

O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde

The humanization theme in intensive care in health studies

El tema de la terapia intensiva en investigaciones en salud

Bianca Silveira de Carli¹; Liamara Denise Ubessi²; Marinez Koller Pettenon³; Liane Beatriz Righi⁴; Vanda Maria da Rosa Jardim⁵; Eniva Miladi Fernandes Stumm⁶

Como citar este artigo:

Carli BS; Ubessi LD; Pettenon MK; et al. O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde. Rev Fund Care Online. 2018 abr/jun; 10(2):326-333. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.326-333>

ABSTRACT

Objective: The aim is to systematize studies indexed in Medline and Scielo on humanization in Intensive Care Unit. **Method:** A qualitative study with a systematic literature review. It was used studies from Scielo and Medline databases indexed from July 1990 to August 2015, with the key words: 'humanization' and 'intensive care unit'. Inclusion criteria were: articles published until August 2015, which referred to the humanization in the ICU and exclusion: bibliographic review articles. **Results:** It was analyzed 21 articles. It has come up some categories: Characterization of the studies analyzed; 'We are not machines, human is what we are'; and 'Actors and factors involved in health humanization process'. **Conclusion:** Humanization in ICU is still a challenge, nursing is one of the areas that deals with this practice, the understanding that the humanization involves care, the processes and working conditions, there are several actors who produce and there are interferences in their production.

Descriptors: Humanization; Intensive Care Unit; Health care; Brazilian Unified Health System.

¹ Graduação em Enfermagem, especialização em Terapia Intensiva pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí, Hospital Divina Providência. Frederico Westphalen – RS, Brasil.

² Graduação em Psicologia e Enfermagem, Sanitarista e mestrado em Educação nas Ciências – Enfermagem pela UNIJUÍ; graduanda em Filosofia e doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPel, professora na Escola de Saúde da Faculdade Meridional - IMED. Pelotas – RS, Brasil.

³ Graduação em Enfermagem, mestrado em Educação nas Ciências pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Unijuí, professora no Departamento de Ciências da Vida da Unijuí. Ijuí – RS, Brasil.

⁴ Graduação em Enfermagem e Obstetrícia - FACEM/UFSM, doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, professora adjunta no Departamento de Saúde da Comunidade da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Santa Maria – RS, Brasil.

⁵ Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel, doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, professora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPel. Pelotas – RS, Brasil.

⁶ Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel, doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado de São Paulo - UNIFESP, professora no Departamento de Ciências da Vida, Mestrado em Atenção Integral à Saúde – UNIJUÍ. Ijuí – RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Sistematizar estudos indexados no Scielo e Medline, sobre humanização em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Qualitativo, de revisão bibliográfica sistemática. Utilizado estudos nas bases Scielo e Medline, indexados de julho de 1990 a agosto de 2015, com os descritores: 'humanização' e 'unidades de terapia intensiva'. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados até agosto de 2015, que faziam referência à humanização em UTI e de exclusão, os artigos de revisão bibliográfica. **Resultados:** Foram analisados 21 artigos. Chegou-se as categorias: Caracterização dos estudos analisados; 'Não somos máquina, humano é que somos'; e 'Atores(as) e fatores envolvidos no processo de humanização em saúde'. **Conclusão:** A humanização em UTI ainda é um desafio, a Enfermagem é uma das áreas que se ocupa com esta prática, o entendimento de que a humanização envolve assistência, os processos e condições de trabalho, vários são os atores produtores e que há interferentes na sua produção.

Descritores: Humanização, Unidade de terapia intensiva, Atenção à saúde, Sistema Único de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Sistematizar estudios vinculados en Scielo y Medline, acerca de humanización en Unidad de Cuidados Intensivos. **Método:** Cualitativo, de revisión bibliográfica sistemática. Utilizado estudios en las bases Scielo y Medline, vinculados de julio de 1990 a agosto de 2015, con los descriptores: 'humanización' y 'unidade de cuidados intensivos'. Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados hasta agosto de 2015, que hacían referencia a humanización en UCI y de exclusión, los artículos de revisión bibliográficos. **Resultados:** Fueron analizados 21 artículos. Se ha encontrado las categorías: Caracterización de los estudios analizados; 'No somos máquina, humano es lo que somos'; y 'Actores(as) y hechos involucrados en el proceso de humanización en salud'. **Conclusión:** La humanización en UCI aún es un desafío, la Enfermería es una de las áreas de que se ocupa con esta práctica, el entendimiento de que la humanización requiere asistencia, los procesos y condiciones de trabajo, varios son los actores productivos y hay interferentes en su producción.

