sempre procurar elevar a qualidade do setor, ignorando a rotina total e tratando o paciente com singularidade.

As publicações também evidenciam que o processo de humanização num ambiente considerado estressante como a UTI, é uma preocupação dos profissionais de enfermagem por envolver a compreensão do significado da assistência holística do paciente grave.

Em virtude do que foi mencionado, a Unidade de Terapia Intensiva é um setor complexo para o paciente, para a família e, também, para os profissionais de saúde no quesito humanização, pois as próprias condições corroboram para situações difíceis e, por vezes, irreversíveis. A UTI trata de pacientes graves e, nesse contexto, os familiares ficam esperançosos para que haja cura e reabilitação da saúde do paciente, e, ao mesmo tempo, aflitos e ansiosos com receio da morte do seu ente. Sendo assim, a equipe de enfermagem deve se atentar aos aspectos ligados à humanização da assistência.

Diante de todo assunto abordado, conclui-se que a humanização dentro da Unidade de Terapia Intensiva torna-se cada vez mais necessária para que os pacientes, familiares e equipe tenham mais conforto e comodidade ao realizarem procedimentos que muitas vezes podem levar o paciente a morte.

Definimos que a humanização é um processo que deve ser bastante vivido em todo o âmbito hospitalar, porém algumas instituições tem que esquecido disso,

deixando de considerar o impacto que isso causa na satisfação e recuperação do paciente, esse conceito de humanizar já deveria estar bem estabelecido mas como está em falta em nosso mercado de saúde fica a relevância em sempre falar sobre o assunto.

Que essa pesquisa sirva de reflexão aos profissionais da enfermagem, fazendo-os observar que o paciente estando em um momento de fragilidade e insegurança necessita de amor, carinho, respeito, conforto, bem-estar e atenção. Fazendo valer os princípios da bioética, elementos indispensáveis ao tratamento humanizado.

Como contribuições desse estudo, entende-se que o mesmo pode ser considerado como diagnóstico de alguns fatores que contribuem positivamente e/ou negativamente para o cuidado humanizado na realidade dos profissionais da UTI. Igualmente, esperasse que possa estimular os profissionais de diferentes áreas, em especial, os da enfermagem à construção de novas propostas e ampliação das estratégias com vistas a potencializar o processo de humanização do cuidado.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L.C.L; **A Unidade de Terapia Intensiva**. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, São Paulo: 2011; 2 edição: 17-39.

AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M.B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.19, n.4, p.444-9, 2006.

Archanjo JVL, Barros MEB. **Política nacional de humanização: desafios de se construir uma “Política Dispositivos”**. In: XV Encontro Nacional da ABRAPSO [Internet]; 2009 out/nov 30-02; Maceió, Brasil. 2011 [cited 2011 abr. 29]. Available from: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais.pdf>. Acesso em 04 de Junho de 2021.

BACKES, D.S., LUNARDI, V.L., LUNARDI, W.D. FILHO. **A humanização hospitalar como expressão da ética**. Revista Latino-americana de Enfermagem. v.14, n.1, p.132-5, 2006.

BECK, C.L.C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.3, p.503-10, 2007.

BRASIL. MS (Ministério da Saúde) **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília.(Mimeo), 2000.

BRASIL. MS (Ministério da Saúde), Manual do PNHAH. Brasília. (Mimeo) 2000a. Casate JC, Corrêa AK. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. Rev Lat Am Enfermagem. 2005; 13(1):105-11.

BOLELA, F.; JERICÓ, M.C. Unidade de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**, v.10, n.2, p.301-8, 2006.

CARDOSO, P.R. **Humanização em Terapia Intensiva: um estudo compreensivo com os profissionais que assistem crianças** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, fev. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 04 de Junho de 2021.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CAETANO A.J; et al. **CUIDADO HUMANIZADO EM TERAPIA INTENSIVA: um estudo reflexivo**. Esc Anna Nery R Enferm. jun. 11(2): 325-30; 2007.

Cavalheiro AM, Moura DF Junior, Lopes AC. **Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva**. Rev. Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38711/41562>>. Acesso em 04 de Junho de 2021.

CEMBRANELLI, F. **Um projeto de humanização: para que, para quem?**2003. Disponível em <www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=49>. em 04 de Junho de 2021.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

FORTES, P.A.C; MARTINS, C.L. **A ética, a humanização e a saúde da família**. Rev Bras Enfermagem. 2000, dez; 53(nº especial):31-9.

LEITE, M. A.; VILA, V.S.C. **Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, abr. 2005 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 04 de Junho de 2021.

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

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

HUDAK, C.M; GALLO, B.M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem. Uma abordagem holística**. RJ. Guanabara Koogan, 1997. Disponível em: em novembro de 2020..

Knobel E, Novaes MA, Karam CH. **Humanização do CTI: uma questão de qualidade.** Experiência do CTI do Hospital Israelita Albert Einstein. *Âmbito Hosp* 1999 fev.;19-27. Disponível em: Acesso em: 04 de Junho de 2021.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. **Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI adulto de um hospital ensino.** *Revista Eletronica de Enfermagem.v. 11,n. 1,p.55-63, 2009.* Disponível em: < <http://fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>>. Acesso em: 04 de Junho de 2021.

Mendes I. A. C.; Trevisan, M. A; Hayashida M; NOGUEIRA, M. S. **Enfermagem, vínculos humanos e direitos do paciente.** In: MENDES, I. A. C.; CAMPOS, E. Comunicação como meio de promover a saúde, 7º Simpósio de Comunicação em Enfermagem. Anais. FIERP, Ribeirão Preto, p. 215-218, 2000. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/artic le/view/846/1018> . Acesso em: 04 de Junho de 2021.

Ministério da Educação; **Ministério da Saúde. Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico na área de saúde. Brasília (Brasil):** OPAS; 1999. Mimeografado Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001a.

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

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

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

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

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

Martins PAF, Silva DC, Alvim NAT. **Tipologia de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva.** Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(1):143-50. Disponível em: periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/5588/4073 Acesso em: 05 novembro de 2020.

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

OLIVEIRA, Nara Elizia Souza et al. **Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 334- 43, 2013.

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

REIS, P. E. D; ARAUJO. A. M. P.; TORRES, L.M.C. -. **Reflexões acerca da comunicação enquanto facilitadora da humanização da assistência em saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem do UNIEURO, Brasília, v.2, n.1, p. 81-92, jan/abr, 2009.

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

Schwonke, C. R; Barcelos G; et al. **Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 64, n. 1, p. 189-192, jan./fev. 2011. Disponível em: Acesso em: 04 de Junho de 2021.

SOUZA, W.S; MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface Comunic., Saude, Educ.,** v.12, n.25, p.327-38, 2008.

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