Descriptor: Humanización, Unidad de Cuidados Intensivos, Atención a la salud, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A terapia intensiva como dispositivo de assistência hospitalar está situada em Unidades ou Centros de mesmo nome dados as suas características. Integra ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sob o qual está a incumbência de garantia do direito a saúde em todas as etapas da vida. Para tanto, conjugam-se ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e produção de saúde, sob a perspectiva da integralidade, em acordo aos preceitos da Humanização em Saúde.¹⁻² O SUS é executado pelo Estado e demais entes federativos, essencialmente público, com participação complementar da iniciativa privada.³

No Brasil, segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB,⁴ existem em torno de 25.000 leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTIs distribuídos por todos os estados, o que indica que em pelos menos 403 municípios, há alguma unidade/centro de terapia intensiva.⁴ A UTI destina-

-se a pessoas em estado grave de saúde, que requerem atenção profissional e especializada de forma contínua, com formação adequada para tal, bem como tecnologias e materiais específicos para fins de diagnóstico, monitoramento e tratamento.²

As UTIs diferem quanto ao público. São classificadas como UTI adulto (faixa etária acima de 18 anos), pediátrica (entre 29 dias e 14 anos) e neonatal (de 0 a 28 dias).² Também, são consideradas de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização da equipe e a área física disponível em tipo I, II e III.⁵ A equipe deverá ser composta de acordo com as exigências que caracterizam cada uma das faixas etárias e tipos.

A equipe deve ser integrada, em cada turno, com no mínimo um(a) médico(a) responsável técnico, um(a) diarista/rotineiro, um(a) plantonista; um(a) enfermeiro(a) coordenador(a) da equipe de enfermagem, enfermeiros(as) assistenciais; um(a) fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, fisioterapeutas; técnicos(as) de enfermagem; um(a) auxiliar administrativo exclusivo da unidade; e funcionários para serviço de limpeza, exclusivos para este fim.² Dos serviços, a UTI deve ter a disposição, em tempo integral, laboratório de análises clínicas, aparelhos de raios-x móvel, serviço de nutrição parenteral e enteral, serviço social, entre outros.⁵

A UTI, como outros serviços de saúde, requerem gestão e atenção humanizada. Entretanto, devido a queixas intermitentes de desumanização, advindas principalmente de usuários(as) e familiares, seguido dos(as) trabalhadores(as) de saúde,⁶ foi lançado em 2001, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.⁷ O mesmo visa criar uma cultura de humanização nos hospitais, qualificar os(as) trabalhadores(as) para um novo conceito de assistência a saúde, que valorize a vida humana e a cidadania.⁷ Atualmente está incorporado a Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção no SUS – HumanizaSUS.⁸

De acordo com esta Política, humanizar consiste no colocar em prática os princípios do SUS.⁸ Para tanto, visa estimular a comunicação entre gestores, usuários e trabalhadores, a fim produzir processos coletivos de enfrentamento das relações de poder, que muitas vezes resultam em práticas e atitudes desumanizadoras, principalmente quando diminuem a autonomia dos(as) profissionais de saúde, usuários(as) e familiares.⁸ A Humanização caracteriza-se por práticas de diálogos, interação, comunicação, ampliação da democratização nas relações.

Para adesão ao HumanizaSUS, o hospital precisa observar alguns parâmetros, como a existência de Grupos de Trabalho de Humanização - GTH, garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, mecanismos de recepção como acolhimento e escuta para a população, construção de linhas de cuidado para desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidado domiciliares, garantia da continuidade da assistência com sistema de fluxos, entre outros.³

Contudo, mesmo aderindo ao proposto pela Política, não garante necessariamente que a Humanização ocorra nos processos de trabalho e na atenção. O uso de equipamentos, tecnologias e as próprias técnicas de cuidado, mesmo as consideradas essenciais à manutenção da vida, podem ser desumanizadoras a depender de como forem executadas na assistência aos(as) usuários(as), co-extensiva aos familiares.⁹

Do mesmo modo, as equipes de saúde são confrontadas diariamente com questões relacionadas ao vínculo com usuários(as) e familiares, morte, condições de trabalho, o desgaste emocional no mesmo, jornadas duplas ou prolongadas, enfim, com situações que podem gerar tristeza, estresse, doenças psicomotoras, entre outros, e que tendem a impactar diretamente na humanização em saúde na relação com o(a) usuário(a), família e nas relações de trabalho.¹⁰

Essas situações ao mesmo tempo em que são efeitos, interferem na comunicação, diálogo e interação entre usuários, familiares e equipe. Em que medida usuários e familiares estarão empoderados para o enfrentamento da situação de saúde e práticas desumanizadoras, na relação com esse 'ambiente' UTI e como a equipe estará apta para lidar com as situações cotidianas que lhe são inerentes, caso não houver espaços e/ou receberem apoios que contribuam para a gestão dos afetos vividos nessas relações, na prática assistencial e do trabalho, entre os(a) colegas, gestão, usuários(as), familiares, entre outros.

Esta conjuntura tende a incidir na humanização dos processos de produção do cuidado. Dado a isso, interroga-se sobre o que as pesquisas têm apontado sobre a humanização em UTIs, sendo esta a questão norteadora do estudo. A mesma se justifica porque se reconhece a potência da proposta de Humanização no SUS ao encontro das necessidades de saúde das pessoas, e nos processos de trabalho para realização da atenção com resolutividade e garantida da integralidade em saúde.

Deste modo, esta pesquisa objetiva sistematizar estudos sobre a humanização em Unidade de Terapia Intensiva, indexados nas bases do Scielo e Medline, o que além de apresentar o estado do conhecimento deste temário, pode contribuir com os processos de humanização na assistência e no trabalho no âmbito das UTIs, ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS, e principalmente da prerrogativa da integralidade em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, estruturado por meio de revisão bibliográfica sistemática, pela qual se mostra e atualiza a contribuição acadêmica sobre a humanização em UTI. Esta perspectiva metodológica é constituída de fontes de dados, que a partir da discussão entre os autores resulta em sistematização e considerações finais.¹¹

A revisão bibliográfica sistemática permite ao pesquisador um dimensionamento e compreensão do corpo de conhecimento referente a um determinado assunto, avaliação

rigorosa e confiável de pesquisas realizadas.¹² Deste modo, consolida resultados obtidos em estudos anteriores sobre um determinado tema, facilita identificar lacunas na teoria e práticas para o aprimoramento e oportunidades de pesquisa.

Para tanto, se utilizou das bases de dados *Scientific Electronic Library On line* - Scielo e Medline, de estudos indexados no período de julho de 1990 a agosto de 2015, com a utilização dos descritores 'humanização' (Humanization) AND 'unidades de terapia intensiva' (Intensive Care Units). Os critérios de inclusão foram: todos os artigos publicados até agosto de 2015, que faziam referência à humanização em UTI, mesmo que se voltasse para público ou trabalhadores em específico, como por exemplo, a UTI neonatal e pediátrica, ou adulto, ou enfermeiros, etc. E de exclusão, os artigos de revisão bibliográfica. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2015. Considerou os estudos disponíveis, online, na íntegra, publicados no período de julho de 1990 até agosto de 2015, nas bases de dados Scielo e Medline.

O ano de 1990 foi considerado por deflagrar o processo de implantação do SUS no Brasil, que para o cuidado integral na garantia do direito a saúde demanda de um conjunto de pontos em uma rede de atenção, em que se incluem as instituições hospitalares com suas unidades estruturais, como no caso as UTIs.

A coleta de dados realizada no Scielo e Medline perfaz 37 artigos. Na Scielo foram encontrados 10 artigos e 27 na Medline. Após aplicação dos critérios elencados para seleção dos estudos, dos 10 artigos localizados na Scielo, sete estavam ao encontro da temática de pesquisa. Dos 27 artigos acessados na Medline, 14 adequavam-se ao tema e os demais foram descartados. Deste modo, foram analisados 21 artigos ao total, disponibilizados na íntegra, nas respectivas bases de dados.

Após a leitura criteriosa dos 21 artigos, para fins de análise dos dados que no caso, incluiu a caracterização dos estudos localizados, foram reunidas as seguintes informações em um quadro: base de dados, ano de publicação, periódico, título do artigo, autores, objetivo, metodologia e principais resultados. Os artigos foram analisados sobre o que as pesquisas têm apontado referente ao estado do conhecimento sobre a humanização na terapia intensiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura detalhada, exploração e análise dos resultados obtidos nos 21 artigos selecionados a partir dos critérios deste estudo, os temas foram classificados em três categorias, nominadas sequencialmente como: 'Caracterização dos estudos analisados'; 'Não somos máquinas, humano é que somos'; e 'Atores(as) e fatores envolvidos no processo de humanização em saúde'.

Caracterização dos estudos analisados

Na intenção de situar o(a) leitor(a) em relação aos achados ao encontro da temática em estudo, primeiramente se fará caracterização dos artigos encontrados em ambas às bases da coleta. Em relação ao ano de publicação, considerado o período de julho de 1990 até agosto de 2015, observa-se que de 1990 até 1995 não houve artigos publicados, de 1996 a 2000 somente uma publicação, de 2001 a 2005, foram três as publicações. Já de 2006 a 2010, houve um aumento no número de publicações, estas foram dez, e por fim, de 2011 até meados de 2015, um declínio nas produções, com uma publicação em 2011, três em 2013, uma em 2014 e duas em 2015. O período de aumento das publicações conversa com o processo e efeitos do que envolve os preceitos da Humanização em Saúde nos hospitais,⁸ em que a partir dos mesmos, predomina a elucidação da necessidade de utilização de seus dispositivos.

No que tange aos periódicos em que os artigos foram publicados, quatro foram na Revista Latino-Americana de Enfermagem, dois na Revista Brasileira de Terapia Intensiva, dois na Revista da Escola de Enfermagem da USP, dois na Revista de Enfermería Intensiva, dois na Revista Gaúcha de Enfermagem, um na Revista Acta Médica Portuguesa, dois na Revista Ciência & Saúde Coletiva, um na Ciencia y Enfermería, um na Estudos de psicologia, um na Revista Acta Bioethica, um na Revista Brasileira de Enfermagem, um na Revista de Enfermagem Escola Anna Nery e um na Revista de Saúde Pública. Denota-se que dos 13 periódicos em que foram publicados, sete relacionavam-se ao temário da 'enfermagem', dois na saúde coletiva, um na medicina, um na psicologia, um no intensivismo e um na bioética.

Da formação dos autores, 54 são enfermeiros(as), seguido de 14 médicos(as), nove graduandos(as) em medicina, quatro psicólogos(as), dois(duas) assistentes sociais, dois(duas) fisioterapeutas, um(a) odontólogo(a) e um(a) sociólogo(a). A predominância de enfermeiros(as) corrobora ao temário principal dos periódicos em que os artigos foram publicados. Denota-se ainda, que a enfermagem tem se ocupado com a humanização em Saúde como uma perspectiva de prática e pesquisa, coerente com os preceitos desta área do conhecimento, da saúde coletiva e do SUS.

Dos artigos selecionados para este estudo, nove se ocuparam de estudos sobre a concepção de humanização, seguidos de três sobre a vivência de familiares de usuários em UTI, dois sobre o perfil de enfermeiros(as) de UTI, e nas demais temáticas, foram encontrados apenas um: percepção de familiares sobre a humanização em UTI, fatores estressores para pacientes em UTI, reflexões sobre a prática da enfermagem, concepção de distanásia, eutanásia e ortotanásia, bioética na relação médico-usuário, adoecimento e finitude, e, avaliação de estratégia de humanização. Contudo, importa destacar que em algumas pesquisas, os assuntos se entrecruzavam.

Nos 21 artigos localizados, com relação à população, foram encontrados seis onde a população era composta por enfermeiros(as) de UTI; cinco, por familiares de usuários(as)

internados(as) em UTI's, quatro pela equipe/profissionais atuantes em UTI neonatal, três artigos nos quais a população do estudo era destinada a equipe/profissionais atuantes em UTI's que não a neonatal, um estudo foi com usuários maiores de 18 anos, um com estudantes de medicina, e um contemplou juntamente usuários, familiares e equipe.

Quanto à metodologia utilizada, 20 dos estudos encontrados foram qualitativos e um quantitativo. Das pesquisas com o temário da humanização em UTI, predominou estudos no Brasil. Concentram-se em capitais ou cidades de grande porte. As pesquisas realizadas na região Centro Oeste foram: três em São Paulo/SP, uma em Ribeirão Preto/SP, três no Rio de Janeiro/RJ, e uma em Goiás/GO; no Nordeste: duas em Recife/PE, uma na Bahia/BA, uma em Fortaleza/CE, uma em Vitória/ES, uma na Serra/ES, e uma em Natal/RN; e no Sul: três - uma em Londrina/PR, uma em Curitiba/PR e um não especificado. No exterior, foram realizados três estudos, sendo dois na Espanha - um em Terragona e um em Barcelona, e o terceiro em Portugal.

A caracterização dos artigos neste estudo, que envolveu ano e periódico de publicação, a formação dos(as) autores(as), o tema, a população, a metodologia e a localização no país e exterior, além de situar o(a) leitor(a), foi uma forma de mostrar o percurso metodológico, bem como de apresentar uma cartografia da pesquisa com o tema da humanização em UTI.

'Não somos máquina, humano é que somos'

Nos achados desta pesquisa encontrou-se ênfase para a concepção de trabalhadores(as) de saúde sobre a humanização em UTI. Em estudo sobre o significado do cultural do cuidado humanizado em UTI, para a equipe de enfermagem consta como o além da técnica, amor ao próximo como a si mesmo, empatia, e o respeito ao(a) usuário(a) e a família, como elementos de dignidade e humanização.¹³ Também, os autores referem que para tanto, é necessário que o ambiente na unidade e hospital seja agradável, pois influencia no bem estar das pessoas - usuário, equipe, família. Informam ainda que o cuidado humanizado compreende diálogo, informação e singularização da atenção.

Apontam ainda, que a Humanização é um discurso que não se efetivou, quando se valoriza a técnica em detrimento de "ações mecânicas, rotineiras, centradas na execução de tarefas. O paciente, nessas circunstâncias se encontra exposto à perda de identidade e à falta de privacidade", bem como no modo que não se cuida de quem cuida, no caso, os(as) trabalhadores(as) que acabam vivendo situações de estresse em decorrência do ambiente, da sobrecarga de trabalho, baixa remuneração que remete a trabalho em mais de uma instituição, da falta de apoio nas situações de apego a usuários(as) e familiares em situações que sensibilizam a equipe.^{13:141}

Outros autores, que se detiveram também no estudo da concepção de humanização pelos trabalhadores de UTI Neonatal, no que se refere ao que seja humanização no cuidado, mostram que entendem o mesmo a partir de uma

perspectiva afetiva, que envolve os aspectos emocionais na relação com o bebê e no trabalho em neonatologia.¹³⁻⁴ Destacam ainda, que a presença da família, no caso da UTIN é um aspecto relevante no processo de humanização. No entendimento dos(as) pesquisados(as), são formas de se opor ao modelo biomédico, tecnicista, de atenção à saúde.¹³⁻⁴

Outro estudo, que realizou reflexão sobre humanização da saúde, a partir de análise do termo na fala de enfermeiros(as) que atuam em UTI, mostra que entendem a humanização na relação como holismo.¹⁵ Ou seja, que considere o sujeito de forma integral, em atenção aos aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais no cuidado, como uma assistência que vai para além da técnica.¹³⁻⁴⁻⁵ Entretanto, há despreparo na formação em saúde para a assistência humanizada.¹⁶

Investigação que se ocupou em estudar o significado do cuidado em UTI, mostram que a humanização pode estar relacionada à ideia de busca e preservação da dignidade humana, uma vez que seu contrário seria considerado como desumanização.¹⁷ Aponta algumas condições que interferem na produção do cuidado humanizado, como profissionais com baixos salários, sobrecarga de atividades, jornadas de trabalho dupla ou tripla, dificuldade de conciliar a vida familiar e profissional.^{13,17}

Em estudo referente a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado em UTI neonatal e pediátrica, chegou-se a resultados ao encontro de outros estudos, de que humanizar é considerar o outro como um todo (holístico), que inclui a família e que consiste no ir além a procedimentos técnicos.¹³⁻⁴⁻⁵ Referem ainda, que o vínculo, relações interdisciplinares, autonomia da equipe e comunicação são práticas humanizadoras e referem que o ambiente e processo de trabalho influenciam na humanização em saúde.^{13,17,18,19}

Pesquisa que analisou os sentidos e os limites vivenciados por profissionais em uma UTI neonatal para a produção de cuidado humanizado, apresentou como resultados que os entrevistados atribuem sentidos diferentes para humanização, como assistência humanizada, cuidado integral, cuidado ampliado com a participação da família, como já mencionado também nos resultados dos estudos apresentados até o momento.²⁰

Enfermeiros(as) tendem a relacionar o cuidar humanizado com suas crenças pessoais, as quais influenciam sobre os significados atribuídos às suas experiências diante as situações de vida e finitude das pessoas hospitalizadas e de seus familiares.¹⁶ Os(as) trabalhadores estão mais influenciados pela experiência adquirida no trabalho do que pelas diretrizes e metas prescritas pela PNH.²⁰

O trabalho influencia no processo de humanização. Estudo sobre o trabalho em UTI neonatal, mostrou que é dinâmica de prazer e desgaste. O prazer relacionado à alegria da alta hospitalar de usuários(as), sem sequelas, deficiências ou perdas funcionais. E do desgaste relacionado ao sofrimento, como a morte de um bebê, dificuldades de relacionamento entre trabalhadores(as), o número de usuários

(as) por trabalhadores(as), limitação do espaço físico, e falta de recursos materiais e equipamentos.²⁰ Mas, mesmo nestes cenários, os desgastes não ofuscam o prazer de trabalhar, principalmente quando se apresentam em formas de reconhecimento que o trabalho foi bem sucedido.²⁰

Estudo realizado sobre a opinião do profissional da enfermagem com relação à humanização do cuidado a recém-nascido de risco e familiares em UTI neonatal, os resultados mostram que entendem humanização como proximidade com o(a) usuário(a) e familiares pela enfermagem. Ainda, que compreendem a humanização como o acolhimento, a comunicação entre equipe e família, a diminuição das ansiedades, a facilitação do 'estar juntos' família e hospitalizado, e da necessidade de se atentar para a singularidade.²¹

Há apontamentos de que o trabalho, não se centre na máquina da doença e sim no humano.^{13,14,21} Neste sentido, que o(a) trabalhador(as) tenha espaços para expor seus sentimentos quanto ao vivido no cotidiano, condições de trabalho, união do conhecimento científico com a prática, formas de fortalecimento das relações interpessoais, que não sejam restritas a uma Unidade e que deve compor o todo de uma Instituição. O processo pode ser lento, de acordo com os interesses individuais e coletivos.²¹ Se no local de trabalho houver espaço para práticas reflexivas sobre o trabalho, sobre si, sobre as relações com as pessoas, em que se possa colocar em questão o próprio fazer e gerar mudanças nas práticas é um viabilizador de processos de Humanização em Saúde.

E, em estudo sobre a percepção das mães, que acompanharam seus filhos durante a internação na Unidade Neonatal, em relação à humanização da assistência, mostrou que corrobora com o apontado por estudos com trabalhadores de saúde em UTI, que a humanização tem relação com a satisfação e que dentre os elementos, está o relacionamento acolhedor, conhecer a área de formação do trabalhador e a ambiência, com acomodação adequada para ficar com a pessoa sob cuidados em uma UTI, no caso, com o bebê, que por exemplo, guarda especificidades que diferem de uma UTI adulta.²²

Os resultados dos estudos que engendram esta categoria 'Não sou máquina, humano é que sou', apontam o sentido da humanização no processo de trabalho e na relação com usuários(as) e familiares, de não coisificação do humano. Do humano não como objeto do cuidado ou como objeto no e de trabalho, peça de uma 'engrenagem' em um hospital, mas como atores(as) neste processo com direito a igual consideração, respeito, dignidade, conforme os elementos apontados como essenciais a Humanização em saúde em uma relação ética com vida das pessoas.

Atores(as) e fatores envolvidos no processo de humanização em saúde

O processo de humanização em UTIs compreende diversos(as) atores(as), em suas singularidades, dentre eles trabalhadores(as) de saúde, usuários(as), familiares, acompanhantes, estudantes e cada um(a) apresenta suas peculiaridades nesta relação. A responsabilidade sanitária instaurada deste a

implantação do SUS incita que trabalhadores(as) produzam uma atenção humanizada. E o(a) principal ator(a) a quem se destina é ao(a) usuário(a), seguido(a) de sua família.

Também, para que se efetive, são necessárias condições de trabalho humanizadas.¹⁷ Baixos salários levam o profissional a outras jornadas de trabalho, que se sobrecarrega, pouco consegue conciliar o trabalho com a própria vida familiar e outros laços afetivos e que isso interfere na humanização da atenção.¹⁷ No trabalho em UTI faltam condições adequadas para o mesmo, ainda que isso não ofusque a implicação do trabalhador com perspectivas de humanização na atenção, mas interfere nas mesmas.²⁰

A deficiente implantação de processos de humanização, por não considerar a interdisciplinaridade, comunicação e autonomia da equipe, princípios e diretrizes, interferem na gestão e na atenção.^{17,20,23} Também interferem na Humanização o tempo de trabalho e a formação em saúde. Estudo sobre o perfil de enfermeiros(as) que atuam na UTI em um Hospital de Ensino, mostrou que a média de idade foi de 32 anos e que em torno de 67% possui especialização e que tempo médio de trabalho na instituição é de seis anos. São fatores que tendem a contribuir para a humanização na atenção.²⁴ Entretanto, outro estudo com enfermeiros, quanto a usuários que se apresentam em estágio final de vida, aponta que há falta de preparo para lidar com as pessoas nestas situações.¹⁶ Agrega-se a estas condições a formação em saúde como um dos fatores de interferência.¹⁵

As pessoas hospitalizadas em uma UTI apresentam momentos de estresse, por vários motivos, tais como a presença de equipamentos que lhe são estranhos, alarmes, luminosidades, tubos na boca e/ou nariz, sentir dor, limitação de movimentos de mãos e/ou braços devido à presença de acessos venosos, ser picado por agulhas constantemente, ter que usar oxigênio, não conseguir dormir, não ter controle de si mesmo, ver a família e amigos apenas uma vez por dia, entre outros. Identificar esses fatores contribui para a atuação da equipe e família na humanização na UTI.²⁴

Dentre as ações de humanização dos atores envolvidos no cuidado, importa também assegurar analgesia suficiente aos usuários, por exemplo, no caso dos(as) que referem um grau de dor mais elevado, dar atenção sobre o controle de sua dor e ansiedade, explicar sobre sua situação de saúde e tratamento em linguagem clara, respeitar a privacidade da pessoa e fornecer o conforto e apoio psíquico e emocional.²⁴

O usuário é o ator principal para o movimento da ação de humanização na atenção a qual não está descolada do processo de trabalho e compreende a família, como também ator(a) neste processo. O cuidado a estes pode gerar segurança e melhor entendimento do processo em que seu familiar esta passando. O cuidar é uma das principais funções da enfermagem, principalmente dentro das UTI's e como atores(as) neste processo, podem contribuir para a Humanização.²⁶ Para a família, a UTI é uma experiência difícil, dolorosa, e procura se aproximar do seu familiar devido ao medo da morte do mesmo.²⁵

Essa vivência dos familiares é caracterizada por medo, insegurança e sentimento de isolamento de seu familiar que está internado, mas que confiam na atenção em saúde realizada pela equipe. Os familiares deverão ser considerados como aliados ao tratamento do usuário e também merecedor de cuidado humanizado.²⁷ A aproximação dos familiares, valorização do seus saberes e suas experiências, explicando-lhes sobre suas dúvidas, compreende o processo de humanização na UTI.²⁸

Do mesmo modo, o envolvimento com o usuário e a família é um quesito essencial para se humanizar. Cabe à equipe trabalhar e discutir estes aspectos, evitando ou minimizando a angústia, o sentimento de impotência dos usuários, familiares e da própria equipe, a fim de evitar o afastamento como mecanismo de defesa deste ator família.²⁴ Humanizar compreende diversos fatores, dentre eles, atentar para os aspectos bioéticos na terapia intensiva.²⁹

Essas situações se relacionam a uma ética de compromisso com a vida, à qual pode integrar a qualidade de morte. Estudo sobre a percepção de enfermeiros sobre distanásia, ortotanásia e eutanásia, atuantes em unidades de terapia intensiva de um hospital universitário de grande porte mostrou que há uma grande vontade de manter a vida do usuário, nem que for de modo artificial, com equipamentos e medicamentos, o que caracteriza a distanásia. Contudo, assinalam os autores que pode ser uma medida que traga mais sofrimento, dor e agonia a todos - usuário, mesmo nas condições em que se encontra, família e até equipe.²⁹

A arte de morrer bem, desafia o resgate da dignidade humana no seu processo final, buscando um compromisso com a promoção do bem estar da pessoa em seu estágio terminal e com as pessoas de sua relação, sob os preceitos da bioética - a autonomia, a justiça, a beneficência e a não-maleficência, como o norte para as práticas, reflexões e atitudes dos profissionais. Contudo, no Brasil, há impedimentos legais para esse exercício da autonomia em relação à própria vida ou de outrem.²⁹

Os trabalhadores de enfermagem, inclusive aqueles que desempenham atividades de gerência e educação continuada, são responsáveis pela busca e adoção de medidas respeitadas, éticas e responsáveis, a fim de buscar a humanização no processo de cuidar, redundando no maior benefício possível de assistência ao usuário.³¹ Dentre os fatores eu podem contribuir, em todas as situações de trabalho e do cuidado, é a comunicação, pela escuta e diálogo com o usuário internado e sua rede de afetos. A atuação, com esclarecimentos sobre sua situação de saúde, procedimentos, tratamento, funcionamento da UTI, questões bioéticas, situação de alta e pós-alta, a fim de proporcionar bem-estar e diminuir a dor ou sofrimento dessas pessoas em cuidados intensivos e familiares.²⁹⁻³⁰

Estar na UTI não é sinônimo de que se vai morrer, mas é um sentimento que pode estar presente. Dado a isso, importam espaços para comunicação desses sentimentos.³³ Do mesmo modo, essa prerrogativa da comunicação e diálogo,

se estende também a equipe de saúde como forma de enfrentar e minimizar as dificuldades cotidianas no trabalho, pelo diálogo, e pela comunicação, como formas de compartilhar o cuidado, as responsabilidades e gerar de modo mais coletivo e humanizado as estratégias de cuidado. Também, para que não sejam engolfados pela tecnologia e se deem conta de onde termina a máquina e começa a pessoa, para que não transformem a relação com a máquina num ato mecânico, e o usuário da mesma forma.¹⁷

É importante considerar que em meio as aparelhagens e técnicas complexas, é preciso desenvolver o humano que ali se encontra, isto é, não apenas um usuário que precisa constantemente ser monitorado em suas funções vitais, mas um ser humano único, que precisa de cuidados, não só no aspecto físico, mas também emocional, pois vivencia uma situação de saúde que o faz experimentar a insegurança de ficar curado e o risco da morte.²⁷ Neste processo, ainda, a família do(a) usuário(a) internado(a) em UTI também deve fazer parte do universo da assistência à saúde, entretanto, inúmeras vezes, a família não recebe a atenção adequada, e acaba sendo esquecida e não contemplada pela equipe atuante, onde deveria também ser o foco de atenção.²⁵

A humanização em UTI envolve os vários atores e fatores. A ênfase é para o usuário, o sentido da existência do aparato da terapia intensiva, mas o mesmo não é um ser isolado no mundo, logo, para que ocorra humanização implica em conhecer suas necessidades e anseios e o envolvimento das pessoas com quem se relaciona, no caso, a família. Além disso, o ambiente da UTI é um composto de tecnologias relacionais e instrumentais (como por exemplo equipamentos, procedimentos, etc.), e os trabalhadores de saúde, dada as condições de trabalho e institucionais e/ou conjuntura de vida estão à mercê de por vezes não conseguirem conciliarem ambas para a produção da humanização na UTI. E também são atores(as) neste processo transversalizados(as), efeitos ou produtores dos mais variados fatores na produção da humanização na Saúde.

CONCLUSÕES

O estudo atingiu o objetivo a que se propôs, no caso de sistematização de pesquisas indexadas nas bases de dados Scielo e Medline, sobre a humanização em Unidade de Terapia Intensiva. Mostra que ainda é um desafio, que a Enfermagem é a área que tem se ocupado com este tema, principalmente no que tange a concepção de humanização. Elucidam entendimentos sobre humanização, que a mesma não se restringe ao acolher com simpatia, e sim que envolve as relações humanas, condições de trabalho, espaços de escuta para todos(as) os(as) atores(as) envolvidos(as), dentre outros elementos. Do modo, que usuário e família não são objetos no cuidado, e nem o trabalhador o é nas engrenagens institucionais em uma UTI. São todos(as) atores(as) no processo de produção da Humanização em Saúde.

Alguns fatores envolvidos na humanização em saúde estão ao alcance da governamentalidade dos(as) trabalhadores(as) de saúde, contudo, nem todos, principalmente os que envolvem condições de trabalho e de vida, que em muitas situações interferem neste processo. Por vezes, mesmo em cenário adverso, a humanidade de cada um(a) volta-se para contribuir ao fazer viver das pessoas, ou, no morrer com dignidade, ou ainda, que se tenha outra relação com a finitude.

Por fim, a partir dos estudos, humanização não é somente atenção em saúde, envolve o processo de trabalho na complexidade de suas possibilidades de exequibilidade, questões de bioéticas e a vida em si. Outrossim, apontam os elementos envolvidos e que tem interferido nos modos de sua produção, os quais, por conseguinte, mexem com a vida das pessoas, sejam trabalhadores (as), usuários(as), familiares, estudantes, gestores(as), entre outros(as), contribuindo de algum modo ou não para a garantia da integralidade em saúde, conforme o previsto pelo SUS. Ainda, este estudo não esgota a questão que abre possibilidades para outras investigações sobre humanização na UTI.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República Casa civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília (DF): 1990 [acesso em 2016 jun 09]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2015 ago 04]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html.
3. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Caderno de textos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2015 set 08]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf.
4. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Censo. São Paulo (SP): 2010 [acesso em 2015 jun 26]. Disponível em: <http://www.amib.org.br/fileadmin/CensoAMIB2010.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.432 de 12 de Agosto de 1998. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998 [acesso em 2016 jan 09]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html.
6. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo?. Interface comun saúde educ [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2016 fev 21];9(17): 389-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=en&nrm=iso.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001 [acesso em 2015 jun 26]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção no Sistema Único de Saúde. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2015 ago 06]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
9. Silva RCL, Louro TQ. A incorporação das tecnologias duras no cuidado de enfermagem em terapia intensiva e o desenvolvimento do discurso da humanização. Rev enferm UFPE online [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2015 dez 06];4(3):1557-64. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1070/pdf_156.
10. Santos FD, Cunha MHF, Robazzi MLCC, Pedrão LJ, Silva LA, Terra FS. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulta: uma revisão da literatura. SMAD, Rev eletrônica saúde mental álcool drog [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2015 ago 02];6(1):01-16. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38711>.

11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
12. Levy Y, Ellis TJ. A system approach to conduct an effective literature review in support of information systems research. *Informing Science Institute*. 2006;9:181-212.
13. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido.” *Rev latinoam enferm [periódico na Internet]*. 2002 [acesso em 2015 set 14];10(2):137-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692002000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
14. Roseiro CP, Paula KMP. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Estud psicol (Campinas) [periódico na Internet]*. 2015 [acesso em 2015 set 14];32(1):109-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2015000100109&script=sci_abstract&tlng=pt
15. Mongiovi VG, Anjos RCCBL, SOARES SBH, Falcão TML. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Rev bras enferm [periódico na Internet]*. 2014 [acesso em 2015 set 14];67(2):306-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0306.pdf>.
16. Baliza MF, Bousso RS, Poles K, Santos MR, Silva L, Paganini MC. Fatores que influenciam os enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva nas decisões de final de vida. *Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]*. 2015 [acesso em 2015 set 14];49(4):572-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000400572&script=sci_abstract&tlng=pt.
17. Silva RCL, Porto IS, Figueiredo NMA. Reflexões acerca da assistência de Enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico na Internet]*. 2008 [acesso em 2015 set 14];12(1):156-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a24.pdf>.
18. Reis LS, Silva EF, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto FH. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. *Rev gaúch enferm [periódico na Internet]*. 2013 [acesso em 2015 set 14];34(2):118-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000200015&script=sci_arttext.
19. Rico LR, Marsans MC, Márquez CM, Borrás AM, Riba LS, SAvall DT et al. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm intensiva [periódico na Internet]*. 2006 [acesso em 2015 set 14];17(4):141-53. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-relaciones-interdisciplinarias-humanizacion-las-unidades-13095677>.
20. Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciênc saúde coletiva [periódico na Internet]*. 2010 [acesso em 2015 set 14];15(2):471-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000200024&script=sci_arttext.
21. Rolim KMC, Cardoso MVML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev latinoam enferm [periódico na Internet]*. 2006 [acesso em 2015 set 14];14(1):85-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a12.pdf>.
22. Spir EG, Soares AVN, Wei CY, Aragaki IMM, Kurcgant P. A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. *Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]*. 2011 [acesso em 2015 set 14];45(5):1048-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500003&script=sci_arttext.
23. Andrade MAC, Artmann E. Démarche estratégica em unidade materno infantil hospitalar. *Rev saúde pública [periódico na Internet]*. 2009 [acesso em 2015 set 14];43(1):105-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100014.
24. Bitencourt AGV, Neves FBSC, Dantas MP, Albuquerque LC, Melo RMV, Almeida AM et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev bras ter intensiva [periódico na Internet]*. 2007 [acesso em 2015 set 14];19(1):53-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100007.
25. Urizzi F, Carvalho LM, Zampa HB, Ferreira GL, Grion CMC, Cardoso LTQ. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev bras ter intensiva [periódico na Internet]*. 2008 [acesso em 2015 set 14];20(4):370-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2008000400009&script=sci_abstract&tlng=pt.
26. **Camelo SHH, Silva VLS, Laus AM, Chaves LDP.** Perfil profissional de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva de um Hospital de ensino. *Ciênc enferm [periódico na Internet]*. 2013 [acesso em 2015 set 14];19(3):51-62. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
27. Comassetto I, Enders BC. Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev gaúch enferm [periódico na Internet]*. 2009 [acesso em 2015 set 14];30(1):46-53. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3859/6560>.
28. Urizzi F, Corrêa AK. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. *Rev latinoam enferm [periódico na Internet]*. 2007 [acesso em 2015 set 14];14(4):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a12.pdf.
29. Biondo CA, Silva MJP, Secco LMD. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev latinoam enferm [periódico na Internet]*. 2009 [acesso em 2015 set 14];17(5):613-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000500003.
30. Alcantara LS, Sant’anna JL, Souza MGN. Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. *Ciênc saúde coletiva [periódico na Internet]*. 2013 [acesso em 2015 set 14];18(9):2507-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900004&script=sci_arttext.

Recebido em: 27/09/2016
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 04/01/2017
Publicado em: 10/04/2018

Autor responsável pela correspondência:

Liamara Denise Ubessi
Rua Voluntários da Pátria, 367, Bloco C
apartamento 402, Centro, Pelotas/RS
CEP: 96015-730
Email: liaubessi@gmail.com